

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

86
24

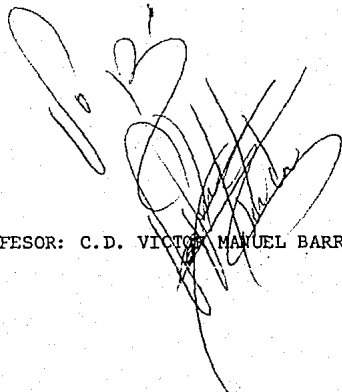
TESIS

TECNICA QUIRURGICA DE LOS TERCEROS
MOLARES INFERIORES RETENIDOS

SEMINARIO DE TITULACION
AREA EXODONCIA

QUE PARA EL TITULO
DE CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA: LEOPOLDO CONTRERAS LOPEZ

PROFESOR: C.D. VICTOR MANUEL BARRIOS E.



FALLA DE ORIGEN

MEXICO D.F. A 30 DE OCTUBRE DE 1989



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE

INTRODUCCION	1
ETIOLOGIA	3
GENERALIDADES	4
CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS	8
INDICACIONES DE LA EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RET.	10
CONTRAINDICACIONES DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS	14
INSTRUMENTAL QUIRURGICO	15
POSICION DEL PACIENTE	21
POSICION DEL OPERADOR	23
PASOS BASICOS EN EL PLANEAMIENTO DE LA OPERACION	24
FACTORES QUE COMPLICARAN LA TECNICA OPERATORIA	26
LA OPERACION	27
INCISION	29
PREPARACION DE LOS COLGAJOS	32
OSTEOTOMIA	34
REGIONES OSEAS QUE DEBEN ELIMINARSE	39
OPERACION PROPIAMENTE DICHA (ODONTOSECCION)	40
EXTRACCION DE LAS RAICES SECCIONADAS	45
INDICACIONES PARA LA ODONTOSECCION	47
DESVENTAJAS DE LA ODONTOSECCION	49
TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA	50
SUTURA	53

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO	55
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAFIA	59

INTRODUCCION

AL ELABORAR ESTA TESIS HE TRATADO QUE SEA LO MAS ESENCIAL Y PRECISA POSIBLE, PARA EL ENTENDIMIENTO Y APLICACION DE LAS DIFERENTES TECNICAS QUIRURGICAS EMPLEADAS EN LA EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS. ESPERANDO QUE SU CONSULTA PUEDA SER DE UTILIDAD TANTO PARA EL ESTUDIANTE COMO PARA EL PROFESOR QUE EN UN MOMENTO DADO NECESITEN REAFIRMAR SUS CONOCIMIENTOS QUIRURGICOS.

SE ESTUDIARA SU ETIOLOGIA PARA CONOCER LAS CAUSAS POR LAS QUE EXISTE -- UNA GRAN INCIDENCIA DE DIENTES RETENIDOS, SE HABLARA DE SUS GENERALIDADES COMO PROBLEMA MECANICO QUE CONSTITUYE EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO Y LA APLICACION DE APARATOS Y LEYES FISICAS PARA SIMPLIFICAR SU ELIMINACION.

CONOCEREMOS SU CLASIFICACION DEPENDIENDO DE LA POSICION EN QUE SE EN CUENTREN AL IGUAL QUE SUS INDICACIONES PARA SER LLEVADA ACABO, CONOCIENDO TAMBIEN LOS PROBLEMAS Y SECUELAS QUE PUEDEN ACARREAR TALES DIENTES, ASI MISMO, SE MENCIONARAN LAS CONTRAINDICACIONES QUE EN UN MOMENTO DADO NOS PLANTEE UN RIESGO QUIRURGICO MALO. MENCIONAREMOS UNICAMENTE LOS INSTRUMENTOS Y APARATOS NECESARIOS EN RELACION CON LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO, ASI MISMO, EL USO DE CADA UNO DE ELLOS. DESCRIBIREMOS LA POSICION CORRECTA DEL PACIENTE AL IGUAL QUE LA DEL OPERADOR DEPENDIENDO DEL LADO EN QUE SE VAYA A REALIZAR LA INTERVENCION, ASI MISMO, SE ESTUDIARAN LOS PASOS BASICOS EN EL PLANEAMIENTO DE LA OPERACION (ESTUDIO CUIDADOSO RADIOGRAFICO DEL DIENTE Y ESTRUCTURAS ADYACENTES, CLASIFICACIONES, INDICACIONES, Y CONTRAINDI

- CACIONES Y METODOS E INSTRUMENTOS IDEALES A NUESTROS FINES). HABLAREMOS --
TAMBIEN DE LOS MULTIPLES FACTORES QUE COMPLICARAN NUESTRA TECNICA OPERATORIA

FINALMENTE CONOCEREMOS Y DESCRIBIREMOS TODOS LOS TIEMPOS QUIRURGICOS EN
EL ORDEN Y SISTEMATIZACION QUE GOBERNARAN EL CURSO DE LA INTERVENCION. (INSI
CION, PREPARACION DE LOS COLGAJOS, OSTEOTOMIA, OPERACION PROPIAMENTE DICHA,-
ODONTOSECCION, TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA, SUTURA Y TRATAMIENTO POSTOPE-
RATORIO).

ETIOLOGIA

EXISTEN DIFERENTES CAUSAS POR LAS QUE SE CREE QUE EXISTE UNA GRAN INCIDENCIA DE DIENTES RETENIDOS, UNA DE LAS MAS LOGICAS PARECE SER QUE ES LA REDUCCION GRADUAL DEL TAMAÑO DE LOS MAXILARES HUMANOS POR FALTA DE ESTIMULO. ESTE ESTIMULO PERDIDO ES LA FUERZA NECESARIA PARA LA MASTICACION DEL ALIMENTO DURO. LA DIETA MODERNA NO REQUIERE UN ESFUERZO DECIDIDO EN LA MASTICACION Y ES TO ES LA CAUSA DE FALTA DE ESTIMULO DE CRECIMIENTO DE LOS MAXILARES Y LA RAZON POR LA QUE EL HOMBRE MODERNO TIENE DIENTES RETENIDOS.

UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS BASICAS DE DIENTES RETENIDOS O ANORMALES EN -- LOS ADULTOS DE EUROPA OCCIDENTAL, GRAN BRETAÑA, IRLANDA, Y ESTADOS UNIDOS -- SON LA ALIMENTACION ARTIFICIAL DE LOS BEBES, LOS HABITOS DE LA INFANCIA Y NIÑEZ, LOS ALIMENTOS DULCES Y BLANDOS DE NIÑOS Y JOVENCITOS Y MEZCLAS DESPRO-- PORCIONADAS.

EXISTEN OTRAS CAUSAS COMO: LA IRREGULARIDAD EN LA POSICION Y PRESION DE UN - DIENTE ADYACENTE, DENSIDAD DEL HUESO QUE LO CUBRE, DUREZA DE LA MUCOSA, FALTA DE ESPACIO EN MAXILARES POCO DESARROLLADOS PERDIDA PREMATURA DE DIENTES - PRIMARIOS.

GENERALIDADES

LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO CONSTITUYE ESENCIALMENTE - UN PROBLEMA MECANICO. CONSISTE, COMO SEÑALA LANDETE EN LA ELIMINACION DE UN CUBO CONTENIDO (EL MOLAR) DEL INTERIOR DE UN CUBO CONTINENTE (EL HUESO).

PARA RESOLVER ESTE PROBLEMA QUE SE PROPONE LA EXODONCIA DEL TERCER MOLAR IN FIERIOR RETENIDO, DEBEMOS VALERNOS DE APARATOS ADECUADOS Y LA APLICACION DE- LEYES FISICAS TAMBIEN ADECUADAS.

EXISTEN DOS CAMINOS QUE PUEDEN COMPLEMENTARSE A SIMPLIFICAR LA ELIMINACION- Y EL PROBLEMA DEL MOLAR RETENIDO DE SU ALOJAMIENTO OSEO Y SON:

- 1.- DISMINUCION DEL VOLUMEN DEL CUBO CONTENIDO (MOLAR).
- 2.- DISMINUCION DE LA RESISTENCIA DEL CUBO CONTINENTE (HUESO).

PARA LA DISMINUCION DEL VOLUMEN DEL CUBO CONTENIDO (MOLAR) SE EMPLEA LA DI- VISION DEL CUERPO A EXTRAERSE O SEA LA ODONTOSECCION.

PARA EL SEGUNDO SE REALIZA LA ELIMINACION TOTAL O PARCIAL DEL HUESO QUE ALO JA AL CUBO CONTENIDO O SEA AL MOLAR RETENIDO (LA OSTEOTOMIA). AMBOS DE LOS- METODOS EMPLEADOS REQUIEREN DE LA APLICACION DEL APARATO CONOCIDO CON EL -- NOMBRE DE PALANCA.

EN LA APLICACION DE LA PALANCA CON FINES QUIRURGICOS DEBEN SER CONSIDERADOS LOS ELEMENTOS QUE ACTUAN EN EL DESENVOLVIMIENTO DE LA ACCION DE ESTA MAQUI- NA QUE SON:

- A) EL PUNTO DE APOYO
- B) LA POTENCIA
- C) LA RESISTENCIA

EXISTEN MANIOBRAS QUIRURGICAS PREVIAS A LA APLICACION DE ESTOS PRINCIPIOS Y-
SON:

1.- REALIZAR UNA INCISION DE LA MUCOSA QUE CUBRE TOTAL O PARCIALMENTE AL MO-
LAR RETENIDO.

2.- ELIMINACION POR MANIOBRAS QUIRURGICAS DEL HUESO QUE LO CUBRE TOTAL O PAR-
CIALMENTE.

LA PALANCA: ESTA CONSISTE ESPECIALMENTE EN UNA BARRA METALICA QUE SE APOYA-
SOBRE UN PUNTO FIJO, DESTINADA A MOVER UN CUERPO QUE SE COLOCA SOBRE ELLA; -
EL PUNTO FIJO SE DENOMINA PUNTO DE APOYO, POTENCIA SE DENOMINA A LA FUERZA -
QUE SE EJERCE EN UN EXTREMO DE LA BARRA METALICA Y LA FUERZA QUE SE OPONE A-
LA POTENCIA SE LLAMA RESISTENCIA.

SEGUN LA POSICION DE LOS TRES ELEMENTOS SEÑALADOS LA PALANCA SE DENOMINA DE-
PRIMER, SEGUNDO Y TERCER GENERO. LOS DOS PRIMEROS GENEROS DE PALANCA TIENEN-
APLICACION QUIRURGICA EN LA EXODONCIA DEL TERCER MOLAR .

PALANCA DE PRIMER GENERO: AQUI LA POTENCIA SE COLOCA EN UN EXTREMO DE LA MA-
QUINA Y LA RESISTENCIA EN EL OTRO EXTREMO; EL PUNTO DE APOYO SE UBICA ENTRE-
ESTOS DOS.

PALANCA DE SEGUNDO GENERO: ES AQUELLA QUE POSEE LA POTENCIA Y EL PUNTO DE A-
POYO EN SUS EXTREMOS Y LA RESISTENCIA ESTA UBICADA ENTRE AMBOS.

LA PALANCA COMO INSTRUMENTO QUIRURGICO: PARA EXTRAER EL TERCER MOLAR INFE --
RIOR RETENIDO DEBE EMPLEARSE UNA FUERZA QUE ESTA ADMINISTRADA POR UN INSTRU-
MENTO QUIRURGICO LLAMADO ELEVADOR (BOTADOR O EXOLEVERS).

ACCION DEL ELEVADOR COMO PALANCA DE PRIMER GENERO: AQUI EL PUNTO DE APOYO --
(HUESO) SE UBICA ENTRE LA POTENCIA Y LA RESISTENCIA.

SE INTRODUCE EL ELEVADOR COLOCANDO LA PARTE ACTIVA SOBRE LA CARA MESIAL DEL MOLAR RETENIDO Y EL INSTRUMENTO SE APOYA SOBRE EL HUESO MESIAL O SOBRE EL HUESO BUCAL : SE EJERCE LA POTENCIA NECESARIA Y EL MOLAR SERA DESPLAZADO EN SENTIDO INVERSO A LA FUERZA EJERCIDA.

ACCION DEL ELEVADOR COMO PALANCA DE SEGUNDO GENERO: LA PUNTA DEL INSTRUMENTO ES COLOCADO EN EL ESPACIO INTERDENTARIO, SOBRE LA CRESTA DEL HUESO MESIAL LO GRA EL PUNTO DE APOYO. LA POTENCIA EN EL OTRO EXTREMO DEL INSTRUMENTO, ELEVA EL MOLAR EN EL SENTIDO DE LA FUERZA EJERCIDA.

PUNTO DE APOYO: EL PUNTO DE APOYO ESTA DADO POR EL HUESO DEL MAXILAR, O POR EL SEGUNDO MOLAR. CON ESTE PROPOSITO SE EMPLEA EL HUESO MESIAL O BUCAL.

LA POTENCIA: ES LA FUERZA EJERCIDA SOBRE EL EXTREMO DISTAL DE LA PALANCA. -- SIRVE PARA VENCER LA RESISTENCIA. LA FUERZA DESTINADA A MOVILIZAR EL MOLAR - RETENIDO VARIA DE ACUERDO CON MULTIPLES CIRCUNSTANCIAS, TALES COMO LA PROXIMIDAD DEL PUNTO DE APOYO A LA RESISTENCIA Y A LA LONGITUD DEL BRAZO DE PALANCA.

LA RESISTENCIA: LA RESISTENCIA EN EL CASO QUIRURGICO PUEDE CONSIDERARSE COMO EL MOLAR RETENIDO (CORONA Y RAICES) EL HUESO QUE CUBRE Y RODEA EL MOLAR. ESTA RESISTENCIA PUEDE DISMINUIRSE POR LA ELIMINACION DEL HUESO O POR EL FRACCIONAMIENTO DE LA PIEZA A EXTRAERSE.

LOS ELEVADORES ACTUAN COMO CUÑA O COMO RUEDA.

ACTUA COMO CUÑA: CUANDO SE INTRODUCE LA PARTE ACTIVA DEL ELEVADOR ENTRE LA PARED DEL ALVEOLO Y UNA RAIZ FRACTURADA PARA SER DESPLAZADA EN SENTIDO INVERSO A LA INTRODUCCION DE LA PARTE ACTIVA, SU PUNTO DE APOYO SERA EL BORDE OSEO.

ACTUA COMO RUEDA: CUANDO ES EMPLEADO EN LA MANERA DE APLICACION BUCAL, INTRO
DUCIDA SU PUNTA ENTRE EL MOLAR Y LA PARED DEL HUESO, SE GIRA EL MANGO DEL --
INSTRUMENTO CON APOYO SOBRE EL BORDE OSEO EN EL SENTIDO EN EL QUE SE QUIERE-
DESPLAZAR EL MOLAR.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES
INFERIORES RETENIDOS

LA CLASIFICACION NOS PERMITIRA CON INTELIGENCIA LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS A SEGUIR. ESTA CLASIFICACION LA CONOCEREMOS POR MEDIO DE UN EXAMEN RADIOGRAFICO CUIDADOSO. LAS RADIOGRAFIAS NECESARIAS PARA ESTABLECER LA VERDADERA POSICION ANATOMICA NO DISTORCIONADA DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO SON: RADIOGRAFIAS INTRABUCALES, PERIAPICALES, OCLUSALES, BITEWING O ALETA MORDIBLE Y EXTRABUCALES LATERALES. LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS ESTAN CLASIFICADOS DE ACUERDO CON LA POSICION DE SU EJE MAYOR EN RELACION CON EL EJE MAYOR DEL SEGUNDO MOLAR INFERIOR (WINTER).

