



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

301
201

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

7 IV 87

TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N

SUAREZ LOZANO MARTHA ORALIA

TIZCAREÑO REYES ELBA MARGARITA

ZEPEDA VALLEJO MARIA ELENA



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 D I C E

	PAGINA
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	HISTORIA CLINICA 3
CAPITULO II	ANATOMIA DE LA REGION 13
CAPITULO III	ETIOLOGIA 24
CAPITULO IV	CLASIFICACION DE DIENTES IMPACTADOS O RETENIDOS INFERIORES 32
CAPITULO V	INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES 37
CAPITULO VI	PASOS A SEGUIR EN CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS 44
	TRATAMIENTO PARA ERUPCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS 48
CAPITULO VII	INSTRUMENTAL 53

		PAGINA
CAPITULO VIII	TECNICAS QUIRURGICAS	61
CAPITULO IX	CUIDADOS POSTOPERATORIOS	99
CAPITULO X	COMPLICACIONES DE LA OPERACION	104
CONCLUSIONES		108
BIBLIOGRAFIA		110

INTRODUCCION

La cirugía bucal es una de las ramas más fascinantes de la odontología, puesto que implica muchos riesgos y retos, es un momento quirúrgico en que el cirujano dentista se va a enfrentar al paciente poniendo todos sus sentidos, habilidad y destreza manual y de conocimientos, hacer una vez más manifiesta esta característica de la que debe ser especialmente poseedor.

La cirugía bucal va a implicar cosas tan importantes como devolver la salud en presencia de patologías tales como dientes retenidos, quistes, tumores, traumatismos, fracturas de maxilar, mandíbula y cóndilo entre otras, y devolver la estética al paciente que es tan importante para ellos.

Dentro de los riesgos que implica la cirugía pudiendo poner el anestésico, éste se puede usar en una forma local o general dependiendo del caso particular al que nos enfrentamos, en caso de anestesia general deberá ser siempre en presencia de personal especializado.

En este punto cabe la necesidad de señalar que es imperativo hacer una correcta y cuidadosa evaluación preoperatoria

de el estado de salud general y condiciones psicológicas en las que se encuentra el paciente, una vez cubierto este requisito indispensable, podemos evitar riesgos.

Por otra parte, mencionaremos que nos interesa especialmente el área de la cirugía bucal por que la mayoría de la población se va a enfrentar en cierta época de su vida con problemas dentales tales como la llamada "muela del juicio", llamada así por gran parte del sector de la población.

Los dientes retenidos van a interferir el buen funcionamiento de el aparato masticador, es por esto que deben ser tratados quirúrgicamente sin excepción, por tales condiciones fue por las que nos interesa sobremanera este tema que es tan extenso e importante.

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA

El propósito de hacer una historia clínica de un paciente es con la finalidad de descubrir, por medio de un examen sistémico, sus antecedentes, o cualquier contraindicación de la cirugía, o al momento de aplicar un anestésico. La historia clínica debe ser un plan de tratamiento a seguir, para obtener toda la información necesaria, y así llegar a un diagnóstico acerca de la presencia o ausencia de alguna patología ignorada por el paciente.

Cada vez que se atiende a un paciente el dentista deberá hacer una historia clínica completa del paciente.

La historia clínica consta de lo siguiente:

I. FICHA DE IDENTIFICACION

También llamada ficha de identidad, ésta incluye los siguientes datos:

- a) Nombre del paciente
- b) Edad

- c) *Sexo*
- d) *Estado civil*
- e) *Domicilio*
- f) *Ocupación*

II. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

- a) *Abuelos paternos y maternos.- Si vive, estado de salud, en caso de deceso la causa.*

- b) *Padre.- Estado de salud actual, enfermedades sistemáticas que padezca o haya padecido, en caso de deceso la causa.*

- c) *Madre.- Estado de salud actual, si vive, la o las enfermedades que padece o haya padecido, en caso de deceso la causa.*

- d) *Hermanos.- El número, el estado de salud actual, enfermedades que padezca ya sean hereditarias o congénitas.*

- e) *Familiares cercanos.- Los mismos datos anteriores.*

III. ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS

Se preguntan los siguientes datos:

Lugar de origen, domicilio actual, tipo de trabajo que desempeña, casa habitación, con cuantas piezas cuenta, servicios que tiene, ventilación, número de personas que habitan, alimentación balanceada en cantidad y calidad, tabaquismo, cuántos cigarrillos fuma al día, alcoholismo, la frecuencia y la cantidad, grado de escolaridad.

IV. PADECIMIENTO ACTUAL

Cuando se inició, características que presenta, si hay dolor o no, dónde duele, tiempo de la molestia, si el padecimiento es crónico o agudo, en qué condiciones se encuentra actualmente, si ha recibido algún tratamiento y de qué tipo.

V. EXPLORACION FISICA

La exploración física del paciente en el consultorio dental se debe empezar anotando lo siguiente:

Peso, estatura, pulso, respiración, presión arterial, debe incluir palpación de ganglios linfáticos, de cabeza y cuello, examen de la piel, de la cara, cuello y manos.

Quando el padecimiento del paciente incluye dolor en la articulación temporo mandibular o de los senos maxilares, debe examinarse los oídos en busca de evidencia, cualquier lesión externa o molestia cuando se les manibre severamente, el dolor o el edema que afecta el maxilar indica la necesidad de un examen de todos los tejidos nasales, desde las fosas nasales hasta la faringe. La laringe y la faringe también deben examinarse en busca de anomalías.

VI. INSPECCIÓN GENERAL

Características del paciente desde el punto de vista general:

Sexo, edad cronológica, edad aparente, orientación de las esferas (postural, movimientos y conducta), constitución y conformación (facies características).

- a) Cabeza.- Tipo de cráneo, tamaño (normoencefalo, dolicoencefalo, braquicefalo), presencia o ausencia de hundimientos y exostosis, implantación de la cabeza, tipo, distribución y cantidad, implantación y tipo de pabellones auriculares, ojos isocóncavos e isométricos, movimientos oculares, reflejos, nariz, tipo, permeabilidad de las narinas, secreciones, boca, forma

7

y constitución, movimientos de apertura y cierre de la boca, así como color y textura.

Cara.- Frente grande, mediana, pequeña, simétrica o no, se palpa si hay tumoraciones o puntos dolorosos, si es blando, duro o punsátil.

Cejas.- Pobladas, escasas, asimétricas, se observa si hay alguna patología, como micosis, mal del pinto. etc.

Ojos.- Si son simétricos, si son del mismo tamaño, movimientos, color de la conjuntiva, se observan las pupilas para ver los reflejos pupilares.

Piel.- Si el color de la piel es normal, si hay sudoración de la piel, si hay acné.

CAVIDAD ORAL

Dientes.- Con ayuda del instrumento básico, vamos a realizar el examen de las cinco caras del diente, a fin de observar si están completos, si hay dientes ausentes, supernumerarios, si hay maloclusión, enfermedad parodontal, si hay movilidad, el grado de movilidad de los dientes.

Lengua.- Se observa el tamaño de ésta, color, forma de la superficie, movilidad, si hay ulceraciones o formaciones tumorales.

Carrillos.- Color, forma, presencia de procesos inflamatorios, malformaciones y aumento de tamaño.

Paladar.- Se registra cambio de color, inflamación, aumento de tamaño, se observará si hay ulceraciones, quistes, neoplasias, áreas hipertróficas de tejido óseo, cicatrizaciones o hendiduras congénitas o adquiridas, también observamos su forma.

Piso de boca.- Generalmente las infecciones del piso de la boca tienen los siguientes orígenes: enfermedad de la faringe, complicaciones debido a enfermedades dentales, o también por infecciones de la glándula salival.

b) Cuello.- En el cuello se hará un reconocimiento por medio de la palpación, y con el cual observamos forma, tamaño, presencia de adenopatías, palpación de la tiroides, movimientos durante la deglución, pulso carotideo.

- c) Tórax.- *Palpamos la forma, tamaño (normolíneo, longilíneo), movimiento de amplexión, ruidos pulmonares y cardíacos.*
- d) Abdomen.- *Palpamos forma y tamaño, constitución (blando, duro), palpamos si hay puntos dolorosos o visceromegalia (hepatomegalias, esplenomegalias).*
- e) Extremidades.- *Observamos números, constitución, configuración, implantación y función.*
- f) Aparato genitourinario.- *Observamos color, densidad de las micciones, frecuencia, si hay dolor, ardor, dificultad.*

VII. ANALISIS PREOPERATORIOS

a) ESTUDIO RADIOGRAFICO

Las radiografías son de absoluta necesidad, es un elemento definitivo para el diagnóstico, y de esta manera poder hacer un estudio completo del diente, su forma, su tamaño, dirección, posición, forma de las raíces, relación que existe con las tablas internas

y externas, con la rama ascendente, con el canal dentario, sus relaciones anatómicas, la condición patológica del diente y los tejidos vecinos, también nos indicará la técnica quirúrgica a emplear.

El tipo de radiografías más indicadas para el tratamiento de los terceros molares retenidos son las oclusales y las periapicales.

También nos ayudan la posición de las raíces de el diente o dientes retenidos, que pueden presentarse de varias formas.

- a) Fusión de las raíces.*
- b) Una raíz recta y otra distalizada o mesializada.*
- c) Ambas raíces rectas u convergentes.*
- d) Raíces divergentes.*
- e) Densidad ósea.*

También nos son útiles en el caso de alguna lesión quística, o en presencia de otros dientes retenidos. Es conveniente el estudio de las radiografías para obtener el desarrollo del segundo molar con respecto al tercer molar, a fin de evitar la luxación de éste al momento de extraer el tercer molar.

b) ANALISIS CLINICOS

Además de la historia clínica y la exploración física, debe de llevarse a cabo cualquier examen, basándose en los detalles de la historia clínica y la exploración física.

Los exámenes de laboratorio auxiliares para el diagnóstico, son los siguientes:

- a) Pruebas de coagulación*
- b) Química sanguínea*
- c) Biometría hemática*
- d) Pruebas de susceptibilidad bacteriana para la selección de antibióticos.*
- e) Análisis de orina*

Los exámenes de laboratorio deben solicitarse según esté indicado para el tipo de tratamiento requerido o cuando la historia clínica y la exploración física indican un problema sistémico de tal naturaleza que requiera una investigación completa, de ser así, el C.D. puede enviar al paciente con un médico general para que prosiga la valoración del problema.

Los exámenes de laboratorio son de suma importancia, para obtener información adicional para el tratamiento de un problema de origen dental.

VIII. DIAGNOSTICO

El diagnóstico tiene por objeto la información de una enfermedad, mediante el estudio de signos y síntomas que presente el paciente y por medio de los datos que obtuvimos en la historia clínica. Nos sirve para valorar las condiciones en las que se encuentra el paciente, con el fin de tomar precauciones necesarias en el caso de alguna patología.

VIII. PLAN DE TRATAMIENTO

El plan de tratamiento se llevará a cabo con la ayuda de los datos obtenidos mediante la historia clínica, la exploración físicas, el estudio radiográfico, exámenes de laboratorio en el tipo de intervención que realizaremos, y la técnica quirúrgica más conveniente, con el fin de traumatizar lo menos posible los tejidos adyacentes a la zona afectada, ni lesionar los dientes adyacentes a la pieza retenida.

CAPITULO II

ANATOMIA DE LA REGION

MAXILAR INFERIOR

El maxilar inferior está situado en la parte inferior y posterior de la cara. Es un hueso impar y simétrico, que se puede considerar dividido en: un cuerpo y dos ramas.

Cuerpo.- *Tiene forma de herradura. Se distinguen en él dos caras y dos bordes.*

Cara anterior.- *En la línea media lleva una cresta vertical conocida como: sínfisis mentoniana. En la parte inferior más sobresaliente se llama eminencia mentoniana. Hacia fuera y atrás de la cresta hay un orificio, agujero mentoniano por donde salen el nervio y los vasos mentonianos. De cada lado de la eminencia mentoniana parte una línea saliente denominada línea oblicua externa del maxilar, la cual cruzando la cara anterior del hueso va a terminar en el borde anterior del hueso de la rama vertical; se llama línea oblicua externa y sobre ella se insertan los músculos, cutáneos del cuello y el cuadrado de la barba.*

Cara posterior.- Presenta, cerca de la línea media cuatro tubérculos llamados apófisis geni, de los cuales los dos superiores sirven de inserción a los músculos genioglosos, mientras sobre los dos inferiores se insertan los geniohiodeos. Partiendo del borde anterior de la rama vertical, se encuentra una línea saliente, línea oblicua interna o milohioidea, que se dirige hacia abajo y hacia adelante terminando en el borde inferior, sirve de inserción al músculo milohioideo. Por debajo y a cada lado de la apófisis geni se encuentra una pequeña depresión o foseta sublingual, en donde se aloja la glándula sublingual, por debajo de la línea oblicua a la proximidad del borde inferior está la foseta submaxilar, que sirve de alojamiento a la glándula submaxilar.

