

879522
2
2ej



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

T E S I S

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

MARTHA YOLANDA GANDARA MIRANDA



CHIHUAHUA, CHIH.,

TESIS CON
FALLA LE ORIGEN

1991



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.

I N T R O D U C C I Ó N

EL USO TAN INDISCRIMINADO DE LOS ANTIBIÓTICOS POR PARTE DE MÉDICOS ODONTÓLOGOS, HOSPITALES Y PÚBLICO EN GENERAL, HA CREADO RESISTENCIAS BACTERIANAS, LAS CUALES NO PODEMOS COMBATIR MUCHAS DE LAS VECES CON DOSIS MEDIAS DE ANTIBIÓTICOS, --- QUE EN OTRAS CIRCUNSTANCIAS ACTUARÍAN DE MANERA RÁPIDA Y EFICAZ CONTRA UN MICROORGANISMO DADO.

EL MANEJO DE ANTIBIÓTICOS A NIVEL ODONTOLOGÍA NO DEBE SER LA EXCEPCIÓN DE LAS REGLAS COMUNES A OTROS ELEMENTOS TERAPÉUTICOS, POR LO TANTO ES INDISPENSABLE AL ADMINISTRARLOS, CONOCER SU FARMACOLOGÍA, VÍAS DE ADMINISTRACIÓN, INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

ADEMÁS CONSIDERO QUE EN ODONTOLOGÍA, PODEMOS USAR UN PEQUEÑO GRUPO DE ANTIBIÓTICOS, EN EL CUAL ESTARÁN INCLUIDOS -- LOS MEDICAMENTOS REPRESENTATIVOS DE CADA GRUPO, Y MÁS USUALES EN LA TERAPÉUTICA ESTOMATOLÓGICA, SIN QUE POR ESTO SE -- DISMINUYA EL ÉXITO DE UN TRATAMIENTO.

ASIMISMO, EL USO DE ESTE SELECTO GRUPO DE ANTIBIÓTICOS, NOS AYUDARÁ A CONTROLAR SU DOSIFICACIÓN Y LAS COMPLICACIONES QUE PUEDEN SURGIR CON SU ADMINISTRACIÓN.

CAPÍTULO I

D E F I N I C I Ó N

SE DENOMINA DIENTES RETENIDOS AQUELLOS QUE UNA VEZ LLEGADA LA ÉPOCA NORMAL DE SU ERUPCIÓN QUEDAN ENCERRADOS DENTRO DE LOS MAXILARES, MANTENIENDO LA INTEGRIDAD DE SU SACO PERICORONARIO FISIOLÓGICO; PUDIENDO SER LA RETENCIÓN INTRA ÓSEA CUANDO ESTÁ EL DIENTE COMPLETAMENTE RODEADO DEL TEJIDO ÓSEO; RETENCIÓN SUBGINGIVAL CUANDO EL DIENTE ESTÁ PARCIALMENTE CUBIERTO POR MUCOSA GINGIVAL.

GENERALIDADES.

EN SU RETENCIÓN O INTENTO DE ERUPCIÓN, EL TERCER MOLAR INFERIOR PRODUCE UNA SERIE DE ACCIDENTES PATOLÓGICOS DIVERSOS, PRODUCIÉNDOSE EN TODOS LOS CLIMAS, EDADES, EN MAXILARES Y MANDÍBULA.

SE OBSERVAN CON MAYOR FRECUENCIA EN INDIVIDUOS DE -
RAZA BLANCA QUE EN LOS DE RAZA NEGRA .

EN CUANTO A SEXO, PARECE HABER UN LIGERO PREDOMINIO
EN EL FEMENINO, EXACERBANDO SUS ESTADOS FISIOLÓGICOS Y -
LA SINTOMATOLOGÍA PROPIA DE LA RETENCIÓN.

SE PUEDE PRESENTAR DESDE LOS 14 AÑOS HASTA LOS 70 Ó
MÁS, SIENDO MAYOR EL PORCENTAJE ENTRE LOS 20 Y LOS 25 --
AÑOS.

LA ERUPCIÓN DE LA TERCERA MOLAR INFERIOR PRODUCE EN
LOS TEJIDOS DE LA ENCÍA LESIONES SEMEJANTES ANATÓMICAMEN
TE A LAS PRODUCIDAS DURANTE LA ERUPCIÓN DE LAS DEMÁS PIE
ZAS, PERO DE CARACTERES ESPECIALES DE GRAVEDAD CON QUE -
SE REVISTE LA AGUDEZ DE LA INFECCIÓN GINGIVAL, LA FRE---
CUENCIA DE LAS COMPLICACIONES LOCALES Y A DISTANCIA, A -
QUE DA ORIGEN, HACEN PENSAR EN FACTORES DIVERSOS QUE IN-
FLUYEN EN SU ETIOLOGÍA Y LAS CONDICIONES ANATÓMICAS TAN-
ESPECIALES PARA ESTA PIEZA, SOBRE TODO EN LA MANDÍBULA,-
LE DAN UNA PATOGENIA QUE ACTUALMENTE SE EXPLICA POR EL -
CONOCIMIENTO DE LO QUE SE LLAMA "FALTA DE LUGAR".

EN LA MANDÍBULA, LA TERCERA MOLAR NO TIENE PARA SU ERUPCIÓN MÁS ESPACIO QUE EL COMPENDIDO ENTRE LA SEGUNDA MOLAR, YA LIMITADA POR LAS PIEZAS ANTERIORES A ELLA, Y EL TRIGONO RETROMOLAR.

CAPÍTULO II

ANATOMÍA DE LA PIEZA DENTARIA.

PIEZA TERMINAL DE LA SERIE DENTARIA, PRESENTA CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS PROPIAS Y DIFERENCIALES, ES EL DIENTE QUE PRESENTA MAYOR VARIEDAD DE FORMAS, ANOMALÍAS Y DISPOSICIONES, SU FORMA SE PARECE EN ALGUNOS CASOS AL PRIMER MOLAR INFERIOR, EN OTROS AL SEGUNDO Y EN CIERTOS CASOS NO TIENE NINGÚN SIMIL CON OTROS DIENTES. POR OTRA PARTE, NO ES RARO EL CASO DE AUSENCIA CONGÉNITA, ASÍ COMO ES POSIBLE ENCONTRAR UN CUARTO Y AÚN UN QUINTO MOLAR. CON RESPECTO AL TAMAÑO EN MUCHOS INDIVIDUOS ES EL MOLAR INFERIOR MÁS PEQUEÑO; EN UNA PROPORCIÓN ELEVADA DE CASOS EL TERCERO ES EL MAYOR. EL GIGANTISMO Y EL ENANISMO SON ANOMALÍAS FRECUENTES EN ESTA PIEZA.

CORONA.

PRESENTA LA FORMA DEL SEGUNDO O PRIMER MOLAR, TIENE POR LO TANTO 4 O 5 CÚSPIDES, EN ELEVADA CANTIDAD PRESENTA SÓLO TRES CÚSPIDES Y SE PRESENTAN ALGUNAS CON DIVERSAS ANOMALÍAS, CÚSPIDES SUPERNUMERARIAS O DEFECTUOSAS FORMACIÓN CORONARIA.

TAMAÑO DE LA CORONA.

LA MAS AMPLIA VARIEDAD DE TAMAÑOS PRESENTA LA CORONA DEL TERCER MOLAR, SE OBSERVAN CORONAS PEQUEÑAS, NO MAYORES QUE LA CORONA DE UN PREMOLAR COMÚN Y CORONAS GIGANTES CUYOS DIÁMETROS MESIODISTALES Y BUCOLINGUALES -- EXCEDEN EN MEDIO CENTÍMETRO LOS MISMOS DIÁMETROS DE UN PRIMER MOLAR.

FORMA.

ADEMÁS DE LAS VARIACIONES PROPIAS, PRODUCTO DEL NÚMERO DE CÚSPIDES QUE POSEA, EL TERCER MOLAR PUEDE PRESENTAR DISTINTAS ANOMALÍAS DE FORMA, TAMBIÉN MODIFICAN LA ANATOMÍA CORONARIA, TUBÉRCULOS SUPERNUMERARIOS Y GE-

MINACIONES.

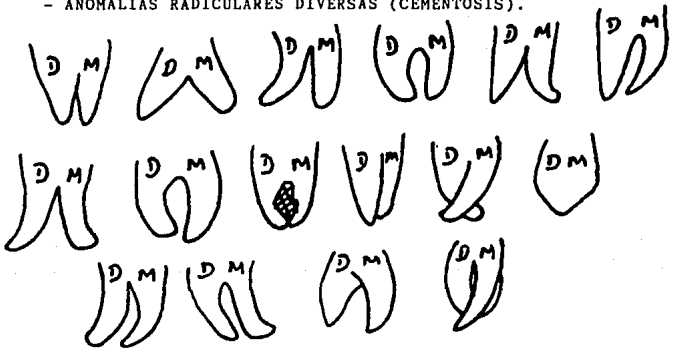
RAICES.