LAS DIVERSAS POSICIONES SON:

- 1.- VERTICAL
- 2.- MESIOANGULAR
- 3.- HORIZONTAL
- 4.- DISTOANGULAR

PERO TAMBIEN PUEDEN ESTAR DESPLAZADOS HACIA:

- A) VESTIBULAR
- B) LINGUAL

TAMBIEN PUEDEN ESTAR UBICADOS DE ACUERDO A LA PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO EN:

POSICION A.- LA PORCION MAS ALTA DEL DIENTE ESTA A NIVEL DE LA LINEA OCLUSAL O SOBRE ELLA.

POSICION B.- LA PORCION MAS ALTA DEL DIENTE ESTA POR DEBAJO DEL PLANO OCLUSAL

SAL PERO ENCIMA DE LA LINEA CERVICAL DEL SEGUNDO MOLAR.

POSICION C .- LA PORCION MAS ALTA DEL DIENTE ESTA POR DEBAJO DE LA LINEA CERVICAL DEL SEGUNDO MOLAR.

UN DIENTE DE CUALQUIER CLASE ES EXTRAIDO CON MAS FACILIDAD SI ESTA DESPLAZADO HACIA VESTIBULAR QUE HACIA LINGUAL, IGUALMENTE UN DIENTE A NIVEL OCLUSAL ALTO ES MAS FACIL DE EXTRAER QUE UN DIENTE A NIVEL OCLUSAL BAJO.

LA RELACION ENTRE EL DIENTE RETENIDO, LA RAMA Y EL SEGUNDO MOLAR ES OTRA CONSIDERACION ESENCIAL. LA SITUACION MAS FAVORABLE SE PRESENTA CUANDO EXISTE SUFICIENTE ESPACIO ENTRE LA RAMA Y LA CORONA DEL SEGUNDO MOLAR, COMO PARA DARCAVIDA AL DIAMETRO MESIODISTAL DEL TERCER MOLAR, Y LA MENOS FAVORABLE ES --- CUANDO CASI TODA LA CORONA SE ENCUENTRA DENTRO DE LA RAMA.

CLASIFICACION (SEGUN WINTER)

CLASE 1.: EXISTE ESPACIO ENTRE LA CORONA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR Y LA CARA ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDIBULA.

CLASE 2 : EL ESPACIO ESTA REDUCIDO Y POR LO TANTO NO HAY LUGAR PARA LA ERUPCION.

CLASE 3 : ESTA TOTALMENTE INCLUIDO EN EL HUESO.

EXISTE UNA SUBCLASIFICACION DEBIDO A LA POSICION DE LAS RAICES:

1.- RAICES RECTAS SEPARADAS O FUSIONADAS

2.- RAICES CURVAS EN DIRECCION DISTAL

3.- RAICES CURVAS EN DIRECCION MESIAL

A VECES LAS RAICES DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS RODEAN CON TODO O EN PARTE EL NERVIO ALVEOLAR INFERIOR.

INDICACIONES DE LA EXTRACCION DE LOS TERCEROS
MOLARES INFERIORES RETENIDOS

AUNQUE EN MUCHAS OCACIONES LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS PUEDEN PERMANECER ASINTOMATICOS TODA LA VIDA, LO MAS FRECUENTE ES QUE ESTOS DIENTES PARTICIPEN EN UNO O VARIOS PROCESOS PATOLOGICOS.

ESTOS PROBLEMAS PUEDEN SER DESDE UNA SIMPLE CARIES DENTAL HASTA UNA FORMACION DE QUISTE O LESION NEOPLASICA EN LOS TEJIDOS FOLICULARES CIRCUNDANTES. PARA DECIDIR SI ESTA INDICADA LA EXTRACCION PREVENTIVA DE LOS TERCEROS MOLARES O EN ESTADOS PATOLOGICOS ES NECESARIO CONOCER NO SOLO LOS PROBLEMAS QUE PUEDEN AFECTAR A ESTOS DIENTES SI NO TAMBIEN LAS SECUELAS QUE PUEDEN ACARRAR TALES PROBLEMAS. LA EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES ESTAN INDICADOS EN: PERICORONITIS, PERIODONTITIS, CARIES, RESORCION PATOLOGICA, FORMACION DE QUISTES, NEOPLASIAS, DOLOR, RETENCION EN UNA CRESTA OSEA, APIÑONAMIENTO DE DIENTES.

PERICORONITIS: ES EL ESTADO MAS COMUN QUE AFECTA EL TERCER MOLAR INFERIOR-RETENIDO, LOS MICROORGANISMOS CAUSALES COMUNES SON ESTREPTOCOCOS, ESTAFILOCOCOS Y ESPIROQUETAS DE VICENT, HABITANTES NORMALES DE LA CAVIDAD BUCAL.

PERIODONTITIS: PUEDE EXISTIR INFLAMACION Y CONSIDERABLE PERDIDA OSEA DEBIDO A LA ACUMULACION DE ALIMENTO ENTRE EL SEGUNDO MOLAR Y EL TERCER MOLAR - PARCIALMENTE ERUPCIONADO.

SE CREA LA FORMACION DE UNA BOLSA PERIODONTAL DEBILITANDO EL SOSTEN DEL SEGUNDO MOLAR Y DESVITALIZANDOLO POR INFECCION APICAL EXTENDIDA. POR ESO QUEDA INDICADA LA EXTRACCION DE ESTOS AL PRIMER SIGNO DE PERIODONTITIS.

CARIES: LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES CARIADOS DEBEN SER EXTRAIDOS YA QUE SU OBTURACION EN ESA ZONA ES TECNICAMENTE DIFICIL Y LA RECIDIVA ES ALTA DEBIDO AL ACUMULAMIENTO DE ALIMENTO EN ESA ZONA, YA QUE LA LIMPIEZA BUCAL NO CASI SIEMPRE LLEGA HASTA ATRAS.

NUNCA SE DEBE COLOCAR UNA RESTAURACION EN EL SEGUNDO MOLAR SIN ANTES HABER EXTRAIDO EL DIENTE RETENIDO PORQUE DE LO CONTRARIO SE CORRE EL PELIGRO DE DAÑAR LA RESTAURACION EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.

RESORCION PATOLOGICA: LA PRESION DE LA CORONA DE UN TERCER MOLAR QUE ESTE ERUPCIONANDO CONTRA LA SUPERFICIE RADICULAR DEL SEGUNDO MOLAR, A VECES PUEDE OCACIONAR LA RESORCION PATOLOGICA DE LA RAIZ. DEBEMOS TOMAR LA PRECAUCION DE NO CONFUNDIR ESTAS AREAS RESORBIDAS CON LAS SOMBRAS QUE SE PRODUCEN EN LA RADIOGRAFIA, LA SUPERPOSICION DE LOS MOLARES POR ANGULACION HORIZONTAL INCORRECTA DEL CONO DE RAYOS X O POR LA VESTIBULOVERSION O LINGUOVERSION DEL DIENTE RETENIDO. SI EL PROCESO DE RESORCION NO HA TOMADO LA PULPA DEL SEGUNDO MOLAR ESTA INDICADA LA EXTRACCION DEL DIENTE RETENIDO PERO SI EL SEGUNDO MOLAR SE HA DESVITALIZADO HAY QUE EXTRAERLO PARA QUE EL TERCER MOLAR OCUPE EL LUGAR DE ESTE.

EN ESTOS CASOS EL DIENTE TODAVIA PODRIA POSEER SUFICIENTE FUERZA ERUPTIVA-COMO PARA ADOPTAR UNA POSICION FUNCIONAL EN LA CAVIDAD BUCAL.

FORMACION DE QUISTES: EL TERCER MOLAR INFERIOR ES EL DIENTE CON MAYOR FRECUENCIA EN LA FORMACION DE QUISTES DENTIGEROS. MUCHAS VECES ESTAS LESIONES PERMANECEN ASINTOMATICAS POR MUCHO TIEMPO Y MIENTRAS TANTO EXPERIMENTAN UN AGRANDAMIENTO CONSIDERABLE. A VECES LOS QUISTES SE DESCUBREN EN UN EXAMEN-RADIOGRAFICO DE RUTINA, PERO EN OTROS CASOS PUEDEN CAUSAR TUMEFACCION IN--

TRABUCAL O FACIAL O SUSCITAR DOLOR AL COMPRIMIR EL NERVIO ALVEOLAR INFERIOR O POR INFECCION SECUNDARIA. NUNCA ESTA INDICADO EL INTENTO DE EXTRAER UN QUISTE DENTIGERO QUE AFECTA AL TERCER MOLAR INFERIOR SIN EXTRAER TAMBIEN EL DIENTE. SIEMPRE QUE SE PUEDA, SE DEBE HACER LA ENUCLEACION Y NO UNA SOLA MARSUPIALIZACION PORQUE SE DESCRIBIERON AMELOBLASTOMAS Y CARCINOMAS ORIGINADOS EN LAS PAREDES DE QUISTES DENTIGEROS.

NEOPLASIAS: EN LA REGION DE LOS TERCEROS MOLARES PUEDEN FORMARSE NEOPLASIAS BENIGNAS O MALIGNAS DE PARTES BLANDAS Y OSEAS, PERO TAMBIEN PUEDEN DAR METASTASIS EN ELLA LOS TUMORES QUE TIENE PREDILECCION POR EL HUESO.

DOLOR: PUEDE OCURRIR DOLOR EN LA REGION DONDE SE LOCALIZA EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO O EN PARTES DE LA CABEZA Y CUELLO COMO CONSECUENCIA DE VARIOS ESTADOS COMO PERICORONITIS, CARIES, RESORCION RADICULAR, ENFERMEDAD PERIODONTAL Y PATOLOGIA PERIAPICAL.

CUANDO EN UN PACIENTE EXISTE DOLOR EN LA REGION DE LOS TERCEROS MOLARES, CUELLO O CABEZA PUEDE DEBERSE HA QUE UN DIENTE RETENIDO PROFUNDAMENTE -- (NIVEL OCLUSAL BAJO) ESTE OPRIMIENDO EL NERVIO ALVEOLAR INFERIOR. SIN EMBARGO QUEDA EN PIE EL HECHO DE QUE ALGUNOS PACIENTES EXPERIMENTAN UN ALIVIO SINTOMATICO AL EXTRAERSELES ESTOS DIENTES PERO ESTO NO SIGNIFICA QUE A TODOS ESTOS DIENTES PROFUNDAMENTE RETENIDOS HAYAN QUE EXTRAERLOS INMEDIATAMENTE PARA HACER EL DIAGNOSTICO SI NO QUE PRIMERO ES NECESARIO CORRREGIR TODO ESTADO PATOLOGICO EVIDENTE Y LA RETENCION SOLO DEBE ELIMINARSE COMO ULTIMO RECURSO.

EL DOLOR PUEDE SER LIGERO Y LOCALIZADO EN EL AREA INMEDIATA DEL DIENTE RETENIDO. PUEDE SER GRAVE, Y AUN AGUDISIMO E INCLUIR TODOS LOS DIENTES -

SUPERIORES E INFERIORES EN EL LADO AFECTADO, EL OIDO Y LA ZONA POSAURICULAR CUALQUIER PARTE ATRAVEZADA POR EL NERVIO TRIGEMINO O AUN TODA LA ZONA INERVADA POR ESTE NERVIO. ESTO INCLUYE EL DOLOR TEMPORAL.

EL DOLOR PUEDE SER INTERMITENTE, CONSTANTE O PERIODICO.

EL DOLOR PUEDE SER UNA NEURALGIA INTERMITENTE FACIAL QUE SIMULA UN TIC DOLOROSO (NEURALGIA FACIAL O MIGRAÑA CAUSADA POR UN TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO VERTICAL). EL TIC DOLOROSO SE DISTINGUE PORQUE EL DOLOR ES AGUDISIMO, LANCINANTE Y SUBITO COMO RESULTADO DEL CONDUCTO CON UNA ZONA ESENCIAL SOBRE LA CARA O LABIOS.

RETENCION EN UNA CRESTA DESDENTADA: CUANDO UN DIENTE SE ENCUENTRA RETENIDO EN UNA CRESTA CERCA DEL BORDE OCLUSAL Y SIN HUESO CUBIERTO, SOLO MUCOSA, DEBE EXTRAERSE ESE DIENTE YA QUE AL OPRIMIR LA PLACA (PROTESIS) ESTA CAUSARA DOLOR. AL CONTRARIO SI EL DIENTE SE ENCUENTRA EN UN NIVEL OCLUSAL BAJO RECUBIERTO COMPLETAMENTE POR HUESO NO ESTARA INDICADA LA EXTRACCION Y MENOS CUANDO ESTE SE ENCUENTRE EN UNA ZONA QUE HA DE SERVIR COMO RETENCION DE UNA PROTESIS TOTAL.

APIÑONAMIENTO DE DIENTES: ESTE ES UNO DE LOS PROBLEMAS MAS COMUNES POR LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS YA QUE LAS FUERZAS EJERCIDAS POR ESTOS HACIA LA PARTE ANTERIOR, CREA GIROVERSIONES Y APIÑONAMIENTO EN LA PARTE ANTERIOR AUNQUE ALGUNOS MEDICOS NO ESTAN DE ACUERDO EN ESTA NOCION.

OTRO FACTOR QUE CONTRIBUYE AL APIÑONAMIENTO DE LOS DIENTES ANTERIORES ES LA FALTA DE CRECIMIENTO HACIA ADELANTE DEL MAXILAR POR UNA SOBREMORDIDA DEL MAXILAR Y POR LA TENDENCIA NATURAL DE LOS INCISIVOS INFERIORES A PASAR LA VERTICALIDAD A MEDIDA DE QUE AVANZA LA EDAD.

CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION DE LOS TERCEROS
MOLARES INFERIORES RETENIDOS

TENIENDO EN CUENTA LA COMPLEJIDAD DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EN EL ADULTO, LO MEJOR SUELE SER DEJAR LOS TERCEROS MOLARES PROFUNDAMENTE RETENIDOS QUE NO PRODUCEN SINTOMAS NI SE COMUNICAN CON LA CAVIDAD BUCAL SI EL PACIENTE ES MAYOR AUNQUE SIEMPRE EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE DESPUES SOBREVenga UN ESTADO PATOLOGICO.

LA CONTRAINDICACION: MAS FRECUENTE ES EL MAL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE.