Bordes.- El borde inferior, lleva dos fosetas digástricas situadas una a cada lado de la línea media, en ella se inserta el músculo digástrico. El borde superior o borde alveolar, presenta una serie de cavidades o alveolos dentarios. En la parte anterior son simples y en la parte posterior están compuestos de varias cavidades, y todos ellos se hayan separados entre sí por puentes óseos o apófisis interdentarios, donde se insertan los ligamentos coronarios de los dientes.

Ramas.- En número de dos, derecha e izquierda, son aplanadas transversalmente y de forma cuadrangular; su eje mayor está dirigido oblicuamente hacia arriba y hacia atrás. Tiene por consiguiente, dos caras y cuatro bordes.

Cara externa.- Es en su parte inferior más rugosa que la superior, ya que sobre aquella se inserta el músculo masetero.

Cara interna.- En parte media de esta cara, hacia la mitad de la línea diagonal que va del cóndilo hasta el comienzo del borde alveolar, se encuentra un agujero amplio, llamado orificio superior del conducto dentario, por él se introducen el nervio y los vasos dentarios inferiores. Un saliente triangular o espina de Spix, sobre el cual se inserta el ligamento esfenomaxilar, forma un borde anteroinferior llamado el canal milohioideo, donde se aloja el nervio y los vasos milohioideos. En la parte posteroinferior de la cara interna, hay una serie de rugosidades que sirven de inserción al músculo pterigoideo interno.

Bordes.- El borde anterior está dirigido oblicuamente hacia abajo y adelante. Se halla excavado en forma de canal, cuyos bordes divergentes se separan al nivel del borde alveolar, continuándose sobre las caras internas y externas con la línea

oblicuas correspondientes; este borde forma el lado externo de la hendidura vestibulocigomática.

El borde posterior, liso y obtuso, recibe también el nombre de borde parotídeo, por sus relaciones con la glándula parotídea o parótida.

El borde superior. - Posee una amplia escotadura, denominada escotadura sigmoidea, situada entre dos gruesos salientes: la apófisis coronoides por delante y el cóndilo del maxilar inferior por detrás. La primera es de forma triangular, con vértice superior, sobre el cual viene a insertarse el músculo temporal. La escotadura sigmoidea está vuelta hacia arriba y comunica la región masetérica con la fosa cigomática dejando paso a los nervios y los vasos masetéricos. El cóndilo es de forma elipsoidal, aplanado de delante a atrás, pero con el eje mayor dirigido algo oblicuamente hacia adelante y afuera; convexo en las dos direcciones de sus ejes, se articula con la cavidad glenoidea del temporal. Se une al resto del hueso merced a un estrechamiento llamado cuello del cóndilo en cuya cara interna se observa una depresión rugosa donde se inserta el músculo pterigoideo externo.

El borde inferior.- De la rama ascendente se continúa con el borde inferior del cuerpo. Por detrás, al unirse con el borde posterior, forma el ángulo del maxilar inferior o gonion.

Estructura.- Está formado por tejido esponjoso recubierto por una gruesa capa de tejido compacto. Este tejido, sin embargo, se adelgaza considerablemente al nivel del cóndilo. Se halla recorrido interiormente el maxilar por el conducto dentario inferior, el cual comienza con el orificio situado detrás de la espina de Spix y se dirige hacia abajo y adelante a lo largo de las raíces dentarias, llegando hasta el nivel del segundo premolar.

Osificación.- Al final del primer mes de la vida fetal se forma una pieza cartilaginosa llamada cartilago de Meckel, a expensas del cual se originarán las dos mitades del maxilar inferior, que son independientes al principio.

En dicho cartilago aparecen entre los treinta y cuarenta días de la vida fetal seis centros de osificación a saber: 1o. el centro inferior, en el borde maxilar; 2o. el centro incisivo a los lados de la línea media; 3o. el centro suplementario, del agujero mentoniano; 4o. el centro condíleo, 5o. el centro coronoides; 6o. el centro de la espina de Spix.

Desarrollados a expensas de dichos centros, los dos semimaxilares se sueldan definitivamente, constituyéndose la sínfisis mentoniana, al tercer mes de vida extrauterina.

NERVIO TRIGEMINO

5o. PAR

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

Origen real.- Las fibras sensitivas tienen su origen en el ganglio de Gasser, de donde parten las que constituyen la raíz sensitiva, las cuales penetran en el neuroeje por la cara anteroinferior de la protuberancia anular.

El ganglio de Gasser de forma semilunar y aplanado de arriba a abajo está contenido en un desdoblamiento de la duramadre y situado en la fosa de Gasser. El desdoblamiento de la duramadre forma el cavum de Meckel y la pared superior de esta cavidad se adhiere fuertemente a la cara superior del ganglio.

La cara inferior del ganglio está en relación con la raíz motora del trigémino y con los nervios petrosos superficiales y profundos que caminan en el espesor de la duramadre que forma la pared inferior del cavum de Meckel.

Del borde posterointerno del ganglio se desprende la raíz sensitiva del trigémino, en lo que el borde anteroexterno nacen las tres ramas del trigémino, las cuales de adentro a afuera y de adelante a atrás son:

- . El Oftálmico*
- . El maxilar superior*
- . El maxilar inferior*

El ganglio de Gasser está constituido por células cuyas prolongaciones en T originan una rama periférica que va a constituir las fibras sensitivas del nervio y otra rama central que forma la raíz sensitiva, y penetra en el neuroeje, para dividirse al llegar al casquete protuberancial en una rama ascendente y otra descendente.

Las ramas descendentes inferiores o bulbares bajan hasta la parte inferior de la médula cervical, constituyen la raíz bulboespinal y terminan en el núcleo gelatinoso o núcleo de la raíz descendente. Las ramas superiores forman la raíz del locus coeruleus, la cual se dirige hacia arriba y atrás directamente, aunque algunas fibras quedan al lado opuesto, para terminar en el locus coeruleus.

Existe también una raíz media de trayecto horizontal, cuyas fibras van a terminar al núcleo medio. Otras fibras van a terminar en el llamado núcleo mesencefálico del trigémino.

Las fibras motoras tienen su origen en dos núcleos masticadores, uno principal y otro accesorio. El núcleo principal de cinco milímetros de extensión, se inicia a la altura del polo superior de la oliva protuberancia, la cabeza rebasa por arriba la extremidad superior del núcleo sensitivo. Este núcleo representa en la protuberancia la cabeza del asta anterior de la médula espinal.

El núcleo accesorio es continuación del anterior y se extiende hasta la parte interna del túbérculo cuadrigémino anterior. De cada núcleo emana una raíz superior o descendente se halla colocada en la parte externa del núcleo, separada del acueducto de Silvio y sigue un trayecto longitudinal hasta alcanzar el núcleo principal, donde cambia la dirección, se dirige hacia adelante y afuera horizontalmente y se une a la raíz inferior.

La raíz inferior constituida por fibras que nacen del núcleo masticador principal, se dirige un poco hacia arriba y hacia adelante, uniéndose a la raíz superior para alcanzar

la cara inferolateral de la protuberancia, por donde emergen del neuroeje.

Trayecto y relaciones.- Como ya se ha indicado, de la cara inferolateral de la protuberancia emanan las raíces sensitivas y motora del trigémino. La raíz motora menos voluminosa, camina por debajo de la sensitiva, cruzándose oblicuamente hacia afuera hasta rebasar el borde externo al nivel del ganglio de Gasser. Alcanza luego el tronco del nervio maxilar inferior con el que se fusiona.

La raíz sensitiva más gruesa y cilíndrica en su origen se aplana de afuera a dentro al abordar el ganglio de Gasser, donde se abren sus fibras en forma de abanico y constituyen el plexo triangular, el cual forma la parte interna del ganglio. Las fibras adoptan disposiciones variables, pues a veces se arrollan en espiral, mientras otras veces se anastomosan entre sí o se anastomosan con la raíz motora.

Las dos raíces del trigémino están envueltas por la piamadre y atraviesan la aracnoides y el espacio subaracnoideo hasta llegar al cavum de Meckel.

El trigémino origina tres ramas terminales a saber:

- . El oftálmico
- : El maxilar superior
- . El maxilar inferior

CAPITULO III

ETIOLOGIA

El estudio antropológico asegura que el cerebro del ser humano constantemente en aumento da lugar al crecimiento de los huesos craneales y toda la bóveda a expensas del maxilar.

La guía prehipofisaria que se yergue hacia adelante desde la frente en recesión hasta la mandíbula en protrusión en las formas y estilos prehumanos, se ha vuelto casi vertical en el hombre actual a medida que ha disminuído el número de dientes.

En la Época actual se cree que una dieta más blanda y refinada que requiere menos masticación favorece esta ten'encia, haciendo cada vez menos necesario que el hombre posea un aparato masticador demasiado fuerte.

Pero esta evolución en el hombre conduce a dos caminos, por un lado su propia evolución y por otro que gran número de personas tengan dientes incluidos o retenidos puesto que el cráneo disminuye su tamaño pero no el número de dientes, estos siguen siendo los mismos, en ocasiones más y tienen que ocupar un lugar

y van a erupcionar por donde la anatomía lo permita y en otros casos nunca llegan a erupcionar por falta de espacio en la arcada u otros factores anatómicos.

Se dice que el hombre perderá los terceros molares, a lo que seguirá mucho tiempo después, retenciones y pérdidas subsecuentes de los incisivos laterales.

Todos los dientes que no asuman su posición y funcionamiento adecuado en el arco son candidatos a extracción, pero hay sus excepciones que son muy raras.

Va que por ejemplo, si una persona es joven y perdió sus dientes, la indicación será conservar sus terceros molares superiores e inferiores aún no erupcionados para que estos ayuden a formar tuberosidad y posteriormente cuando estén ya bajo mucosa se hará extracción de ellos sin que interfiera en la dentadura postiza del paciente.

Los dientes retenidos pueden bloquear la erupción de los dientes o también pueden desviar su erupción o causar rizoclasia en dientes contiguos, pueden causar infecciones, quistes, ameloblastomas hacer susceptible la mandíbula a fracturas y por último pueden causar neoplasias malignas, pero esto es muy raro que ocurra.

Las irregularidades en la posición y presión de un diente contiguo entraría dentro de las causas de retención locales incluyendo

a esto que una membrana sea muy densa, que existan dientes supernumerarios a falta de espacio, a odontomas, a la pérdida temprana de dientes temporales con el cierre de espacio concomitante, la rotación de los gérmenes dentales, y por último a la retención anormal de dientes primarios.

Dentro de los factores generales que causan la retención se podrían señalar los siguientes:

En primer lugar tenemos la raza, porque la mayoría de los problemas es por la mezcla de razas (Dolicocefálico, Mesocefálico y braquicefálico), edad, sexo, herencia, defectos congénitos, factores ambientales, prenatal, perinatal y postnatal, alteraciones metabólicas, trastornos endocrinos, enfermedades generalizadas, (como raquitismo, tuberculosis, desnutrición y sífilis congénita) y localizadas, lactancia anormal, succión digital, hábitos linguales, morderse o chuparse los dedos, dentición anormal, masticación inadecuada, bruxismo, factores posturales, hábitos perniciosos, posición anormal, número y forma de frenillos.

FACTORES LOCALES

1. Anomalías en el número de dientes
 - a) Supernumerarios
 - b) Incluidos o impactados
 - c) Faltantes por extracción

2. Anomalías en tamaño:
 - a) Macrodoncia
 - b) Microdoncia

3. Anomalías en forma:
 - a) Geminación
 - b) Fusión
 - c) Concrecencia
 - d) Dilaceración
 - e) Desidente

4. Frenillos anormales

5. Pérdida prematura de dientes:
 - a) Temporales
 - b) Permanentes

6. Retención prolongada

7. Erupción tardía

8. Erupción anormal (ectópica)

9. Anquilosis

10. Enfermedades iatrogénicas

OTRAS

Labio y paladar hendido causas:

1. *Exógenas, virales, rubeola*
2. *Génes mutantes y alteraciones cromosómicas*
3. *Causas multifactoriales, factor genético predisponente según el área:*
 - a) *Paladar blando*
 - b) *Blando y duro*
 - c) *Labio y paladar hendido unilateral*
 - d) *Labio y paladar hendido bilateral*

Trisomia 21 o síndrome de Down

Corta estatura, occipusio plano, falta de desarrollo de los maxilares, retardo mental leve y severo, dientes supernumerarios.