NINGÚN MOLAR POSEE CARACTERÍSTICAS PARECIDAS A LAS QUE PRESENTA EL TERCER MOLAR INFERIOR, EN LO QUE RESPECTA AL NÚMERO, FORMAS, TAMAÑOS, DISPOSICIÓN Y ANOMALÍAS DE LAS RAÍCES. POR LO GENERAL ES BIRRADICULAR Y, DE LAS DOS RAÍCES, UNA ES LA MEDIAL Y OTRA LA DISTAL. LA PRIMERA ES APLASTADA EN SENTIDO MESIODISTAL, SIENDO ALGO MÁS ANCHA EN SU PORCIÓN BUCAL QUE EN LA LINGUAL. LA RAÍZ DISTAL TIENE PARECIDAS CARACTERÍSTICAS AUNQUE POR LO GENERAL SU DIMENSIÓN MESIODISTAL ES MENOR QUE LA DE LA RAÍZ MESIAL. SON FRECUENTES LOS MOLARES CON TRES CUATRO Y CINCO RAÍCES, SIENDO EN ESTOS CASOS LA DISPOSICIÓN RADICULAR CAPRICIOSA, PUES NO SIGUE UNA NORMA PARTICULAR. EN MUCHAS OCASIONES PRESENTA BIFIDES DE LA RAÍZ MESIAL, LO CUAL HACE EL MOLAR TRIRRADICULAR; EN OTROS CASOS SON RAÍCES SUPERNUMERARIAS CON ENANISMO O GIGANTISMO, ACOPLADAS A LA RAÍZ MESIAL O A LA DISTAL O COLOCADAS SIN CONCIERTO. POR OTRA PARTE, PUEDEN ENCONTRARSE MOLARES CON RAÍCES FUSIONADAS, DANDO TAL DISPOSICIÓN UNA FOR

NA CÓNICA A ESTA PARTE DEL MOLAR, PUDIENDO PRESENTAR SUS CONDUCTOS RADICULARES DE MODO ÚNICO, DOBLE O TRIPLE. - DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SU DISPOSICIÓN Y FORMA EXISTE LA SIGUIENTE CLASIFICACIÓN DE LAS RAÍCES DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

- AMBAS RAÍCES RECTAS (TAMBIÉN ES POSIBLE ENCONTRARLAS - RECTAS PERO DIVERGENTES).
- RAÍZ MESIAL RECTA Y RAÍZ DISTAL DIRIGIDA HACIA EL LADO DISTAL.
- RAÍZ MESIAL RECTA Y RAÍZ DISTAL DIRIGIDA HACIA EL LADO MESIAL.
- RAÍZ MESIAL DIRIGIDA HACIA EL LADO MESIAL Y RAÍZ DISTAL RECTA.
- RAÍZ MESIAL DIRIGIDA HACIA EL LADO DISTAL Y RAÍZ DISTAL RECTA.
- AMBAS RAÍCES DIRIGIDAS HACIA EL LADO DISTAL.
- RAÍZ MESIAL DIRIGIDA HACIA EL LADO MESIAL Y RAÍZ DISTAL HACIA EL LADO DISTAL.

- RAÍZ MESIAL DIRIGIDA DISTALMENTE Y RAÍZ DISTAL DIRIGIDA MESIALMENTE O CONVERGENTES.
- AMBAS RAÍCES FUSIONADAS.
- DESVIACIÓN BUCAL O LINGUAL DE AMBAS RAÍCES.
- RAÍCES SUPERNUMERARIAS.
- RAÍCES INCOMPLETAMENTE CALCIFICADAS.
- ANOMALÍAS RADICULARES DIVERSAS (CEMENTOSIS).



TAMAÑO DE LAS RAÍCES.

AL IGUAL QUE LA CORONA, LAS RAÍCES DEL TERCER MOLAR INFERIOR PRESENTAN UNA GRAN VARIEDAD DE TAMAÑOS. SE -- OBSERVAN TERCEROS CON RAÍCES GIGANTES, DE 2 O MÁS CENTÍMETROS O CON RAÍCES PEQUEÑAS (1 CENTÍMETRO). EL TAMAÑO DE LAS RAÍCES PUEDE ESTAR O NO EN RELACIÓN CON EL TAMAÑO DE LA CORONA, MOLARES CON CORONAS NORMALES PUEDEN TENER RAÍCES GIGANTES O ENANAS, O EL GIGANTISMO O ENANISMO PUEDE SER TOTAL.

EL ESPACIO INTERRADICULAR.

TIENE LA DISPOSICIÓN QUE LE PERMITEN LAS RAÍCES QUE LO FORMAN. ESTE ESPACIO EN EL MAXILAR ESTA OCUPADO POR HUESO (EL SEPTUM) CUYO CONOCIMIENTO, INDIVIDUALIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN ES DE GRAN IMPORTANCIA. EN EL MOLAR AISLADO, SE DEBE SEÑALAR SIN EMBARGO, LA IMPORTANCIA DE UBICAR CORRECTAMENTE EL PUNTO DONDE SE BIFUNCAN LAS RAÍCES; ESTE DETALLE TENDRÁ APLICACIÓN EN LA TÉCNICA QUIRÚRGICA.

EL CUELLO.

LÍMITE ANATÓMICO ENTRE CORONA Y RAÍZ, EL CUELLO DEN

TARIO ESTÁ UBICADO EN LA PORCIÓN MÁS ANGOSTA DE ESTA --
CONJUNCIÓN.

LA CAMARA PULPAR.

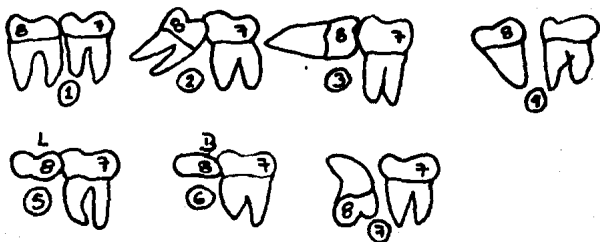
COMO LA DE LOS MOLARES VECINOS, LA CÁMARA PULPAR -
ES AMPLIA, SIENDO VISIBLES RADIOGRÁFICAMENTE SUS CUER--
NOS MESIALES Y DISTALES; LOS CONDUCTOS RADICULARES ACOM
PAÑAN UNO A CADA RAÍZ, PUDIENDO ESTE DETALLE INDIVIDUA-
LIZAR LAS RAÍCES SUPERNUMERARIAS.

CAPÍTULO III

POSICIONES DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

1. VERTICAL.
2. MESIOANGULAR.
3. HORIZONTAL.
4. DISTOANGULAR.
5. LINGUOANGULAR.
6. BUCOANGULAR.
7. INVERTIDA.

EXISTIENDO CLASIFICACIONES ESPECIALES PARA CADA UNA DE -
ESTAS POSICIONES.



UBICACIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR EN LA ARCADA.

- A.- NORMAL.- SIN DESVIACIÓN.
- B.- DESVIACIÓN BUCAL.- DIRIGIDO HACIA FUERA DEL ALVEOLO DE LA ARCADA.
- C.- DESVIACIÓN LINGUAL.- EL MOLAR DIRIGIDO HACIA EL LADO LINGUAL DE LA ARCADA.
- D.- DESVIACIÓN BUCOLINGUAL.- EL MOLAR DIRIGIDO HACIA EL LADO BUCAL Y SU CARA OCLUSAL HACIA LINGUAL.

RELACIONES DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN EL TRIGONO RETROMOLAR.

(PELL Y GREGORY).

CLASE I HAY SUFICIENTE ESPACIO ENTRE LOS BORDES ANTERIOR DE LA RAMA MONTANTE Y CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR.

LAR PARA UBICAR CON COMODIDAD EL DIÁMETRO MESIODISTAL DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR.

CLASE II EL ESPACIO QUE EXISTE ENTRE EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA Y CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR ES MENOR QUE EL DIÁMETRO MESIODISTAL DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR.

CLASE III LA MAYOR PARTE O TODO EL MOLAR SE ENCUENTRA UBICADO EN LA RAMA.

PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO.

(PELL GREGORY).

POSICIÓN A.- LA PORCIÓN MÁS ALTA DEL TERCER MOLAR - RETENIDO SE ENCUENTRA AL MISMO NIVEL O POR ENCIMA DE LA LÍNEA OCLUSAL.

POSICIÓN B.- LA PORCIÓN MÁS ALTA DEL TERCER MOLAR - ESTÁ POR DEBAJO DE LA LÍNEA DE OCLUSIÓN DEL SEGUNDO MOLAR.

POSICIÓN C.- LA PARTE MÁS ALTA DEL DIENTE ESTÁ AL -
MISMO NIVEL O POR DEBAJO DE LA LÍNEA CERVICAL DEL SEGUN-
DO MOLAR.

CAPÍTULO IV

ACCIDENTES A QUE DA ORIGÉN LA ERUPCIÓN VICIOSA DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

SE PUEDEN DIVIDIR EN: MUCOSOS, GANGLIONARES, CELU
LARES, ÓSEOS, NERVIOSOS Y TUMORALES.

LOS ACCIDENTES MUCOSOS APARECEN CUANDO COMIENZA A-
APARECER LA MUELA EXCEPCIONALMENTE, PUEDE PRESENTARSE --
EL CASO DE ERUPCIÓN HECTÓPICA, HACIA LA CARA INTERNA --
DEL MAXILAR, PRODUCIENDO LESIONES EN LA MUCOSA DEL PILAR
ANTERIOR DEL VELO DEL PALADAR, Y EN EL BORDE DE LA LEN-
GUA, LESIONES QUE CORRESPONDEN A LA ÚLCERA DENTARIA; --
TAMBIÉN PUEDE HACER SU ERUPCIÓN EN LA CARA EXTERNA, PRO-
DUCIR LESIONES EN EL MASETERO Y AÚN LLEGAR A LA PIEL, -
DONDE PUEDE DAR ORIGEN A UNA ÚLCERACIÓN CON YEMAS CARNO-
SAS QUE RODEAN LAS CÚSPIDES DE LA MUELA. LO MAS FRE--

CUENTE ES QUE HAGA UNA ERUPCIÓN EN SU LUGAR INCOMPLETO--
DONDE LEVANTANDO LA FIBROMUCOSA, LA EXPONE A LA CONTU--
SIÓN CONSTANTE DE LA MASTICACIÓN PRODUCIENDO EN ELLA --
UNA TUMEFACCIÓN ROJA, MUY SENSIBLE DOLOROSA, QUE DES---
PUÉS DE UN TIEMPO MÁS O MENOS LARGO, SE ULCERA O MEJOR--
DICO SE NECROSA EN LA PORCIÓN COMPRIMIDA, DEJANDO VER--
UN PUNTO BLANCO, DURO, QUE CORRESPONDE A LA CÚSPIDE AN--
TERIOR DE LA TERCERA MOLAR INFERIOR; DURANTE 4 O 5 DÍAS
EL DOLOR PERSISTE, PERO POCO A POCO EL CAPUCHÓN SE ADELU
GAZA. LA Oponente NO LA ALCANZA DURANTE LA OCLUSIÓN,-
Y EL ENFERMO DESCANSA DE SUS MOLESTIAS. PERO DESGRA--
CIADAMENTE ESTE REPOSO NO ES SINO TEMPORAL, ALGUNAS SE--
MANAS O ALGUNOS MESES MÁS TARDE, UNA NUEVA CRISIS SE A--
NUNCIA POR EL DOLOR QUE APARECE DURANTE LA MASTICACIÓN,
PROVOCADO POR EL MACHACAMIENTO DEL CAPUCHÓN, QUE NUEVAU
MENTE SE HA CONGESTIONADO Y LA TUMEFACCIÓN DE QUE SE REU
VISTE LE PERMITE SER ALCANZADO POR LA Oponente. SI EN
TONCES SE EXPLORA LA REGIÓN CON EL DEDO, SE VE QUE EL -
DOLOR ES MARCADO EN LA REGIÓN POSTERIOR DONDE LAS CÚSPIU
DES AÚN NO HACEN SU APARICIÓN, Y POR LA PRESIÓN SOBRE -
EL CAPUCHÓN SE PUEDE VER ESCURRIR PUS SI SE INTRODUCE -
EL ESTILETE ENTRE EL CAPUCHÓN Y LA CORONA, SE VE QUE EL

DESPRENDIMIENTO VA MÁS ALLÁ DE LA PIEZA, Y QUE LA SUPURACIÓN IGUALMENTE VIENE MÁS ALLÁ DE LO QUE FUERA SIEMPRE CAVIDAD DEL CAPUCHÓN.