A MENOS QUE HAYA QUE TRATAR UNA NEOPLASIA MALIGNA, SIEMPRE SE PUEDE CONTEMPORANIZAR CON EL PACIENTE QUE PLANTEA UN RIESGO QUIRURGICO MALO. UNA SEGUNDA CONTRAINDICACION PARA TRATAR DE MANTENER UN TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO ES CUANDO EXISTE CIERTA DUDA ACERCA DEL FUTURO ESTADO DEL SEGUNDO MOLAR (CARIES PROFUNDA, RESTAURACIONES GRANDES, TRATAMIENTO ENDODONTICO O EXTENSA PERDIDA-DE HUESO ALVEOLAR).

EN ESTOS CASOS SE PRESUME QUE SI CON POSTERIORIDAD HABRA QUE EXTRAER EL SEGUNDO MOLAR, EL TERCERO PASARA A UNA POSICION MAS FUNCIONAL O POR LO MENOS SERVIRA DE SOSTEN PARA UN PUENTE.

ES OBVIO QUE LA EDAD DEL PACIENTE Y LA POSICION DEL DIENTE RETENIDO SON CONSIDERACIONES IMPORTANTES PARA HACER ESTA PRESUNCION.

INSTRUMENTAL QUIRURGICO

EXISTE EN EL MERCADO UN NUMERO EXTRAUDINARIO DE INSTRUMENTOS PARA SER APLICADOS EN LAS DISTINTAS TECNICAS Y METODOS DE LA CIRUGIA. MUCHOS DE ESTOS -- INSTRUMENTOS NO SON UTILIZADOS MUCHAS VECES POR EL CIRUJANO YA QUE GRACIAS-A LA PRACTICA Y EXPERIENCIA ADQUIRIDA NOS HA LLEVADO A CREAR UNA SELECCION-DE INSTRUMENTOS NECESARIOS A NUESTROS FINES ELIMINANDO EL USO DE OTROS. A CONTINUACION SOLO MENCIONAREMOS LOS INSTRUMENTOS Y APARATOS EN RELACION - CON LA CIRUGIA DEL TERCER MOLAR RETENIDO:

INSTRUMENTOS DEDICADOS A LA INCISION:

BISTURI: PARA LA INCISION DE LA MUCOSA A NIVEL DEL TERCER MOLAR RETENIDO SE EMPLEA EL BISTURI DE BARD-PARKER DE HOJA INTERCAMBIABLE O PUEDE UTILIZAR SE TAMBIEN EL BISTURI DE AUSTIN CON HOJA DE DOBLE BISEL.

TIJERAS: SE EMPLEAN PARA SECCIONAR INSERCCIONES MUSCULARES BAJAS O EXCESO DE TEJIDO, DESPUES DE UNA EXTRACCION Y TENEMOS TIJERAS RECTAS O CURVAS,- EMPLEANDOSE TAMBIEN PARA CORTAR PUNTOS DE SUTURA.

PINZAS DE DISECCION: ESTAS SE UTILIZAN PARA LA PREPARACION DE COLGAJOS EN SU DESPEGAMIENTO Y EN SU SUTURA Y TENEMOS PINZAS DE DISECCION DENTADAS O LAS DE DIENTES DE RATON.

PERIOSTOTOMO O LEGRA: ESTE SE UTILIZA, PARA DESPRENDER EL COLGAJO MUCOSO DE LA INSERCCION OSEA O TAMBIEN PARA SOSTENER EL COLGAJO DURANTE LA EXTRACCION. Y SUS DOS EXTREMOS SON UTILES SOLO QUE UN LADO ES MAS ANCHO Y OTRO -- MAS ANGOSTO .

SEPARADORES: ESTOS SE EMPLEAN PARA MANTENER APARTADOS DEL CAMPO OPERATORIO- EL LABIO Y EVENTUALMENTE EL COLGAJO. LOS MAS FRECUENTEMENTE USADOS SON LOS- DE FARABEUF.

INSTRUMENTOS DEDICADOS A LA OSTEOTOMIA:

COPIOS: ESTOS SE UTILIZAN PARA LA SECCION DEL HUESO QUE CUBRE TOTAL O PAR-- CIAL EL MOLAR RETENIDO Y PARA REALIZAR LA SECCION DEL TERCER MOLAR RETENI-- DO (ODONTOSECCION).

ES UNA BARRA METALICA CUYO UNO DE SUS EXTREMOS, LA HOJA, ESTA CORTADA A BI-- SEL A EXPENSAS DE UNA DE SUS CARAS; LA HOJA DEL ESCOPIO PUEDE SER RECTA O-- ESTAR AHUECADA A MEDIA CAÑA. LOS MAS UTILIZADOS SON LOS DE BARRY Y LOS DE-- SORENSEN. ACTUAN A PRESION MANUAL O SON ACCIONADOS A GOLPE DE MARTILLO, DI-- RIGIDOS SOBRE LA EXTREMIDAD OPUESTA AL FILO.

FRESAS: SE UTILIZAN PARA REALIZAR LA OSTEOTOMIA, PERO DEBEN EMPLEARSE CON-- CIERTAS PRECAUCIONES EVITANDO EL RECALENTAMIENTO DEL HUESO IRRIGANDOLO CONS-- TANTEMENTE CON SOLUCION FISIOLOGICA TIBIA. EL EMPLEO DE FRESAS DE CARBURO - DE TUNGSTENO ACELERA Y SIMPLIFICA LA OSTEOTOMIA. EN ESTAS MANIOBRAS SE UTI-- LIZAN LAS FRESAS REDONDAS DEL No. 8. PARA LA ODONTOSECCION SE UTILIZAN LAS-- FRESAS DE FISURA TAMBIEN DE CARBURO DE TUNGSTENO QUE POR LO GENERAL SE USAN EN EL ANGULO RECTO. EL EMPLEO DE LA ALTA VELOCIDAD PUEDE SIMPLIFICAR LAS MA-- NIOBRAS DE OSTEOTOMIA Y LA ODONTOSECCION.

PINZAS GUBIAS: ESTAS SE UTILIZAN PARA VARIOS FINES; OSTEOTOMIA, EXTRACCION-- DE FRAGMENTOS OSEOS Y DENTARIOS Y TROZOS DE TEJIDOS BLANDOS Y ELIMINACION - DEL SACO CORONARIO.

LIMAS PARA HUESO (ESCOFINAS): ESTOS INSTRUMENTOS SE EMPLEAN PARA ALISAR ---
LOS BORDES OSEOS DESPUES DE UNA EXTRACCION Y SON FABRICADAS DE ACERO.

CUCHARILLAS PARA HUESO: ESTAS SE UTILIZAN PARA ELIMINAR FUNGOSIDADES, GRANU-
LACIONES, TROZOS DE SACO PERICORONARIO O ESQUIRLAS OSEAS.

ELEVADORES: ESTOS INSTRUMENTOS SON PARA SER UTILIZADOS EN FORMA DE PALANCA.
EXISTEN DIFERENTES TIPOS DE ELEVADORES, ENTRE ELLOS TENEMOS A LOS DE WINTER-
QUE SON No. 1 R Y L PARA APLICACION MESIAL, No. 10 R Y L DE APLICACION BUCAL
No. 11 R Y L PARA EXTRACCION DE RAICES ETC. LOS DE BARRY QUE VARIAN EN SU --
FORMA, DISEÑO Y FUNCION. LOS DE SELDIN RECTOS CON HOJA PLANO-CONVEXA.
LOS DE CLEV-DENT PARA RAICES, LOS APICALES R Y L PARA EXTRACCION DE PEQUEÑOS
TROZOS RADICULARES EN CASO DE FRACTURA Y EL UNIVERSAL CON SU PARTE ACTIVA EN
ANGULO.

1.- ELEVADORES DE APLICACION MESIAL (WINTER): SE LLAMAN ASI PORQUE TOMAN SU -
UBICACION EN LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR RETENIDO.

INTRODUCCION DEL ELEVADOR DE APLICACION MESIAL: EL ELEVADOR SE INTRODUCE EN-
EL ESPACIO INTERDENTARIO A CUYAS DIMENSIONES SE ADAPTE: LA CARA PLANA DEL -
ELEVADOR DIRIGIDA HACIA LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR : LA PUNTA DEL INS--
TRUMENTO BUSCA LA BASE DEL TRIANGULO INTERDENTARIO Y SE INSINUA FRANCAMENTE-
HASTA QUE TODA SU CARA PLANA SE PONGA EN CONTACTO CON LA CARA MESIAL EN JUE-
GO.

MOVIMIENTO DEL ELEVADOR DE APLICACION MESIAL: PARA LA FUNCION DE ESTE TIPO -
DE ELEVADOR SE UTILIZA EL PRINCIPIO DE PALANCA DEL PRIMER GENERO O SEGUNDO -
GENERO.

DESCRIPCION DE LOS PRINCIPIOS DE PALANCA DE PRIMER GENERO: EL PUNTO DE APOYO
ES EL BORDE OSEO MESIAL, LA HOJA DEL ELEVADOR SE PONE EN CONTACTO CON LA --

CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR Y LA POTENCIA DIRIGE EL MANGO DEL INSTRUMENTO - HACIA ABAJO.

DESCRIPCION DE LA PALANCA COMO SEGUNDO GENERO: AQUI LA PUNTA DEL INSTRUMENTO BUSCA SU APOYO EN LA CRESTA OSEA MESIAL; EL BORDE SUPERIOR DE LA HOJA, O LA HOJA MISMA, SE PONE EN CONTACTO CON LA CARA MESIAL DEL RETENIDO; EL MANGO PARA QUE EL INSTRUMENTO CUMPLA CON ESTE PROPOSITO DEBE DIRIGIRSE HACIA ARRIBA.

DESCRIPCION DEL MOVIMIENTO DE PALANCA DE PRIMER GENERO PERO CON SU VARIANTE: SE APLICA EL INSTRUMENTO SOBRE LA CARA MESIAL Y EL BORDE INFERIOR DE LA HOJA SOBRE EL BORDE SUPERIOR DE LA CRESTA OSEA, SE GIRA EL MANGO DEL INSTRUMENTO EN EL SENTIDO DE QUE LA PALMA DE LA MANO SE DIRIJA HACIA ARRIBA, ACTUANDO EN EL LADO DERECHO Y HACIA EL PACIENTE, EN EL LADO IZQUIERDO.

EN TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE EMPLEE ESTE ELEVADOR, EL MOLAR RETENIDO (VERTICAL SIN DESVIACION Y CON LA CARA MESIAL ACCESIBLE), ES DIRIGIDO EN SENTIDO OPUESTO AL DE LA DIRECCION DE LA FUERZA (EN SENTIDO DISTAL).

2.- ELEVADORES DE APLICACION BUCAL: SE LLAMAN ASI PORQUE TOMAN SU UBICACION EN LA CARA BUCAL DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.

INTRODUCCION Y MOVIMIENTO DEL ELEVADOR DE APLICACION BUCAL: ESTE TIPO DE ELEVADOR REALIZA EL ULTIMO TIEMPO QUIRURGICO EN LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO; POR LO TANTO EL MOLAR YA ESTA LUXADO Y DIRIGIDO HACIA EL LADO DISTAL. LA PUNTA AGUDA DEL INSTRUMENTO SE DESLIZA ENTRE LA CARA BUCAL DEL MOLAR, A NIVEL DEL ESPACIO INTERDENTARIO Y EL HUESO BUCAL (SE REQUIERE UNA LIGERA OSTEOTOMIA A ESTE NIVEL PARA PERMITIR LA INTRODUCCION DEL EXTREMO DEL ELEVADOR, Y EL UTIL PUNTO DE APOYO). ESTA ACCION DE CUÑA QUE EJERCE EL INSTRU

MENTO AL SER INTRODUCIDO EN EL SITIO INDICADO, MOVILIZA EL MOLAR EN SENTIDO-LINGUAL Y HACIA ARRIBA, EN PROPORCION SEMEJANTE A LA CANTIDAD INTRODUCIDA. SE IMPRIME AL MANGO DEL INSTRUMENTO UN MOVIMIENTO CIRCULAR, GIRANDO LA PALMA DE LA MANO HACIA ARRIBA.

ELEVADORES DE BARRY: ACTUAN CON LOS MISMOS PRINCIPIOS Y CON LA MISMA TECNICA Y SON PARECIDOS A LOS DE WINTER.

ELEVADORES RECTOS: (SELDIN, ASH, ETC): ACTUAN CON LOS MISMOS PRINCIPIOS DE PALANCA. TIENEN EL TALLO EN LA MISMA DIRECCION DEL MANGO. DEBEN POR LO TANTO SER TOMADOS CON TODA LA MANO, ACTUANDO EL INDICE COMO GUIA Y PROTECCION. LA APLICACION DEL INSTRUMENTO ESTA REGIDO POR EL TAMAÑO DEL ESPACIO AL CUAL SE HAYA DESTINADO; SE INTRODUCE SEGUN LOS MISMOS PRINCIPIOS SEÑALADOS PARA LOS ELEVADORES DE WINTER Y PUEDEN ACTUAR COMO PALANCA DE PRIMER O SEGUNDO GENERO EN MOVIMIENTOS DE DESCENSO O ROTACION DEL INSTRUMENTO.

ELEVADORES PARA RAICES (CLEV-DENT, WINTER, ELEVADORES APICALES): ESTOS SON UTILES PARA LA EXTRACCION DE RAICES PROFUNDAMENTE FRACTURADAS; LOS ELEVADORES No. 11 R Y L Y 14 R Y L DE WINTER SE EMPLEAN PARA LAS EXTRACCIONES DE RAICES EN AMBOS MAXILARES; ESTOS ULTIMOS PUEDEN SER USADOS COMO ELEVADORES DE APLICACION BUCAL.

SON TAMBIEN NECESARIOS LOS ELEVADORES FINOS PARA LA EXTRACCION DE PEQUEÑOS FRAGMENTOS RADICULARES.

AGUJAS PARA SUTURA: SE UTILIZAN PARA EL TIEMPO FINAL DE LA OPERACION Y SE REQUIEREN DE AGUJAS APROPIADAS PARA CADA CASO. LAS MAS UTILES SON LAS AGUJAS CURVAS PEQUEÑAS Y CAVOCONVEXAS EN EL SENTIDO DE SUS CARAS. TENEMOS AGUJAS TRAUMATICAS: SON LAS QUE NO TRAEN HILO Y LAS ATRAUMATICAS: SON LAS QUE TRAEN

HILO (SEDA NEGRA, DERMALOA, CADGUT Y UTILIZAMOS DE 000 A 0000).

PORTAAGUJAS: SIRVE PARA DIRIGIR LA AGUJA A LOS TEJIDOS POR SUTURAR.

COMPRESAS: SE UTILIZAN PARA PROTEGER EL CAMPO OPERATORIO COLOCADO ANTERIORMENTE DEBAJO A ESTAS. EN TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS ANTES DE SER COLOCADAS --- LAS COMPRESAS SOBRE EL PACIENTE DEBE SER CUIDADOSAMENTE ESTERILIZADA LA --- PIEL DE SU CARA CON ALCOHOL, ALCOHOL YODADO U OTRO PRODUCTO Y LA CAVIDAD BU CAL ATOMIZADA CON UNA SOLUCION ANTISEPTICA.