Disostosis Cleido Craneal

Hay ausencia parcial o total de la clavícula, puede ser bilateral o unilateral a nivel facial o bucal, falta de desarrollo del tercio de la cara, hay dientes supernumerarios.

Síndrome de Pierre Robin

Tiene como característica principal la falta de crecimiento de la mandíbula

Disostosis Mandibulofacial

También se le llama Síndrome de Treacher Collins, hay falta de huesos en la mandíbula y en la cara, hay problema de retardo mental.

Hipoplasia Hemifacial o Síndrome del Primer Arco

Afecta mandíbula, maxilar, oído, martillo y yunque.

Síndrome de Crouzon

Hay osificación temprana de suturas, pero el crecimiento mandibular sigue y hay prognatismo, tiene el puente de la nariz ancha y ojos saltados.

Oxicefalia

"Cabeza cónica" en la cual la parte superior de la cabeza es puntiaguda.

Acondroplasia

Enfermedad del esqueleto, empieza en la vida fetal y produce una forma de Enanismo. En estas condiciones el cartilago nunca llega a desarrollarse normalmente.

Parálisis facial o Síndrome de Bells

Afecta el séptimo par craneal a nivel de envoltura miélinica, este paciente sólo se puede tratar con fisioterapia.

Enfermedades metabólicas

1. *Trastornos endocrinos*
 - a) *Alteraciones de la hipófisis*
 - b) *Gigantismo*
 - c) *Acromegalia*
 - d) *Hipofunción hipofisaria*

2. *Alteraciones de la tiroides*
 - a) *Cretinismo*
 - b) *Mixedema juvenil*
 - c) *Hipertiroidismo*

3. *Alteraciones de las Gónadas*
 - a) *Hipogonadismo*
 - b) *Hiperogonadismo*

4. *Enfermedades consultivas*

5. *Leucemia*

6. *Diabetes*

Enfermedades localizadas

1. *Enfermedades Nasofaríngeas*
2. *Infecciones del oído*
3. *Enfermedades gingivales y parodontales*
4. *Tumores en el área dental.*

CAPITULO IV

CLASIFICACION DE DIENTES IMPACTADOS O RETENIDOS INFERIORES

La clasificación de dientes impactados inferiores puede enunciarse simplemente como:

1. *Mesioangular*
- 2) *Horizontal*
3. *Vertical*
4. *Distoangular*
5. *Invertida*
6. *Bucoangular*
7. *Linguangular*

El diente puede desplazarse hacia los lados bucal o lingual, también puede localizarse en un nivel oclusal alto (cerca de la superficie del reborde) o en nivel oclusal bajo.

Un diente que pertenezca a cualquier clase básica se extrae más fácilmente si se desplaza a posición bucal, y será más difícil de extraer si está situado cerca de la placa lingual o incluso directamente detrás del segundo molar. Un diente que se encuentre en nivel oclusal alto será más fácil de extraer.

Un diente puede tener problemas en hacer erupción por la presencia de hueso (bloqueo óseo), por presencia de un diente adyacente (bloqueo dental) o por las dos causas.

B. Winter ha clasificado los dientes de acuerdo a cuatro referencias:

Posición de la corona, forma radicular, naturaleza del hueso que rodea el diente, y por último la posición del tercer molar en relación con el segundo.

Impacción Mesoangular en el Maxilar Inferior

Encontramos que el tercer molar está dirigido hacia el segundo, formando un eje y un ángulo variable que oscila entre 45 grados.

Impacción Horizontal

Encontramos que el eje mayor del tercer molar es muy perpendicular a los ejes del segundo y primeros molares.

Impacción Vertical

Se encuentra el tercer molar muy a menudo parcial o totalmente invadido por hueso y su eje mayor es muy paralelo al eje mayor del segundo y primer molar.

Impacción Distoangular

Aquí encontramos una forma completamente diferente pues es opuesta a la mesioangular. Se encuentra el tercer molar con el eje mayor que se dirige hacia la rama, así la corona ocupa dentro de la rama una posición que varía conforme al ángulo al que se dirige.

Impacción Vertical Invertida

En esta posición el diente va a presentar su corona que se orienta hacia el maxilar en su borde inferior y las raíces van a estar en dirección de la cavidad bucal. Esto se encuentra en la mayoría de las personas y se puede llamar también paranasal.

Impacción Bucoangular

Encontramos el tercer molar sin ocupar un área como se presentan las anteriores y su eje mayor es perpendicular al plano en que se encuentran orientados los dientes, la corona del molar retenido está dirigida hacia bucal.

Impacción Linguoangular

El eje del molar es perpendicular al plano en que están orientados los molares en las posiciones anteriores y la corona del diente impactado está dirigida hacia lingual.

Posiciones del tercer molar

Este puede presentar cuatro tipos:

- **Desviación bucal:-** Este diente se dirige hacia fuera del área (óvalo) del arcada.
- **Normal:-** Esta no presenta desviación alguna
- **Desviación Lingual:-** Esta tiene lugar hacia lingual dentro de la arcada.
- **Desviación Bucolingual:-** El molar se encuentra en dirección hacia bucal y la cara oclusal se encuentra dirigida hacia la lengua.

Profundidad en el hueso

Encontramos tres posiciones diferentes: A, B y C

Posición A: La más alta porción del diente está por encima de la línea oclusal

Posición B: La parte más alta del diente se encuentra abajo del plano oclusal y encima de la línea cervical del segundo molar.

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

RELACION DE LA RAMA ASCENDENTE CON EL MOLAR RETENIDO

CLASE I

Existe suficiente espacio entre la rama y el lado distal del segundo molar, para la acomodación del diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE II

El espacio que existe entre la rama y el lado distal del segundo molar, es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE III

Todo o casi todo el tercer molar está localizado en la rama ascendente.

CAPITULO V

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Las indicaciones y contraindicaciones de la extracción dentaria en la época actual de los conocimientos, del avance en la aplicación de los antibióticos quimioterápicos y corticosteroides, del adelanto y difusión de los procedimientos anestésicos, no puede ser enfocada con el mismo criterio que en épocas pasadas.

Hoy en día debe actuarse enfocando el problema de manera distinta, que con la que se consideraba el problema antes de la nueva era quirúrgica. En la actualidad debe imponerse el criterio radical, e ir en ayuda del paciente con sufrimiento, dolor y mal estado general, a causa de su padecimiento dental.

INDICACIONES

Se considera candidato a extracción todo diente que no sea útil al mecanismo dental total.

- 1. La patología pulpar, sea aguda o crónica en un diente que no es compatible con la terapéutica endodóntica, este diente será candidato a la extracción.*

Un diente imposible de restaurar con procedimientos periodontales se clasifica en esta categoría, incluso cuando no sea demostrable su patología pulpar.

2. *La enfermedad periodontal, en cualquiera de sus fases que no sea compatible con tratamiento, está indicada la extracción.*
3. *Los efectos de un traumatismo sobre diente o alveolo a veces rebasan cualquier posible reparación. Muchos dientes en la línea de fractura del maxilar se extraen para tratar el hueso fracturado.*
4. *Los dientes impactados o supernumerarios frecuentemente no toman su lugar en la línea de oclusión.*
5. *Los tratamientos ortodónticos pueden requerir la extracción de dientes totalmente erupcionados, en vías de erupción y dientes caducos retenidos mucho tiempo. Los dientes mal colocados y los terceros molares que han perdido sus antagonistas también se incluyen.*
6. *Los dientes devitalizados son focos posibles de infección. Los dientes desvitalizados, negativos radiográficamente, se extraen a veces, como último recurso, a petición del médico.*

7. Las consideraciones protéticas pueden requerir la extracción de uno o más dientes para lograr diseño o estabilidad de la prótesis.
8. Las consideraciones estéticas a veces son mas importantes que los factores funcionales de la masticación.
9. Cuando existe patología en el hueso circundante, que incluya al diente, o el tratamiento de la patología puede requerir la extracción del diente, con quistes, osteomielitis, tumores y necrosis óseas.
10. Los dientes con radiaciones terapéuticas planeadas en un área cercana se extraen para la osteo radio necrosis del hueso que sobrevenga no se comuniquen por caries debidas a radiación o por pulpas necrosantes.

CONTRAINDICACIONES

Pocas afecciones son contraindicaciones absolutas para la extracción de dientes. Pues se han extraído dientes en presencia de todo tipo de complicaciones, por necesidad. En estas situaciones, es necesario preparar más al paciente para evitar lesión o muerte o para lograr la curación de la herida local. Como puede suceder que la inyección de un anestésico local y la extracción de un diente,

podría provocar muerte instantánea en un paciente con crisis de "Adison". La intervención quirúrgica de cualquier tipo, incluyendo exodoncia, puede provocar enfermedades generalizadas o localizadas. Algunas veces las contraindicaciones son absolutas.

CONTRAINDICACIONES LOCALES

Las contraindicaciones locales se asocian principalmente a infección y en menor grado a enfermedad maligna.

1. La infección aguda con celulitis no controlada debe controlarse de manera que no se extienda aún más. El paciente puede presentar toxemia, que trae a consideración la complicación de factores generalizados. El diente que causó la infección es en este momento de importancia secundaria; sin embargo, para controlar mejor la infección, se extrae el diente siempre y cuando esta extracción no haga peligrar la vida del paciente.
2. La pericoronitis aguda se maneja más conservadoramente que las otras infecciones locales debido a la flora bacteriana mixta que se encuentra en el área del tercer molar y tenga un acceso más directo a los planos aponeuróticos profundos del cuello y al hecho de que la extracción de este diente es un procedimiento muy complicado que incluye osisección.

3. *La estomatitis infecciosa aguda es una enfermedad lábil, debilitante y dolorosa complicada por exodoncia interrecurrente.*
4. *La enfermedad maligna alterada por la extracción de un diente incluido en el tumor, reaccionará con exacerbación del tumor y falta de curación de la herida local.*
5. *Los maxilares radiados pueden desarrollar radioosteomielitis aguda después de la extracción por falta de aporte sanguíneo.*
La afección es muy dolorosa y puede terminar en muerte.

CONTRAINDICACIONES GENERALES

Cualquier enfermedad o malformación generalizada puede complicar la extracción o ser complicada por ella. Estos padecimientos son demasiado numerosos. Se mencionarán algunas de las contraindicaciones relativas más frecuentes.

1. *La diabetes sacarina no controlada se caracteriza por infección de la herida y porque no hay curación normal.*
2. *Las cardiopatías, como arteriopatía coronaria, hipertensión y descompensación cardíaca, pueden complicar la exodoncia. El manejo puede requerir la ayuda de un médico.*

3. *Las discrasias sanguíneas incluyen anemias simples y graves, enfermedades hemorrágicas como hemofilia y las leucemias. La preparación para la extracción varía considerablemente según los factores subyacentes.*
4. *Las enfermedades debilitantes de cualquier tipo hacen que los pacientes estén bajo alto riesgo si hay insultos traumáticos ulteriores.*
5. *La enfermedad de Addison, o cualquier deficiencia de esteroides, es extremadamente peligrosa. El paciente que haya sido tratado por cualquier enfermedad con terapéutica de esteroides, incluso si la enfermedad ha sido vencida y el paciente no ha tomado esteroides durante un año, puede no tener secreción de corteza suprarrenal suficiente para soportar la situación de esfuerzo de una extracción, sino tomar esteroides adicionales.*
6. *La fiebre de origen desconocido se cura rara vez y frecuentemente se agrava con una extracción. Una posibilidad sería endocarditis bacteriana subaguda no diagnosticada, padecimiento que se complicaría considerablemente con una extracción.*
6. *La nefritis que requiera tratamiento puede crear un problema formidable al preparar al paciente para exodoncia.*

8. *El embarazo sin complicaciones no constituye mayor problema. Deberán tomarse precauciones para evitarse la tensión de oxígeno bajo en anestesia general o en estado de gran temor. Los ginecólogos, mantienen opiniones diferentes con respecto al momento en que deben hacerse las extracciones, pero generalmente prefieren que éstas se realicen en el segundo trimestre del embarazo. La menstruación no representa contraindicaciones, aunque la exodoncia electiva no se realiza durante el periodo menstrual debido a la menor estabilidad nerviosa y la mayor tendencia a la hemorragia de todos los tejidos.*
9. *La senilidad es una contraindicación relativa que requiere mayor cuidado para superar una reacción fisiológica deficiente a la cirugía y un equilibrio negativo de nitrógeno prolongado.*
10. *La psicosis y la neurosis reflejan inestabilidad nerviosa que complicaría la exodoncia.*

CAPITULO VI

PASOS A SEGUIR EN LA CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS

La extracción de terceros molares inferiores retenidos es un padecimiento quirúrgico complicado que incluye los tejidos blandos, músculos y parte del hueso más duro del esqueleto, la zona de operación es muy restringida y de difícil acceso; está muy vascularizada e inundada constantemente por saliva, lo que hace necesario el uso continuo del aparato de succión. Hay que mantener estricta asepsia, la operación debe ser planeada con cuidado por adelantado con planes de procedimiento diferentes, para decidir si en el curso de la operación deber cambiarse los primitivos.