ESTA SUPURACIÓN PERSISTE DURANTE ALGUNOS DÍAS, --- MIENTRAS EL CAPUCHÓN LEVANTÁNDOSE SE DESPEGA MÁS, SE -- HACE MÓVIL, SE RETRÁE DESPUÉS O SE DESGARRA, QUEDANDO - CONSTITUÍDO POR UNA LENGUETA QUE APENAS CUBRE PARTE DE LAS CÚSPIDES DEJANDO ASÍ SENSIBLE CASI LA TOTALIDAD DE LA CORONA.

LOS ACCESOS INFLAMATORIOS QUE ACOMPAÑAN A LA ERUPCIÓN DE LA TERCERA MOLAR SE SUCEDEN A INTERVALOS MÁS O MENOS APROXIMADOS, Y DURANTE MESES Y AÚN AÑOS. ALGUNAS VECES LA CRISIS ES CONTÍNUA CON LIGERAS VARIACIONES Y PUEDE DURAR VARIOS MESES, PERO SIEMPRE SE NOTA POR LA EXPLORACIÓN QUE EN CADA CRISIS AUMENTA Y LA PIEZA SE -- DESCUBRE MÁS. DURANTE ESTE PROCESO DE INFECCIÓN DE LA FIBROMUCOSA APARECE UN CONJUNTO QUE VIENEN A COMPLETARLOS ACCIDENTES MUCOSOS, Y CONSTRICCIÓN DE LA MANDÍBULA, DEBIDA A LA CONTRACTURA ESPASMÓDICA DE LOS MASTICADORES, QUE CON FRECUENCIA SE LIMITA A UN TRISMUS PASAJERO

QUE CEDE CON LOS FENÓMENOS LOCALES; OTRAS VECES SE DEBE A LA MIOSITIS DE PROPAGACIÓN QUE DETERMINA LA CONTRACTURA, DESPUÉS LA RETRACCIÓN Y QUE NO CEDE AUNQUE CEDAN LOS FENÓMENOS LOCALES. LAS AMIGDALITIS DE REPETICIÓN QUE APARECEN CADA 2 Ó 3 SEMANAS ACOMPAÑADOS SIEMPRE O SUCEDIENDO A LAS CRISIS INFLAMATORIAS DEL CAPUCHÓN, SE CARACTERIZAN POR AMIGDALITIS INTERSTICIALES Y OTRAS VECES FOLICULARES PERO QUE CEDEN SIEMPRE QUE CEDEN TAMBIÉN LOS FENÓMENOS LOCALES DE LA ENCÍA, MÁS NO ES RARO VER ALGUNAS VECES PRESENTARSE LA INFECCIÓN DEL BACILO DE VICENT-PRODUCIENDO LA ESTOMATITIS O LA AMIGDALITIS ÚLCERO MEMBRANOSA. PUEDE SUCEDER CUANDO LOS FENÓMENOS INFECCIOSOS SE PROLONGAN, QUE EL MEDIO BUCAL TOMA UN CARÁCTER HERPESÉTICO, CUYOS ELEMENTOS DEGLUTIDOS, MÁS LA REABSORCIÓN LOCAL EN LAS SUPERFICIES ULCERADAS, LLEVAN AL ENFERMO A UN ESTADO DE DESNUTRICIÓN, FATIGA Y PALIDEZ, QUE CONSTITUYEN LA CAQUEXIA BUCAL O CAQUEXIA DENTARIA.

LOS ACCIDENTES GANGLIONARES. COMO EN TODOS LOS PROCESOS ULCEROSOS E INFECTADOS, LA PROPAGACIÓN LINFÁTICA SE PRESENTA Y LA ADENITIS Y EL ADENO-FLEGNÓN SE PRESENTAN CON SU CORTEJO SINTOMÁTICO. LA ADENITIS SE PRE-

SENTA DE UNA MANERA GENERAL CUANDO LAS INFECCIONES SON-
POCO VIRULENTAS, LOS GANGLIOS SUBMAXILARES SE INFARTAN-
EN CADENA, DOLOROSOS, MÓVILES, QUE CURAN CON LOS ACCI--
DENTES LOCALES. POR LA MISMA VÍA LINFÁTICA EL TEJIDO-
CELULAR PERILINFÁTICO PUEDE SER INVADIDO, PRODUCIENDO -
EN LOS CASOS BENIGNOS, LA FLUXIÓN DENTARIA EN TODO Ó SE
MEJANTE A LA PRODUCCIÓN EN LOS CASOS DE MONOARTRITIS --
APICAL; PERO, TAMBIÉN PUEDE PRESENTARSE CON TODOS LOS -
CARACTERES DE GRAVEDAD DE LAS CELULITIS HIPERSÉPTICAS,-
ACOMPAÑÁNDOSE DE FENÓMENOS DE SEPTICEMIA QUE PUEDEN SER
FULMINANTES.

ACCIDENTES CELULARES. LAS LESIONES DE CELULITIS-
SÉPTICAS SE OBSERVAN FRECUENTEMENTE EN LA REGIÓN SUB---
MAXILAR Y SUPRAHIOIDEA, MAXILOFANINGEA Y EN EL PISO DE-
LA BOCA; PERO EN TODAS PARTES, NUNCA LLEGA A LA SUPURA-
CIÓN, TODO SE LIMITA A UN INFILTRADO DE SEROSIDAD ROSA-
DA O AMARILLENTO ACOMPAÑADA DE SIGNOS SEPTICÉMICOS DOMI-
NANTES; PALIDEZ, TINTE TERROSO, SUDORES PROFUSOS, ORI--
NAS ESCASAS Y ALBUMINOSAS, DIARREA, PULSO PEQUEÑO E ---
IRREGULAR, DISNEA, ELEVACIÓN DE TEMPERATURA Y CON FRE--
CUENCIA MUERTE CON CONSERVACIÓN DEL CONOCIMIENTO.

MAS RARAS SON LAS PROPAGACIONES POR VÍA VENOSA, Y SIN EMBARGO PUEDEN PRESENTARSE DETERMINANDO TROMBOFLEBITIS, YA EN LA VENA FACIAL O EN LA PTERIGORBITARIA, DE DONDE PUEDEN PROPAGARSE A LOS SENOS CRANEANOS PRODUCIENDO LESIONES MENINGEAS.

LOS ACCIDENTES OSEOS. DETERMINADOS POR LA ERUPCIÓN DEL TERCER MOLAR SON LESIONES DE OSTEOMIELITIS QUE PUEDE SER SUPURADA, LOCALIZÁNDOSE EN LAS CERCANÍAS DEL ÁNGULO DEL MAXILAR, DONDE EL PUS PUEDE HUIR POR EL CANAL DENTARIO HASTA LA ESPINA DE SPYX, DIFUNDIÉNDOSE EN LA FARINGE, O INVADIR LOS TEJIDOS SUBYACENTES A LOS TEJUMENTOS, PRODUCIENDO FÍSTULAS DE TRAYECTOS MUY VARIABLES.

TAMBIÉN PUEDE IR MÁS ALLÁ LA LESIÓN DEL MAXILAR Y LLEGAR A LA NECROSIS, O BIEN REACCIONAR EL TEJIDO OSEO Y PRODUCIR LA OSTEOMIELITIS HIPERTRÓFICA, CASO QUE SE PRESENTA CUANDO HAY RETENCIÓN DEL MOLAR QUE QUEDA COMO ENQUISTADA EN EL MAXILAR.

LOS ACCIDENTES NERVIOSOS. HASTA AHORA MAL OBSER-

VADOS, Y POR LO TANTO MAL AGRUPADOS, SE DEBEN A LESIONES DEL NERVIJO DENTARIO INFERIOR, QUE SE TRADUCEN POR NEURALGIAS A DISTANCIA EN LA REGIÓN QUE INERVA O BIEN SON SIGNOS REFLEJOS CUYO PUNTO DE PARTIDA ESTÁ EN LAS TERMINACIONES NERVIOSAS DE LA REGIÓN DE LA PIEZA DENTARIA; ASÍ SE OBSERVAN NEURALGIAS DEL TRIGÉMINO, PARÁLISIS FACIALES, PERTURBACIONES DE LA VISIÓN Y DEL OIDO, CONVULSIONES EPILEPTIFORMES, HISTERIA, ACCIDENTES QUE SE HAN ATRIBUÍDO A LA ERUPCIÓN VICIOSA POR DESAPARECER CUANDO LOS FENÓMENOS DE ERUPCIÓN HAN DESAPARECIDO.

ACCIDENTES TUMORALES, LAS TERCERAS MOLARES RETENIDAS PUEDEN ORIGINAR TUMORES QUE SON QUISTES DENTÍGENOS QUE PUEDEN INFECTARSE DANDO PROCESOS SUPURATIVOS DE GRAN VIRULENCIA, COMPLICÁNDOSE CON OSTEITIS Y OSTEOMIELITIS; OTRAS VECES SIN LLEGAR A LA CONDICIÓN DE QUISTE DENTÍGENO, EL SACO PERICORONARIO SE INFECTA DANDO UN PROCESO TUMORAL SIMILAR.