POSICION DEL PACIENTE

EL PACIENTE DEBE SENTARSE CONFORTABLEMENTE POR SER UNA OPERACION UN POCO LARGA, SU ESPALDA DEBE DE ESTAR APOYADA EN EL RESPALDO DEL SILLON Y SU CABEZA COLOCADA COMODAMENTE EN LIGERA FLEXION HACIA ATRAS; LOS RODILLOS DEL-APOYACABEZA SE COLOCARAN A LA ALTURA DEL OCCIPITAL; Y EL MAXILAR INFERIOR QUEDARA SENCIBLEMENTE HORIZONTAL. SE MODIFICARA LA POSICION DEL SILLON DENTAL, SEGUN SE OPERE DEL LADO DERECHO O DEL LADO IZQUIERDO TAMBIEN VARIA, NATURALMENTE LA POSICION DEL TEAM QUIRURGICO. PARA LAS OPERACIONES DE LA MANDIBULA, EL SILLON DENTAL DEBERA ESTAR DESCENDIDO COMPLETAMENTE. OPERADO EN EL LADO DERECHO, EL RESPALDO DEL SILLON SE INCLINARA 45 GRADOS HACIA ATRAS-DE MANERA QUE EL OPERADOR, SITUADO DETRAS Y LIGERAMENTE A LA DERECHA DEL PACIENTE, TENGA AMPLIA VISION Y ACCESO AL CAMPO OPERADOR. LAS OPERACIONES DEL LADO IZQUIERDO REQUIEREN QUE EL RESPALDO DEL SILLON FORME UN ANGULO RECTO CON EL ASIENTO; TAMBIEN EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS LA VISION ES MAS CORRECTA Y EL ACCESO MAS DIRECTO.

POSICION DEL OPERADOR

PARA LAS INTERVENCIONES DEL LADO DERECHO DE LA MANDIBULA, EL OPERADOR SE COLOCARA ATRAS Y LIGERAMENTE A LA DERECHA DEL PACIENTE. ASI LAS MANIOBRAS QUIRURGICAS SE REALIZARAN SIN TENER NINGUNA INTERFERENCIA CON EL FOCO LUMINOSO. PARA LAS INTERVENCIONES DEL LADO IZQUIERDO, EL OPERADOR DEBERA UBICARSE DE LANTE Y A LA DERECHA DEL PACIENTE Y ACERCANDOSE A SU LINEA MEDIA TODO LO QUE LE PERMITA LA DISPOSICION DEL FOCO DE LUZ.

POSICION DE LAS MANOS DEL OPERADOR: EN EL ARMONIOSO JUEGO DE MANIOBRAS QUE SE REALIZAN EN LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO, AMBAS MANOS TIENEN UNA FUNCION DEFINIDA; LA DERECHA ADMINISTRA LOS MOVIMIENTOS QUIRURGICOS, MANEJANDO LOS DISTINTOS INSTRUMENTOS DEDICADOS A LA EXODONCIA; LA IZQUIERDA SOSTENDRA LA MANDIBULA CON LOS DEDOS PULGAR E INDICE EN EL INTERIOR DE LA CAVIDAD BUCAL, COLOCANDO EL PRIMERO A NIVEL DE LA CARA BUCAL, MANTENIENDO ENTRE AMBOS FIRMEMENTE SOSTENIDA LA MANDIBULA, CON APOYO DE LOS DIENTES; LOS RESTANTES DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA SE APOYARAN EN EL MENTON Y RAMA HORIZONTAL DERECHA DE LA MANDIBULA, DANDO ASI UN SOLIDO APOYO AL HUESO. PARA LAS OPERACIONES DEL LADO IZQUIERDO, EL PULGAR DE LA MANO IZQUIERDA DEL OPERADOR SE SITUA DEBAJO DEL MENTON Y RAMA HORIZONTAL IZQUIERDA DE LA MANDIBULA DEL PACIENTE, Y LOS DEDOS INDICE Y MEDIO EN EL INTERIOR DE LA BOCA SE SITUAN; EL INDICE EN EL VESTIBULO Y EL MEDIO EN LA CARA LINGUAL DE LOS MOLARES INFERIORES.

ESTA POSICION DE LA MANO PERMITE TAMBIEN UN SOLIDO SOSTEN A LA MANDIBULA, -
QUE DEBE SER FIJADO Y MANTENIDO FUERTEMENTE, PARA EVITAR SU LUXACION O DIS-
MINUIR LA INTENSIDAD DE LAS PRESIONES QUE ES NECESARIO EJERCER SOBRE ELLA-
EN EL CURSO DE LAS EXTRACCIONES DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES. ESTAS -
PRESIONES Y TRACCIONES SE TRADUCEN MUCHAS VECES EN AGUDOS DOLORES SOBRE LA-
ARTICULACION TEMPORO-MANDIBULAR DEL LADO OPERADO O DEL OPUESTO, INMEDIATA--
MENTE O ALGUNOS DIAS DESPUES DE LA OPERACION.

PASOS BASICOS EN EL PLANEAMIENTO DE LA OPERACION

- 1.- ESTUDIAR LAS RADIOGRAFIAS CUIDADOSAMENTE: SE DETERMINARA SI LAS RADIO--
GRAFIAS MUESTRAN EL TAMAÑO EXACTO Y COMPLETO, NO ALARGADO O ACORTADO, Y LA-
FORMA DEL DIENTE; TAMBIEN EL NUMERO, TAMAÑO Y CURVATURA DE LAS RAICES Y PRO
XIMIDAD DE LAS RAICES O CORONA DEL DIENTE ADYACENTE O ESTRUCTURAS VITALES.
- 2.- CLASIFICAR LA RETENCION.
- 3.- ESTUDIAR LA RADIOGRAFIA OCLUSAL PARA ESTABLECER LA RELACION VESTIBULO--
LINGUAL DEL DIENTE.
- 4.- EXAMINAR LA POSICION DE LAS RAICES EN RELACION CON EL CONDUCTO DENTA--
RIO INFERIOR.
- 5.- REVISAR Y REALIZAR LA PERCUSION DIGITAL DE LOS TEJIDOS DUROS Y BLANDOS
DEL SITIO DE LA INTERVENCION.
- 6.- DECIDIR SI EL DIENTE RETENIDO PUEDE SER EXTRAIDO O NO POR MEDIO DEL SEC
CIONAMIENTO DEL DIENTE.
- 7.- SI PUEDE SER EXTRAIDO POR UNA COMBINACION DE REMOCION OSEA Y DIVISION -
DENTARIA.
- 8.- CANTIDAD DE TEJIDO OSEO QUE PUEDE SER ELIMINADO PARA DAR UNA EXPOSICION
ADECUADA.
- 9.- DETERMINAR EL MEJOR METODO Y LOS MEJORES INSTRUMENTOS PARA LA ELIMINA--
CION DEL HUESO (FRESAS SOLAS, ESCOPILOS SOLOS O EXERESIS DE CIERTA CANTIDAD--
DE HUESO MAS EL SECCIONAMIENTO DENTARIO.

10.- DETERMINAR LA MEJOR DIRECCION PARA ELEVAR EL DIENTE RETENIDO.
DEBEMOS REUNIR TODA LA INFORMACION DEL EXAMEN Y PLANEAR LA OPERACION.

FACTORES QUE COMPLICARAN LA TECNICA OPERATORIA

- 1.- CURVATURA ANORMAL DE LAS RAICES (DILACERACION).
- 2.- HIPERCEMENTOSIS.
- 3.- PROXIMIDAD AL CONDUCTO DENTARIO.
- 4.- GRAN DENSIDAD OSEA ESPECIALMENTE EN PACIENTES ANCIANOS.
- 5.- ESPACIO FOLICULAR LLENO DE HUESO, LO QUE SE OBSERVA EN PACIENTES MAYORES DE 25 AÑOS.
- 6.- EN PACIENTES ANCIANOS PUEDE EXISTIR ANQUILOSIS ENTRE DIENTE Y HUESO QUE NECESITA REMOCION COMPLETA DE TODO EL HUESO ALREDEDOR DE LA CORONA, ANTES-QUE EL DIENTE PUEDA SER LUXADO O DIVIDIDO EN SECCIONES POR LA FRESA. EL ESCOPLO NO ES MUY UTIL PARA SEPARAR ESTOS DIENTES ANQUILOSADOS.

LA OPERACION

TODA LA OPERACION QUIRURGICA QUE SE REALIZA EN EL ORGANISMO CONSTA DE VARIOS TIEMPOS QUE PUEDEN Y DEBEN SER CORRECTAMENTE SINCRONIZADOS Y SISTEMATIZADOS. LA CIRUGIA BUCAL SIGUE TODOS LOS PRECEPTOS DE LA CIRUGIA GENERAL, Y SOLO SE DESVIA ESCASAMENTE POR LA INDOLE DEL TERRENO, DE LA LINEA QUIRURGICA CLASICA EN EL CAMPO DE LA CIRUGIA BUCAL LA EXODONCIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO PARTICIPA DE LOS PRINCIPIOS GENERALES Y SE AMOLDA A LOS PRINCIPIOS LOCALES DE UNA CIRUGIA DE ESPECIALIDAD. LAS OPERACIONES EN LA CIRUGIA GENERAL -- CONSTAN SALVO EXCEPCIONES DE VARIOS TIEMPOS QUIRURGICOS; DIERESIS DE LOS TEJIDOS (APERTURA), LA OPERACION PROPIAMENTE DICHA Y LA SINTESIS DE LOS TEJIDOS (CIERRE), PARA RESTITUIRLOS A SU NORMAL ANATOMIA Y FUNCION. LA CIRUGIA-- BUCAL SIGUE ESTOS MISMOS TIEMPOS QUIRURGICOS; LA EXTRACCION QUIRURGICA DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO SE PROPONE ABRIR POR MEDIOS QUIRURGICOS -- LA MUCOSA QUE TAPIZA LA REGION DE ESTE DIENTE, PREPARAR LOS COLGAJOS RESULTANTES DE LA PRIMERA MANIOBRA, ELIMINAR EL HUESO QUE PROTEGE AL MOLAR RETENIDO Y TERMINAR LA OPERACION REALIZANDO LA RESTITUCION INTEGRAL DE LOS TEJIDOS AFECTADOS POR LAS MANIOBRAS QUIRURGICAS, POR LO TANTO LA EXTRACCION --- CONSTA DE LOS TIEMPOS SIGUIENTES:

- 1.- INCISION
- 2.- PREPARACION DE COLGAJOS
- 3.- OSTEOTOMIA
- 4.- OPERACION PROPIAMENTE DICHA (EXTRACCION DEL MOLAR RETENIDO)

5.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

6.- SUTURA

7.- TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

TODOS ESTOS TIEMPOS SE REALIZAN SEGUN EL ORDEN Y SISTEMATIZACION QUE YA FUE
RON SEÑALADOS Y QUE DEBEN GOBERNAR EL CURSO DE LA INTERVENCION.

INCISION

LA INCISION TIENE POR OBJETO ABRIR LOS TEJIDOS PARA LLEGAR A PLANOS MAS PROFUNDOS DONDE SE DEBE REALIZAR EL OBJETO DE LA INTERVENCION. EN LA CAVIDAD BUCCAL EL TERMINO EL MISMO FIN: ABRIR POR MEDIOS MECANICOS O FISICOS EL TEJIDO GINGIVAL. PARA REALIZAR LA INCISION NOS VALEMOS DEL INSTRUMENTO LLAMADO BISTURRI.

PARA LA EXODONCIA DEL TERCER MOLAR SE HAN PRECONIZADO TODA SUERTE DE INCISIONES, SIN CRITICARLAS, SOLO MENCIONAREMOS LAS QUE NOS HAN PARECIDO MAS EXISTENTES DESDE EL PUNTO DE VISTA QUIRURGICO Y COMO RESULTANTE POSTOPERATORIA. AL TRAZAR UNA INCISION Y CIRCUNSCRIBIR UN COLGAJO, ES NECESARIO QUE ESTE TENGA UNA BASE LO SUFICIENTEMENTE ANCHA COMO PARA QUE SU IRRIGACION NO SE ENCUENTRE PERTURBADA NI IMPEDIDA. LOS VASOS SANGUINEOS SIGUEN UN TRAZADO ANATOMICO Y LAS INCISIONES NO DEBEN SECCIONARLOS, POR EL RIESGO DE PRODUCIR NECROSIS O ESFACELOS EN TAL COLGAJO.

LAS INCISIONES QUE SE PROPONEN AQUI NO LESIONAN, O LO QUE HACEN EN MINIMA EXTENSION, EL CURSO DE LOS VASOS; POR OTRA PARTE DA MAYOR Y MAS FACIL ACCESO Y VISION DEL LUGAR DE LA OPERACION PROPIAMENTE DICHA. ESTA ES UNA IMPORTANTE INDICACION: TENER EN EL CURSO DE LA OPERACION UNA BUENA VISUALIZACION DE MODO QUE EL COLGAJO OBTENIDO PERMITA VER CORRECTAMENTE LO QUE HACE Y QUE NO SE OPONGA O INTERFIERA A LAS MANIOBRAS QUIRURGICAS POSTERIORES. EL COLGAJO DEBERA SER REPUESTO CON COMODIDAD Y HOLGURA EN SU SITIO DE NATURAL IMPLANTACION, PARA QUE A SU ABRIGO SE REALICEN LAS INTIMAS TAREAS HISTOLOGICAS DE REPARA ----

CION. LAS INCISIONES DEBEN SER HECHAS DE UN SOLO TRAZO, SIN LINEAS SECUNDA--
RIAS, QUE PERMITAN UNA CORRECTA ADAPTACION. EL COLGAJO DEBE DESCANSAR EN LO
POSIBLE SOBRE HUESO SANO E INTEGRO, Y QUE LA SUTURA FINAL REPOSE SOBRE UNA -
BASE SEGURA Y FIRME; A NIVEL DEL TERCER MOLAR INFERIOR ESTE ULTIMO CONCEPTO
DIFICILMENTE SE LOGRA SINTETIZANDO, PARA LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFE
RIOR RETENIDO EMPLEAMOS DOS TIPOS DE INCISION; EN REALIDAD, EL SEGUNDO ES U-
NA PROLONGACION DEL PRIMERO; TAL VEZ PUEDE DECIRSE QUE SE EMPLEA UN TIPO DE-
INCISION. CON LA ADAPTACION DE ELLA HEMOS SUBSANADO LOS INCONVENIENTES QUI--
RURGICOS DE OTRAS FORMAS DE INCISIONES Y LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS FUE-
RON MAS FELICES.