Pasos básicos en el planteamiento de los procedimientos operatorios.
Estúdiense las radiografías cuidadosamente.

1. *Determinese si las radiografías muestran el tamaño exacto y completo, no alargado ni acortado y la forma del diente, también el número y tamaño, así como la curvatura de las raíces o la proximidad de las raíces o la corona del diente adyacente o estructuras vitales.*
2. *Clasifique la retención.*

3. *Estúdiense las radiografías oclusales para establecer la retención vestibulo ligal del diente.*
4. *Examínese la posición de las raíces con relación al conducto dentario inferior.*
5. *Revéanse los resultados del examen visual y digital de los tejidos duros y blandos que rodean el sitio de la intervención.*

Reúnase toda la información obtenida del examen precedente y plantéese la operación. Si fuera necesario, modifique el plan de tratamiento por complicaciones inesperadas en el planteamiento.

1. *Bosquejese la extensión del colgajo por realizar teniendo en la mente la necesidad de una exposición adecuada, con el mantenimiento de una buena irrigación sanguínea del colgajo y soporte para el colgajo después de la operación.*

Al considerarse el colgajo téngase presente las zonas musculares que interesan, al igual que los agujeros y vasos que salgan de ellos.

2. *Decídase si el diente retenido puede ser extraído por medio de:*

- a) Seccionamiento del diente
- b) Una combinación de remoción ósea y división dentaria, o
- c) Solamente por la exéresis del hueso vecino.

3. Estímese la cantidad de hueso que pueda ser eliminado, a fin de dar exposición adecuada y crear un espacio hacia el cual el retenido pueda ser movido en vías de su extracción.

4. Determínese el mejor método y los mejores instrumentos para la eliminación del tejido óseo, fresas y escoplos, o la exéresis de cierta cantidad de hueso más el seccionamiento dentario.

5. Determínese la mejor dirección para elevar el diente retenido y los instrumentos necesarios, para lograr este resultado con un trauma mínimo para la eliminación del tercer molar se exige :

- a) El empleo de una palanca definida, específica o especial.
- b) Considerar con suma dedicación el sitio útil de la aplicación de la fuerza y el lugar correcto donde indica el punto de apoyo.

- c) Como necesidad quirúrgica, disminuir por procedimientos adecuados, los tres factores ya mencionados de la resistencia. El molar retenido, la forma y disposición de sus raíces y la forma y extensión del hueso conteniente.

TIEMPOS OPERATORIOS

La extracción de un molar retenido exige la apertura por medios quirúrgicos, la encla que tapiza la región de este diente, preparar los colgajos resultantes de la primera maniobra, extraer el molar y terminar la operación procurando que sobrevenga la restitución íntegra de los tejidos afectados por las maniobras quirúrgicas.

TIEMPOS:

1. Incisión
2. Preparación de los colgajos
3. Osteotomía
4. Operación propiamente dicha. (Extracción del molar retenido)
5. Tratamiento de la cavidad ósea
6. Sutura de los colgajos
7. Tratamiento postoperatorio

TRATAMIENTO PARA ERUPCIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

Estos casos pueden ser tratados por procedimientos médicos y procedimientos quirúrgicos, ambos tratamientos se aplican para eliminar la causa y para el tratamiento de las complicaciones de erupción.

Los tratamientos médicos nos ayudan en el favorecimiento eficaz de las condiciones locales y generales del paciente a tratar.

Los procedimientos quirúrgicos para la extracción de un tercer molar inferior retenido constituye esencialmente un problema mecánico, en esta extracción se requiere de la aplicación de leyes físicas adecuadas y valerse de instrumental, asimismo adecuados. Pero la cirugía señala principios quirúrgicos entre cuyos límites se desenvuelve el propósito de eliminar el molar retenido de su alojamiento óseo y por cualquiera de sus procedimientos que se siga para ello, división del molar (odontosección), o eliminación total o parcial del hueso que constituye el espacio que lo contiene (osteotomía), que por otra parte pueden ir unidos o complementarse, se tiende a simplificar el problema y el cumplimiento de los proceptos de la cirugía fisiológica.

TECNICA QUIRURGICA POR DISECCION

Los tiempos fundamentales son:

Primero hay que contar con una buena radiografía que incluya corona y raíz del diente retenido.

Segundo hay tres tipos de incisiones para los terceros molares retenidos inferiores.

A) *Incisión contorneante*, - Esta va del espacio retromolar en línea recta en la parte media hasta encontrar la cara distal del segundo molar, se continúa hasta encontrar la cara mesial del mismo molar.

B) El siguiente tipo de incisión es el de Lyon. - Consiste en la resección en cuña en el espacio retromolar en línea media hacia el segundo molar, cara distal de la región lingual.

El segundo trazo es en la parte mesial sobre el vestibular se contornea el segundo molar.

C) La tercera incisión es la que se empieza en el espacio retromolar hacia la cara distal vestibular del segundo molar en ángulo, se contornea, se angula en forma de balloneta.

Inconvenientes de la incisión

Como se tiene que suturar hay la necesidad de dejar un espacio muerto,, si este espacio no es ocupado por el coágulo sanguíneo es posible que dé como resultado alveolitis, osteomielitis localizada. Lyon tiende a dejar una cuña para evitar estos trastornos en el postoperatorio.

Indicaciones para la técnica de Lyon:

Se angula en forma de balloneta, se deja un colgajo que no lleve los requisitos mencionados o necesarios.

- a) El colgajo debe ser de base ancha*
- b) Debe mantener su irrigación*
- c) Debe dar la suficiente luz quirúrgica*

Cuando la cara distal del segundo molar está destruida por caries, cuando tiene la obturación, se hace esta incisión corrigiendo el problema con una buena hemostasis y sutura.

La incisión debe hacerse con profundidad hasta el hueso, de manera que sea de un sólo trazo, del tamaño y diseño adecuados, esto quiere decir que hay que seguir la anatomía de la zona y tener sumo cuidado con los vasos, venas y arterias de la zona.

El segundo paso después de la incisión, es el levantamiento del colgajo o del tejido, esto se hace con la legra y se obtiene el colgajo que vamos a posicionar en forma adecuada con un separador de tejidos para dar lugar a trabajar sobre el hueso.

Si se necesita vamos a tener la odontosección o corte de la corona, esto se hace con la fresa quirúrgica contra la pieza, puede ser a nivel de cuello o longitudinalmente al eje del diente.

Con el elevador se secciona la pieza cuando existen raíces separadas, una vez eliminada la corona se sacan con elevador, extrayendo la raíz distal primero y luego la raíz mesial.

Toalet de la cavidad.- Consiste en la irrigación de la cavidad y con una cucharilla se raspa para quitar cualquier resto dentario, se examina y si hay cápsula quística se quita, se limpia y se sutura, por lo general, esto se hace con un sólo punto, y este va en la parte posterior, se hace presión con los dedos y una gasa (planchar el colgajo).

Postoperatorio.- Analgésico y cuidados caseros, solamente en caso de infección se usarán antimicrobianos.

CAPITULO VII

INSTRUMENTAL

INSTRUMENTAL QUE SE UTILIZA DURANTE LA INTERVENCION QUIRURGICA DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS

1. *Espejo*
2. *Pinzas de curación*
3. *Eyector quirúrgico o el eyector normal de la unidad*
4. *Pinzas hemostáticas*
5. *Pinzas de Bard-Parker*
6. *Pinzas de campo*
7. *Campos quirúrgicos*
8. *gasas esterilizadas*

INSTRUMENTAL DE ANESTESIA

1. *Jeringa hipodérmica*
2. *Agujas cortas y largas*
3. *Cartuchos de anestesia*

INSTRUMENTAL PARA DIERESIS O INCISION

1. *Bisturí o Escalpelo*

El bisturí más usado es el de Bard-Parker número 3, su hoja afilada permite al cirujano hacer una incisión precisa y de un sólo tiempo para no dejar filetes, un traumatismo mínimo de los tejidos blandos, las hojas que con mayor frecuencia se usan son las de tipo desechable.

2. Tijeras

Existen una gran variedad de estos instrumentos. Se les emplea para regularizar los bordes, disección roma, abordar absesos, cortar la piel, y también las hay para el corte de sutura.

3. Pinzas Gubia

Se utilizan para osteotomías. Suelen tener un resorte entre las hojas del mango, de manera que el instrumento se abre por sí sólo cuando se deja de ejercer presión manual, la pinza gubia puede cortar con ambos lados de la pinza y con la punta, o cortar solamente con un lado y cortar sólo con una punta.

4. Legras

La legra es un instrumento que tiene la forma de cucharilla con bordes afilados y se parece mucho a una gran cucharilla escavadora, que la convierte en un instrumento ideal para raspar el interior de las cavidades óseas u otros tejidos, el legrado de los tejidos se efectúa para eliminar el tejido anormal o para obtener material que tenga objetivos diagnósticos. Se usa también para desprender el tejido mucoperióstico e inserciones musculares.

5. Separadores

Elaborado el colgajo, nos valemos de los separadores para poder mantener una buena visibilidad del campo operatorio, además de proteger de traumas con otros instrumentos a los tejidos adyacentes.

6. Abrebocas

Se utilizan para mantener abierta la boca con puntos de apoyo en las arcadas dentarias.

INSTRUMENTAL DE HEMOSTASIA.

1. Pinzas de mosco

2. Pinzas de Kelly

Las pinzas hemostáticas vienen en varios tamaños; son instrumentos que presentan un mecanismo de cierre y fijación de las orejas, sus bocados son largos y finos, con mordimientos rugosos, para evitar su deslizamiento al comprimir un vaso sangrante. Debido a la longitud de sus picos y a las estrias de las superficies internas de los mismos, pueden asir firmemente tejido blando y fragmentos de raíces o de hueso. Estos instrumentos no deben usarse como portaagujas.

sólo lado el movimiento de este instrumento y verificando las asperezas con el tacto a que nos quede una superficie lisa.

4. Curetas

Las curetas se utilizan para eliminar tejido de granulación de el fondo de los alvéolos y para extraer membranas quísticas. El tejido que se va a quitar se remueve de las paredes del alvéolo o de la cavidad ósea con la cucharilla, de modo que el lado cóncavo esté hacia el hueso, la cureta puede usarse entonces para tomar el tejido blando del defecto óseo o pueden emplearse pinzas gubias o de hemostasia. La cureta se emplea para seccionar la última adhesión, a pesar de que tiene forma de cucharilla, no se utiliza para sacar el material del alvéolo a cucharadas, sino para remover las membranas o el tejido de granulación de las paredes.

Otros de sus usos es el de curetear el alvéolo para provocar un sangrado y éste favorezca una buena cicatrización.

5. Alveolótomo

El alveolótomo del tipo de alicates, que se usa para recortar hueso alveolar. Se emplea con amplitud después de extracciones múltiples para dar forma a la cresta alveolar (alveoloplastia).

INSTRUMENTAL DE OSTEOTOMIA

1. Martillos y cinceles quirúrgicos

A menudo se requiere eliminar cierta cantidad de hueso para facilitar la extracción de una pieza dentaria o para dar una nueva forma a la mandíbula y al maxilar. Esto se puede lograr con cinceles quirúrgicos afilados que se golpean con suavidad con un martillo especial. Un método alternativo de eliminación del hueso es el uso de la pieza de mano recta de velocidad ordinaria con fresa quirúrgica. Aunque también es muy usada la baja velocidad.

2. Fresas quirúrgicas

Instrumento que tiene puntas anfractuosas, cortantes. Pueden adaptarse a la pieza de mano de alta o de baja velocidad. Los tejidos deben mantenerse alejados y protegidos para que la fresa al girar no arrolle con mutilantes efectos. Al tiempo de girar la fresa sobre el hueso, debe aplicarse solución salina (suero fisiológico) para evitar el calentamiento y necrosis de hueso.