CAPÍTULO V

R A D I O L O G Í A

EL ÉXITO DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEL TERCER-MOLAR INFERIOR RETENIDO DEPENDE DE UN CORRECTO EXÁMEN - RADIOGRÁFICO. EN LA PELÍCULA RADIOGRÁFICA INTRAORAL - DEBE VERSE, CON ABSOLUTA CORRECCIÓN LA TOTALIDAD DEL MOLAR OBJETO DE LA INTERVENCIÓN, EL SEGUNDO MOLAR, EL HUESO DISTAL, Y LA ZONA ÓSEA POR DEBAJO DE LOS ÁPICES DEL-MOLAR RETENIDO, ES DECIR, LA REGIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

LA RADIOGRAFÍA DEL TERCER MOLAR RETENIDO DEBE OBTENERSE CON PELÍCULAS INTRAORALES COMUNES; SOLO EN CASOS-DE EXCEPCIÓN (CIENTOS PROCESOS INFLAMATORIOS, TRISMUS)-DEBEMOS VALERNOS DE PELÍCULAS EXTRAORALES. ESTAS NO - DAN CON PERFECCIÓN LOS DETALLES QUE SE NECESITAN PARA -

INTERPRETAR LAS IMÁGENES Y NO SON SUFICIENTEMENTE ÚTI--
LES PARA LOGRAR LA EXITOSA INTERVENCIÓN DEL MOLAR RETE--
NIDO.

TÉCNICA DE LA RADIOGRAFÍA INTRAORAL.

POSICIÓN DEL PACIENTE.

SE UBICA AL PACIENTE EN EL SILLÓN DENTAL Y SE ACO--
MODA EL RESPALDO Y EL CABEZAL DE MANERA QUE PERMITA, --
UNA VEZ ABIERTA SU BOCA, QUE EL PLANO DE OCLUSIÓN DE --
LOS DIENTES DE LA MANDÍBULA SEA HORIZONTAL.

POSICIÓN DE LA PELÍCULA.

SE COLOCA EN EL INTERIOR DE LA BOCA CON SU EJE HO--
RIZONTAL, EL BORDE SUPERIOR DE LA PELÍCULA PARALELO A --
LA ARCADE Y NO SOBRESALIENDO DE LA LÍNEA DE OCLUSIÓN --
MAS DE TRES O CUATRO MILÍMETROS. EL BORDE ANTERIOR DE
LA PELÍCULA DEBE ESTAR COLOCADO A LA ALTURA DE LA CARA--
MESIAL DEL PRIMER MOLAR O MAS DISTALMENTE SI LAS CONDI--
CIONES LO PERMITEN.

POSICIÓN DEL OPERADOR.

EL OPERADOR SE COLOCA A LA DERECHA Y ADELANTE DEL-
PACIENTE.

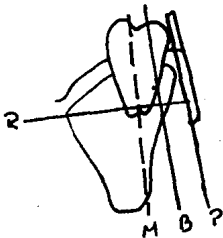


COLOCACIÓN DEL APARATO DE RAYOS X.

LA PROYECCIÓN IDEAL DEL RAYO CENTRAL DEL APARATO -
DE RAYOS X ES LA QUE VA DIRIGIDA PERPENDICULARMENTE A -
LA PELÍCULA. PERO COMO MÚLTIPLES FACTORES SE Oponen A
QUE ESTE IDEAL SEA REALIZADO, EL RAYO CENTRAL DEBE LLE-
GAR PERPENDICULARMENTE A LA BISECTRIZ DEL ÁNGULO FORMA-
DO ENTRE EL EJE MAYOR DEL MOLAR RETENIDO Y EL EJE VER-
TICAL DE LA PELÍCULA. LA IMAGEN IDEAL OBTENIDA ES A--
QUELLA EN EL CUAL SIENDO EL SEGUNDO Y PRIMER MOLAR VER-

TICALES, EL CONTORNO DE LAS CÚSPIDES LINGUALES COINCIDEN O SE SUPERPONGAN; PARA OBTENER ESTE TIPO DE IMAGEN, LOS RAYOS DEBEN SER PARALELOS A LAS LINEAS QUE UNEN LAS CÚSPIDES DE REFERENCIA.

PARA OBTENERSE ESTE RESULTADO DEBE PROCEDERSE A LA SIGUIENTE MANERA: CUANDO LA PELÍCULA PUEDE COLOCARSE VERTICALMENTE, EL RAYO CENTRAL SERÁ DIRIGIDO A CERO GRADOS; SI LA PELÍCULA TIENE SU BORDE INFERIOR DESVIADO HACIA LA LENGUA, PARA OBTENER UN RAYO PERPENDICULAR A LA PELÍCULA, ESTE DEBE SER DESVIADO A -5° GRADOS (AUMENTANDO LA GRADUACIÓN DE ACUERDO CON LA MAYOR DESVIACIÓN DEL EJE VERTICAL DE LA PELÍCULA) OBTENIENDO LA NORMAL COLOCACIÓN DEL APARATO SE GRADUA LA EXPOSICIÓN DE ACUERDO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PELÍCULA RADIOGRÁFICA. PELÍCULAS LENTAS DAN RESULTADOS MÁS CORRECTOS, PUES PERMITEN LA REPRODUCCIÓN DE LOS DETALLES RADIOGRÁFICOS.



RADIOGRAFÍA OCLUSAL.

NO SIEMPRE ES SUFICIENTE LA RADIOGRAFÍA INTRAORAL, SOLO DA DETALLES EN EL PLANO VERTICAL OBTENIÉNDOSE CON PERFECCIÓN TODOS LOS PUNTOS DE INTERÉS ANATÓMICOS Y QUIRÚRGICOS, UBICADOS EN ESTE PLANO. PARA AYUDAR A ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO CORRECTO DE LA UBICACIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO, SE RECURRE A LA RADIOGRAFÍA OCLUSAL MEDIANTE LA CUAL SE OBTIENE LA RELACIÓN BUCOLINGUAL Y LOS DETALLES DE LOS ELEMENTOS QUE SE ENCUENTRAN EN ESTE SENTIDO QUE SOLO PUEDEN LOGRARSE MERCED AL EMPLEO DE LA RADIOGRAFÍA OCLUSAL.

POSICIÓN DEL PACIENTE.

EL RESPALDO DEL SILLÓN SE INCLINARÁ HACIA ATRÁS -- APROXIMADAMENTE 30 GRADOS Y SE DESCIENDE EL CABEZAL. -

EL PACIENTE INCLINA SU CABEZA HACIA EL LADO OPUESTO AL TERCER MOLAR A RADIOGRAFIARSE, EN TODA LA EXTENSIÓN POSIBLE, PRESENTANDO DE ESTE MODO, LA REGIÓN SUPRAHIOIDEA LATERAL; SE AJUSTA EL CABEZAL EN ESTA POSICIÓN.

POSICIÓN DE LA PELÍCULA DENTAL.

DEBE SER COLOCADA ENTRE AMBAS ARCADAS, LO MÁS DISTALMENTE POSIBLE, EL PACIENTE MORDERÁ CON MUCHA SUAVIDAD LA PELÍCULA. SU ÁNGULO DISTOBUCAL A DE ENCONTRARSE LIGERAMENTE HACIA ARRIBA CON EL FÍN DE PERMITIRLE -- INSINUARSE ENTRE LA RAMA MONTANTE DEL MAXILAR INFERIOR Y LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR SUPERIOR, DE ESTE MODO LA PELÍCULA GANA UN POCO DE TERRENO Y PUEDE SER LLEVADA -- MÁS HACIA ATRÁS.

POSICIÓN DEL APARATO DE RAYOS X.

EL CONO SE COLOCA POR DEBAJO DEL BORDE INFERIOR DE LA MANDÍBULA DE MODO QUE EL RAYO CENTRAL SEA PERPENDICULAR A LA PELÍCULA Y PASE A TRAVÉS DE LA PELÍCULA Y DE EL EJE MAYOR DEL MOLAR RETENIDO. LA RADIOGRAFÍA OCLUSAL DARÁ LA UBICACIÓN DEL TERCER MOLAR EN SU RELACIÓN -

BUCOLINGUAL, LA CANTIDAD DEL HUESO EXISTENTE DEL LADO -
BUCAL Y LINGUAL, LA RELACIÓN DEL MOLAR CON LA RAMA ----
ASCENDENTE Y LA DIRECCIÓN ANTEROPOSTERIOR DEL MOLAR.

RADIOGRAFÍA EXTRAORAL.

CUANDO HAY UN PORCESO INFLAMATORIO; TRISMUS O INTO
LERANCIA DEL PACIENTE, ESTÁ INDICADA LA RADIOGRAFÍA IN-
TRAORAL.

POSICIÓN DEL PACIENTE.

EL RESPALDO VERTICALMENTE COLOCADO, LA CABEZA LI--
GERAMENTE INCLINADA HACIA ATRÁS Y EN UN ÁNGULO DE 20 A--
30 GRADOS RESPECTO AL EJE CENTRAL, HACIA EL LADO A RA--
DIOGRAFIAR.

POSICIÓN DE LA PELÍCULA.

SE GUARDA DENTRO DE UN CHASIS, CON PANTALLA REFOR-
ZADORA. EL CHASIS SE COLOCA CON EL EJE MAYOR VERTICAL
APOYADO SOBRE LA CARA DEL LADO A RADIOGRAFIARSE, TOMAN-
DO AMPLIO CONTACTO CON LA REGIÓN DE LA RAMA ASCENDENTE-

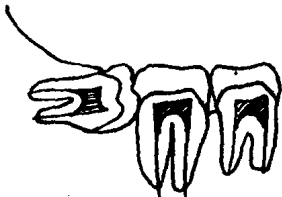
Y DEL BORDE INFERIOR DEL MAXILAR. EL PACIENTE SOSTIENE EL CHASIS CON LA PALMA DE LA MANO. LA NARIZ DEBE - GUARDAR CON EL CHASIS LAS DISTANCIAS SIGUIENTES: A) REGIÓN MOLAR NARIZ 2.5 CENTÍMETROS DEL CHASIS B) REGIÓN-BICÚSPIDEA, NARIZ 1.25 CENTÍMETROS C) REGIÓN CANINA, - NARIZ TOCANDO EL CHASIS D) RAMA ASCENDENTE, COLOCAR LA PELÍCULA DE PLANO AL LADO DE LA CARA.

POSICIÓN DEL APARATO DE RAYOS X.

EL TUBO EN ÁNGULO DE CERO GRADOS SE COLOCA POR DEBAJO DEL ÁNGULO DEL MAXILAR, OPUESTO AL QUE SE VA A RADIOGRAFIAR CON EL OBJETO DE EVITAR SUPERPOSICIÓN DE LAS RAMAS DEL HUESO.

ESTUDIO RADIOGRAFICO.

TERCER MOLAR RETENIDO, POSICIÓN HORIZONTAL, SIN -- DESVIACIÓN CARA MESIAL ACCESIBLE.