LA LONGITUD ANTEROPOSTERIOR DE LA INCISION ESTARA DADA POR EL TIPO DE RETEN-
CION DEL TERCER MOLAR, POR LO TANTO SE FUNDA EN LOS DETALLES QUE SE OBTENGAN
DEL EXAMEN RADIOGRAFICO. PUEDE SER UTIL IDENTIFICADO EL MOLAR RETENIDO CLINI
CA Y RADIOLOGICAMENTE, TRAZAR LA INCISION DISTAL SUPERPONIENDOLA AL CENTRO -
DE LA CARA OCLUSAL DEL MOLAR. EL TRAZADO DE LA INCISION DEBERA SER HECHA CON
EL BISTURI, ENERGICAMENTE HASTA PERCIBIR POR DEBAJO DEL INSTRUMENTO O DE LA-
CARA DENTARIA. ESTE PRIMER PASO DE LA INCISION PUEDE SANGRAR COPIOSAMENTE -
POR LAS ESTRUCTURAS ANATOMICAS QUE EXISTEN EN ESA ZONA; LOS VASOS NUTRI---
CIOS. SE COHIBE LA HEMORRAGIA COMPRIMIENDO LA REGION CON UNA TORUNDA DE GA
SA. LA INCISION LLEGA HASTA LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR; DESDE ALLI SE-
CONTORNEA EL CUELLO DEL SEGUNDO Y PRIMER MOLAR, LLEGANDO TAMBIEN PROFUNDA --
MENTE HASTA EL HUESO Y SECCIONANDO LOS LIGAMENTOS CORRESPONDIENTES; ESTA IN-
CISION SE DETIENE EN EL ESPACIO INTERDENTARIO. YA ESTA TRAZADA LA INCISION -

PARA LA MAYOR PARTE DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

PARA LOS VERTICALES, CON O SIN DESVIACION, CON LA CARA MESIAL ACCESIBLE, SERA SUFICIENTE DETENER LA INCISION A NIVEL DEL CENTRO DE LA CARA BUCAL -- DEL SEGUNDO MOLAR. ES IMPORTANTE QUE CON EL BISTURI SE PERCIVA NITIDAMENTE- LOS TEJIDOS DUROS SUBYACENTES; ESTO INDICARA QUE SE HA SECCIONADO LA MUCO- SA Y EL PERIOSTIO, FACILITANDO DE ESTE MODO LA MANIOBRA POSTERIOR DE DESPE- GAMIENTO DEL COLGAJO. PARA LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS CON AUSENCIA DEL- SEGUNDO MOLAR, O EN EL DESDENTADO TOTAL LA INCISION SE REALIZA SOBRE LA RE- GION VESTIBULAR. AMBOS TIPOS DE INCISIONES PERMITEN UN COLGAJO AMPLIO Y UTIL EN CASO DE AUSENCIA DE TODOS LOS DIENTES DE LA ARCADEA, LA INCISION CORRE POR EL BORDE HASTA DOS CENTIMETROS APROXIMADAMENTE DEL LIMITE MESIAL DEL MOLAR - RETENIDO PUDIENDOSE REALIZAR UNA PROLONGACION VESTIBULAR DE LA INCISION. ES- DE SUMA UTILIDAD EL EXAMEN RADIOGRAFICO CON PUNTOS DE REFERENCIAS, QUE NOS-- PERMITIRAN UBICAR LA POSICION DEL MOLAR RETENIDO Y POR LO TANTO EL TRAZADO - DE LA INCISION.

PREPARACION DE LOS COLGAJOS

TRAZADA LA INCISION, SE HACE HEMOSTASIS COMPRIMIENDO POR BREVES INSTANTES LA REGION, SE TOMA EL PERIOSTOTOMO O EN SU DEFECTO UNA PEQUEÑA LEGRA, O LA ESPATULA DE FREER, Y SE INTRODUCE EN LOS LABIOS OBTENIDOS POR LA INCISION, PROGRESANDO DESDE EL LADO DISTAL HACIA EL MESIAL. EL PERIOSTOTOMO TOCA EL HUESO Y APOYANDOSE EN EL Y MERCED A SUAVES MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD Y DE GIRO DEL INSTRUMENTO, SE DESPRENDE EL LABIO BUCAL DE LA INCISION.

PARA FACILITAR LA MANIOBRA PUEDE APOYARSE EL INSTRUMENTO EN EL ANGULO BUCODISTAL DEL SEGUNDO MOLAR; DESPLAZANDO EL INSTRUMENTO HACIA LA LINEA MEDIA DEL PACIENTE, CON ESE PUNTO DE APOYO SE LOGRA DESPRENDER EL COLGAJO EN TODA LA EXTENSION QUE SE DESEE.

A ESTA ALTURA DEL PROCEDIMIENTO PUEDE TORMARSE CON LA MANO IZQUIERDA UNA PINZA DE DISECCION A DIENTES DE RATON, LA CUAL PRENDERA EL LABIO EXTERNO O BUCAL DE LA INCISION, COLABORANDO EN LAS MANIOBRAS QUE SIGUEN. EL PERIOSTOTOMO, SIEMPRE CON APOYO EN EL ANGULO BUCODISTAL DEL SEGUNDO MOLAR SEPARA O DESINSERTA LA ENCIA QUE CUBRE LA CARA EXTERNA DEL SEGUNDO MOLAR; CONTINUANDO EL PERIOSTOTOMO EN ESTA FUNCION, DESINSERTA LA ENCIA BUCAL DEL PRIMER MOLAR, DETENIENDOSE A NIVEL DEL ESPACIO INTERDENTARIO ENTRE EL PRIMER Y SEGUNDO PREMOLAR. ESTE DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO SE REALIZA EN DISTINTA EXTENSION, SEGUN EL TIPO DE RETENCION DE QUE SE TRATA. PARA LA EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES SIN DESVIACION O EN DESVIACION LINGUAL, CUALESQUIERA QUE SEA SU POSICION, EL DESPEGAMIENTO A NIVEL DEL RETENIDO SE HACE HAS-

TA UNA LINEA MITAD DE CAMINO ENTRE EL BORDE ALVEOLAR EXTERNO Y LA LINEA OBLI
CUA EXTERNA.

PARA LA EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES EN DESVIACION BUCAL O BUCOLIN --
GUAL, LA MANIOBRA SE REALIZA A NIVEL DEL RETENIDO, HASTA ENCONTRAR EL BORDE-
ANTERIOR DEL MAXILAR Y SU PROLONGACION QUE ES LA LINEA OBLICUA EXTERNA. LA-
EXTENSION BUCAL DEL DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO NO DISMINUYE DEL LADO DISTAL
AL MESIAL; A NIVEL DEL ESPACIO ENTRE EL PRIMER MOLAR Y EL SEGUNDO PREMOLAR -
ESTA MANIOBRA ES MINIMA. EL PERIOTOTOMO SIRVE EN LAS MANIOBRAS OPERATORIAS-
POSTERIORES PARA MANTENER FIJO EL COLGAJO DESPRENDIDO, IGUAL FUNCION PUEDE --
DESEMEÑAR EL SEPARADOR DE AUSTIN. EL LABIO INTERNO DEL COLGAJO SE SEPARA DEL
HUESO SUBYACENTE O DEL SACO PERICORONARIO CON EL MISMO PERIOTOTOMO Y CON I-
DENTICAS MANIOBRAS QUE LAS REALIZADAS PARA SEPARAR EL COLGAJO EXTERNO, LA EX
TENSION DEL DESPRENDIMIENTO ESTA REGIDA POR EL TIPO DE RETENCION PROCURANDO
ALCANZAR EL LIMITE DE LA CARA LINGUAL DEL MOLAR RETENIDO. EN ALGUNAS RETEN -
CIONES LINGUOANGULARES Y DESVIACIONES LINGUALES ACENTUADAS, EL LABIO INTERNO
DEL COLGAJO PUEDE SER MANTENIDO FIJO CON UN "HILO RIENDA" QUE SE OBTIENE A--
TRAVEZANDO EL LABIO INTERNO DEL COLGAJO CON UNA AGUJA CURVA PROVISTA DE SU -
RESPECTIVO ELEMENTO DE SUTURA. SE PASA LA AGUJA Y SE TOMAN LOS DOS EXTREMOS-
DEL HILO QUE MANTIENE EL AYUDANTE O SE PRENDEN CON UNA PINZA DE KOCHER SOBRE
LA COMPRESA DE PECHO DEL PACIENTE; ESTE MISMO HILO PUEDE SERVIR PARA COMPLE--
TAR LA SUTURA SIN NECESIDAD DE VOLVER A REALIZAR LA TOMA DEL COLGAJO INTERNO

OSTEOTOMIA

SE DENOMINA OSTEOTOMIA AL TIEMPO OPERATORIO QUE CONSISTE EN LA ELIMINACION DEL HUESO QUE CUBRE, PROTEGE O ALOJA EL OBJETO DE LA OPERACION; EN CIRUGIA DEL TERCER MOLAR EL TERMINO SE APLICA A LA ELIMINACION DEL HUESO EN RELACION CON EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO. EL OBJETO DE LA OSTEOTOMIA ES ELIMINAR LA NECESARIA CANTIDAD DE HUESO COMO PARA TENER ACCESO AL MOLAR Y DISMINUIR LA RESISTENCIA, POR LA CANTIDAD Y CALIDAD DEL HUESO CONTINENTE. TIEMPO IMPORTANTE EN LA CIRUGIA DEL TERCER MOLAR, LA OSTEOTOMIA, JUNTO CON LA ODONTOSECCION, SIMPLIFICAN EXTRAORDINARIAMENTE UN PROBLEMA QUE DE OTRA-MANERA SERIA ALTAMENTE TRAUMATIZANTE. "ES PREFERIBLE EXTRAER MAS HUESO QUE-EL NECESARIO ELIMINANDO DE ESTE MODO LA RESISTENCIA, QUE ELIMINAR DEMASIADO POCO, EMPLEANDO COMO COMPENSACION LA FUERZA TRAUMATICA PARA ELIMINAR EL ---DIENTE RETENIDO". LA OSTEOTOMIA COLABORA EN LA REALIZACION DE LA CIRUGIA --FISIOLÓGICA; LA FUERZA PUEDE TENER COMO RESULTADO LA FRACTURA DEL MAXILAR O LESIONES ALVEOLARES DE DISTINTA INTENSIDAD.

LA OSTEOTOMIA SE REALIZA EN CIRUGIA BUCAL POR INSTRUMENTOS LOS CUALES PUEDEN SER ESCOPIOS, FRESAS Y PINZAS GUBIAS.

OSTEOTOMIA CON ESCOPIO: EL ESCOPIO PUEDE SER USADO DE DOS DIFERENTES MANERAS: EL OPERADOR MANEJA EL MISMO ESCOPIO Y MARTILLO: EL PRIMER INSTRUMENTO TOMADO CON LA MANO IZQUIERDA, Y EL SEGUNDO CON LA MANO DERECHA; O EL OPERA-DOR MANEJA SOLO EL ESCOPIO, DEJANDO EL EMPLEO DEL MARTILLO AL AYUDANTE. EL MANEJO DEL MARTILLO A CARGO DEL AYUDANTE DEBE DE SER DESEMPEÑADO CON ENER-

GIA Y JUSTEZA; ACTUANDO SOBRE EL EXTREMO DEL ESCOPLA, CON GOLPES SECOS, PERO DE REAL EFECTIVIDAD. EL HUESO PERICORONARIO ES SUMAMENTE SOLIDO, SOBRE TODOS LOS HUESOS BUCAL Y DISTAL; LOS ESCOPLAS DEBEN SER CONSTANTEMENTE AFILADOS PARA QUE SU LABOR SEA EFECTIVA; EL CONTACTO BRUSCO CON UNA CARA DEL MOLAR RETENIDO PERJUDICA RAPIDAMENTE SU BORDE CORTANTE, LOS FRAGMENTOS DE HUESO, PRODUCTO DE LA OSTEOTOMIA, DEBEN SER CUIDADOSAMENTE ELIMINADOS CON PINZAS DE DISECCION O CON PINZAS PARA ALGODON, Y EN ALGUNAS CON LA PINZA GUBIA.

OSTEOTOMIA CON ESCOPLA AUTOMATICO: ESTE INSTRUMENTO CUMPLE CON PRECISION SU MISION DE ELIMINAR EL HUESO, SU MANEJO NO ES DE FACIL EMPLEO. LAS PUNTAS SE ADAPTAN AL MARTILLO, MOVIDO POR EL TORNO DENTAL, ESTE INSTRUMENTO SE UTILIZA TAMBIEN PARA PRACTICAR LA ODONTOSECCION; EL GOLPE ES NITIDO Y EL CORTE PRECISO.

OSTEOTOMIA CON FRESAS: LA FRESA ES UN INSTRUMENTO MUY UTIL PARA REALIZAR LA OSTEOTOMIA; SU EMPLEO ES SIMPLE Y SU FUNCION PUEDE SER REALIZADA CON EXITO, CUMPLIENDO CON CIERTOS PRINCIPIOS: ESTOS SE REFIEREN A EVITAR EL CALENTAMIENTO POR EL EXCESIVO Y PROLONGADO FRESADO Y EVITAR EL EMBOTAMIENTO DEL INSTRUMENTO POR LAS PARTICULAS OSEAS QUE SE DEPOSITAN ENTRE SUS DIENTES. PUEDEN USARSE LAS FRESAS COMUNES EMPLEADAS EN DENTISTICA, REDONDAS DEL NUMERO 5 AL 8, O DE FISURA No. 560, APLICADAS EN LA PIEZA DE MANO O EN EL ANGULO RECTO. SON SUMAMENTE UTILES LAS FRESAS DE CARBURO TUNGSTENO, QUE RESECAN EL HUESO CON PRECISION Y RAPIDEZ. EL EMPLEO DEL TORNO DE ALTAS VELOCIDADES SIMPLIFICA MAS LAS TECNICAS PARA LA OSTEOTOMIA Y LA ODONTOSECCION. VELOCIDADES DE 150.000.00 R.P.M. PUEDEN EMPLEARSE CON EL FIN SEÑALADO.

LA FRESA CON CUALQUIER PROCEDIMIENTO ELIMINA EL HUESO EN TOTAL, O LO HACE PRACTICANDO PEQUEÑOS ORIFICIOS VECINOS LOS UNOS DE LOS OTROS, ORIFICIOS QUE SE UNEN ENTRE SI POR MEDIO DE UNA FRESA DE FISURA O REDONDA O POR UN GOLPE DE ESCOPLA RECTO O DE MEDIA CAÑA EN TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS ES SUMAMENTE IMPORTANTE PARA EVITAR EL CALENTAMIENTO DEL HUESO, PRACTICAR LA OSTEOTOMIA - REALIZANDO GOLPES SUCESIVOS E INTERMITENTES PARA NO PRODUCIR PRECISAMENTE EL FROTAMIENTO QUE ORIGINA EL CALOR. RESULTA TAMBIEN DE UTILIDAD IRRIGAR LA ZONA EN OPERACION CON UN CHORRO DE SUERO FISIOLÓGICO TIBIO, POR MEDIO DE UNA JERINGA O DE UN FRASCO DE SUERO FISIOLÓGICO TIBIO, POR MEDIO DE UNA JERINGA - O DE UN FRASCO DE SUERO ADAPTADO A ESTE MENESTER.