3. Lima para hueso

En sus extremos presenta un rayado con filo. Este instrumento se usa para limpiar y pulir los bordes de hueso que han sido maltratados o comprimidos durante extracciones de dientes u otro tipo de cirugía, mediante movimientos de tracción y a un

6. Elevadores de extracción

Los elevadores son instrumentos que tienen la función de palanca que se usa para aplicar una fuerza controlada contra una pieza dentaria para aflojarla (luxarla) en el alvéolo. No es raro para ciertas piezas dentarias que se puedan extraer por completo con el elevador.

También se emplean en las extracciones de fragmentos residuales de raíces y de secciones dentarias, a veces se necesita seccionar una pieza dentaria en varias partes para poderla extraer.

MATERIAL DE SUTURA

1. Seda

La seda negra 3 ceros, es bastante satisfactoria en trabajos de cirugía intrabucales. El hilo seda llena casi todos los requisitos, no irrita la lengua, se distingue fácilmente en la boca, se maneja en forma sencilla, no es caro.

Para cerrar incisiones intrabucales son preferibles los puntos separados a la sutura continua, pues los primeros pueden quitarse alternados con cierta facilidad.

2. Portaagujas

El portaagujas se usa para manipular la aguja y la seda quirúrgica, mientras se ata el punto para asegurar la sutura, a continuación se usan las tijeras para cortar el hilo de seda a la longitud adecuada.

3. Tijeras de Mayo

Se utilizan para cortar la seda quirúrgica, gasas, etc.

4. Aguja para sutura

La sutura es una parte sumamente importante de la intervención, nosotros la empleamos en casi todos los casos de operaciones de cirugía bucal, incluyendo exodoncia.

Para sostener los finos y delicados tejidos gingivales tan propicios de desgarrarse, es menester emplear agujas que estén en consonancia con tal menester de delicadeza: agujas sencillas, curvas o rectas, de pequeñas dimensiones. Las agujas que se prefieren para cirugía bucal son agujas curvas concavoconvexas en sentido de sus caras.

5. Portaagujas

Agujas tan pequeñas como las indicadas en este tipo de cirugía bucal, no pueden ser dirigidas a mano, sino excepcionalmente. Para hacer práctico y preciso su uso debemos valernos de un portaagujas; tal instrumento es una

pinza que toma la aguja en el sentido de su superficie plana y la guía en su movimiento.

ROPA PARA EL CIRUJANO Y SUS AYUDANTES

1. *Bata quirúrgica*
2. *Cubrecabeza*
3. *Tapaboca*
4. *Guantes de goma*
5. *Cepillos para la asepsia de las manos*
6. *Jabón, alcohol, tintura de yodo, tintura de mertiolato.*

CAPITULO VIII

TECNICAS QUIRURGICAS

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION VERTICAL.

"TECNICA DE WINTER"

El tercer molar inferior retenido en posición vertical puede estar colocado en distintas formas con respecto a la curvatura de la arcada: Normal (sin desviación), desviaciones bucales, desviaciones linguales o en la desviación bucolingual. De acuerdo con el punto de aplicación de palanca será accesible la cara mesial.

Nosotros sólo nos vamos a referir al tipo vertical sin desviación. En las desviaciones bucal, lingual y bucolingual la variación de las técnicas reside en la mayor o menor osteotomía del hueso mesial y bucal, en el punto de aplicación del elevador y la dirección en que debe moverse el molar retenido, que estará de acuerdo a la forma de desviación.

Incisión.- Cuando sólo necesita usar la mesial del tercer molar para aplicar el elevador, realizamos una incisión que se extiende sobre la cara oclusal del molar retenido, desde el borde mesial del festón gingival, llegando en el sentido distal a resecar.

- a) En el caso de valerse de la cara bucal para aplicar el elevador, se realiza una incisión coincidente con el borde bucotriturante de la corona del tercer molar y se extiende hacia distal en la misma proporción que la incisión.
- b) Con el objeto de proteger el festín gingival de los traumatismos operatorios, Winter realiza una pequeña incisión perpendicular a las primeras señaladas, y que se traza sobre la lengüeta mesial del molar retenido (C y D). Este tipo de incisión se aplica en todos los casos de retenciones, para no lacerar la lengüeta interdientaria. Después de la incisión, el colgajo es separado con un perióstomo. La lengüeta interdientaria traumatizada origina dolores postoperatorios, Por otra parte, la cicatrización origina una tensión de la lengüeta que deja al descubierto parte de la cara distal del segundo molar, dolores a los cambios térmicos son el efecto, amén de la posibilidad de desarrollo de una caries.

Osteotomía

El movimiento que el tercer molar inferior debe efectuar para abandonar el alveolo donde está alojado, puede ser traducido gráficamente en un arco de círculo. Es decir, la corona del molar ha de ser dirigida hacia la rama montante del maxilar. Por lo tanto, todo el hueso que exista por el lado distal en contacto con la corona del tercer molar retenido en posición vertical debe ser eliminado para que el diente pueda salir y desarrollar este arco de círculo.

Winter elimina este hueso distal con los instrumentos llamados osteotomos, pero se puede efectuar con fresa quirúrgica ya sea de alta o de baja velocidad.

Extracción propiamente dicha.- Se elige el elevador apropiado de acuerdo con el ancho del espacio interdentario, se introduce suavemente en el espacio interdentario entre los labios de la incisión de la mucosa. Este instrumento actúa en su primer tiempo como cuña. En esta función penetra en el espacio interdentario; esta penetración permite, en algunos casos, el desplazamiento del molar hacia el lado distal, elevando y luxando el molar retenido.

Introducida completamente la hoja del elevador en el espacio interdentario, la parte plana de la hoja es aplicada contra la cara mesial del tercer molar y su borde sobre el borde superior de la estructura ósea.

El movimiento del elevador ya en el espacio interdentario y en perfecto contacto la parte plana de la hoja con la cara mesial del molar, se inicia el movimiento destinado a elevar el diente. Para este efecto, se hace girar el mango del instrumento en el sentido de las agujas del reloj, para operar en el lado derecho, a la inversa del movimiento de las agujas, al actuar en el lado izquierdo.

En esta función el instrumento actúa como una palanca de primer género. Con este movimiento hacia distal, el movimiento se eleva y se desplaza hacia distal en la misma proporción con que fue girado. Un nuevo movimiento del mango del elevador hacia distal permite un desplazamiento en un grado mayor del molar retenido en esa dirección, si la luxación no ha sido terminada con ese movimiento, entonces se aplica la hoja a un nivel más bajo y se vuelve a repetir el movimiento a distal.

La fuerza a emplearse y la extensión del movimiento distal están dadas por la forma radicular.

Luxado el molar éste puede ser extraído del alvéolo con pinzas para extracciones o el mismo elevador.

También puede ser eliminado con el elevador (L o R) de aplicación bucal, colocado este instrumento en la cara bucal del molar a nivel de la bifurcación radicular, girando el instrumento hacia afuera, sobre su eje, con punto de apoyo en el borde óseo bucal, se levanta el molar hacia arriba y adentro.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA

La fresa es un instrumento poco traumante, siempre y cuando se le dé el uso adecuado, así como las prevenciones debidas. Al ir eliminando hueso con la fresa se va irrigando con suero fisiológico para evitar calentamiento del mismo y no provocar una necrosis o una quemadura mayor.

Para realizar la osteotomía distal en esta clase de retenciones, usamos fresas del número 560 y 8, las cuales se colocan en el motor de baja velocidad. Las fresas indicadas son de carburo.

Incisión.- Se inicia un centímetro por dentro de la cara distal del segundo molar y se prolonga hacia adelante, contorneando la cara cervical de los dientes, hasta el primer molar, permite un amplio colgajo para un buen acceso y buena visibilidad. El colgajo no es succionado verticalmente, ni traumatizado y descansa sobre el hueso.

Osteotomía.- Se coloca la fresa sobre el borde óseo distal a resecarse, la fresa se introduce en el espacio interdentario que ella misma consigue crearse, entre la cara distal del tercer molar y porción ósea distal, realizando tanta osteotomía como se requiera según la extensión del hueso y la disposición radicular.

Extracción propiamente dicha.- Este tipo de extracción tiene indicación en aquellos casos de raíces divergentes y en cementosis.

RETENCION VERTICAL SIN DESVIACION CARA MESIAL INACCESIBLE

El ángulo mesio-oclusal de la corona del tercer molar puede encontrarse situado por debajo de las estructuras óseas, de tal modo que la cara mesial, sobre el cual se aplica el instrumento destinado a elevar el diente, no es accesible, es necesario preparar una vía de acceso de la cara mesial.

Técnica de Winter

Incisión.- Es una incisión de dos ramas, una bucal trazada en la lengüeta interdientaria bucal similar a la rama bucal de las otras incisiones; otra rama distal trazada sobre el ángulo buco-oclusal del molar retenido.

Osteotomía.- La osteotomía se realiza como la retención vertical con la cara mesial accesible, con los osteotómos.

Extracción propiamente dicha.- Es con el uso de elevadores (es la misma que en el caso anterior).

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA

Osteotomía.- El objeto de la intervención, es eliminar suficiente cantidad de hueso como para poder vencer las resistencias mecánicas del molar retenido en el hueso. En este tipo de retención vertical

el molar puede presentarse con su cara oclusal totalmente cubierta de hueso. La eliminación de este hueso y la preparación de una vía de acceso a la cara mesial para aplicar el elevador, puede ser realizada con fresa del número seis y ocho redonda. Se realiza sobre la parte ósea una serie de trépanos, que llegan profundamente hasta el molar retenido, se unen los orificios o trépanos con un escoplo o con una fresa de fisura. La eliminación del tejido óseo es tan amplia como para permitir el paso del diámetro mayor del molar.

Resección ósea en distal.- Con una fresa de fisura número 560 se realiza la osteotomía en el lado distal del tercer molar, llegando hasta la altura del cuello del diente. La técnica es la misma de la retención anterior. El objetivo de esta técnica es el obtener un espacio amplio para desplazar hacia distal el órgano dental retenido.

Resección ósea en mesial.- El objeto de la resección mesial es el de obtener un espacio suficiente para colocar la hoja de un elevador. Se realiza con una fresa redonda número 6, hay que tratar de realizar este tipo de osteotomía a expensas del hueso vecino al molar por extraerse, dejando intacto en lo posible, el hueso que cubre al segundo molar por el lado distal y bucal.

Extracción propiamente dicha.- Uso de elevadores. El instrumento penetra con una angulación de 45° respecto al eje del molar. El elevador se abre camino en la vía ósea creada por la osteotomía mesial y va al encuentro de la cara mesial del tercer molar, llegando a ésta con apoyo en el borde óseo y en la cara distal del segundo molar, se trata de luxar el diente hacia distal, la luxación está condicionada a la forma radicular.

Luxando el molar y haciendo palanca, se elimina el alvéolo, con un elevador de aplicación bucal, o haciendo palanca con un elevador de hoja fina colocado por el lado bucal, entre la corona del molar y la tabla ósea externa, si no hubiera posibilidades de introducir estos instrumentos a nivel de la cara bucal, se realiza con una fresa redonda un orificio de la parte media del hueso bucal, para facilitar la colocación del elevador y la extracción del molar.

RETENCION VERTICAL, CON AUSENCIA DE DIENTES VECINOS

Los dientes vecinos pueden estar ausentes en su totalidad o sólo faltar el segundo molar. En el primer caso, generalmente el molar retenido produce accidentes inflamatorios; es frecuente que desdentados totales, portadores de prótesis totales, sientan molestias originadas por los terceros molares retenidos. Su eliminación se impone, la retención puede ser parcial, total, totalmente intraósea o subgingival; es necesario eliminar suficiente cantidad de hueso, como para poder llegar hasta la cara mesial y aplicar allí los elevadores.

Incisión.- En caso de retención total preferiremos la incisión angular, que permite descubrir ampliamente hueso, la rama longitudinal de la incisión es trazada a nivel o un poco más adentro del borde lingual del molar y sobrepasa los límites del borde mesial. La otra rama la corta perpendicularmente y llega hasta las proximidades del surco vestibular.

En las retenciones parciales, las incisiones se siguen según las indicaciones hechas para los casos de arcadas normales.

Osteotomía.- El hueso que cubra al molar es resecaado con escoplo (osteotómos de Winter), o con fresa redonda del número 5, 6 y 8 la osteotomía sigue las reglas de las reglas anteriores.

Extracción propiamente dicha.- Los elevadores para este tipo de retención son los siguientes:

Números 11, 12, 13 (L o R) de Winter.

Se introduce la hoja del elevador entre las caras mesial del molar y la pared mesial del alvéolo. Cuando el instrumento está colocado sobre la cara mesial, con punto de apoyo en borde óseo mesial, se gira el mango del instrumento en sentido mesial, con lo cual se logra elevar el molar hacia arriba y hacia distal.