RADIOGRÁFICAMENTE, EN ESTE TIPO DE RETENCIONES, EL TERCIO O LA MITAD MESIAL DE LA CARA OCLUSAL DEL TERCER-MOLAR ESTÁ EN CONTACTO CON LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO -MOLAR. POR PRESENTARSE SUS CARAS BUCAL Y LINGUAL EN -EL PLANO DE LAS CARAS LINGUAL Y BUCAL DEL SEGUNDO MO---LAR, NO HAY SUPERPOSICIÓN DE LA IMAGEN DE LA CORONA DEL TERCERO SOBRE LA DE LA CORONA DEL SEGUNDO. Y LA CARA- OCLUSAL NO ES VISIBLE POR SUPERPONERSE LAS CÚSPIDES BU- CALES SOBRE LAS LINGUALES. EN LAS RADIOGRAFÍAS CORREC- TAS, TAMPOCO DEBE SER VISIBLE LA CARA OCLUSAL DEL SEGUN- DO.

EN LAS DESVIACIONES HACIA EL LADO BUCAL O LINGUAL- DEL SEGUNDO MOLAR PUEDE OBSERVARSE LA CARA OCLUSAL DE -ESTE ULTIMO DIENTE; EN LAS RADIOGRAFÍAS CON TUBO COMÚN, DEBIDO A QUE NO ES POSIBLE EL PARALELISMO DE LAS CÚS---PIDES DEL SEGUNDO MOLAR, PARTE DE LA CORONA OCLUSAL DE- ESTE MOLAR ES VISIBLE, PUDIENDO POR LAS MISMAS RAZONES- SER VISIBLES PARTES DE LA CARA OCLUSAL DEL TERCERO. - SE TENDRA EN CUENTA ESTE DETALLE DE LA DESVIACIÓN LIN- GUAL DEL SEGUNDO MOLAR, PARA FUNDAMENTAR EL DIAGNÓSTICO DE LA DESVIACIÓN.

EN ESTE TIPO DE RETENCIÓN, CON LA CARA MESIAL ACCESIBLE, UNA GRAN PORCIÓN DEL TERCER MOLAR ESTÁ UBICADA -- POR ENCIMA DEL PLANO OCLUSAL DEL PRIMER Y SEGUNDO MOLAR. SIENDO LA LONGITUD MESIODISTAL DE LA CORONA DEL TERCERO-- MAYOR QUE LA ALTURA DE LA CORONA DEL SEGUNDO, SE EXPLICA ESTA UBICACIÓN DEL TERCER MOLAR POR ENCIMA DEL PLANO O-- CLUSAL.

EL ESPACIO INTERDENTARIO FORMA UN ÁNGULO DE AMPLIA-- BASE, CUYO ÁNGULO DISTAL LLEGA CASI SIEMPRE HASTA EL CUE-- LLO DEL TERCER MOLAR. EL TRIÁNGULO ES NETO Y BIEN VISI-- BLE, Y SU BASE, EN ESTE TIPO DE RETENCIÓN, ES UNA PROLO-- N GACIÓN DE LA LÍNEA IMAGINARIA, PROYECCIÓN DEL BORDE ANTE-- RIOR Y LÍNEA OBLÍCUA EXTERNA. TODOS ESTOS DETALLES IN-- DICAN LA FACILIDAD DE ACCESO A LA CARA MESIAL.

TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO, POSICIÓN HORIZON-- ZONTAL, SIN DESVIACIÓN CARA MESIAL INACCESIBLE.



RADIOGRÁFICAMENTE, DEBIDO AL PARALELISMO DE LAS CARAS BUCAL Y LINGUAL DEL TERCER MOLAR RETENIDO CON LAS CARAS HOMÓNIMAS DEL SEGUNDO MOLAR, RESULTA UNA IMAGEN EN LA CUAL NO ES VISIBLE, O LO ES APENAS, LA CARA OCLUSAL DEL TERCER MOLAR. SIENDO VISIBLE POR EL MECANISMO YA ENUNCIADO UNA PORCIÓN DE LA CARA OCLUSAL DEL PRIMER Y SEGUNDO MOLAR. (CLÍNICAMENTE SIN DESVIACIÓN).

NO HAY SUPERPOSICIÓN DE LA IMAGEN DE LA CORONA DEL TERCERO SOBRE LA DEL SEGUNDO MOLAR. LA CÁMARA PULPAR Y LOS CONDUCTOS RADICULARES DEL TERCERO SON NETAMENTE VISIBLES.

EL ESPACIO INTERDENTARIO (EN ESTE CASO, EL ESPACIO-SUBYACENTE A LA CORONA DEL TERCER MOLAR) ES POR LO GENERAL UNA LINEA DE CONCAVIDAD SUPERIOR A UNA MEDIA LUNA, ABARCANDO LA CARA MESIAL DEL MOLAR RETENIDO. EN OTROS-CASOS, ES SÓLO UNA DÉBIL LINEA QUE SE CONTINÚA CON EL TRAZADO RADIOGRÁFICO DEL PERIODONTO DE LA RAÍZ MESIAL DEL TERCER MOLAR.

LOS TERCEROS MOLARES DE ESTE TIPO PUEDEN PRESENTAR-

UN ESPACIO ENTRE SU CARA OCLUSAL Y LA CARA DISTAL DEL -
SEGUNDO, ESPACIO QUE ESTÁ OCUPADO POR EL HUESO OCLUSAL,
TIENE SUS CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS.. EN MUCHAS ---
OPORTUNIDADES ESTE ESPACIO ESTÁ REPRESENTADO POR UNA --
IMAGEN RADIOLÚCIDA, ÍNDICE DE UN PROCESO PATOLÓGICO A -
ESTE NIVEL.

CAPÍTULO VI

CUIDADOS PREOPERATORIOS.

TRATAMIENTO.

EN REALIDAD COMIENZAN EN EL MOMENTO MISMO EN QUE -
TENEMOS EL PRIMER CONTACTO; EL ESTUDIO Y LA EXPLORACIÓN
DE ESTE PARA HACER UN DIAGNÓSTICO QUE CLASIFIQUE SU PA-
DECIMIENTO DENTRO DE LA PATOLOGÍA, ES EL PRIMER PASO EN
CAMINADO A PROPORCIONAR SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO QUI-
RURGICO, ES NECESARIO TAMBIÉN LLEVAR AL PACIENTE AL ---
ACTO OPERATORIO EN LAS MEJORES CONDICIONES POSIBLES DE-
ESTADO GENERAL, MODIFICANDO TODO EQUILIBRIO QUE PUEDA -
SER CAUSA DE CONTRA INDICACIÓN. ESTOS CUIDADOS PUEDEN
SER DE ÍNDOLE GENERAL, SISTEMÁTICOS Y LOS PROPIOS DE --
CADA ESPECIALIDAD, DESTINADOS A FACILITAR Y DAR SEGUI-
DAD A LA PROPIA INTERVENCIÓN.

EL LABORATORIO ES UN GRAN AUXILIAR, LAS PRUEBAS DE LABORATORIO PROPORCIONAN DATOS VALIOSOS PARA LOGRAR LA MEJOR DISPOSICIÓN PREOPERATORIA. DEBEMOS TENER EN --- CUENTA QUE NO SON DE MENOS VALOR ALGUNOS DATOS DE EXPLORACIÓN, QUE POR REQUERIR EQUIPO Y LUGAR ADECUADO, PUEDEN CONSIDERARSE COMO PRUEBAS DE LABORATORIO, EN ESTE CASO SE ENCUENTRAN: ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS, ELECTROCARDIOGRAMAS, TENSIÓN ARTERIAL, ETC. ENTRE LAS PRUEBAS QUE RUTINARIAMENTE DEBEN HACERSE SE ENCUENTRAN EL ESTUDIO QUÍMICO-FÍSICO DE LA ORINA Y DE LA SANGRE.

SALA DE OPERACIONES.

LAS INTERVENCIONES DEL TERCER MOLAR RETENIDO SE -- PUEDEN REALIZAR TANTO EN EL CONSULTORIO DENTAL COMO EN LOS HOSPITALES, EN SALAS ESPECIALES PARA CIRUGÍA BUCAL.

EN EL CONSULTORIO DENTAL SOLO SON NECESARIOS PEQUEÑOS ADITAMENTOS QUE SON, DE GRAN IMPORTANCIA, EN EL --- TRANSCURSO DE LA OPERACIÓN, TAL COMO UN BUEN ASPIRADOR DE SALIVA, OTRO DE SANGRE PARA REALIZAR LA OPERACIÓN EN BLANCO, ASÍ COMO EN LA ILUMINACIÓN DEL CAMPO OPERATO---

RIO, PERO LAS LÁMPARAS ACTUALES REUNEN BUENAS CONDICIONES DE VISIBILIDAD, PERO SE PUEDEN USAR TAMBIÉN LÁMPARAS FRONTALES.

MANIOBRAS PREVIAS A LA EXTENCIÓN.

ANESTESIA.

LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR PUEDE REALIZARSE BAJO ANESTESIA TROCULAR O ANESTESIA GENERAL.

ESTERILIZACIÓN DEL CAMPO OPERATORIO.

LA REGIÓN A OPERARSE SE PINTA CUIDADOSAMENTE CON TINTURA DE MERTIOLATO. LA PIEL DE LA CARA DEL PACIENTE SE LAVA CON AGUA BIDEUTILADA Y JABÓN ESTÉRIL, SE ESTERILIZA CON MERTIOLATO INCOLORO, ANTES DE LA COLOCACIÓN DE LAS COMPRESAS.

TRATAMIENTO PROPIAMENTE DICHO.

LA EXODONCIA DEL TERCER MOLAR ES ESENCIALMENTE UN PROBLEMA MECÁNICO, COMO LA DE CUALQUIER OTRO DIENTE RETENIDO, PERO ESTA CONFABULA UNA SERIE DE FACTORES PARA-

HACER ESTA LABOR MÁS COMPLICADA (DIFÍCIL ACCESO, ILUMINACIÓN Y VISIÓN, DUREZA Y POCA ELASTICIDAD DEL HUESO, - SALIVA Y PRESENCIA DE SANGRE).