OSTEOTOMIA CON PINZA GUBIA: LA RESECCION DEL HUESO LINGUAL EXIGE EL EMPLEO - DE ESTE INSTRUMENTO, PUES NO SIEMPRE LOGRA EL ESCOPLA CUMPLIR SU MISION A NIVEL DE ESTE HUESO. LA PINZA GUBIA CON SUS BOCADOS PRESIONA Y ELIMINA LA CANTIDAD NECESARIA DEL HUESO, ACTUANDO COMO UNA CIZALLA.

OSTEOTOMIA MESIAL: ESTA SE REALIZA A NIVEL DEL HUESO MESIAL.

PUEDE REALIZARSE POR MEDIO DEL ESCOPLA, ESCOPLAS FILOSOS DE MEDIA CAÑA O - FRESAS REDONDAS MONTADAS EN LA PIEZA DE MANO (FRESA REDONDA No. 8). LA FRESA SE DIRIGE TRAZANDO PEQUEÑOS CIRCULOS, QUE SE UNIRAN ENTRE ELLOS, CON LA MISMA FRESA O CON UN ESCOPLA.

LA CANTIDAD DE OSTEOTOMIA MESIAL ESTARA INDICADA POR EL EXAMEN RADIOGRAFICO EL OPERADOR DEBERA SABER EL GRADO DE OSTEOTOMIA NECESARIA QUE REALIZARA SEGUN LAS CIRCUNSTANCIAS Y NECESIDADES. LA CARA MESIAL DEL MOLAR RETENIDO DEBE QUEDAR LIBRE PARA TENER ACCESO A ELLA .

OSTEOTOMIA BUCAL: SE REALIZA A NIVEL DEL HUESO BUCAL.

SE REALIZA POR MEDIO DEL ESCOPLA DE MEDIA CAÑA O DE FRESAS REDONDAS DEL NUMERO 8. SE TRAZAN PEQUEÑOS CIRCULOS QUE SE UNIRAN ENTRE ELLOS CON LA MISMA FRESA. EL ELEVADOR DE APLICACION BUCAL SE REALIZA CON EL No. 10 R Y L, No. 14 R Y L DE WINTER.

OSTEOTOMIA DISTAL: ESTA ES LA MAS UTIL Y EFECTIVA DE TODAS LAS RESECCIONES OSEAS. LA ELIMINACION DEL HUESO PERMITE QUE EL ELEVADOR DIRIGA EL MOLAR RETENIDO HACIA EL ESPACIO CREADO POR LA CORRESPONDIENTE OSTEOTOMIA DISTAL. ESTA MANIOBRA SE REALIZA CON FRESAS DE FISURA O REDONDAS DEL No. 8, TAMBIEN PUEDE SER REALIZADA CON LOS ESCOPLAS DE BARRY O LOS DE SORENSEN. LA OSTEOTOMIA PUEDE REALIZARSE CON EL ESCOPLA EN DIRECCION ANTEROPOSTERIOR (MESIO-DISTAL) O EN SENTIDO BUCO-LINGUAL. LA DIMENSION DE LA OSTEOTOMIA ESTARA REGIDA POR LOS ELEMENTOS DE LA RESISTENCIA (CANTIDAD DE HUESO DISTAL, POSICION DEL MOLAR, FORMA Y DISPOSICION RADICULAR). LA OSTEOTOMIA OCLUSAL (DE EXISTIR HUESO OCLUSAL), PARA LUEGO CONTINUAR CON LA DEL HUESO DISTAL. PARA CASOS PARTICULARES COMO POSICION MESIO - ANGULAR, HORIZONTAL Y PARA-NORMAL LA OSTEOTOMIA DISTAL DEBE ALCANZAR LIMITES MAYORES, SIENDO NECESARIO DESCUBRIR PARTE DE LA CARA DISTAL DE LA RAIZ DISTAL. EN PRESENCIA DE PROCESOS PATOLOGICOS A NIVEL DE LA CARA DISTAL DEL TERCER MOLAR SIGNIFICA QUE EN ALGUNAS OCASIONES LA MANIOBRA SE EXTENDERA.

OSTEOTOMIA LINGUAL: CUANDO SE REALIZA ESTA OSTEOTOMIA DEBE REALIZARSE DE PREFERENCIA CON PINZA GUBIA, AUNQUE TAMBIEN SE PUEDE UTILIZAR EL ESCOPLA O LA FRESA REDONDA DEL No. 8 TENIENDO MUCHO CUIDADO DE NO DESGARRAR EL COLGAJO LINGUAL.

OSTEOTOMIA OCLUSAL: ESTA SE REALIZA CON FRESAS REDONDAS O CON ESCOPILOS. SI SE UTILIZA LA FRESA, SE REALIZARAN ORIFICIOS FORMANDO ENTRE ELLOS UN RECTANGULO CUYOS LADOS EXTERNO E INTERNO COINCIDAN APROXIMADAMENTE CON LOS ANGULOS BUCCOCLUSALES Y LINGUOCLUSALES DEL MOLAR RETENIDO. SE UNEN LAS PERFORACIONES POR MEDIO DEL ESCOPIO Y SE RETIRA PARCIALMENTE O TOTALMENTE LA TAPA OSEA. EL ESCOPIO DE BARRY ES UTIL EN LAS RETENCIONES PROFUNDAS, EN LAS CUALES ES ABUNDANTE EL HUESO OCLUSAL. TERMINADA LA OSTEOTOMIA OCLUSAL NOS ENCONTRAREMOS CON EL SACO PERICORONARIO EL CUAL ESTA ALTAMENTE IRRIGADO Y SANGRA ABUNDANTEMENTE. SE TENDRA QUE ELIMINAR POR MEDIO DE UNA PINZA GUBIAPARA SEGUIR POSTERIORMENTE CON LOS SIGUIENTES TIEMPOS DE LA OPERACION. EN TERMINOS GENERALES EL ORDEN EN QUE DEBE REALIZARSE LA RESECCION OSEA EN LOS DISTINTOS SEGMENTOS SERA: CUANDO EL HUESO OCLUSAL CUBRE TODO EL MAXILAR CUALQUIERA SEA LA POSICION, SERA CONVENIENTE INICIAR LA OSTEOTOMIA EN LA CARA OCLUSAL, LUEGO EN LOS HUESOS MESIAL, BUCAL, DISTAL Y LINGUAL.

REGIONES OSEAS QUE DEBEN ELIMINARSE

PARA REALIZAR LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EL HUESO QUE LO CUBRE TOTAL O PARCIALMENTE DEBE SER ELIMINADO.

EL GRADO Y LA CANTIDAD DE LA OSTEOTOMIA ESTAN DIRIGIDOS POR EL TIPO DE RETENCION, CANTIDAD DE HUESO Y FORMA RADICULAR. EL NOMBRE DE LA OSTEOTOMIA SE RIGE SIMPLEMENTE POR EL NOMBRE DE LA REGION OSEA A RESECARSE, POR LO TANTO SE DENOMINARA: OSTEOTOMIA MESIAL, BUCAL, DISTAL, LINGUAL Y OCLUSAL DE ACUERDO CON EL LUGAR DONDE SE REALIZA LA ELIMINACION DEL HUESO.

LA MANIOBRA ESTARA INDICADA POR EL ESTUDIO RADIOGRAFICO DE LA RETENCION Y VARIACION DE ACUERDO CON LA MAYOR O MENOR EXTENSION DEL HUESO. EL MOLAR RETENIDO DEBERA SER MOVILIZADO SEGUN PRINCIPIOS MECANICOS DEFINIDOS, PERO NO A COSTA DE EXCESIVA FUERZA, QUE SIGNIFICA TRAUMA, LO CUAL SE TRADUCE POR DOLORES, MOLESTIAS Y RETARDO DEL TIEMPO DE CICATRIZACION. LA APLICACION DE LA MECANICA QUIRURGICA ELIMINARA EL MOLAR SIGUIENDO LA VIA DE MENOR RESISTENCIA; LO CUAL NOS DARA EXITO EN LA EXTRACCION. EXISTE OSTEOTOMIA DE ACCESO DE CARA MESIAL-ACCESIBLE Y CARA MESIAL INACCESIBLE. CUANDO EL TERCER MOLAR SE PRESENTA CON SU CARA MESIAL ACCESIBLE ES NATURAL QUE NO SERA MENESTER REALIZAR NINGUNA OSTEOTOMIA. SI EL TERCER MOLAR POSEE SU CARA MESIAL INACCESIBLE HABRA QUE REALIZAR UNA OSTEOTOMIA A NIVEL DE LA CARA MESIAL (OSTEOTOMIA MESIAL) QUE ELIMINANDO EL HUESO QUE CUBRE ESTA CARA PERMITA LA CORRECTA APLICACION DE LA FUERZA (LOS ELEVADORES DE APLICACION MESIAL) SOBRE LA CARA MESIAL. EN OTRAS CIRCUNSTANCIAS (LOS ELEVADORES DE APLICACION BUCAL) REQUIEREN LA OSTEOTOMIA DE PARTE DEL HUESO BUCAL. LA OSTEOTOMIA PARA LA EXTRACCION ESTA DIRIGIDA POR LA CANTIDAD Y CALIDAD DEL HUESO PERICORONARIO, LA POSICION DEL MOLAR, SUS --

- DESVIACIONES, LA FORMA DE LA CORONA, Y DISPOSICION DE LAS RAICES.

OPERACION PROPIAMENTE DICHA
(EXTRACCION DEL MOLAR RETENIDO)

CUANDO YA ELIMINAMOS LAS ESTRUCTURAS OSEAS QUE PROVOCABAN UNA DE LAS RESIS --
TENCIAS SE INICIA LA OPERACION PROPIAMENTE DICHA. EL ELEVADOR LLEGA A LA CA
RA MESIAL DEL MOLAR RETENIDO CON EL PUNTO DE APOYO EN EL BORDE OSEO Y CON UNA
FUERZA EJERCIDA SOBRE SU MANGO, ELEVA EL MOLAR SIGUIENDO EL CAMINO DE MENOR -
RESISTENCIA. PERO ESTA TECNICA NO SIEMPRE PUEDE APLICARSE EN FORMA ABSOLUTA,-
POR RAZONES DEPENDIENTES DE LA POSICION DEL MOLAR, DISPOSICION Y FORMA DE SUS
RAICES.

ODONTOSECCION

ESTA TECNICA CONSISTE EN DISMINUIR EL VOLUMEN DEL MOLAR REALIZANDO LA SECCION
DE ESTE EN VARIOS FRAGMENTOS CON EL OBJETO DE SIMPLIFICAR LA OPERACION.
EN ESTA TECNICA DEBE EMPLEARSE EL INGENIO DEL OPERADOR PARA TRANSFORMAR LA --
FUERZA MASIVA APLICADA A LA EXTRACCION, EN UN ACTO SENCILLO, ELEGANTE Y PRO--
DUCTIVO. IGUALMENE LA HABILIDAD, PRECISION Y UN INSTRUMENTAL ADECUADO NOS DA--
RAN EXITO EN NUESTRA INTERVENCION.EL METODO DE LA ODONTOSECCION TIENE GRAN IM
PORTANCIA YA QUE:

- 1.- SE DISMINUYE EL TAMAÑO DEL CAMPO OPERATORIO CREANDO MAS ESPACIO PARA LA -
MOVILIZACION DE NUESTRO DIENTE RETENIDO.
- 2.- EXISTIRA MENOR EDEMA POSTOPERATORIO YA QUE EL TRAUMATISMO SERA MENOR.

- 3.- SE RECIDE LA CANTIDAD DE HUESO A ELIMINARSE.
- 4.- EL TIEMPO OPERATORIO ES MENOR.
- 5.- SE FACILITA LA OPERACION.
- 6.- NO EXOSTE PELIGRO DE LESION SOBRE LOS DIENTES VECINOS.
- 7.- SE REDUCE EL PELIGRO DE FRACTURA MANDIBULAR YA QUE NO SE EMPLEARA LA FUERZA MECANICA COMO UNICO FACTOR.
- 8.- SE DISMINUYE EL PELIGRO DE LESION SOBRE EL NERVIIO DENTARIO.
- 9.- SE REDUCE EL PELIGRO DE FRACTURA EN LAS TABLAS ALVEOLARES EXTERNA O INTERNA.

LA ODONTOSECCION PUEDE REALIZARSE EN DOS FORMAS:

- 1.- SIGUIENDO EL EJE MAYOR DEL DIENTE
- 2.- SIGUIENDO EL EJE MENOR DEL DIENTE.

AMBAS FORMAS CON LA FINALIDAD DE HACER DE UN CUERPO UNICO EN VARIOS CUERPOS DE MENOR VOLUMEN, PARA LA APLICACION DE FUERZAS Y LOGRAR NUESTRO OBJE TIVO PROPUESTO. PARA LA ODONTOSECCION SEGUN EL EJE MAYOR DEL MOLAR SE EM PLEARA EL ESCOPLA, Y PARA LA ODONTOSECCION SEGUN EL EJE MENOR DEL DIENTE SE EMPLEARAN LAS FRESAS (ESTAS TAMBIEN PUEDEN SER UTILIZADAS PARA LA ODON TOSECCION SEGUN EL EJE MAYOR DEL DIENTE)).

ODONTOSECCION CON ESCOPLAS: ESTOS SE UTILIZAN PARA LA DIVISION LONGITUDI NAL DEL MOLAR RETENIDO SIGUIENDO SU EJE MAYOR Y LA FRESA ES UTILIZADA EN SU EJE MENOR. SU HOJA DEL ESCOPLA DEBE SER A DOBLE FILO Y DE HOJA ANCHA-- (7 a 10 mm.) ESTOS ESCOPLAS SON UTILIZADOS EN DOS DIFERENTES FORMAS: LA PRIMERA ES DONDE EL OPERADOR SIN AYUDA DEL ASISTENTE MANEJA EL ESCOPLA Y EL MARTILLO Y LA SEGUNDA ES EN DONDE EL AYUDANTE INTERVIENE EN LA AYUDA-- GOLPEANDO EL ESCOPLA CON EL MARTILLO.

EL GOLPE DEBE SER DE UNA INTENSIDAD Y PRECISION DE MODO QUE EL DIENTE SEA SECCIONADO EN EL PRIMER INTENTO. EL BORDE CORTANTE DEBE SER COLOCADO SOBRE LA CARA OCLUSAL DEL DIENTE RETENIDO O SOBRE EL SURCO BUCAL DE ESTE PARA REALIZAR LA ODONTOSECCION. SE REQUIERE QUE EL MOLAR TENGA UNA CANTIDAD SUFICIENTE DE HUESO DESCUBIERTO.

ODONTOSECCION CON ESCOPLA AUTOMATICO: ESTE INSTRUMENTO SE APLICA CON EL FILO SOBRE LA CARA OCLUSAL Y EN EL SURCO PARA QUE TENGA UNA ACCION EFICAZ SE UTILIZA DE LA MISMA FORMA QUE EL ESCOPLA COMUN. EL RESORTE DEBE EJERCER UN MAXIMO DE FUERZA PARA EL EXITO DE LA SECCION.