En las presentaciones con la cara mesial inaccesible debe emplearse el método de la odontosección con fresa, según el eje menor del molar y la extracción de cada parte por separado.

EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICIÓN MESTIOANGULAR

En la extracción del tercer molar inferior se integran dos problemas quirúrgicos que resolver.

Osteotomía.- En general el molar retenido está alojado más profundamente en el hueso y la cantidad de hueso distal suele estar dispuesto con más abundancia en las retenciones mesioangulares que en las verticales.

El contacto con el segundo molar constituye uno de los más sólidos anclajes del molar retenido. La eliminación del tejido dentario y la odontosección son sabias medidas que evitan traumatismos y sacrificios óseos inútiles.

El molar retenido para ser elevado de su alvéolo debe trazar un arco, para la extracción del cual se oponen dos elementos: El punto de contacto y el hueso distal. Resulta en estas ocasiones un problema mecánico para elevar el diente en tales condiciones, si no se suprime el obstáculo que representan las cúspides mesiales (superficie mesial de contacto).

RETENCION MESIONAGULAR, SIN DESVIACION, CARA MESIAL ACCESIBLE
O INACCESIBLE.

Técnica de Winter.

Incisión.- Cuando no se necesita aplicar elevadores, se practica una incisión que partiendo de la cara distal del molar retenido se extiende en sentido distal del molar retenido, se extiende en sentido distal aproximadamente a 1 centímetro. Si hay necesidad de utilizar elevadores aplicados a la cara mesial, se practica una incisión sobre el borde bucal del molar retenido con el fin de evitar traumatismos y laceraciones del rodete gingival interdentario, se traza una incisión bucal de el borde de la encla, hacia abajo y ligeramente adelante.

Osteotomía.- El triángulo óseo distal se elimina con un osteotómo del número 2R y 2L, el borde cortante del cincel se apoya en la superficie a incidir y bajo presión manual se elimina a pequeños trozos todo el hueso necesario, esto es de acuerdo al grado de versión del molar, a mayor inclinación mesial, mayor cantidad de hueso distal, y por lo tanto mayor osteotomía; también es de acuerdo a la forma de sus raíces.

Extracción propiamente dicha.- El tamaño y el tipo de elevador es de acuerdo a la forma y tamaño del espacio interdentario existente entre la cara mesial del tercer molar, la cara distal del segundo molar y el borde superior del interseptum.

El elevador se introduce en el espacio interdentario dirigido hacia abajo y en sentido lingual; actuando en este primer tiempo como cuña, con ligeros movimientos del mango del instrumento, se dirige hacia mesial tratando de luxar la pieza hacia el lado distal.

La eliminación del molar se realiza una vez colocado el diente verticalmente y vencido al contacto entre el segundo y tercer molar, con un forceps para molar inferior o con el mismo elevador.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA

Osteotomía.- Con una fresa redonda número 4, 5 y 6, se practican algunos orificios en el hueso, los cuales deben llegar hasta el molar retenido. El tacto nos da una señal que nos advertirá la presencia del molar retenido. La porción ósea limitada entre los puntos perforados por la fresa y el tercer molar, se elimina con un golpe a escoplo, se hace saltar esta porción ósea distal. El hueso distal se elimina mejor con fresa de fisura número 560.

Extracción propiamente dicha.- Es la señalada por Winter.

Extracción por osteotomía a escoplo.- El escoplo accionado a martillo, para realizar la osteotomía distal, se aplica en este tipo de retenciones con determinadas reservas.

Osteotomía.- Para realizar la osteotomía distal, el escoplo se dirige hacia la superficie ósea y con golpes de martillo se reseca el hueso en pequeña cantidad, hasta descubrir la superficie del molar con un amplio campo para poder extraerlo.

La osteotomía que realiza Winter es insuficiente. La eliminación debe hacerse a expensas de la fuerza ejercida sobre el elevador, con la consiguiente consecuencia postoperatoria. El exceso de presión ejercida sobre el hueso distal o sobre mesial trae dolores de gran intensidad (alveolitis). El dolor es según el grado de trauma.

Extracción propiamente dicha.- Se realiza como en la extracción por osteotomía a fresa.

EXTRACCION POR ODONTOSECCION

Este método está indicado en la retención mesiongular.

La odontosección puede aplicarse en dos formas:

Se divide el diente según su eje mayor, o bien se divide según su eje menor.

Ambas operaciones se pueden hacer con o sin osteotomía en algunos casos la osteotomía es imprescindible, en otros puede seccionarse el diente y extraerlo sin la resección ósea previa.

La odontosección de los molares retenidos se puede realizar con discos, piedras de carburo, fresas, escoplos rectos, escoplo de Sorensen o el escoplo automático.

RETENCION MESIOANGULAR CON AUSENCIA DE DIENTES VECINOS

La ausencia del segundo molar significa la desaparición del punto de contacto mesial. La técnica quirúrgica debe vencer las resistencias óseas que cubren al molar.

La osteotomía puede hacerse a fresa o escoplo; la odontosección sólo se aplica en caso de cementosis o de raíces divergentes.

Es muy importante estudiar radiográficamente el problema, antes de intentar la extracción de estos molares aislados, cuando se aplica sobre ellos una fuerza exagerada para intentar extraerlos sin dividir el diente, puede originarse fácilmente la fractura del maxilar. La odontosección por lo tanto es una útil indicación.

Incisión.- En caso de retención completa, preferimos la retención angular si el molar está parcialmente erupcionado, se aplica la misma clase de incisión anterior.

Osteotomía.- A escoplo, con un escoplo fino o mediano se reseca el hueso distal para dejar al descubierto por lo menos la cara distal de la corona.

La resección de hueso por el lado mesial está condicionado por la libertad de acceso a la cara mesial, sobre la cual se aplicará el elevador.

OSTEOTOMIA A FRESA

La fresa reseca cantidades iguales de hueso, por el lado distal se opera con una fresa de fisura, la osteotomía puede realizarse con fresa redonda del número 7.

Extracción propiamente dicha.- Se coloca la hoja del instrumento entre la cara mesial del molar y la superficie anterior del alvéolo. Una vez aplicado en el lugar necesario, se gira el mango del instrumento hacia la cara mesial, con lo que se consigue elevar el molar hacia atrás y arriba. La fuerza aplicada al elevador está de acuerdo con el grado de osteotomía o disposición radicular.

Los elevadores rectos pueden ser colocados entre la cara bucal y la pared externa del hueso, se gira el mango del instrumento con movimientos rotatorios de derecha a izquierda, con lo que se consigue luxar el molar.

EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICIÓN DISTOANGULAR

La posición distoangular no es muy frecuente, cuando encontramos esta posición, los métodos para su extracción suelen ser laboriosos. Las dificultades de la extracción residen en la posición del molar, que para ser extraído debe ser dirigido en sentido distal, es decir, que para ser extraído debe dirigirse hacia la rama ascendente y en la cantidad de hueso que haya que eliminar para vencer el contacto del tercer molar con esta rama.

Técnica de Winter

La Técnica de Winter no ha tenido éxito, pues el tercer molar en distoversión se haya poderosamente anclado al maxilar y cubierto por una gran cantidad de hueso por sus caras distales y triturantes, la eliminación del cual es muy difícil a presión manual; se prefieren los métodos de osteotomía a escoplo y sobre todo la odontosección que dividiendo el molar facilita notablemente la extracción.

Incisión. - Si el molar está parcialmente erupcionado, puede efectuarse el mismo tipo de incisión en las otras clases de retención.

En las retenciones profundas y completas, preferimos la incisión angular.

Osteotomía.- Con el osteotómo número 1, L o R ó número 3 L o R, se llega hasta la porción ósea que cubre la cara triturante y distal del molar retenido.

Este hueso se elimina empleando la técnica de las otras retenciones. El hueso que cubre la cara triturante es resecaado con los instrumentos número 3, 5 y 11 R o L, sobre el hueso de la cara triturante se practican orificios, el conjunto de los cuales alcanza a descubrir la cara del diente retenido. El hueso de la cara bucal debe ser eliminado en suficiente cantidad, como para permitir la colocación de los elevadores bucales para extraer el molar.

Extracción propiamente dicha.- Empleo de los elevadores. Existiendo suficiente espacio entre la corona del segundo molar y el tercero, puede emplearse el elevador número 9 R o L. El instrumento es aplicado sobre la cara mesial, cerca del borde bucal, se introduce el elevador como si fuera cuña, entre el molar y el hueso, se logra elevar el hueso.

Si la cantidad de hueso distal resecaado no es suficiente, se debe practicar una osteotomía mayor.

Son más útiles los elevadores de aplicación bucal número 10, se colocan sobre la cara bucal en la bifurcación de las raíces, será necesaria una franca osteotomía de la tabla externa. Se aplica el elevador y se gira hacia el lado bucal, consiguiéndose desplazar al molar.

Extracción propiamente dicha.- La extracción del tercer molar en distoversión generalmente exige el sacrificio de una considerable cantidad de hueso.

Incisión.- Existiendo o no el segundo molar, debe realizarse una larga incisión que permita un colgajo amplio que descubra perfectamente el campo operatorio. Esta incisión parte 2 centímetros por detrás de la cara distal del segundo molar y corre próxima a la cara interna del maxilar, llegada la incisión a la cara distal del segundo molar, rodea esta cara y desde la lengüeta interdientaria entre el segundo y primer molar se dirige hacia afuera y adelante.

Se separan los labios de la incisión y se mantienen los colgajos para permitir una perfecta visión del hueso a researse.

Osteotomía.- Con un escoplo recto se practica la osteotomía de la porción distal y de la que cubre la cara triturante del molar retenido.

La cantidad de hueso a researse por el lado distal debe ser el existente entre una perpendicular trazada desde el punto más distal del molar retenido y la cara mesial del mismo. Con fresa redonda puede aumentarse en dirección distal el nicho óseo que el escoplo crea.

Osteotomía mesial.- Con una fresa redonda número 6 ó 7, se reseca el hueso que cubre la cara mesial de la corona y el tercio superior de la raíz del tercer molar; es decir, se elimina el tabique interdentario. Con este procedimiento se suprime toda resistencia que se oponga a la extracción y disminuye los riesgos de una fractura dentaria del maxilar, por exceso de fuerza ejercida en el acto de una aplicación de los elevadores.

Extracción propiamente dicha.- Es necesario valerse de los elevadores de Winter, los cuales los hacemos actuar como palancas. El elevador es introducido entre la cara bucal del molar y el hueso bucal, tratando de moverlo; la misma operación se efectúa en distal. Estas sucesivas aplicaciones luxan el diente retenido cuya elevación se completa con un elevador más fino colocado en el lado distal entre la cara triturante y el hueso, se gira el mango del instrumento hacia adelante y se eleva el molar.

Sutura.- Dos o tres puntos de sutura cierran la herida, cubriéndolo dentro de lo que permita la extensión del tejido gingival, el alvéolo del segundo molar, ya realizada la extracción de éste último.

Extracción por odontosección.- Las dificultades que representa el tercer molar retenido en posición distoangular para su extracción, sobre todo en aquéllos en que el diente está rodeado de tejido óseo por todas sus caras, exige la aplicación del método de la odontosección.

Osteotomía y odontosección.- Se complementan la cantidad de hueso a resecarse y el tipo de la odontosección, estarán dados por la cantidad de hueso distal, el grado de inclinación y disposición de sus raíces.

Técnica.- Para ser extraído el tercer molar en posición distoangular debe trazar un arco y dirigirse en dirección de la rama montante.

La proximidad de la cara triturante o del borde distotriturante del molar con el hueso de la rama ascendente, obliga a suprimir el trozo de diente que se oponga a la realización del arco.

La odontosección se realiza como en las otras retenciones, con fresa o con escoplo. En la retención distoangular es necesario cortar el diente según su eje menor.

Dada la colocación con una fresa de fisura, la fresa debe dirigirse paralela a la línea cervical del molar retenido y se introduce en el espacio creado por la osteotomía entre la cara bucal del molar y la tabla ósea externa. La fresa secciona el diente separando la corona de la raíz.

Extracción propiamente dicha.- Para poder efectuarla se introduce un instrumento delgado, en el espacio creado por la fresa y se comprueba si se ha realizado la separación de los elementos, se proyecta la corona todo lo distalmente posible que le permita el hueso y se vuelve a colocar en contacto con el muñón radical. La extracción de la corona no es problema, una vez seccionado el molar, con un elevador angular, se busca la vía de menor resistencia y se eleva la corona del molar.

Extracción de la raíz.- Depende de la forma y disposición de las raíces.

Lo más sencillo es desplazar hacia distal, siguiendo el eje o la curvatura de las raíces.

Se introduce el elevador número 1 de Winter, se dirige el mango del instrumento hacia atrás y adelante, la raíz se dirige según la curvatura de sus raíces, en dirección de la cavidad donde estaba alojada la corona, la extracción se termina con una pinza para algodón y pinzas de disección.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION HORIZONTAL

Para la extracción del tercer molar retenido en posición horizontal puede aplicarse la misma técnica que en la retención mesioangular.

Técnica de Winter

Incisión.- La incisión según Winter sigue los principios enunciados que para los otros tipos de retenciones.

Osteotomía.- Con una técnica parecida a la empleada en la^a retención mesioangular, con los osteotómos número 2 y 4 R o L, se elimina la cantidad de hueso distal necesario.

Extracción propiamente dicha.- Uso de elevadores. La forma y tamaño del espacio mesial indicará el número de elevador a usarse. Este instrumento se introduce entre la cara mesial y el borde óseo, y el molar es desplazado hacia arriba y en sentido distal. Se puede ir aumentando gradualmente el tamaño del elevador.

La dirección y la fuerza ejercida sobre el elevador están en relación con la forma y disposición radicular.

Cara mesial inaccesible.- En estos casos, la superficie mesial es más baja que el borde superior de la osioestructura y el acceso a la cara mesial sólo puede conseguirse incidiéndose el hueso.

Osteotomía distal.- La resección de hueso que cubre la cara distal del tercer molar se realiza por procedimientos indicados anteriormente.

Osteotomía bucal.- Como no es posible llegar a la cara mesial, se practica con los osteotómos número 6 R o L, la osteotomía de la parte de la cara bucal, para permitir la entrada y aplicación del elevador.

Extracción propiamente dicha.- Empleo de elevadores en el espacio creado por el osteotómo, se introduce un elevador número 2 R o L se dirige el mango del instrumento hacia abajo y el molar se desplaza hacia arriba y hacia distal a medida que el espacio se aumenta por el desplazamiento del molar puede irse colocando otro elevador de hoja mayor y así sucesivamente, siguiendo la operación según la técnica.

Extracción por osteotomía o fresa y escoplo.

La resección del hueso que cubra el molar puede realizarse por medio de escoplo o fresa de carburo.

El molar retenido debe trazar un arco, cuyo centro esté cerca del épex y aunque el diente se desplaza hacia adelante y arriba por las sucesivas aplicaciones de los elevadores, y por lo tanto el centro

del arco se ve sensiblemente desplazado hacia mesial, se opone a la eliminación del molar los mismos factores que en la retención mesionagular: Hueso distal y puntos de contacto mesial.

El hueso distal es prácticamente inaccesible. El aprovechamiento de la capacidad ósea sólo puede ser aplicada en maxilares jóvenes.

A la extracción del molar se oponen dos factores que constituyen la resistencia en la fuerza de palanca. La potencia aplicada sobre la cara mesial, hay que eliminar uno o dos factores, es decir, eliminar disminuyendo la resistencia. Este es el objeto de la osteotomía distal.

Esta osteotomía resulta insuficiente y no coincide con los postulados de una extracción no traumática (ley del menor traumatismo).

Incisión.- Para la retención horizontal preferimos una incisión que permita descubrir la cara bucal del segundo molar.

Osteotomía.- Con una fresa de bola número 5 6 6 se reseca el hueso distal. Si la cara mesial no es accesible, se practica la osteotomía a fresa en la cara bucal para permitir la aplicación del elevador.

Extracción propiamente dicha.- Con un elevador de Winter número 2 R o L o con un elevador recto colocado entre la cara mesial del molar hacia arriba y hacia el lado distal.

Sutura.- Eliminado el molar, se cubre el alvéolo con el colgajo que se mantiene con dos o tres puntos de sutura.

Extracción por odontosección.- Se puede reducir la cantidad de osteotomía distal, aplicando el procedimiento de la odontosección.

La técnica puede realizarse por dos métodos indicados anteriormente.

Extracción del molar seccionado según su eje mayor.- La técnica se encuadra a la retención mesioangular, se corta el diente a la altura del cuello con una fresa de fisura y se produce la extracción de las partes seccionadas.

Extracción del molar seccionado según su eje mayor.- Este método es aplicable cuando la corona del tercer molar está ligeramente desviada hacia el lado bucal.

Se practica la sección de la pieza con un escoplo de hoja ancha, este instrumento se aplica sobre el centro de la cara triturante, divide el molar en dos partes (mesial y distal) se extraen ambas porciones por separado.

Extracción de la porción mesial. - En algunos casos la porción mesial, está sólidamente retenida por debajo de la línea cervical del segundo molar. En estos casos es útil separar en dos partes la porción mesial, seccionándola con una fresa de fisura.

La raíz mesial se elimina realizando un pequeño orificio sobre la cara distal con la misma fresa de fisura o de bola, en este orificio se introduce un instrumento (raspador, cucharilla de Black) se elimina la raíz traccionándola hacia mesial).

Retención horizontal con ausencia de dientes vecinos. - El molar puede encontrarse en total retención ósea o ser ésta subgingivalmentè. La accesibilidad de la cara mesial determina la cantidad de hueso que se va a eliminar.

No existiendo el segundo molar, la aplicación del elevador puede hacerse sobre la cara mesial con punto de apoyo en el hueso mesial y el molar puede dirigirse hacia arriba y hacia distal sin la traba que presenta el segundo molar. Por lo tanto el tercer molar, en algunas ocasiones puede extraerse sin ser seccionado, aplicando la técnica para la retención mesioangular con las variantes que impone la horizontalidad del molar.

Los fundamentos del Éxito y la preservación de los peligros, residen en las aplicaciones de la ley menor, o ley del menor traumatismo, que en el caso de estos molares aislados se cumple con los métodos de osteotomía y odontosección.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR EN POSICION LINGUOANGULAR.

Si se presenta en estas condiciones, su cara triturante está dirigida con grado de inclinación variable hacia la tabla lingual del maxilar. El examen radiográfico muestra el molar según su eje mayor, su representación radiográfica es la de un disco.

Estos molares se presentan en un gran porcentaje de los casos con sus raíces incompletamente formadas.

El molar puede encontrarse cubierto por hueso, en cantidad variable. Para realizar la extracción debe eliminarse el hueso que cubre la cara distal; el hueso de la cara interna (que cubre la triturante) y la suficiente cantidad de hueso distal, para poder dirigir el molar hacia arriba y hacia distal.

Incisión.- La rama anteroposterior de la incisión debe ser tratada al mismo nivel que la tabla interna del hueso. La rama vertical separa la encía que cubre el molar retenido de la cara distal del segundo molar y se continúa hacia afuera, adelante y abajo, como las incisiones anteriores.

Osteotomía.- Se reseca el hueso que cubre la cara superior y la cara triturante; esta operación puede hacerse por la técnica de Winter.

Levantándose el colgajo, se elimina con osteotómos número 2 u II R o L, el hueso de la cara lingual, el hueso que cubre la cara superior se elimina con osisectores número 2, 3 ó 5.

La osteotomía también puede efectuarse con escoplos o con fresas (redonda número 8), es necesario realizar una amplia osteotomía de abordaje pues estos molares, sobre todo los que poseen sus raíces incompletas (son en realidad sólo coronas), tienden a tocar en el interior de la cavidad alveolar y es tarea muy difícil lograr elevarlos. La técnica de la osteotomía debe ser completada con la odontosección.

Extracción propiamente dicha.- Empleo de elevadores.- Eliminada la suficiente cantidad de hueso que cubre el molar retenido, se introduce un elevador número 2 ó 7 entre la cara mesial y el hueso y se trata de elevar el molar hacia arriba y atrás.

Extracción por osteotomía a fresa.- Se elimina el hueso con fresa redonda número 6 u 8. El hueso de la tabla lingual se elimina con fresa de fisura número 560 ó con fresa redonda, teniendo la precaución de separar el colgajo de la cara lingual, para no traumatizarlo con este instrumento.

Extracción por odontosección.- La técnica de la odontosección aplicada a este tipo de terceros molares es la que da más cantidad de éxitos.

Se secciona con fresa de bola a nivel del cuello (cuando poseen raíces) o dividida la corona con el mismo instrumento o con un escoplo, colocado sobre su cara oclusal cuando se trate de corona sin raíz, se elimina cada fragmento con un elevador o con una pinza de Kocher, curva pequeña, este instrumento logra aislar y elevar, mejor que el elevador, los segmentos seccionados por la fresa.

La odontosección con escoplo, debe realizarse en caso de molares con sus raíces incompletamente formadas antes de que se movilice la corona, como asientan sobre una base muelle, el bulbo dentario, el golpe del escoplo no es muy efectivo, cuando la corona se ha descubierto y desubicado, aún parcialmente. La odontosección con fresa de bola número 8 origina un espacio que resulta muy útil para el desplazamiento de las partes seccionadas.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION BUCAL

Examen radiográfico.- La cara triturante se halla dirigida hacia la mejilla. El molar aparece en la radiografía como un disco.

Extracción.- La extracción del tercer molar inferior retenido en posición bucal sigue los principios ya mencionados. La sección del diente en el sentido de su eje, dividiéndolo con una fresa de fisura de mesial a distal simplifica el problema. Las parte del molar se extraen por separado.

EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICIÓN INVERTIDA

La técnica a emplearse para la extracción varía de acuerdo con la profundidad del molar en el hueso y su accesibilidad a la cara mesial.

Los molares relativamente superficiales se extraen previa sección del hueso que cubre la cara más corona al borde alveolar, que es la distal. La odontosección se realiza con una fresa de fisura de preferencia, según el eje mayor del diente y dividiéndolo a éste en dos elementos. Según la posición del molar se puede extraer primero la raíz o la corona y a expensas del espacio creado se elimina la porción que queda.

Los molares profundamente ubicados constituyen un serio problema quirúrgico. Una extensa osteotomía y una cuidadosa odontosección del molar se puede realizar con los distintos tipos de elevadores que han sido considerados.

**EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS CON SUS RAICES
INCOMPLETAMENTE FORMADAS (GERMENES DEL TERCER MOLAR INFERIOR).**

La ortodoncia indica muchas veces, la necesidad de extraer prematuramente el tercer molar inferior con sus raíces incompletas, que puede producir o produce desviación dentaria, dando como resultado el apiñamiento de los diente o bien en otros casos produce el desarreglo de los tratamientos ortodónticos. La edad en que se debe realizar la extracción de los molares con su corona ya formada y su raíz incompletamente calcificada, varía según el criterio del ortodoncista. Por lo general se trata de niños de 12 a 16 años. A pesar de ser molares sin raíces completas, su extracción constituye un problema, porque la distancia borde anterior de la rama-cara distal del segundo molar es pequeña, y como también la boca del paciente es pequeña; por otra parte, después de la osteotomía y durante las maniobras de extracción, estos gérmenes rotan en el interior de su cavidad ósea.

Se extraen los cuatro terceros molares en una sola sesión (bajo anestesia general), con anestesia troncular se realiza la intervención en varias secciones.

La técnica para la extracción de estos molares no varía mucho con las enunciadas para los molares con raíz completa, puesto que su posición en el hueso es la misma de las otras retenciones.

La presencia del saco pericoronario disminuye la cantidad de osteotomía necesaria, por regla general hay que eliminar tanto hueso con el mayor diámetro de la corona del molar retenido, de modo que su extracción no se haga a expensas de la fuerza, sino de la útil y juiciosa aplicación de los elevadores, eliminando el molar retenido, siguiendo el camino de menor resistencia es preferible resecar hueso en mayor cantidad que la necesaria, disminuyendo de este modo la resistencia, que eliminar muy poco y usar la fuerza traumática como compensación. Eliminando el hueso necesario, al igual que en la extracción de los terceros molares en posición ligoangular, es preferible dividir el molar en dos porciones con fresa redonda o con un escoplo y extraer cada parte por separado.

El caso pericoronario debe ser cuidadosamente eliminado, desde que su epitelio tiene posibilidades de crecimiento y puede formar un tumor quístico.

La operación se termina suturando los colgajos.

También en este caso puede aplicarse la odontosección, ésta puede ser realizado con escoplos y fresas de bola, ambas tienen ventajas y desventajas. La sección con escoplo es difícil, porque el molar retenido descansa sobre una muelle, el bulbo dentario además no deja como la realizada con fresa un espacio entre la corona

a expensas del cual se puede realizar la luxación y extracción de las partes coronarias.

La movilización de las partes del molar deben realizarse una vez seccionado el molar.