PARA REALIZAR TAL OPERACIÓN CONSIDERANDO QUE SE -- TRATA DE ELIMINAR UN CUBO (EL DIENTE) QUE ESTÁ DENTRO - DE OTRO CUBO, ES PRECISO LLEGAR HASTA EL HUESO QUE ALOJA AL MOLAR, RESACAR O ELIMINAR LAS PORCIONES OSEAS QUE LO CUBRE Y ABORDAR EL DIENTE, EMPLEANDO PALANCAS PARA - ELIMINARLO DEL "CUBO CONTINENTE".

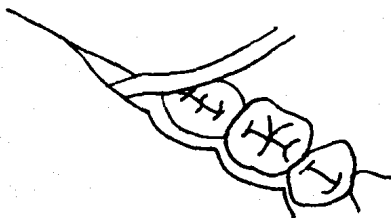
TODA OPERACIÓN QUIRÚRGICA, QUE SE REALIZA EN EL ORGANISMO, CONSTA DE VARIOS TIEMPOS, QUE DEBEN SER CO----RRECTAMENTE SINCRONIZADOS Y SISTEMATIZADOS, ASÍ MISMO - LA CIRUGÍA BUCAL DEBE SEGUIR EL MISMO SISTEMA:

INCISIÓN.

SE TRAZA EN LA PARTE MÁS ALTA DE LA CRESTA DISTAL- DEL SEGUNDO MOLAR. LA LONGITUD ANTEROPOSTERIOR ESTÁ - DADA POR EL TIPO DE RETENCIÓN DEL TERCER MOLAR. POR - LO TANTO SE FUNDA EN LOS DETALLES QUE SE OBTENGAN DEL -

EXÁMEN RADIOGRÁFICO.

EL TRAZADO DE LA INCISIÓN DEBERÁ SER HECHA CON EL BISTURÍ, ENERGICAMENTE, HASTA PERCIBIR POR DEBAJO DEL INSTRUMENTO LA SENSACIÓN DEL HUESO O DE LA CARA DENTARIA. EN ESTE PRIMER PASO DE LA INCISIÓN PUEDE SANGRAR COPIOSAMENTE. SE COHIBE LA HEMORRAGIA COMPRIMIENDO LA REGIÓN CON UNA TORUNDA DE GASA. LA INCISIÓN LLEGA HASTA LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR; DESDE ALLÍ CONTORNEA EL CUELLO DEL SEGUNDO EN SU CARA DISTAL Y CONTINÚAFESTONIANDO LA ENCÍA EN SU ADAPTACIÓN AL CUELLO DEL SEGUNDO Y PRIMER MOLAR, LLEGANDO TAMBIÉN PROFUNDAMENTE, HATA EL HUESO Y SECCIONANDO LOS LIGAMENTOS CORRESPONDIENTES; ESTA INCISIÓN SE DETIENE EN EL ESPACIO INTERDENTARIO Y PUEDE PROLONGARSE SI FUESE NECESARIO, UN TRECHO MÁS HACIA LA CARA VESTIBULAR DE LA MANDÍBULA.



PREPARACIÓN DE LOS COLGAJOS.

TRAZADA LA INCISIÓN SE HACE HEMOSTÁSIS COMPRIMIENDO POR BREVES INSTANTES LA REGIÓN, SE TOMA EL PERIOSTOTOMO, LA LEGRA DE SELDÍN O LA ESPÁTULA DE FREER Y SE INTRODUCE ENTRE LOS LABIOS OBTENIDOS POR LA INCISIÓN, HACIENDO PEQUEÑOS GIROS Y MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD SE DESPRENDE EL LADO BUCAL DE LA INCISIÓN, EL COLGAJO INTERNO SE REALIZA DE LA MISMA MANERA, SIGUIENDO LA MISMA TÉCNICA ANTERIOR.

PARA SOSTENER LOS COLGAJOS SE UTILIZAN PIEZAS DE DISECCIÓN O DE DIENTES DE RATÓN, EN EL COLGAJO EXTERNO-

Y EN EL INTERNO SE ACOSTUMBRA PONER UN HILO DE SUTURA - POR EL COLGAJO Y DETENERLO DE LA COMPRESA, A LA VEZ ESTE SIRVE PARA EFECTUAR LA SUTURA FINAL.

OSTEOTOMÍA.

EL MOVIMIENTO QUE EL TERCER MOLAR DEBE EFECTUAR PARA ABANDONAR EL ALVEOLO PUEDE SER TRADUCIDO GRÁFICAMENTE EN UN ARCO DE CIRCULACIÓN, ES DECIR LA CORONA HA DE SER DIRIGIDA HACIA LA RAMA MONTANTE DEL MAXILAR, POR LO TANTO, TODO HUESO QUE EXISTA EN EL LADO DISTAL EN CONTACTO CON LA CORONA PUEDE SER ELIMINADO CON FRESA QUIRÚRGICA O IMPACTOR. EN CASO DE EXISTIR ESTA PORCIÓN CON PROCESOS PATOLÓGICOS COMO FOCOS DE OSTEITIS, GRANULOMA O EL SACO DENTARIO DE DIMENSIONES SUFICIENTES, LA OSTEOTOMÍA NO SERÁ NECESARIA.

LA OSTEOTOMÍA TIENE POR OBJETO: RESECCIÓN PARA ALCANZAR EL LUGAR DONDE APLICAR LA FUERZA (OSTEOTOMÍA DE ACCESO RESECCIÓN SUFICIENTE PARA ELIMINAR EL HUESO QUE SE OPONE AL DESEMPEÑO DE UNA CORRECTA CIRUGÍA FISIOLÓGICA).

OSTEOTOMÍA DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO CON LA --
CARA MESIAL ACCESIBLE.

EN ESTE TIPO DE RETENCIÓN SOLO SE REQUERIRÁ REALI-
ZAR OSTEOTOMÍA DISTAL Y UNA ESCASA OSTEOTOMÍA BUCAL; EL
ESTUDIO RADIOGRÁFICO NOS INFORMARÁ DE LA CANTIDAD ÚTIL-
DE HUESO DISTAL A ELIMINARSE, QUE ESTARÁ DE ACUERDO, CO
MO EN TODOS LOS TIPOS DE RETENCIÓN, CON LA PROPORCIÓN Y
CANTIDAD DEL HUESO DISTAL Y CON LA FORMA Y DISPOSICIÓN-
RADICULAR, EN ESTE CASO EL HUESO DISTAL NO SUELE SER --
MUY CONSISTENTE PERO, PUEDE SER LO SUFICIENTEMENTE SÓ--
LIDO Y PROTECTOR DE LA CARA DISTAL COMO PARA QUE EXIJA-
UNA ABUNDANTE EXERESIS O UNA CUIDADOSA DIVISIÓN DEL ---
DIENTE.

OSTEOTOMÍA DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO CON LA CA
RA MESIAL INACCESIBLE.

CON ESCOPLA RECTO O FRESA QUIRÚRGICA, SE ELIMINA -
LA SUFICIENTE CANTIDAD DE HUESO MESIAL, PARA LOGRAR EL-
ACCESO A LA CARA MESIAL, Y LÓ SUFICIENTE DE LAS DEMÁS -
REGIONES ÓSEAS NECESARIAS PARA LIBRAR LA RETENCIÓN Y --

PERMITIR LA CÓMODA APLICACIÓN DEL ELEVADOR, O LA ÚTIL -
DIVISIÓN DEL MOLAR RETENIDO. LA OSTEOTOMÍA BUCAL Y --
MESIAL SE LOGRA CON ESCOPILOS RECTOS O FRESA QUIRÚRGICA,
LA CANTIDAD DE OSTEOTOMÍA ESTARÁ GOBERNADA POR LA DISPO-
SICIÓN DE LAS DISTINTAS REGIONES ÓSEAS, EN ESTE TIPO DE
RETENCIÓN PUEDE SER NECESARIO REALIZAR LA RESECCIÓN DEL
HUESO QUE CUBRE LA CARA OCLUSAL; ÉSTE HUESO OCLUSAL SUE-
LE ORIGINAR SÓLIDO ANCLAJE DEL MOLAR; DEBE ELIMINARSE A
ESCOPILO O CON FRESA REDONDA NÚMERO 8.

OPERACIÓN PROPIAMENTE DICHA.

ELIMINADAS YA LAS ESTRUCTURAS ÓSEAS, QUE SIGNIFICA
LA RESISTENCIA, SE INICIA LA OPERACIÓN PROPIAMENTE DI--
CHA, QUE CONSISTE EN LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR RE-
TENIDO MERCED A LA APLICACIÓN DE LA PALANCA.

EL ELEVADOR LLEGA A LA CARA MESIAL DEL MOLAR RETE-
NIDO Y ALLÍ SU HOJA, APLICADA SOBRE SU CARA MESIAL, EL-
INSTRUMENTO CON PUNTO DE APOYO EN EL BORDE ÓSEO Y CON -
UNA FUERZA EJERCIDA SOBRE SU MANGO, ELEVA EL MOLAR, SI-
GUIENDO EL CAMINO DE MENOR RESISTENCIA.

NO SIEMPRE PUEDE APLICARSE ESTA TÉCNICA, POR RAZONES DEPENDIENTES DE LA POSICIÓN DEL MOLAR Y DISPOSICIÓN Y FORMA DE LAS RAÍCES, SIENDO NECESARIO LA ODONTOSECCIÓN.

ODONTOSECCIÓN.

SE REALIZA LA SECCIÓN DEL MOLAR RETENIDO EN VARIOS FRAGMENTOS CON EL OBJETO DE SIMPLIFICAR LA OPERACIÓN.

LA FRASE SE EMPLEA PARA SECCIONAR EL DIENTE SEGÚN SU EJE MAYOR LONGITUDINAL, PERO ES MÁS COMÚN SECCIONAR EL DIENTE SEGÚN SU EJE MENOR.

EL USO DE FRESAS DE CARBURO DE TUNGSTENO Y TORNO DE ALTA VELOCIDAD, SIMPLIFICA EL PROBLEMA.

DEBE EVITARSE EL CALENTAMIENTO DEL MOLAR POR EL FRESCO, CALOR QUE SE TRASMITIRÁ AL TEJIDO ÓSEO VECINO LESIONÁNDOLO, ES ÚTIL IRRIGAR LA ZONA CON SUERO FISIOLÓGICO.

EL CORTE DEL MOLAR PUEDE INICIARSE DESDE EL LADO BU

CAL AL LINGUAL, SECCIONANDO EL DIENTE EN SU TOTALIDAD, -
O LA FRESA SE DETIENE A LA ALTURA QUE LE PERMITA EL ---
ACCESO.

SI LA SECCIÓN CON FRESA ES INCOMPLETA, EL CORTE SE
TERMINA CON UN GOLPE DE ESCOPLA O CON UN ELEVADOR, EL -
CUAL SE INSINÚA ENTRE LOS BORDES DE LA SECCIÓN. LA DI
RECCIÓN QUE DEBE DARSE AL CORTE DEL MOLAR ES LA QUE SE-
OBSERVA EN LA FIGURA:.



LA FRESA ES DIRIGIDA DE ADELANTE A ATRÁS, MOVIÉNDO
EN ÁNGULO RECTO HACIA ARRIBA, TODO LO QUE LE PERMITAN -
LOS TEJIDOS BLANDOS DISTALES Y LA ABERTURA DE LA BOCA.
ESTA DIRECCIÓN QUE SE DA AL CORTE TIENE POR OBJETO QUE-
LA PARTE DISTAL DE LA CORONA DEL MOLAR SECCIONADO SEA -
MAYOR QUE LA PARTE MESIAL, CON EL OBJETO DE QUE LA CORO
NA PUEDA DESPLAZARSE EN LAS MANIOBRAS CÓMODAMENTE HACIA

ARRIBA.

YA SECCIONADA LA CORONA SE INTRODUCE UN ELEVADOR -
NÚMERO 2 L Ó R DE WINTER A NIVEL DE LA CARA MESIAL EN -
EL ESPACIO INTERDENTARIO (CARA MESIAL ACCESIBLE) Y SE -
NOTA EL INSTRUMENTO EN EL SENTIDO DE SU EJE. SI ESTA-
MANIOBRA NO CONSIGUE ELEVAR LA CORONA, PORQUE LA SEC--
CIÓN NO LOGRÓ UN PARALELÍPEDO A BASE INFERIOR MENOR QUE
LA SUPERIOR O PORQUE EXISTE UN SÓLIDO ANCLAJE DE LAS --
CÚSPIDES MESIALES POR DEBAJO DEL CUELLO DEL SEGUNDO MO-
LAR, SE PROCEDE A IMPRIMIR AL ELEVADOR SU FUNCIÓN DE PA
LANCA DE PRIMER GÉNERO, Y CON APOYO EN LA CIMA DEL HUE--
SO MESIAL SE DESCIENDE EL MANGO DEL INSTRUMENTO, PROCU-
RANDO ELEVAR LA CORONA SECCIONADA. SI AÚN SE MANTIENE
LA IMPOSIBILIDAD DE EXTRAER LA CORONA POR LAS RAZONES -
SEÑALADAS, SERÁ CONVENIENTE SECCIONARLA DE NUEVO CON LA
FRESA EN EL SENTIDO MESIODISTAL.

LOS FRAGMENTOS BUCAL Y LINGUAL DE ESTA NUEVA SEC--
CIÓN, SE DESPLAZAN EN EL SENTIDO BUCAL Y LINGUAL, RES--
PECTIVAMENTE, INTRODUCIENDO UN ELEVADOR 14 L Ó R DE WIN
TER ENTRE LOS BORDES DE LA SECCIÓN MESIODISTAL.

LA EXTRACCIÓN DE LA PORCIÓN RADICULAR ESTÁ GOBERNADA POR LA FORMA Y DISPOSICIÓN DE ESTE ELEMENTO.

RAÍCES FUSIONADAS.

EL MACIZO RADICULAR SE ELIMINA CON UN ELEVADOR ILLÓR DE WINTER, INTRODUCIDO POR EL ESPACIO DEJADO POR LA CORONA, INSINUÁNDOLE ENTRE EL HUESO Y LA CARA MESIAL DE LA RAÍZ; GIRANDO EL MANGO DEL INSTRUMENTO EN EL SENTIDO QUE PERMITA DESPLAZAR HACIA EL LADO DISTAL LA RAÍZ, LA CUAL SE ELIMINA EN ESTA DIRECCIÓN.

OTRO MÉTODO CONSISTE EN REALIZAR CON UNA FRESA REDONDA EN EL ÁNGULO RECTO, UN ORIFICIO SOBRE LA CARA DISTAL DE LA RAÍZ; EN ÉSTE ORIFICIO SE INTRODUCE LA PUNTA DE UN ELEVADOR CLEV-DENT Ó 14 DE WINTER DERECHO Ó IZQUIERDO, Y APOYAMOS EL LOMO DE LA HOJA EN EL BORDE ÓSEO DISTAL Y GIRANDO EL MANGO DEL INSTRUMENTO EN EL SENTIDO DE DESPLAZAR LA RAÍZ HACIA EL LUGAR DEJADO POR LA CORONA, SE REALIZA TAL MANIOBRA.

DOS RAÍCES INDIVIDUALIZADAS YA SEAN DIVERGENTES Ó-

CONVERGENTES.

PUEDEN EXTRAERSE APLICANDO EL ELEVADOR 11 DE WIN--
TER, DE CLEV-DENT, POR DEBAJO DE LA CARA MESIAL, CON EL
MISMO MOVIMIENTO ANTES NOMBRADO POR LAS RAÍCES FUSIONA--
DAS. PUEDE REALIZARSE EL ORIFICIO SOBRE LA CARA DIS--
TAL DE LA RAÍZ Y ELIMINARLA TAMBIÉN CON LA MISMA TÉCNI--
CA O SE PROCEDERÁ A SEPARAR LAS RAÍCES CON UNA FRESA DE
FISURA, OBTENIENDO LA DIVISIÓN SE EXTRAEN CADA UNO DE -
LOS ELEMENTOS POR SEPARADO. LA RAÍZ DISTAL, REALIZAN--
DO EL ORIFICIO YA COMENTADO, LA RAÍZ MESIAL CON ELEVA--
DORES APLICADOS EN LA CARA MESIAL Y A EXPENSAS DEL AL--
VEOLO VACÍO.

EN RAÍCES MUY DIVERGENTES, CON DILACERACIÓN, CON -
CEMENTOSIS O RAÍCES MÚLTIPLES, REQUIEREN UNA AMPLIA OS--
TEOTOMÍA DISTAL, PREFERIBLE A LA DIVISIÓN RADICULAR QUE
NECESITA EN ESTOS CASOS SECCIONAR GRAN CANTIDAD DE TEJI--
DO DENTARIO.

EN CASOS EN QUE EXISTA ÁUSENCIA DE SEGUNDO MOLAR -
LOS TERCEROS PUEDEN EXTRAERSE APLICANDO UN ELEVADOR NÚ--

MERO 2 R Ó L DE WINTER SOBRE SU CARA MESIAL ACCESIBLE O UN ELEVADOR NÚMERO 11.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA.

REALIZADA LA TOTAL EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR RETENIDO DOS SON LAS MANIOBRAS POSTOPERATORIAS CON RESPECTO A LA CAVIDAD ÓSEA QUE ALOJABA AL MOLAR. LA PRIMERA SE REFIERE A ELIMINACIÓN QUIRÚRGICA DEL SACO DENTARIO;-- LA SEGUNDA AL TRATAMIENTO MÉDICO DE LA CAVIDAD ÓSEA, -- OBTURÁNDOLA, EN ALGUNOS CASOS, CON DIVERSAS SUBSTANCIAS.

EL SACO PERICORONARIO DEBE SER RIGUROSAMENTE RESACADO DE LA CAVIDAD ÓSEA, LOGRÁNDOSE CON CUCHARILLAS FIBROSAS QUE PERMITEN SEPARAR LOS DOS TEJIDOS, EL SACO CONJUNTIVO Y LA CAVIDAD ÓSEA ALVEOLAR. SE TOMA EL SACO CON UNA PINZA DE KOCHER CURVA Y SE RECORRE CON LA CUCHARILLA LAS DISTINTAS PAREDES ÓSEAS, BUSCANDO UN PLANO -- QUE PERMITA LA TOTAL RESECCIÓN DEL SACO.

DESPUÉS DE QUITAR EL SACO, SE REVISARÁ CUIDADOSAMENTE LA CAVIDAD PARA VERIFICAR SI NO HAY BORDES ÓSEOS--

EN FORMA DE PUNTA AGUDA, SI EXISTEN SE ELIMINAN CON PIE
ZAS GUBIAS Y LIMAS PARA HUESO. ASÍ MISMO HAY QUE VER-
SI NO HAY PARTÍCULAS PEQUEÑAS DENTRO DE LA CAVIDAD.

LOS MEDICAMENTOS USADOS PUEDEN SER: CELULOSA OXI-
DADA O GELFOAM. ASÍ MISMO ES ÚTIL SUTURAR LA HERIDA -
YA QUE LA CICATRIZACIÓN ES MÁS RÁPIDA Y PERFECTA.

SUTURAS.

EL CIERRE CON SUTURA ES EL IDEAL QUIRÚRGICO. ES-
TÁ INDICADA EN LA EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES SIN --
PROCESOS INFECCIOSOS APARENTES. A EXCEPCION DE LOS CA
SOS DE PERICORONITIS, SE RECOMIENDA, LA SUTURA DE LA HE
RIDA OPERATORIA.

SE INSPECCIONA EL COLGAJO DE LA CARA INTERNA DEL -
TEJIDO DE GRANULACIÓN, O RESTOS ÓSEOS O DENTARIOS, SE -
ADAPTA CUIDADOSAMENTE EL PERIOSTIO Y SE VUELVE EL COLGA
JO A SU SITIO DE NORMAL UBICACIÓN. SE TOMA EL PORTAGU
JAS CON UNA AGUJA ENHEBRADA CON SEDA Y SE INTRODUCE EN-
PRIMER TÉRMINO EL COLGAJO LINGUAL, DESPUÉS EL BUCAL RE-

TIRÁNDOSE LA AGUJA Y AJUSTANDO EL NUDO, ESTO SE HACE DE LA SIGUENTE MANERA: PASADOS LOS HILOS, SE TOMA CON LOS DEDOS ÍNDICE Y PULGAR DE LA MANO IZQUIERDA EL CABO PORTADOR DE LA AGUJA; SE APOYA ESTE CABO EN EL PORTAGUJAS Y SE HACE DAR DOS VUELTAS COMPLETAS AL HILO AL REDEDOR DEL EXTREMO DEL INSTRUMENTO; SE ENTRE ABRE LIGERAMENTE EL PORTAGUJAS Y SE TOMA ENTRE SUS MORDIENTES EL CABO LIBRE, SE TRACCIONA EL PORTAGUJAS DE MANERA QUE LAS DOS VUELTAS COMPLETAS DEL HILO SE DESLICEN HACIA LA PUNTA DEL INSTRUMENTO Y QUE EL CABO LIBRE PASE ENTRE ELLAS. SE AJUSTA EL HILO A NIVEL DE LA HERIDA OPERATORIA Y SE TIENE DE ESTE MODO REALIZADA LA PRIMERA PARTE DEL NUDO. PARA COMPLETAR EL NUDO SE REALIZA NUEVAMENTE LA MANIOBRA PERO EN SENTIDO INVERSO, Y SE AJUSTA NUEVAMENTE EL SEGUNDO NUDO, SECCIONÁNDOSE LOS CABOS DEL HILO CON UNA TIJERA, ALGUNAS VECES ES NECESARIO OTRO PUNTO.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

DEBE SER ESTUDIADO EN DOS ASPECTOS: EL TRATAMIENTO INMEDIATO Y EL TRATAMIENTO MEDIATO. EL TRATAMIENTO POSTOPERATORIO CONTRIBUYE AL ÉXITO DE LA OPERACIÓN Y AL

BIENESTAR DEL PACIENTE Y AÚN PUEDE MEJORAR O MODIFICAR-
LOS INCONVENIENTES SURGIDOS EN EL CURSO DE LA INTERVEN-
CIÓN QUIRÚRGICA.

EL TRATAMIENTO POSTOPERATORIO INMEDIATO: TERMINA-
DA LA OPERACIÓN SE LIMPIA LA CARA DEL PACIENTE CON UN -
TROZO DE GASA IMPREGNADA DE SUERO FISIOLÓGICO, SE LAVA-
LA CAVIDAD BUCAL CON UN ATOMIZADOR CON SUERO FICIOLOGI-
CO CON EN FIN DE ELIMINAR SANGRE Y RESTOS BLANDOS ÓSEOS
O DENTARIOS, QUE PUDIERAN HABERSE DEPOSITADO EN LOS ES-
PACIOS INTERDENTARIOS, EN LOS SURCOS VESTIBULARES, DEBA
JO DE LA LENGUA, EN LA BÓVEDA PALATINA, EVITANDO DE ES-
TE MODO QUE LOS COÁGULOS ENTREN EN PUTREFACCIÓN.

SE APLICA UN TROZO DE GASA ESTERILIZADA SOBRE EL -
LUGAR DE LA EXTRACCIÓN, INVITANDO AL PACIENTE A MORDER-
SOBRE ELLA. EN CASO DE HABERSE REALIZADO LA INTERVEN-
CIÓN BAJO ANESTESIA GENERAL, EL MOMENTO DE COLOCAR LA -
GASA ES AL RETIRARSE EL MANTENEDOR BUCAL; SE CIERRA LA-
BOCA DEL PACIENTE, FORZÁNDOLE A MORDER EL APÓSITO.

BAJO CUALQUIER FORMA DE ANESTESIA SE LLEVA AL PA--

CIENTE A UNA SALA ADJUNTA, PARA QUE DESCANSE UN TIEMPO - PRUDENCIAL. CUANDO LA INTERVENCIÓN ES REALIZADA BAJO - ANESTESIA GENERAL, EL REPOSO ES OBVIO, EN LA INTERVEN- CIÓN BAJO ANESTESIA LOCAL ES ÚTIL PARA VOLVER AL PACIEN- TE A SU ESTADO FISIOLÓGICO NORMAL.

PUEDA COLOCARSE UNA BOLSA DE HIELO SOBRE LA CARA, - DEL LADO OPERADO, DURANTE ALGUNOS MINUTOS, EL FRÍO REDU- CE LA CONGESTIÓN EL EDEMA Y LA INFLAMACIÓN POSTOPERATO- -RIA, TIENE ACCIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DE LOS HEMATOMAS Y DEL DOLOR POSTOPERATORIO.

EL TRATAMIENTO POSTOPERATORIO MEDIATO. EL REPOSO- AYUDA A RESTAURAR LAS CONDICIONES FÍSICAS, QUE HAN SIDO- VULNERADAS, TAMBIÉN EL REPOSO PREVIENE LA POSIBLE HEMO- -RRAGIA SECUNDARIA.

EL PACIENTE CONTINUARÁ COLOCANDO SOBRE SU CARA, EN- EL LADO OPERADO, UNA BOLSA DE HIELO QUE MANTENDRÁ EN SU- SITIO 15 MINUTOS CON OTROS 15 DE DESCANSO.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

NO DEBEN REALIZARSE ENJUAGATORIOS DE NINGÚN TIPO, YA QUE ES MENESTER CONSERVAR EL COÁGULO, EL MEJOR OBTU RADOR DE LA CAVIDAD ALVEOLAR. EN CASO DE HEMORRAGIA- COLOCARÁ EN SU BOCA, EL LADO OPERADO, UN TROZO DE GASA SECA, QUE MANTENDRÁ EN SU SITIO DURANTE MEDIA HORA.

ALIMENTICIOS. EL PACIENTE NECESITA SOMETERSE A- UN RÉGIMEN DE ALIMENTACIÓN BLANDO, DURANTE LAS PRIME-- RAS 48 HORAS SIGUENTES A LA OPERACIÓN. MUCHOS DE LOS TRASTORNOS POSTOPERATORIOS SE DEBEN AL HECHO DE QUE -- LOS ALIMENTOS DUROS LESIONAN LA REGIÓN.

ANALGÉSICOS. EL DOLOR POSTOPERATORIO ES LA CON- SECUENCIA LÓGICA DE UNA OPERACIÓN EN LA CAVIDAD ORAL Y ESTÁ EN RELACIÓN DIRECTA AL GRADO DE TRAUMA; DE PRESEN TARSE DEBE SER COMBATIDO POR LOS DISTINTOS MEDICAMEN-- TOS DE QUE DISPONE LA TERAPÉUTICA.

VITAMINOTERAPIA. LA INGESTIÓN DE VITAMINA B Y - B12 COLABORA A LA RESTITUCIÓN DE LOS TEJIDOS EN EL PRO CESO CICATRIZAL.

ANTIMICROBIANOS. LA PREVENCIÓN DE PROCESOS INFECCIOSOS, QUE DE DISTINTO ORDEN PUEDEN DESARROLLARSE TENIENDO PUNTO DE PARTIDA DEL SITIO DE LA EXTRACCIÓN, DEBEN SER PREVENIDOS O TRATADOS CON EL NUTRIDO ARSENAL TERAPÉUTICO A CARGO DE LOS ANTIMICROBIANOS.

EL PACIENTE DEBE REGRESAR A NUESTRA CONSULTA A LAS 24 - 48 HORAS, SE REvisa EL LUGAR DE LA INTERVENCIÓN Y SE PRACTICA UN LAVAJE SOBRE EL SITIO OPERADO Y SUS VECINDADES.

EXTRACCIÓN DE LOS PUNTOS DE SUTURA. DEBEN QUITARSE AL CUARTO O QUINTO DÍA DE LA OPERACIÓN; LA ELIMINACIÓN PREMATURA PUEDE ORIGINAR HEMORRAGIAS SECUNDARIAS. - LOS WILOS SE RETIRAN PREVIA SECCIÓN CON TIJERA; SOBRE LA REGIÓN OPERADA SE PROYECTA UN DELICADO CHORRO DE AGUA.

C O N C L U C I O N E S .

1.- DEBIDO A LOS PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN DENTRO DE LA CLÍNICA DE EXODONCIA, CONSIDERO IMPORTANTE EL DESARROLLO DEL TEMA DE EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO, PORQUE SON CASOS QUE SE PRESENTAN FRECUENTEMENTE, TANTO EN LOS AÑOS DE PRÁCTICA DE EXODONCIA DURANTE LA CARRERA, COMO EN LA PRÁCTICA GENERAL.

2.- ACTUALMENTE EL CIRUJANO DENTISTA TIENDE A CANALIZAR LOS PACIENTES CON TERCERAS MOLARES RETENIDAS, A CIRUJANO DENTISTAS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA BUCAL. SIN EMBARGO, SON CASOS QUE DEBEN DE SER RESULTOS POR EL CIRUJANO DENTISTA DE PRÁCTICA GENERAL.

3.- EL ORDEN DE FRECUENCIA CON QUE SE PRESENTAN LAS MALPOSICIONES DE TERCERAS MOLARES, SON MESIOVERSIÓN, DISTOVERSIÓN, LABIOVERSIÓN Y LINGUOVERSIÓN.

4.- EN LA POCA EXPERIENCIA QUE TENGO, SOBRE TERCE-

RAS MOLARES INFERIORES RETENIDAS, CONSIDERO, QUE LA UTILIZACIÓN DE FRESA QUIRÚRGICA Y ELEVADORES HA DADO MEJORES RESULTADOS.

5.- UNA OPERACIÓN BIEN EFECTUADA, NOS DA COMO RESULTADO UN TRATAMIENTO POSTOPERATORIO MÁS SATISFACTORIO.

6.- LA VALORACIÓN RADIOGRÁFICA DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO, NOS DA EL GRADO DE DIFICULTAD PARA SU EXTRACCIÓN.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- C.O. BRIEN RICHARD
RADIOLOGÍA DENTAL.
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA
REIMPRESIÓN 1975
1a. EDICIÓN
216 PÁGINAS

- 2.- DIAMOND
ANATOMÍA DENTAL.
UNIÓN TIPOGRÁFICA
EDITORIAL HISPANOAMERICANA
2a. EDICIÓN
492 PÁGINAS

- 3.- KRUGER GUSTAVO
CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL
EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA
5a. EDICIÓN 1982
685 PÁGINAS

- 4.- TERCER MOLAR RETENIDO
— RIES CENTENO (APUNTES)

- 5.- SHAFER G.WILLIAM
PATOLOGÍA ORAL.
EDITORIAL MUNDI
EDICIÓN 1966
664 PÁGINAS

6.- V.ZEGARELLI
AUSTIN H. KUTSCHER
GEORGE A. HYMAN
DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA ORAL.
SALVAT EDITORES S.A.
1a. EDICIÓN 1972
REIMPRESIÓN 1974
651 PÁGINAS

7.- W HAN ARTHUR
TRATADO DE HISTOLOGÍA.
EDITORIAL INTERAMERICANA
7a. EDICIÓN
935 PÁGINAS.