ODONTOSECCION CON FRESA: LA TECNICA DE LA FRESA DE ALTA VELOCIDAD SE EMPLEA ALTAMENTE PARA LA EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS Y RESTOS RADICULARES, OBTENIENDOSE GRANDES VENTAJAS:

- 1.- QUE EL PACIENTE SE SIENTA FAMILIARIZADO CON EL USO DE LA PIEZA DE MANO QUE CON EL ESCOPLA Y EL MARTILLO.
- 2.- SE EVITAN LOS GOLPES FISICOS Y LAS PRESIONES EJERCIDAS SOBRE LA MANDIBULA.
- 3.- ELIMINA LA NECESIDAD DE UNA ASISTENTE PARA EL EMPLEO DEL MARTILLO.
- 4.- EL CAMPO QUIRURGICO SE MANTIENE CONTINUAMENTE LAVADO POR EL USO DE LA PIEZA DE MANO AL IGUAL QUE SE REDUCE EL CALOR GENERADO POR LA FRESA.
- 5.- TENEMOS LA POSIBILIDAD DE HACER PERFORACIONES AL DIENTE RETENIDO DE UN MODO DELICADO Y CONTROLADO.

ESTA TECNICA DE LA FRESA ES PARTICULARMENTE UTIL PARA LA RECUPERACION DE APICES DE RAICES DE MOLARES INFERIORES QUE SE ENCUENTRAN CERCA DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR Y RESTOS RADICULARES SUPERIORES QUE SE HAYAN VECINOS AL SENO MAXILAR. ESTO ELIMINA LAS FUERZAS DIRIGIDAS HACIA API-

CAL TALES COMO LAS QUE SE PRODUCEN EN EL CASO DE LA TOMA CON UN ELEVADOR POR DEBAJO O AL LADO DE UN FRAGMENTO RETENIDO CON LA FRESA HACE POSIBLE-RETIRARLO POR MEDIO DE UN INSTRUMENTO QUE ENCAJE PERFECTAMENTE EN EL.

EL DESCUBRIR NUEVAS TECNICAS PARA LA EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS__ CREARON COMO RESULTADO EL ESTABLECIMIENTO DE DOS TECNICAS FUNDAMENTALES:

- 1.- LA REMOCION DEL DIENTE INTACTO DE UNA VEZ QUE SE HABIA RESECADO UNA CANTIDAD SUFICIENTE DE HUESO
- 2.- EL SECCIONAMIENTO DEL DIENTE DE MANERA QUE HUBIERA QUE ELIMINAR HUESO PARA LA EXTRACCION , LAS TECNICAS ACTUALMENTE UTILIZADAS SON ESTAS DOS: POR LO TANTO LAS TECNICAS DE ESCOPILOS SIMPLES, AUTOMATICOS ETC QUE - DAN ELIMINADAS.

EXISTEN DIFERENTES FACTORES QUE IMPIDEN LA ELEVACION DE UN TERCER MOLAR - INFERIOR RETENIDO Y SON:

- 1.- EL HUESO QUE LO RECUBRE.
- 2.- EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE (FALTA DE ESPACIO).
- 3.- EL SEGUNDO MOLAR ADYACENTE (RETENCION DE ESTE).
- 4.- UNA FORMACION RADICULAR DESFAVORABLE.

LAS DIFICULTADES QUIRURGICAS Y ANATOMICAS QUE PODEMOS ENCONTRAR PARA LA EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SON:

- 1.- LA PROXIMIDAD AL NERVILO DENTARIO INFERIOR.
- 2.- LA CORTICAL LINGUAL DELGADA.
- 3.- FALTA DE VISIBILIDAD.
- 4.- ACCESO RESTRINGIDO.
- 5.- FORMACION ANORMAL DE HUESO.

LA ODONTOSECCION CON FRESA DEBE SER UTILIZADA PARA SECCIONAR EL DIENTE -
SEGUN SU EJE MENOR PERO EN ALGUNAS OCASIONES PUEDE USARSE PARA LA SECCION
LONGITUDINAL . EL CORTE SEGUN SU EJE MENOR DEBE REALIZARSE A NIVEL DE SU-
CUELLO. SE PUEDEN EMPLEAR FRESAS REDONDAS O DE FISURA, EL USO DE FRESAS -
DE CARBURO DE TUNGSTENO SIMPLIFICARA EL PROBLEMA.

EXTRACCION DE LAS RAICES SECCIONADAS

1.- EXTRACCION DE LAS RAICES EN LA SECCION SEGUN EL EJE MAYOR:

LA RADIOGRAFIA NOS DARA LA INDICACION DE CUAL DE LAS RAICES DEBE EXTRAERSE PRIMERO. POR EJEMPLO UN TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION MESIOANGULAR, DESVIACION BUCAL, CON LA CARA MESIAL ACCESIBLE AMBAS RAICES DIRIGIDAS HACIA EL LADO DISTAL.

YA REALIZADO LOS TIEMPOS OPERATORIOS Y HABER SECCIONADO EL MOLAR RETENIDO SEGUN SU EJE MAYOR, SE DISPONE A MOVILIZAR EL MOLAR EN EL SENTIDO DE LA CURVATURA DE SUS RAICES PARA FACILITAR LA ELIMINACION, SIGUIENDO LA LEY DE MENOR RESISTENCIA. SE INTRODUCE UN ELEVADOR DE CLEV-DENT A NIVEL DE LA CARA BUCAL ENTRE LOS DOS SEGMENTOS SECCIONADOS Y SE TORSINA EL MANGO DEL INSTRUMENTO TRATANDO DE DESPLAZAR HACIA EL LADO DISTAL LA PORCION DISTAL, TAMBIEN PUEDE USARSE EL ELEVADOR DE WINTER (14 L O R) APLICANDO EN EL MISMO LUGAR QUE EL DE CLEV-DENT, AL APLICAR LA FUERZA GIRANDO EL ELEVADOR EN DIRECCION HACIA DISTAL ESTA DESCRIBIRA UN MOVIMIENTO EN ARCO AL ELEVARSE Y DESPLAZARSE EN EL SENTIDO SEÑALADO. YA QUE QUEDANDO VACIO EL ALVEOLO DISTAL, SE PROCEDE A EXTRAER LA OTRA RAIZ MESIAL - COLOCANDO EL ELEVADOR EN EL ESPACIO INTERDENTARIO A NIVEL DE LA CORONA MESIAL (CARA MESIAL ACCESIBLE) ROTANDO EL INSTRUMENTO EN EL SENTIDO DE SU EJE, SE DIRIGE LA PORCION MESIAL HACIA EL LADO DISTAL QUE SE IMPRIME A LA RAIZ CON EL ELEVADOR, DESPLAZA LA PORCION MESIAL HACIA EL ALVEOLO VACIO.

2.- EXTRACCION DE LAS RAICES EN LA SECCION SEGUN EL EJE MENOR:

ESTUDIAREMOS UN CASO DE UN MOLAR RETENIDO POSICION HORIZONTAL, SIN DESVIA
CION CON LA CARA MESIAL ACCESIBLE.

1.- EXTRACCION DE LA CORONA: SE INTRODUCE UN ELEVADOR NO. 2 L O R DE WIN-
TER A NIVEL DE LA CARA MESIAL, EN EL ESPACIO INTERDENTARIO (CARA MESIAL A
CCESIBLE), Y SE ROTA EL INSTRUMENTO EN EL SENTIDO DE SU EJE. SI ESTA MA--
NIOBRA NO CONSIGE ELEVAR LA CORONA SE PROCEDERA A IMPRIMIR EL ELEVADOR SU
FUNCION DE PALANCA DE PRIMER GENERO Y CON APOYO EN LA CIMA DEL HUESO ME--
SIAL SE DECIENDE EL MANGO DEL INSTRUMENTO, PRODURANDO ELEVAR LA CORONA --
SECCIONADA.

SI AUN SE MANTIENE LA IMPOSIBILIDAD DE EXTRAER LA CORONA SERA CONVENIEN--
TE SECCIONARLA DE NUEVO CON UNA FRESA, EN EL SENTIDO MESIODISTAL. LOS ---
FRAGMENTOS BUCAL Y LINGUAL DE ESTA NUEVA SECCION SE DESPLAZAN EN EL SEN--
TIDO BUCAL Y LINGUAL RESPECTIVAMENTE, INTRODUCIENDO UN ELEVADOR 14 L O R-
DE WINTER ENTRE LOS BORDES DE LA SECCION MESIODISTAL.

2.- EXTRACCION DE LA RAIZ: LA EXTRACCION DE LAS RAICES ESTARA GOBERNADA -
POR LA FORMA Y DISPOSICION DE ELLAS Y EL ESTUDIO RADIOGRAFICO NOS INDI---
CARA CUAL SERA LA TECNICA A SEGUIR Y MANERA DE ACTUAR.

INTRODUCCION PARA LA ODONTOSECCION

ESTAS SE BASAN EN DOS FACTORES

1.- POSICION DEL MOLAR RETENIDO.

2.- FORMA Y DISPOSICION RADICULAR.

1.- POSICION DEL MOLAR RETENIDO: (ODONTOSECCION SEGUN EL EJE MAYOR DEL -- MOLAR). ESTA INDICADA EN LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES CUANDO SE PRESEN-- TEN:

A) EN POSICION VERTICAL, CUANDO ES ACCESIBLE LA CARA OCLUSAL.

B) EN POSICION MESIOANGULAR EN CUALQUIER FORMA DE DESVIACION Y EN LAS CLA-- SES 1 Y 2 (LA CARA DISTAL POR ENCIMA DEL PLANO OCLUSAL O ENTRE EL OCLU-- SAL Y EL VERTICAL).

C) EN POSICION HORIZONTAL (CON LA CARA MESIAL ACCESIBLE Y LA DISTAL POR -- ENCIMA DEL PLANO OCLUSAL.

ODONTOSECCION SEGUN EL EJE MENOR DEL MOLAR:

ESTA INDICADA CUANDO SE PRESENTEN:

A) POSICION VERTICAL, CON SU CARA MESIAL INACCESIBLE Y LA OCLUSAL A LA -- ALTURA O LIGERAMENTE POR DEBAJO DEL PLANO OCLUSAL.

B) EN POSICION MESIOANGULAR, CON SU CARA MESIAL INACCESIBLE Y LA OCLUSAL POR DEBAJO DEL PLANO CERVICAL.

C) EN POSICION HORIZONTAL, CON SU CARA MESIAL INACCESIBLE Y LA DISTAL POR DEBAJO DEL PLANO CERVICAL; ES DECIR EN AQUELLOS CASOS EN LOS CUALES EL -- ESCOPIO NO PUEDE ALCANZAR LA CARA OCLUSAL DEL MOLAR RETENIDO.

D) EN POSICION DISTOANGULAR.

E) EN POSICION LINGUO Y BUCCOANGULAR.

F) EN POSICION INVERTIDA O PARA-NORMAL.

2.- DISPOSICION RADICULAR: (ODONTOSECCION SEGUN EL EJE MAYOR DEL MOLAR).

ESTA INDICADA CUANDO:

LA RAIZ MESIAL SE ENCUENTRA DIRIGIDA HACIA EL LADO MESIAL Y LA DISTAL RECTA, AMBAS RAICES DIRIGIDAS HACIA EL LADO MESIAL Y LA MESIAL HACIA EL LADO MESIAL Y LA DISTAL HACIA EL LADO DISTAL, EN LAS POSICIONES VERTICAL, MESIOANGULAR Y HORIZONTAL (CUANDO LA TECNICA SEA APLICABLE POR LA PRESENTACION DE LA CARA OCLUSAL).

VARIACION EN EL METODO DE LA ODONTOSECCION SEGUN EL EJE MENOR DEL MOLAR:-

ESTA INDICADA EN:

TERCEROS MOLARES VERTICALES MESIOANGULARES Y HORIZONTALES, CON RAICES DIVERGENTES, CON DILACERACION, CON CEMENTOSIS, CON RAICES MULTIPLES; SE EXEPTUAN LAS CEMENTOSIS EN MASA.

DESVENTAJAS DE LA ODONTOSECCION

EN TERCEROS MOLARES QUE NO PRESENTAN SURCOS CARACTERISTICOS Y PROFUNDOS - SON DIFICILMENTE SECCIONADOS POR EL ESCOPLA, CARIES Y OBTURACIONES EN LA CORONA DEL MOLAR RETENIDO (SEMIRETENIDO) QUE IMPIDEN LA NORMAL Y CORRECTA UBICACION DEL ESCOPLA (PARALELO AL EJE MAYOR DEL MOLAR) Y EL CORTE SIGUEPLANOS QUE NO SON CORRECTOS NI UTILES A LOS FINES PROPUESTOS. EN ALGUNASVECES POR LA DEFECTUOSA COLOCACION DEL ESCOPLA DEBIDO A ESTA INTERFERENCIA DE LA OBTURACION, LA SECCION SOLO SE PRODUCE EN EL TERCIO DISTAL DE LA CORONA, NO LLEGANDO LA ACCION A SEPARAR LAS RAICES. EN ESTOS CASOS SERA MEJOR ABANDONAR EL ESCOPLA Y REALIZAR LA ODONTOSECCION SIGUIENDO EL EJE MENOR DEL MOLAR.

NOTA: EL GOLPE REALIZADO PARA PRODUCIR LA ODONTOSECCION RESULTARA DESAGRADABLE PARA EL PACIENTE Y NOS TRAERA REPERCUSSION PARA EL OIDO Y LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

NOTA: EL EXITO DE LA OSTEOTOMIA Y LA ODONTOSECCION ESTA EN RELACION DIRECTA CON EL GRADO DE HABILIDAD MANUAL DEL OPERADOR Y EL INTELIGENTE CUMPLIENDO DE LAS INDICACIONES.

LA HABILIDAD SE MEJORA, PERFECCIONA Y ESTILIZA POR EL ENTRENAMIENTO QUIRURGICO; LAS INDICACIONES SON FRUTO DE LA EXPERIENCIA Y LA RESULTANTE DEL ESTUDIO CLINICO Y RADIOLOGICO DE LOS CASOS EN LA PRACTICA DIARIA.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

PARA EL TRATAMIENTO SE REALIZAN DOS MANIOBRAS:

1'- ELIMINACION QUIRURGICA DEL SACO PERICORONARIO (NORMAL O PATOLOGICO).
2.- TRATAMIENTO MEDICO DE LA CAVIDAD OSEA OBTURANDOLA CON DIVERSAS SUBSTANCIAS.