CAPITULO IX

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Después de una intervención quirúrgica bucal, es necesario seguir una serie de indicaciones, éstas se le darán al paciente en forma escrita y verbal después de la cirugía, si es posible delante de un acompañante, esto se hace con motivo de evitar confusiones, estas indicaciones son con el fin de evitar complicaciones y molestias innecesarias.

En una herida hecha por una cirugía bucal, es necesario el cuidado durante las siguientes setenta y dos horas posteriores a ella, por lo que se recomienda higiene minuciosa, esta zona siempre se va a encontrar húmeda y expuesta a pequeñas o grandes cantidades de restos alimenticios que se pueden acumular en la herida, por este motivo es muy difícil mantener esta clase de heridas limpias, sin embargo el aporte sanguíneo de los tejidos bucales, se convierte en gran ayuda para la cicatrización, además hay que cuidar los aspectos de: nutrición, descanso (relativo).

Entre las principales indicaciones para un postoperatorio de cirugía bucal son las siguientes:

- A) Apósito de gasa, esto es parte de la cirugía, se hace al terminar la intervención, se le puede llamar también planchado del colgajo. Que consiste en conservar una almohadilla

de gasa y hacer presión sobre la herida, durante un tiempo aproximado de veinte minutos, esto nos sirve para evitar la acumulación de sangre bajo el colgajo, y ayudar a que el alvéolo efectúe el proceso de coagulación, si persiste la hemorragia se puede repetir el mismo procedimiento.

- B) *Compresas frías.* Se le indica al paciente que debe colocarse compresas frías de hielo, Este puede aplicarse en bolsas especiales o simplemente envuelto en una toalla; éstas compresas deben aplicarse lo más pronto posible después de la intervención sobre la zona de la misma, el hielo se deja sobre la zona durante 15 ó 20 minutos y se repite la operación, también debe ingerir el paciente alimentos fríos o semifríos, se recomienda la ingestión de nieve durante el día de la intervención.

El frío se indica para reducir el proceso inflamatorio, en caso de abceso, prescribir la aplicación de compresas húmedas calientes a la zona según sea necesario.

- C) *Compresas calientes o calor seco.* Se recomienda la aplicación de calor seco sobre la zona de la intervención, después de 24 horas de ésta.

- D) *Higiene bucal.* Se le indica al paciente que en el día de la intervención si es posible sólo se cepille suavemente la lengua,

de gasa y hacer presión sobre la herida, durante un tiempo aproximado de veinte minutos, esto nos sirve para evitar la acumulación de sangre bajo el colgajo, y ayudar a que el alvéolo efectúe el proceso de coagulación, si persiste la hemorragia se puede repetir el mismo procedimiento.

- B) *Compresas frías.* Se le indica al paciente que debe colocarse compresas frías de hielo, éste puede aplicarse en bolsas especiales o simplemente envuelto en una toalla; éstas compresas deben aplicarse lo más pronto posible después de la intervención sobre la zona de la misma, el hielo se deja sobre la zona durante 15 ó 20 minutos y se repite la operación, también debe ingerir el paciente alimentos fríos o semifríos, se recomienda la ingestión de nieve durante el día de la intervención.

El frío se indica para reducir el proceso inflamatorio, en caso de abceso, prescribir la aplicación de compresas húmedas calientes a la zona según sea necesario.

- C) *Compresas calientes o calor seco.* Se recomienda la aplicación de calor seco sobre la zona de la intervención, después de 24 horas de ésta.

- D) *Higiene bucal.* Se le indica al paciente que en el día de la intervención si es posible sólo se cepille suavemente la lengua,

los dientes que no estén en la zona de la operación y que evite hacer enjuagues bruscos pues puede provocar una hemorragia, podrá hacer enjuagues con agua tibia y sal o bicarbonato de sodio o bien con cualquier antiséptico.

- E) Descanso. A un paciente operado se le aconseja dormir en posición semisentada, esto se puede lograr colocando dos almohadas, es aconsejable esta posición en las primeras 24 horas después de la intervención, esta posición ayuda a evitar hemorragias y tumefacciones.
- F) Alimentación. Durante las 24 horas posteriores a la intervención deberán ser ingeridos líquidos fríos o semi-fríos, ingestión de nieve; al día siguiente podrá ingerir alimentos blandos, líquidos en abundancia, deberá eliminar de su dieta las grasas, picantes, leche, bebidas alcohólicas.

El paciente puede volver a su dieta normal tan rápido como le sea posible.

Asimismo, incorporarse a sus actividades físicas, se le debe advertir al paciente, que hay que evitar el trabajo físico extremo, así como también el evitar los deportes, exponerse al sol, esto se debe evitar durante un tiempo aproximado de 92 horas.

- G) *Medicaciones postoperatorias. Por lo general se evita la ingestión de medicamentos, hay que dejar que el organismo reaccione normalmente, en un postoperatorio donde la intervención ha sido sencilla y no ha habido mayor traumatismo, sin embargo, es recomendable dar al paciente un analgésico bajo para evitarle las molestias propias de una intervención de este tipo.*

Por otra parte, si se ha visto que la intervención es poco o muy complicada se puede recurrir a la ayuda de antibióticos, como una medida profiláctica, así como analgésicos y una dosis de antiinflamatorios.

Preparaciones enzimáticas como hialuronidasa, estreptomisina, tripsina y enzimas proteolíticas vegetales han sido recomendadas como útiles para prevenir o reducir edemas y acelerar la resorción de hematomas.

Estos medicamentos recomendados sólo se ingerirán durante un lapso de dos días.

- H) *Citas postoperatorias. El paciente se citará a los tres días de la intervención para verificar la cicatrización de la herida, a los cinco días para la eliminación de puntos o para quitar los apósitos si se colocaron, esto es en un caso sin complicaciones, de otra manera si existe cualquier molestia,*

se le indica al paciente que debe acudir inmediatamente, para esto se le proporciona al paciente el número telefónico y se le indica que acuda en caso de una emergencia el día y a la hora que sea conveniente.

CAPITULO X COMPLICACIONES DE LA OPERACION

Toda operación puede ser seguida de complicaciones locales o generales de distinta índole, el afán del operador debe ser prevenirlas. En las técnicas precisas, en los métodos de asepsia de la operación, encuentran escudo los accidentes postoperatorios.

Complicaciones locales

Hemorragia.- La salida de sangre en el curso de una operación es un suceso lógico, la cantidad de sangre puede hallarse disminuida por acción de la anestesia local (vasoconstrictores). Cohibir la hemorragia en el acto postoperatorio es la obra de la hemostasia, pero la hemorragia postoperatoria que aparece intempestiva e inmediatamente (hemorragia primaria) o un tiempo después (hemorragia secundaria).

Hemorragia primaria.- El tratamiento de la hemorragia primaria en cirugía bucal se realiza por dos procedimientos: Uno instrumental y otro mecánico. El primero tiene su aplicación en la ligadura o en el aplastamiento del vaso de sangre, la ligadura solamente tiene escasas aplicaciones. El aplastamiento se practica comprimiendo brusca y traumáticamente el vaso óseo sangrante con un instrumento romo.

El otro se logra por taponamiento con un trozo de gasa y su compresión. Generalmente volviendo el colgajo a su sitio y suturando, la hemorragia cesa, por compresión de la cavidad ósea por la sangre que al coagularse obtura los vasos óseos sangrantes. A expensas de este coágulo se realiza el proceso de osificación. Si la hemorragia no cede y continúa brotando sangre entre los labios de la herida, en un tiempo y en cantidad desusadas, habrá que llenar la cavidad quirúrgica con una mecha de gasa, que debe llenar ciertas condiciones para este objeto; para aumentar su acción hemostática la gasa puede ser impregnada en los medicamentos indicados: Trombina, trombopastina adrenalina, percloruro de hierro, para evitar que la sangre y la gasa se adhiera a la cavidad ósea puede ser impregnada previamente con vaselina (gasa vaselinada). Existen ciertas gasas que contienen propiedades estípticas, tales como el Clauden o Stripnon. El taponamiento que se realiza después de las operaciones de los quistes de los maxilares y de algunos tumores tienen por objeto, en primer término evitar la hemorragia.

Hemorragia secundaria.- Aparece algunas horas o algunos días después de la operación, puede obedecer a la caída del coágulo luego de un esfuerzo del paciente, o que ha cesado la vasoconstricción de la anestesia. A estos factores locales puede agregarse una causa de índole general que favorezca la hemorragia, que entonces adquiere características e intensidad variable.

El tratamiento de tal accidente se realiza por métodos generales y por métodos locales.

Métodos locales.- Se lava la región que sangra con un chorro de agua caliente o se hace practicar al enfermo un enjuagatorio de la boca para retirar los restos del coágulo y la sangre, que dificultan la visión y la individualización del punto sangrante. Investigado el lugar por donde mana la sangre, la hemostasia se realiza por taponamiento a presión con gasa (simple o con medicamentos). Encima de la herida y comprimiendo los bordes, se deposita un trozo grande de gasa seca, la cual se mantiene con los dedos, o mejor aún, bajo la presión masticatoria.

Esta presión debe mantenerse por lo menos durante media hora, transcurrida la cual se retira con suma precaución la gasa seca que hace compresión. En caso de persistencia, se insiste con la compresión o se administran los tratamientos generales.

En muchas ocasiones no es fácil realizar cómodamente las técnicas necesarias para cohibir una hemorragia porque el paciente está dolorido o porque el mismo acto ocasiona dolor. En tales casos será muy útil realizar una pequeñísima anestesia local a nivel del lugar donde se localiza la hemorragia. Además de las ventajas que obtiene la zona por el poder vasoconstrictor del líquido anestésico, su empleo permite seguir actuando con comodidad y al final pasar un hilo

de sutura para aproximar los labios de la herida sangrante, con colocación o no de Spongostan, Oxycel o placenta en el interior de la herida o cavidad ósea.

Métodos generales.- Según la cantidad de sangre perdida el estado del paciente estará más o menos comprometido. En general las hemorragias en cirugía bucal no son mortales, aunque se conocen algunas alarmantes.

Se mejorará el estado general (pulso, tensión, corazón) administrando analépticos (aceite alcanforado, cardiazol) y ante pérdidas considerables se tratará de normalizar la volemia mediante la infusión de líquidos adecuados (soluciones, sueros, expansores del plasma) y en casos más graves, sangre.

En ocasiones deberá completarse la medicación con coagulantes (Vitamina K, calcio, agentes antifibrinolíticos, principalmente).

CONCLUSIONES

El conocimiento de los efectos causados por el tercer molar impactado o retenido sobre la mandíbula o maxilar, ha sido la pauta para llevar a cabo una atención de este problema por el método de la cirugía bucal.

Consideramos que la cirugía del tercer molar impactado o retenido es extensa, nosotros tenemos la necesidad de conocer el estudio y las principales bases en forma conciente y responsable; la técnica que día a día se encuentra en la evolución científica llevándonos a realizar todo tipo de tratamiento en una forma satisfactoria.

Llegamos a la conclusión que la prevención es el sistema más eficaz para combatir los problemas que causa un tercer molar impactado o retenido. Dicha prevención se llevará a cabo alrededor de los 16-17 años por medio de la radiografía para evitar así que el problema siga su curso y que se produzcan lesiones graves en las cuales el tratamiento preventivo sería inútil.

Cuando el problema del tercer molar impactado o retenido está presente, es necesario seguir el tratamiento adecuado por medio de la técnica quirúrgica que más le convenga al problema que se está presentando.

Los resultados de la cirugía del tercer molar impactado o retenido son exitosos pero no garantizados, ya que el éxito completo depende de la participación y ayuda del paciente, pues de lo contrario puede presentarse algún problema; por lo tanto debemos dar al paciente citas periódicas con el objeto de revalorar su estado de salud bucal y vigilar la cicatrización de nuestra cirugía.

BIBLIOGRAFIA

TITULO: *Cirugía bucal*
AUTOR: *Gustavo O. Kruger*
EDIT: *Panamericana*

2.- *Cirugía bucal*
AUTOR: *Gustavo O. Kruger*
EDIT: *Interamericana*

CUARTA EDICION

3.- *Cirugía bucal*
AUTOR: *Harry W. Archer*
TOMO I
EDIT: *Mundi, S.A.*

4.- *Cirugía bucal*
AUTOR: *Guillermo A. Ries Centeno*
EDIT: *El Teneo*

SEPTIMA EDICION

5.- *Cirugía bucal*
AUTOR: *Dr. Emmutt R. Costich*
EDIT: *Interamericana*

6.- Anatomía Humana
TOMO I
AUTOR: Testut A. Latarjet
EDIT: Salvat Editores, S.A.

7.- Anatomía Humana
TOMO I Y II
AUTOR: Fernando Quirós
EDIT: Porrúa

DECIMA OCTAVA EDICION