1.- ELIMINACION QUIRURGICA DEL SACO PERICORONARIO: ES FUENTE DE HEMORRAGIAS, INFECCIONES POSTOPERATORIAS (ALVEOLITIS) Y NEOPLASIAS, EL SACO CORONARIO DEBE SER RIGUROSAMENTE ELIMINADO DE LA CAVIDAD OSEA DONDE SE ALOJA Y SE REMOVERA CON CUCHARILLAS PARA HUESO. LA ELIMINACION NO SIEMPRE ES FACIL AUN EN SACOS SIN INFECCION YA QUE SE ENCUENTRAN SOLIDAMENTE ADHERIDAS AL HUESO EN LAS REGIONES BASAL, BUCAL Y LINGUAL Y A LAS PARTES BLANDAS EN LAS REGIONES DISTAL Y LINGUAL. EL SACO PERICORONARIO SE TOMA CON UNA PINZA DE KOCHER CURVA Y SE RECORRE CON LA CUCHARILLA LAS DISTINTAS PAREDES OSEAS BUSCANDO UN CLIVAJE QUE PERMITA LA RESECCION DEL SACO. MUCHAS VECES LA DESVIACION LINGUAL POR AUSENCIA PARCIAL O TOTAL DEL HUESO HACE DIFICIL LA ENUCLEACION DEL SACO YA QUE ESTE SE ADHIERE INTIMAMENTE A LAS PAREDES BLANDAS. TODO PROCESO PATOLOGICO COMO GRANULOMAS MESIALES, DISTALES, OSTEITIS ORIGINADA POR ESTOS, DEBERA SER RIGUROSAMENTE RESECADO CON CUCHARILLA PARA HUESO, AL IGUAL QUE FRAGMENTOS DE HUESO, DIENTE O CUERPOS EXTRAÑOS.

IGUALMENTE LOS BORDES OSEOS DEBEN SER VIGILADOS DE PUNTAS AGUDAS O ARISTAS CORTANTES SIENDO ELIMINADOS CON PINZAS GUBIAS Y LIMAS PARA HUESO.

2.- OBTURACION DE LA CAVIDAD ALVEOLAR: TERCEROS MOLARES SIN COMPLICACION

PERICORONARIA APARENTE: DESPUES DE HABER REALIZADO EL ULTIMO PASO DE LA OPERACION SE COLOCA EN LA CAVIDAD ALVEOLAR, CON UNA CUCHARILLA, CON EL PERISTOTOMO, O CON UNA PINZA DE DISECCION DOS O TRES TROZOS DE CONOS ANTIBIOTICOS LOS CUALES TIENEN DISTINTOS NOMBRES EN EL MERCADO, LOS CUALES VAN ACTUAR COMO BACTERICIDAS, BACTERIOSTATICOS DENTRO DE LA CAVIDAD PREVENIENDO ASI UNA INFECCION DEL COAGULO SANGUINEO. SE REALIZA LA SUTURA - CON LOS CONOS ANTIBIOTICOS INTRODUCIDOS DENTRO DEL ALVEOLO ABSORBIENDOSE ESTOS DENTRO DE ESTA.

EXISTEN DIFERENTES QUIMIOTERAPIOS PARA SER UTILIZADOS DENTRO DEL ALVEOLO-POST A LA OPERACION (PRODUCTOS A BASE DE SULFAMIDAS), PERO REALMENTE NO VAN A SER EFICACES COMO LOS ANTIBIOTICOS.

CUANDO SE ADMINISTRAN ANTIBIOTICOS POR VIA ORAL O PARENTERAL SIMULTANEOS- A LA APLICACION LOCAL DE ANTIBIOTICOS DENTRO DEL ALVEOLO, SE REDUCIRAN EN GRAN NUMERO LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS (INFECCION: ALVEOLITIS). ALGUNOS MEDICAMENTOS O SUBSTANCIAS DESTINADAS A OBTURAR LA CAVIDAD OSEA TIENEN DIFERENTE FUNCION QUE SON:

- A) UNOS ESTAN INDICADOS A COMBATIR LA INFECCION.
- B) Y OTROS A INHIBIR LA HEMORRAGIA.

MEDICAMENTOS INDICADOS A PREVENIR LA INFECCION: EL MEDICAMENTO IDEAL E-INDICADO A ESTA FUNCION SERA LA PENICILINA EN FORMA DE OBTURACION QUE - SERA ABSORVIBLE CON ACCION BACTERIOSTATICA ES REAL Y EFECTIVA A MEJORAR LAS CONDICIONES LOCALES POSTOPERATORIAS.

MEDICAMENTOS INDICADOS A INHIBIR LA HEMORRAGIA: LOS MEDICAMENTOS IDEALES PARA COMBATIR LA HEMORRAGIA ALVEOLAR EXCESIVA SON: EL FIBRINFOAM (ESPUMA

DE FIBRINA), CELULOSA OXIDADA O GELFOAM, LOS CUALES PUEDEN SER IMPREGNADOS EN PENICILINA

SUTURA

ESTA SE UTILIZA PARA EL CIERRE DE LOS TEJIDOS SIN PRESENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS. SE TOMA LA PINZA PORTAAGUJA CON UNA AGUJA CURVA CON HILO - NYLON O SEDA Y SE PROCEDE A ATRAVERZAR EN PRIMER TERMINO EL COLGAJO LIN - GUAL Y DESPUES EL BUCAL Y A LA INVERSA PARA EL LADO IZQUIERDO. YA REALI - ZADA ESTA OPERACION SE TIRA DEL HILO SIN QUE SALGA EL EXTREMO OPUESTO Y - SE LE DA DOS VUELTAS AL HILO ALREDEDOR DEL EXTREMO DEL INSTRUMENTO, SE - ENTREABRE LIGERAMENTE EL PORTAAGUJAS Y SE TOMA ENTRE SUS MORDIENTES EL - EXTREMO PEQUEÑO DEL HILO, SE TRACCIONA EL PORTAAGUJAS DE MANERA QUE LAS - DOS VUELTAS DEL HILO SE DESLIZEN HACIA LA PUNTA DEL INSTRUMENTO Y QUE EL CABO LIBRE PASE ENTRE ELLAS. SE AJUSTA EL HILO A NIVEL DE LA HERIDA OPE - RATORIA PARA TENER EL PRIMER NUDO, SE REPITE LA OPERACION PARA UN SEGUN - DO NUDO Y POR ULTIMO VUELVE A REPETIRSE LA OPERACION DEL NUDO PERO AHORA EN SENTIDO CONTRARIO POR ULTIMO SE SECCIONAN LOS CABOS DEL HILO CON UNA - TIJERA DEJANDO LIBRE UNOS CINCO MILIMETROS DE ESTE

LA FINALIDAD DE LA SUTURA ES REUNIR LOS TEJIDOS SEPARADOS POR LA INSICION NO SOLO SE ACONSEJA EN GRANDES INSICIONES, SINO HASTA PARA REUNIR LOS BOR - DES GINGIVALES TRAS UNA SIMPLE EXTRACCION DENTARIA. EN CIRUGIA BUCAL SE - ACOSTUMBRA INICIAR LA SUTURA EN LA CARA PALATINA O LINGUAL DEL MAXILAR Y - TERMINARLA EN LA BUCAL. DOS SON LOS METODOS PARA REALIZAR LAS SUTURAS: - EL QUE EMPLEA PUNTOS SEPARADOS Y EL QUE SE VALE DE UNA SUTURA CONTINUA. SUTURA CON PUNTOS SEPARADOS: METODO DE MAYOR USO EN CIRUGIA BUCAL, CONSIS - TE, COMO SU NOMBRE LO INDICA, EN REALIZAR PUNTOS INDEPENDIENTES UNO DE O - TRO.

SUTURA CONTINUA: NO LA EMPLEAMOS SINO EN ALVEOLECTOMIAS Y PREPARACION QUIRURGICAS PARA PROTESIS, SOBRE TODA LA ARCADA - EN UNA SOLA LINEA O EN DOS SEGMENTOS-. SE INICIA EN UN EXTREMO DE LA ARCADA Y SE TERMINA HASTA-EL OTRO O HASTA LA MITAD.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

EL TRATAMIENTO POSTOPERATORIO ES UNA DE NUESTRAS LABORES MAS IMPORTANTES YA QUE CONTRIBUYE AL EXITO DE LA OPERACION Y BIENESTAR DEL PACIENTE.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO INMEDIATO: CUANDO HEMOS TERMINADO NUESTRA OPERACION SE PROCEDE A LIMPIAR LA CARA DEL PACIENTE CON UN TROZO DE GASA IMPREGNADA DE AGUA OXIGENADA, SE LAVA LA CAVIDAD BUCAL CON UN ATOMIZADOR CON EL FIN DE ELIMINAR SANGRE Y RESTOS BLANDOS, OSEOS O DENTARIOS QUE PUDIERAN HABERSE DEPOSITADO EN LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS, EN LOS SURCOS VESTIBULARES, DEBAJO DE LA LENGUA, EN LA BOVEDA PALATINA ETC, EVITANDO QUE EL COAGULO ENTRE EN PUTREFACCION.

SE COLOCA UN TROZO DE GASA ESTERILIZADA SOBRE EL LUGAR DE LA EXTRACCION, Y SE LE INDICA AL PACIENTE QUE PERMANESCA UN MOMENTO EN UNA SALA ADJUNTA A NUESTRO CONSULTORIO PARA QUE DESCANSE UN TIEMPO PRUDENTE, YA QUE ESTE REPOSO ES CONVENIENTE PARA VOLVER AL PACIENTE A SU ESTADO FISIOLOGICO NORMAL.

MIENTRAS EL PACIENTE PERMANECE DESCANSANDO SE LE PUEDE APLICAR UNA BOLSA DE HIELO SOBRE LA CARA DEL LADO OPERADO, OPERACION QUE RELIZARA MAS TARDE EN SU DOMICILIO.. EL FRIO REDUCE LA CONGESTION, EL EDEMA Y LA HINCHAZON POSTOPERATORIA Y TIENE ACCION SOBRE LA PREVENCION DE HEMATOMAS Y DEL DOLOR POSTOPERATORIO.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO INMEDIATO: EL PACIENTE DEBE GUARDAR REPOSO RELATIVO DURANTE LAS PRIMERAS 24 HORAS PREVINIENDO DE POSIBLES HEMORRAGIAS SECUNDARIAS. HABRA DE COLOCARSE SOBRE LA CARA DEL LADO OPERADO UNA BOLSA DE HIELO POR 15 MINUTOS CON 15 MIMUTOS DE DESCANSO. NO DEBERA DE REALI -

ZAR ENJUAGATORIOS DURANTE LAS TRES PRIMERAS HORAS POSTERIORES A LA EXTRAC
CION.

DIETA LIQUIDA Y FRIA EL PRIMER DIA.

DIETA BLANDA SIN IRRITANTES NI GRASAS EL SEGUNDO DIA.

EL TERCER DIA COLOCAR COMPRESAS DE AGUA CALIENTE, DORMIR CON DOS ALMOHA--
DAS EL PRIMER DIA.

ADMINISTRACION DE ANALGESICOS Y ANTIBIOTICOS PARA PREVENIR DOLOR POR TRAU
MA, DESGARROS APLASTAMIENTOS ETC, . Y PREVENIR PROCESOS INFECCIOSOS QUE -
PUDIERAN DESARROLLARSE A PARTIR DEL SITIO DE LA EXTRACCION. SE CITARA AL-
PACIENTE OCHO DIAS DESPUES PARA LA EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA Y -
EL LAVADO EN EL SITIO OPERADO CON UNA SOLUCION FISIOLOGICA TIBIA. O EN SU
DEFECTO PARA EL RETIRO DEL TAPONAMIENTO DE LA CAVIDAD QUE IMPIDIO LA PU-
TREFACCION DEL COAGULO. EL CAMBIO DE TAPONAMIENTO SERA CADA TERCER DIA -
CON UN PROMEDIO DE CUATRO CURACIONES ANTES DE RETIRARLO DEFINITIVO.

AL RETIRO DEL ULTIMO TAPON DE GASA IMPREGNADA CON YODOFORMO Y SOLUCION LI
QUIDA DEL CEMENTO QUIRURGICO, SE LAVARA LA CAVIDAD ALVEOLAR CON UN CHO--
RRO DE AGUA TIBIA A LA QUE SE AGREGA UNA PORCION DE LA SOLUCION DE FENOL
ALCANFORADO.

CONCLUSION

UNO DE LOS PRINCIPALES MOTIVOS PARA LA SELECCION DE ESTE TEMA EN LA REALIZACION DE MI TESIS; ES EL GRAN NUMERO DE PACIENTES QUE SE PRESENTAN EN EL CONSULTORIO CON PROBLEMAS DE DIENTES RETENIDOS.

CREO QUE ES UN PADECIMIENTO MUY FRECUENTE QUE SE PRESENTA EN LA CONSULTA PRIVADA, EL CUAL COMO CIRUJANOS DENTISTAS DEBEMOS RESOLVER.

ESTUVE ANALIZANDO DIFERENTES TEMAS QUE REALMENTE PUDIERAN SERME EFICACES EN MI TRABAJO PROFESIONAL, PERO REALMENTE NINGUNO ME ERA TAN UTIL-- COMO ESTE; CLARO SIEMPRE TENIENDO UN AMPLIO CONOCIMIENTO DE LAS DEMAS MATERIAS APINES A LA EXODONCIA. YA QUE SI CARECEMOS DE ELLOS SIMPLEMENTE NO SABRIAMOS COMO TRATAR CIERTAS COMPLICACIONES QUE PUDIERAN PRESENTARSE ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA OPERACION, TRAYENDO COMO CONSECUENCIA EL FRACASO, LA FRUSTRACION Y LO MAS IMPORTANTE EXPONIENDO LA VIDA DE NUESTRO PACIENTE.

EN ESTA TESIS SE ESTUDIARON MAS AMPLIAMENTE LOS DIFERENTES METODOS Y TECNICAS QUIRURGICAS PARA EL MEJOR RESULTADO DE NUESTRA INTERVENCION, SIENDO MUY IMPORTANTE LA APLICACION DE LA MEJOR DE ELLAS, PARA EL FIN AL QUE SE QUIERA, LLEGANDO A LA CONCLUSION DE QUE EL MEJOR CRITERIO PARA LA UTILIZACION DE LAS DIFERENTES TECNICAS SERA EL DE NOSOTROS Y QUE LA HABILIDAD Y EL PERFECCIONAMIENTO ESTARA DADO POR EL ENTRENAMIENTO QUIRURGICO Y- EL EXITO DE LA INTERVENCION ESTARA DADA POR EL INTELIGENTE CUMPLIMIENTO -

DE LAS INDICACIONES LAS CUALES SERAN EL FRUTO DE NUESTRA EXPERIENCIA.

BIBLIOGRAFIA

GUILLEMO A. RIES CENTENO, El Tercer Molar Inferior Retenido.

Ed. "El Ateneo". Argentina 1960. pags. 334

GUILLEMO A. RIES CENTENO, Cirugía Bucal.

Ed. "El Ateneo". Argentina 1987. pags. 724

DANIEL M. LASKIN, Cirugía Bucal y Maxilo Facial.

Ed. Panamericana. Argentina 1987. pags. 782

W. HARRY ARCHER, Cirugía Bucal.

Ed. Mundi S.A.I.C.yF. Argentina 1978. pags. 1188

GUSTAV O. KRUGER, Tratado de Cirugía Bucal.

Ed. Interamericana. México D.F. 1983. pags. 620

DANIEL E. WAITE, Tratado de Cirugía Bucal Práctica.

Ed. Continental S.A de C.V., México D.F. 1984. pags. 584

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA