

189  
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CIRUGIA DE TERCEROS  
MOLARES INFERIORES  
INCLUIDOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N:

*Maria del Rocío Macedo Salgado*

*José Armando Torrejón Hernández*



MEXICO, D. F.

1987



## **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.

## INTRODUCCION

El tema que a continuación se plantea es de suma importancia, tanto para el estudiante de odontología como para el cirujano dentista que ejerce su profesión, ya que es sabido por todos los profesionistas de esta rama de la medicina que en la actualidad los casos de terceros molares inferiores incluidos estan a la orden del día en el consultorio dental.

Desgraciadamente el cirujano dentista trata de evitarse complicaciones y reuye a este problema, argumentando un sin fin de trabas para el paciente en cuestión o en su caso haciendo un abuso exagerado de la extracción de los terceros molares inferiores incluidos.

Es por ello, de nuestra inquietud de realizar este trabajo para tratar de formarnos conciencia, tanto estudiantes como cirujanos dentistas a que tomemos en consideración todos los aspectos y conocimientos antes de realizar una extracción o lo que es más deprimente negarse a dar ayuda a quienes confían en nosotros.

# TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS

## I N D I C E

	Pág.
<b>CAPITULO I</b>	
DEFINICION DE DIENTES INCLUIDOS .....	4
ANATOMIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR .....	4
a) PORCION CORONARIA .....	6
b) PORCION RADICULAR .....	6
c) PORCION CORONA RAIZ .....	8
<b>CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS</b>	
a) POSICION DEL TERCER MOLAR INFERIOR CON RELACION AL EJE LONGITUDINAL DEL SEGUNDO MOLAR INFERIOR .....	9
b) POSICION DEL TERCER MOLAR INFERIOR CON RELACION A LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDIBULA .....	10
c) PROFUNDIDAD DEL TERCER MOLAR INFERIOR CON RELACION AL HUESO DE LA MANDIBULA .....	11
<b>CAPITULO II</b>	
<b>ETIOLOGIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO</b>	
a) TEORIA ORTODONTICA .....	13
b) TEORIA FILOGENICA .....	14
c) TEORIA MENDELIANA .....	14
<b>ACCIDENTES OCASIONADOS POR LA ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO .....</b>	<b>15</b>

**CAPITULO III**

**INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA ELI-  
MINACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO**

a) INDICACIONES .....	16
b) CONTRAINDICACIONES .....	22

**CAPITULO IV**

**DIAGNOSTICO .....** 26

EVALUACION PREOPERATORIA .....	30
ANATOMIA ALVEOLAR DEL TERCER MOLAR INFERIOR .....	31
PREMEDICACION Y ANESTESIA .....	34

**CAPITULO V**

**INSTRUMENTAL Y MATERIAL UTILIZADOS PARA LA ELI-  
MINACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO .....** 39

a) INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS BLANDOS .....	39
b) INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS DUROS .....	42
c) MATERIAL QUIRURGICO .....	43

**CAPITULO VI**

**TECNICAS PARA LA ELIMINACION DEL TERCER  
MOLAR INFERIOR INCLUIDO .....** 46

a) INCLUSION MESIOANGULAR .....	46
b) INCLUSION HORIZONTAL .....	49
c) INCLUSION VERTICAL .....	50
d) INCLUSION DISTOANGULAR .....	50
e) INCLUSION LINGU-BUCO-ANGULAR	

	Pág.
<b>CAPITULO VII</b>	
47 INDICACIONES Y CUIDADOS POSTOPERATORIOS .....	53
53 a) CUIDADO DE LA HERIDA .....	53
54 b) DIETA .....	54
55 c) MEDICACION .....	55
<b>CAPITULO VIII</b>	
57 COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO .....	57
61 a) INFECCIONES .....	61
60 b) HEMORRAGIAS .....	60
54 c) FRACTURAS .....	59
52 d) LESIONES DEL NERVIO .....	57
60 CONCLUSIONES .....	65
66 BIBLIOGRAFIA .....	66

## CAPITULO I

### DEFINICION DE DIENTES INCLUIDOS

El término incluido odontológicamente se define como aquel diente cuyo período natural de erupción no ha pasado, pero que por diferentes causas no tiene la capacidad para erupcionar clínicamente.

Según diferentes autores, a los dientes incluidos le dan el término de "impactados". Por lo tanto, en este estudio se utilizará el término incluido, ya que el término impactado esta mal empleado pues según su definición corresponde a cualquier objeto que es lanzado y sigue una trayectoria y en la misma encuentra un obstáculo, en el cual queda incrustado. Por lo tanto, este término no es válido para determinar una inclusión.

#### ANATOMIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

- Principio de la formación de la dentina y del esmalte:  
De 8 a 10 años
- Calcificación completa del esmalte:  
De 12 a 16 años

- Principio de la erupción:  
De 17 a 30 años
- Formación completa de la raíz:  
De 18 a 25 años

#### LONGITUDES DEL TERCER MOLAR INFERIOR

- Total: 17 mm
- Coronaria: 7 mm
- Radicular: 10 mm

?

#### DIAMETROS DEL TERCER MOLAR INFERIOR

- Mesiodistal: 10.5 mm
- Vestibulo lingual: 9.5 mm

El tercer molar inferior es un diente sumamente irregular en su forma e implantación, pues siendo su calcificación tardía, debe erupcionar en una mandíbula ya desarrollada.

Debido a estas características a el molar se le dificulta en un 90% desarrollarse normalmente, ya que la densidad del hueso es más acentuado.

El apiñamiento de los dientes y la falta de espacio

que existe entre la rama ascendente y el segundo molar, provocan la inclusión del tercer molar.

#### PORCION CORONARIA

Tiene mayor dimensión en un diámetro mesiodistal, es sumamente desproporcionado. Su cara oclusal puede modificar su forma en razón del mayor o menor desarrollo del ángulo disto-vestibular.

Cuando el molar es penta-cuspídeo, el 40% de los casos, adoptan forma trapezoidal y recuerda la disposición del primer molar.

Cuando es tetra-cuspídeo, el 50% de los casos, tal como en el segundo molar tiene forma cuadrangular. Cuando es vestibular exagera su oblicuidad en razón de la disminución del tamaño de la cuspide distovestibular, se presenta en forma triangular, sufriendo así dicho molar dos variantes en cuanto a su forma.

#### PORCION RADICULAR

Sumamente irregular, normalmente posee dos raíces que se encuentran generalmente fusionadas, puede además existir una raíz suplementaria que corresponde, por lo general

con una cúspide accesoria.

Las raíces pueden ser proporcionalmente menores que las raíces del segundo molar y estar colocadas mucho más juntas, y con frecuencia fusionadas. En ellas se ven irregularidades especialmente en el tercio apical, que se tuercen distalmente en diversos ángulos con el eje longitudinal del diente, esto se debe a menudo al apiñamiento de los dientes en mandíbula y a la falta de espacio suficiente para su desarrollo completo. Por esta misma razón el tercer molar inferior está incluido en el hueso ya sea total o parcialmente.

Las raíces del tercer molar inferior pueden ser:

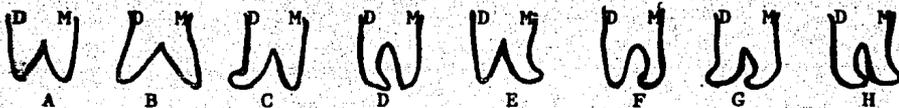
A. Rectas

B. Rectas y divergentes

C y D. Mesial recta y distal curvada hacia distal y mesial respectivamente.

E y F. Distal recta y mesial curvada hacia mesial y distal, -- respectivamente.

G y F. Ambas curvadas solidariamente, hacia distal en G y hacia mesial en H.



Las raíces del tercer molar inferior también pueden ser:

- A. Divergentes y curvadas en sentido de su nombre.
- B. Convergentes y curvadas y sin fusionarse.
- C. Convergentes y curvadas, fusionadas encerrando un amplio septum.
- D. Fusionadas
- E. Convergentes y curvadas, entrecruzadas y desviadas hacia-bucal y lingual.
- F. Con pronunciada cementosis.
- G. Incompletamente formadas
- H. Supernumerarias.



#### RELACION CORONA RAIZ

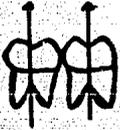
Frecuentemente se encuentra una desviación distal de la raíz, exista o no fusión, de este último caso, la más inclinada es la distal.

#### CLASIFICACION DE INCLUSIONES DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Se puede decir que el tercer molar se clasifica para su estudio en tres formas:

A. POSICION QUE TIENE EL TERCER MOLAR INFEROR CON RELACION AL EJE LONGITUDINAL DEL SEGUNDO MOLAR

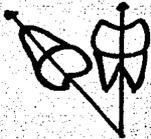
a. Vertical



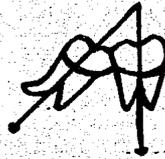
b. Horizontal



c. Invertido



d. Mesioangular



e. Distoangular



f. Linguangular



g. Bucoangular



**B. POSICION DEL TERCER MOLAR INFERIOR CON RELACION A LA RAMA  
ASCENDENTE DE LA MANDIBULA**

**CLASE I:**

Quando existe suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandibula y de la cara distal del segundo molar para dar cavida a la totalidad de la corona del tercer molar (posición a, b y c).

**CLASE II:**

Quando el espacio existente entre la rama ascendente de la mandíbula y la cara distal del segundo molar es menor que la corona del tercer molar (posición a, b y c).

**CLASE III:**

Quando el espacio entre la rama ascendente de la mandibula y la cara distal del segundo molar es muy pequeño que el tercer molar casi en su totalidad se encuentra dentro de la rama ascendente de la mandíbula (posición a, b y c).

**C. PROFUNDIDAD DEL TERCER MOLAR INFERIOR CON RELACION AL HUESO DE LA MANDIBULA**

a) Cuando la cara oclusal del tercer molar inferior incluido se encuentra al mismo nivel o por encima de la superficie oclusal del segundo molar (posición A).

b) Cuando la cara oclusal del tercer molar inferior incluido se encuentra bajo la línea oclusal, aunque encima de la línea cervical del segundo molar (posición B).

c) Cuando la cara oclusal del tercer molar inferior incluido se encuentra al mismo nivel, o por abajo de la línea cervical del segundo molar (posición C).

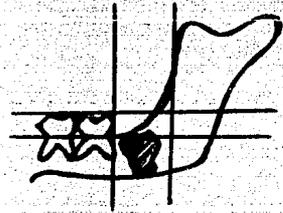
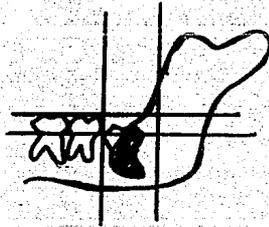
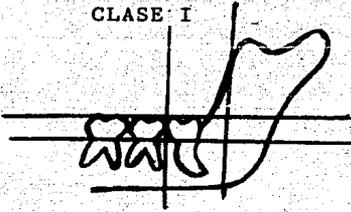
CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS CON RESPECTO A  
LA POSICION Y PROFUNDIDAD DE LA MANDIBULA

PROFUNDIDAD A

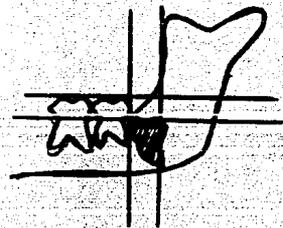
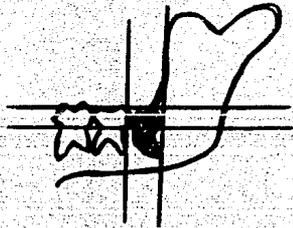
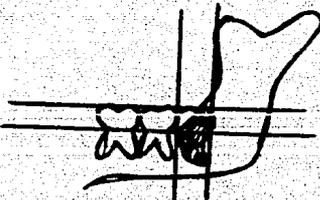
PROFUNDIDAD B

PROFUNDIDAD C

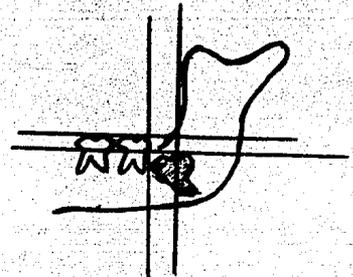
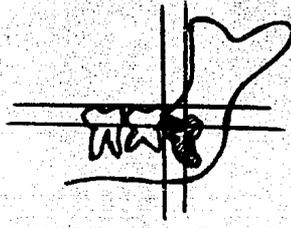
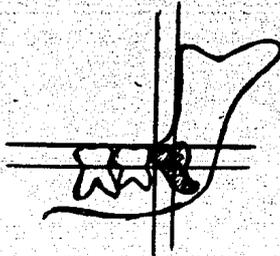
CLASE I



CLASE II



CLASE III



## CAPITULO II

### ETIOLOGIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO

Realmente la causa que origina la inclusión del tercer molar inferior hasta ahora no se sabe con certeza, pero se puede mencionar como complemento, que existen tres teorías que tienen bastante similitud con la realidad según estudios realizados por el Dr. Daniel E. White.

#### TEORIA ORTODONTICA

Debido a que el crecimiento anormal de los maxilares y el movimiento de los dientes en dirección anterior, cualquier interferencia con dicho desarrollo causará inclusión. El hueso denso suele provocar el retraso dental anterior y muchas afecciones patológicas agudas, fiebre, trauma severo, y maloclusión, también la inflamación local de la membrana periodontal puede aumentar la densidad ósea.

La respiración bucal constante también conduce a la contracción de las arcadas y por lo tanto, los dientes que hacen erupción al final carecen de espacio. En ocasiones la pérdida prematura de los dientes deciduos puede provocar falta de desarrollo del maxilar y por consecuencia la mala posición de los dientes permanentes, o ambos, lo que da como

resultado una inclusión.

### TEORIA FILOGENICA

En la actualidad producto de nuestra civilización, es el cambio en nuestra alimentación. De alimentos duros y fibrosos se ha cambiado ha alimentos blandos, como resultado de esta función alterada, el tamaño del maxilar y de la mandíbula ha disminuido.

En muchos casos. El tercer molar ocupa una posición anormal se encuentra mal formado y puede considerarse como un vestigio sin motivo ni función. Además suele faltar por motivos congénitos.

### TEORIA MENDELINA

Es posible que la herencia, tal como la Transmisión de maxilares pequeños de un padre y dientes grandes de otro pueden ser un factor etiológico de bastante consideración en las inclusiones.

Por desgracia las inclusiones no se apegan a un patrón establecido. Varían considerablemente en el grado de inclusión algunos dientes presentan erupción parcial, mientras que otros se encuentran por completo dentro del hueso.

## ACCIDENTES DE ERUPCION O EN EL INTENTO DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO

El tercer molar inferior incluido en su período de erupción busca la manera de emerger a la cavidad oral pero por distintas causas ya mencionadas, (Teorías del Dr. E. White) no logra su propósito de colocarse en la línea de oclusión. Sin embargo, en el momento de la erupción va ocasionando accidentes de diferente índole patológica, dependiendo de la edad, sexo, y raza.

Estos accidentes originados por el tercer molar pueden ser desde un proceso local sin importancia hasta un cuadro patológico tumoral. (Flemón gangrenoso)

Clinicamente pueden clasificarse los accidentes en: Mucosos, nerviosos, celulares, óseos, linfáticos y/o ganglionares y tumorales.

## CAPITULO III

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA ELIMINACION  
DEL TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO

Las indicaciones para la eliminación preventiva de dientes incluidos ha ido aumentando y precisándose, al darse cuenta los dentistas de las ventajas aportadas por la odontología preventiva.

En objetivo de la eliminación preventiva de los dientes incluidos es evitar pérdida de tiempo en la vida productiva, debido al dolor, sufrimiento, infección grave, pérdida de dientes, etc.

En la actualidad se acusa a los dentistas por la atracción exagerada hacia la extracción de terceros molares. De igual forma se criticaba a los médicos por la eliminación de las amígdalas en forma ilimitada, en la actualidad los criterios han cambiado y se extirpan únicamente cuando sea necesario. Claro que no se puede comparar las dos situaciones. Pues conforme aumenta la edad los linfáticos de la faringe sufren el fenómeno de involución mientras que los terceros molares no se achican ni se van, sino que se hace más difícil la extracción.

## INDICACIONES

### DISPARIDAD ENTRE TAMAÑO Y NUMERO DE DIENTES Y TAMAÑO DE LOS MAXILARES

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

En efecto, solo menos del 5% de adultos jóvenes con dentadura completa natural tienen espacio adecuado para la erupción normal de los molares inferiores incluidos. Una inserción gingival alta y una posición distal en la arcada, del tercer molar favorece la aparición de inflamación crónica e infección debido a la imposibilidad de mantener una buena higiene bucal. Y al agravarse la situación y pasar de una inserción gingival alta mínima a la inclusión parcial para llegar a la inclusión ósea completa también aumenta las posibilidades de inserción.

### POR TRATAMIENTO ORTODONTICO

Durante un tratamiento ortodóntico la eliminación de dientes permanentes no erupcionados esta indicada cuando

el ortodoncista considera que la extracción podrá facilitar el tratamiento del paciente.

#### POR DAÑO A LOS DIENTES ADYACENTES

Casi siempre un diente incluido favorece la retención de alimentos y la aparición de caries en el diente vecino. Se han dado casos de dientes incluidos que han destruido el soporte óseo del diente vecino a él. El pronóstico de los segundos molares mejora con la extracción de los terceros molares incluidos; Si se hace en época temprana es mucho más favorable debido a que en pacientes jóvenes la regeneración ósea se lleva a cabo más rápido que en pacientes de edad avanzada.

#### DIENTES INCLUIDOS Y APARATOS DE PROTESIS

Es difícil descubrir dientes incluidos en zonas aparentemente desdentadas.

En ocasiones el mismo paciente se dá cuenta de la presencia de estos dientes, cuando se realiza una comunicación entre el diente y la cavidad oral y por el mismo aparece dolor y tumefacción debido a la infección. Aquí las radiografías oclusales nos ayudan a descubrir los dientes incluidos en zonas adéntulas, cuando se desea construir una prótesis.

Los dientes incluidos asintomáticos, casi siempre esta indicada su extracción cuando quedan debajo de una prótesis.

#### DIENTES INCLUIDOS ASOCIADOS CON TUMORES O QUISTES ODONTOGENOS

La asociación de dientes impactados y quistes, es una indicación para su extracción; pero hay ocasiones en que un diente desplazado por un quiste puede erupcionar normalmente después de eliminar la patología.

#### DIENTES INCLUIDOS CON INFECCION RECURRENTE

Los dientes incluidos parcialmente pueden presentar infecciones repetidas y esto puede ser la primera manifestación de dientes incluidos y no sospechados, y que se pueden encontrar debajo de una prótesis. Pero creo que lo más importante de considerar es la infección de la encía pericoronar, llamada operculitis o pericoronaritis.

#### RESORCION INTERNA O CÁRIES ASOCIADAS CON UN DIENTE INCLUIDO

Siempre que existe caries y resorción tanto interna como externa de un diente incluido, esta indicada la extracción.

Como ya se sabe, para que exista caries el diente

debe estar completamente erupcionado o parcialmente, o que existía una pequeña comunicación con el exterior para que se ponga en contacto con las bacterias; y al asociar inclusión y caries en un diente, inmediatamente se realizará la avulsión del diente. Cuando por el estudio radiográfico se descubre que los microorganismos de la caries no pudieron llegar al diente incluido, y sin embargo, se observa resorción dentro de la pieza, la degeneración es debida a una descalcificación de tipo más generalizado, y de ahí el aspecto carcomido que se observa en la radiografía.

#### DOLOR DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA

Cuando existen dolores atípicos en la articulación temporomandibular, cuello o arcada dental, ó cefaleas sin causa aparente se debe de pensar en un tercer molar incluido ya que se pueda encontrar haciendo presión en el paquete vasculonervioso; y de esta forma esta provocando el dolor difuso. Aquí la extracción es la solución al problema, pero con esto no se puede decir que la extracción de un diente incluido es la solución al problema. Pero si un paso positivo que a menudo resuelve casos inexplicables de dolor de cabeza indefinido.

#### EXTRACCION DE DIENTES INCLUIDOS EN LA PREPARACION PARA IRRADIACION DE LOS MAXILARES Y TEJIDOS VECINOS

Cuando para tratamientos de tumores en cuello y cabeza

es necesario utilizar la radioterapia, se tiene como medio preventivo la extracción de las piezas que se encuentran en la zona y mucho más la pieza incluida. Esto se hace debido a que después del tratamiento radioactivo, las piezas que se vieron como receptores de la radiación, presentan osteo--radionecrosis. Esto desde hace algunos años se había dejado de utilizar, pero experimentos actuales han demostrado que como prevención es excelente.

#### FALTA DE FUNCION COMO INDICACION PARA LA EXTRACCION DE DIENTES INCLUIDOS

Cuando el dentista al hacer el estudio de la cavidad oral del paciente, observa una pieza incluida y determina que esta al erupcionar (si no ha erupcionado), o ya estando erupcionada, no esta apropiada para su función normal o natural, la extracción será necesaria, en caso de no existir ningún otro problema que ponga en peligro la integridad del paciente, como: incapacidad física, problemas sistemáticos, etc.

Por supuesto que lo más pronto posible que se haga la extracción de la pieza, será mucho mejor. Así tenemos que la eliminación de una pieza incluida será más sencillo y menos problematica en un adolescente que en un adulto, debido a que en el adolescente va a existir hueso menos duro y el proceso de cicatrización es más rápido en el adolescente que

en el adulto.

## CONTRAINDICACIONES

### POSIBLE LESION DE LAS ESTRUCTURAS ADYACENTES

Cuando un diente incluido asintomático, nos puede llevar con su extracción a la pérdida del diente adyacente, debe dejarse. Pero ya se sabe que es difícil, sino imposible saber valorar el daño que ocasionará la eliminación de un diente incluido sobre los tejidos circundantes. Específicamente el paquete vasculonervioso del conducto dental inferior y el nervio lingual, que son zonas donde pueden ocurrir lesiones del tejido blando.

Se ha comprobado que existe aproximadamente 1 x 100 de los pacientes que sufren trastornos sensitivos transitorios de duración variable después de la eliminación de tercercos molares inferiores incluidos. Se han dado casos en pacientes con lesiones que les han durado semanas y hasta meses.

De lo que a trastornos neurosensitivos durante bastante tiempo, quizá el índice sea más bajo. Las parestesias prolongadas ocurren más tiempo o más frecuentemente en los casos difíciles de inclusión. Los casos de anestesia y parestesia prolongadas de los labios consecutivos a fracturas mandibulares con relación al paquete vasculonervioso son sumamente raros.

Por lo general, el cirujano dentista no considera una contraindicación a la extracción de dientes incluidos, la parestesia potencial postoperatoria de labios, mejillas, encías, dientes o lengua; pero debe considerarse como una complicación posible, y es recomendable advertir al paciente antes de la intervención, a fin de disminuir su ansiedad en caso de ocurrir tal percance.

#### ESTADO FISICO COMPROMETIDO COMO CONTRAINDICACION A LA ELIMINACION DE DIENTES INCLUIDOS

El estado físico del paciente es de tomarse en cuenta cuando se piensa extraer un diente incluido. Por ejemplo, en pacientes con problemas cardiovasculares graves, o antecedentes de infarto grave o reciente del miocardio, no deben ser sometidos a las tensiones que una intervención quirúrgica produce, si esta puede evitarse.

En la mayoría de los casos la infección de un diente incluido puede ser mitigada temporalmente por la administración de antibióticos y analgésicos. En si se hace un tratamiento médico para disminuir la sintomatología aguda sin eliminar la causa patológica bucal.

## DIENTES INCLUIDOS TOTALMENTE ASINTOMATICOS EN PACIENTES DE EDAD

Cuando el C.D. durante un examen descubre (en un paciente de edad), un diente incluido cubierto por hueso, y con pocas probabilidades de causar problemas de quistes, y en el paciente no se tiene o provee la necesidad de una prótesis en un futuro, el diente debe de dejarse, y hacerle revisión radiográfica periódica. Puesto que no se debe de traumatizar hueso y tejidos blandos o someter a un enfermo a los riesgos que ocasiona la anestesia y mucho menos en pacientes de edad avanzada.

Es preciso evaluar la relación riesgo-ventajas, antes de programar la eliminación de un diente incluido.

En lo que a riesgos se refiere, tenemos la edad y el estado fisiológico del paciente. Un joven tendrá más ventaja en tolerar la extracción, en el proceso de cicatrización y regeneración del hueso más completa, en relación a un paciente de edad avanzada.

En lo que a ventajas; se tendrá que evaluar sobre las condiciones que presenta el diente incluido, así tendremos si hay dolor, tumefacción e infección, y la indicación más correcta sería la extracción.

En la actualidad, con los logros de la anestesia, control del dolor y técnicas quirúrgicas más adecuadas, es posible obtener resultados más positivos en la extracción de piezas incluidas.

## CAPITULO IV DIAGNOSTICO

El diagnóstico, puede establecerse sin motivo a equivocarse, con la ayuda de la historia clínica y el estudio radiográfico, puesto que con la auscultación clínica de la zona se podrá determinar aspectos puramente clínicos, pero si los dientes no pueden ser observados clínicamente, la información precisa se derivará del estudio radiográfico de la zona a operar.

### HISTORIA CLINICA

Es básico recabar todos los datos de importancia con respecto a la vida personal y funcionamiento de aparatos y sistemas de nuestro paciente, así tendremos:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Edo. Civil:

Dirección:

Teléfono:

Origen:

Ocupación:

Anamnesis:

## ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

"	Luéticos	(+) (-)
"	Fímicos	(+) (-)
"	Diatésicos	(+) (-)
"	Alérgicos	(+) (-)
"	Hemorrágicos	(+) (-)
"	Hemofílicos	(+) (-)

Intervenciones quirúrgicas anteriores:

Antecedentes personales no patológicos:

Antecedentes personales patológicos:

Aparatos y sistemas:

APARATOS:     Respiratorio  
                   Digestivo  
                   Cardiovascular  
                   Genito-urinario

SISTEMAS:     Nervioso Central  
                   Endócrino

PLAN DE TRATAMIENTO

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Debe obtenerse información para elegir la técnica

quirúrgica adecuada. En muchos casos la radiografía es el medio de averiguar la existencia de dientes mal colocados. Aunque el diente sea visible por estar en erupción parcial, el examen radiográfico es indispensable.

Es la base para la clasificación de inclusiones del tercer molar inferior y el medio de reconocer las complicaciones como quistes, osteitis u odontomas, sirve para descubrir la forma de las raíces, que con frecuencia están muy curvadas y las relaciones del tercer molar con las estructuras vecinas, como son los tabiques alveolares, relaciones con el seno, y tuberosidad, así como con el segundo molar. La radiografía debe mostrar todo el contorno del molar.

Esto generalmente puede conseguirse con la película dental común, si se coloca suficientemente atrás en la boca cuando se hace la exposición.

Cuando existe inflamación o trismus, o si el diente está en una posición poco común, las radiografías extraorales dan mejor resultado. El espacio radiopaco que se encuentra normalmente ocupado por los restos del órgano del esmalte y el folículo dental no debe tomarse por infección. Este espacio varía de tamaño, es más amplio en los pacientes jóvenes y con los años se hace más pequeño.

El examen radiográfico periódico permite estudiar los cambios de posición del molar durante su desarrollo, un tercer molar que aparece mal colocado en las primeras etapas de su formación, más tarde puede tomar su posición correcta en el arco, si el maxilar se desarrolla normalmente. Sin embargo, con frecuencia ocurre lo contrario. La suspensión del desarrollo puede hacer que una corona bien colocada adquiera mala posición unos cuantos años después cuando las raíces se han formado completamente.

Ya se ha dicho que el examen radiográfico es indispensable en la extracción del tercer molar. El estudio de la forma y dirección radicular, la disposición y relación del alveolo son fundamentales.

LOS PUNTOS A INVESTIGAR EN EL EXAMEN RADIOGRAFICO SON LOS SIGUIENTES:

1. Estado de la corona, integridad de la cara mesial.
2. Estado de la corona del segundo molar, integridad de la cara distal.
3. Forma disposición y número de las raíces del tercer molar.
4. Forma del séptum interradicular.
5. Espesor, altura y disposición del tabique distal del alveolo.
6. Relación de la rama montante con la corona distal del

**3er. molar.**

7. Forma, espesor, altura y disposición del tabique interdentario.
8. Grado de contacto del tercer molar y el segundo molar.
9. Forma y disposición de las raíces del segundo molar.

**EVALUACION PREOPERATORIA**

Antes de proceder a la eliminación de un diente incluido difícil, es absolutamente indispensable que el cirujano dentista haga una evaluación exacta del caso, establezca un diagnóstico preciso, celebre las consultas necesarias e informe explícitamente al paciente de su estado. Solo así serán salvaguardados y realizados los intereses del paciente y de la profesión.

El primer paso para prevenir un problema posterior a la avulsión del diente incluido, es tener al día el archivo de los expedientes, el cual debe incluir la historia clínica (médica y dental) detallada, y un examen físico, y radiográfico minucioso. En algunas ocasiones el dentista consultará al médico general del paciente para obtener datos o confirmar sospechas nacidas del reconocimiento. Con esta serie de datos; el C.D. sabrá como actuar, que tipo de anestesia utilizar, si se va a modificar o no algún tratamiento que este llevando el paciente, etc. Muchas veces los tratamientos ortodónticos,

protésicos, parodontales, influyen en el procedimiento quirúrgico utilizado para eliminar el diente incluido.

Es necesario hacer marcar que el examen radiográfico de la región del tercer molar inferior, proporciona un conjunto de detalles de gran utilidad desde el punto de vista anatómico y quirúrgico. Y en base a esto desglosaremos la anatomía alveolar del tercer molar inferior; dado que el Cirujano Dentista antes de hacer la intervención ya debe estar familiarizado con la zona a intervenir.

#### ANATOMIA ALVEOLAR DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Se puede observar radiográficamente el tercer molar completamente erupcionado y en relación con el segundo con la rama del maxilar inferior y con el conducto dentario, el cual se identifica por los dos trazos que se están dando por la cortical del conducto encierra una zona radio-lúcida que es la traducción de la luz del conducto.

El tercer molar puede presentarse erupcionado o incluido, es posible observar el saco pericoronario o elementos patológicos ubicados en parte distal del tercer molar, es necesario individualizar concretamente los distintos elementos anatómicos a nivel del tercer molar inferior estos elementos son: el borde anterior del maxilar, la línea oblicua externa,

la cresta temporal, la línea milohioidea y el hueso pericoronario que son el nombre del hueso mesial, bucal, distal, lingual, y oclusal, cubre o rodea parcial o totalmente al tercer molar inferior. Tales elementos no son siempre bien diferenciables, porque se suponen entre sí, están a veces cubiertos por la imagen dentaria o realmente son poco visibles.

En la anatomía del alveolo del tercer molar inferior irregular como las raíces que en él están implantadas, deben ser estudiadas su estructura y la relación de las caras proximales y la vecindad con el conducto dentario inferior.

#### ESTRUCTURA

Formado por tejido compacto y rodeando un tejido esponjoso, el alveolo, del tercer molar inferior puede estar ubicado dentro del plano de las tablas externas e interna por lo común, el alveolo del tercer molar está colocado dentro del plano de la tabla lingual haciendo el alveolo la proyección sobre el suelo de la boca, disponiéndose a modo de balcón.

La tabla interna en estas condiciones es siempre muy delgada, papirácea en algunos casos, haciendo las raíces relieve sobre la cara interna del maxilar, o estando en algunas ocasiones perforando la tabla y las raíces en íntimo contacto con el periostio.

La tabla externa a nivel del tercer molar siempre es ancha, espesa resistente y sólida. La osteotomía resulta con frecuencia dificultosa. La cara mesial del alveolo está constituida por un tabique de espesor variable, que va aumentando gradualmente desde el borde libre a la región basal.

En este borde libre, agudo o truncado, se apoyan los instrumentos destinados a la extracción del molar, la cara distal del alveolo, en los molares normalmente erupcionados, está formado por la porción ósea que la separa del borde anterior de la rama montante. Su nivel alcanza la altura del cuello del tercer molar, la parte distal del alveolo esta cubierta por la mucosa gingival. El séptum en su porción ósea interradicular varía de forma y espesor, de acuerdo con la disposición radicular.

Exiguo e inexistente en caso de raíces próximas o fusionadas es amplio y sólido en los molares en raíces considerablemente abiertas. En general el séptum es espeso.

#### RELACIONES DEL ALVEOLO DEL TERCER MOLAR CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR

APRIL la clasifica en cuatro tiempos:

a) El más frecuente. El conducto corre muy vecino

a los ápices, separado de estas últimas por una exigua cantidad de tejido óseo (compacta interna del alvéolo y compacta del conducto)

b) El menos frecuente. Existe un amplio espacio entre los ápices y el conducto.

c) Raro. Los ápices del molar se introducen en la luz del conducto.

d) El conducto dentario está situado en los lados bucal y lingual.

#### PREMEDICACION Y ANESTESIA

Las distintas maniobras que la cirugía emplea para el tratamiento de las afecciones, provocan dolor. La supresión de este dolor, es una de las más grandes conquistas de la humanidad, se logra gracias al empleo de la anestesia término que se usa correctamente para designar este procedimiento, pero que en realida debe tener distintas ascepciones; anestesia que es el método que permite la pérdida total de la sensibilidad, analgesia, que es la supresión del dolor conservando la conciencia.

## AGENTES ANTICOLINERGICOS

El uso de agentes anticolinérgicos está indicado en pacientes con salivación excesiva y que nos pueden producir un laringoespasma. Hay que tomar en cuenta que este tipo de bloqueador salival también aumenta la frecuencia cardiaca y podría ser nocivo en algunos pacientes, cabe mencionar que la gran mayoría de los pacientes son apresivos, por lo cual su ritmo cardiaco viene alterado.

Dentro de los medicamentos anticolinérgicos tenemos el Brevital (metoxita) que también provoca taquicardia importante.

La escopolamina, es un buen agente anticolinérgico. Su efecto sedante sobre el sistema nervioso central hace que sea la premedicación sea ideal.

Con la introducción del diacepam y narcóticos de acción corta (sublimaze) en el mercado; muchos C.D. confían mucho más en estos que en la anestesia general puesto que al menos el Diacepam por vía intravenosa elimina la aprensión y el miedo del paciente.

Pero a los pacientes que se les ha administrado este tipo de narcótico se les debe de vigilar de cerca y de la

misma forma que a los inconcientes. La presión arterial debe tomarse cada 4 o 5 minutos, para revelar los cambios que ocurren con la frecuencia o en el ritmo cardiaco.

Es necesario que los pacientes se encuentren en ayunas 6 horas antes de administrar los sedantes, puesto que ha habido casos en pacientes que se les ha pasado alimentos a la traquea, y esto representa un peligro potencial.

Cuando se haga la administración del sedante y la anestesia, se debe de respetar la posición del sillón y del paciente sobre de éste. Así tenemos que si el paciente está con los pies colgando del sillón, aumenta el flujo sanguíneo en las piernas y contrarresta la disminución en la resistencia periférica.

En lo que al anestésico propiamente dicho, tenemos que en la cirugía hay varios tipos de anestesia: local, regional y general; siendo la más frecuente y la más usada en la odontología la regional.

Para la mandíbula tenemos el bloqueo mandibular (en la espina despix) y la mentoniana.

## BLOQUEO MANDIBULAR

Este bloqueo es el más exitoso y se realiza en la rama alveolar o dentaria inferior del nervio mandibular en la mitad de la rama ascendente de la mandíbula, en la región del conducto dentario inferior.

Es la técnica de elección para los procedimientos dentales, sobre todo la anestesia del tercer molar inferior.

La inyección supraperióstica en esta región, no resulta del todo satisfactoria, puesto que la mandíbula es una estructura ósea a través de la cual no puede difundirse libremente la solución anestésica.

Los nervios mandibulares se anestesian más fácilmente por medio del bloqueo del nervio, precisamente en el punto donde penetra al canal alveolar inferior, se produce un bloqueo afectivo de este nervio y de sus ramificaciones mentonianas incisivas y linguales, depositando la solución anestésica en la proximidad inmediata del nervio inferior.

Cuando el anestésico se pone en contacto estrecho con el nervio dentario inferior, la solución penetra rápidamente a la vaina del tronco nervioso y bloquea los millares de fibras nerviosas para suministrar a la pulpa una anestesia

profunda y duradera (de 90 minutos) en todos los dientes que reciben ramificaciones del nervio. La anestesia de los tejidos blandos es más corta aunque no se produce tan marcadamente como la anestesia por infiltración.

Los puntos de referencia para la inyección del tercer molar inferior y dientes contiguos, son: el margen anterior de la rama ascendente de la mandíbula, línea milohioidea ú oblicua interna, el diente canino y primer premolar del lado opuesto a inyectar, un punto imaginario a un centímetro sobre la superficie triturante del último molar en el lado de inyectarse sobre la rama de la mandíbula sobre la espina de Spix.

Se coloca el dedo índice de la mano izquierda, se palpa la zona ya descrita y se introduce la aguja hacia adentro y hacia atrás, depositando el anestésico desde que se introduce la aguja en la zona.

Siempre es recomendable reforzar la zona del tercer molar con puntos locales uno en vestibular y otro por lingual.

En términos generales, es una operación de cirugía oral y se propone abrir la encía, llegar hasta el hueso, practicar una ventana en él y por esta ventana eliminar el tercer molar. Conseguido el objeto, se vuelven los tejidos a su sitio normal, dando por terminada la intervención.

CAPITULO V  
INSTRUMENTAL Y MATERIAL UTILIZADOS PARA LA ELIMINACION DEL  
TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO

Para la extracción de un tercer molar inferior incluido se deberá contar con instrumentos para tejidos blandos y duros.

INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS BLANDOS

BISTURI

En nuestra cirugía bucal se usa comunmente un bisturí de hoja corta, este instrumento consta de un mango y una hoja, ésta hoja puede tener distintas formas y tamaños. En nuestra práctica de cirugía de terceros molares, preferimos el bisturí de Bard-Parker con hoja del número 15.

TIJERAS

Se les emplea para seccionar lenguetas y festones gingivales y trozos de encía, también pueden utilizarse para seccionar bridas fibrosos y trozos de colgajo, además de cortar la mucosa cuando existe periconitis. Dichas tijeras pueden ser rectas o curvas.

### PINZAS DE DISECCION

Nos ayudan en la preparación de colgajos y en otras maniobras el cirujano puede valerse de las pinzas de disección dentadas para tomar la fibro mucosa sin lastimarla o las pinzas de diente de ratón, o las pinzas de Kocher, las cuales desempeñan un papel muy similar.

### TERMOCAUTERIO

Es utilizado para seccionar tejidos gingivales, pudiendo incidir abscesos o destruir los capuchones que cubren el tercer molar, también para inhibir hemorragias.

### LEGRA O SEPARADOR DE PERIOSTIO

Sirve para el desprendimiento y separación de la fibromucosa, primeramente incidida por el bisturí.

### JERINGAS Y AGUJAS

Estas deben ser de tipo estandar, de fácil manejo para el cirujano, por lo general, se trabaja con jeringas Carpula con adaptación corta, e indistintamente con aguja corta o larga desechable. Las agujas pueden ser de distintos calibres, los seleccionará el cirujano de acuerdo a su técnica

de bloqueo.

#### SEPARADOR O RETRACTOR LINGUAL

Son necesarios para mantener apartados los labios y la lengua y de este modo no herirlos. Generalmente estos separadores y retractores son sostenidos por el operador para facilitar las maniobras del cirujano, se debe tener cuidado para no jalar fuertemente el labio y la lengua del paciente porque se puede provocar un lenfoedema postoperatorio.

#### PINZAS DE KOCHER

Estas pinzas estan destinadas en cirugia para hacer hemostásis sirve para comprimir una vena o arteria que ha sido seccionada.

#### TIJERAS PARA SUTURA

Estas tijeras son diseñadas especialmente para cortar la sutura.

#### PORTA-AGUJAS

Este instrumento es una pinza que toma a la aguja en el sentido de su superficie plana y la guía en todos sus

movimientos.

## INSTRUMENTOS PARA TEJIDOS DUROS

### ESCOPLO Y MARTILLO

Se utilizan para resecar el hueso que cubre el objeto de la intervención, o sea la tabla externa en la extracción del tercer molar incluido. Los escoplos se emplean para seccionar dientes en las maniobras llamadas de odontosección.

### ALVEOLOTOMO

Sirve para realizar la resección de hueso (osteotomía) estas pinzas pueden ser rectas o curvas, actúan extrayendo el hueso por mordiscos.

### CUCHARILLA DE LUCAS

Esta cucharilla nos va a servir para curetear y raspar el hueso ya realizada la extracción, también elimina colecciones patológicas.

### JUEGO DE ELEVADORES

Estos nos sirven para la luxación de la pinza dental.

por medio de movimientos de palanca.

#### FRESAS QUIRURGICAS

La fresa en si puede sacar el hueso o abrir camino a otros instrumentos, pueden usarse las fresas comunes, estas pueden ser redondas del número 5 al 8, de fisura del 560, Siendo mucho más útiles las fresas de Schamberg y Aliport.

#### LIMA PARA HUESO

Nos va a servir para eliminar las crestas óseas después de la extracción del molar, o cualquier otra pieza.

#### FORCEP Y RAIGONERA

Cuando la corona se encuentra expuesta clinicamente podemos utilizar el forcep número 210 y el 105 para realizar la extracción. La raigonera universal también nos puede ser útil cuando falta por extraer una raíz.

#### MATERIAL QUIRURGICO

#### CAMPO QUIRURGICO O LIENSOS DE CAMPO

Deben de estar estériles, estos nos van a proporcionar

un campo de trabajo estéril, cubriendo los ojos del paciente y reduciendo así el traumatismo psicológico del paciente.

#### BATA QUIRURGICA, PIJAMA, BOTAS, CUBRE CABEZA Y BOCA, GUANTES

Nos sirve para proporcionar protección a nuestro paciente y para protegernos de contaminantes.

#### GAZAS ESTERILES

Se colocan compresas entre los incisivos inferiores y debajo de la lengua, para evitar el exceso de saliva, sangre y fragmentos de hueso en la garganta del paciente, estas compresas o gazas deben estar estériles.

#### AGUJAS Y SUTURA

Actualmente ya viene unida la aguja a la sutura, la aguja puede ser corta o larga atraumática, curva o recta y el material de sutura puede ser Catgut, seda, lino, nylon, crin, etc. El más usado es el catgut y el dermalon, se les emplea para ligar vasos seccionados, o como simple elemento de sutura, pudiendo usar en planos profundos. El hilo de seda se usa para planos superficiales y la seda más usada para suturar los colgajos y cerrar la herida es la de 000.

**JERINGAS DE 10 ml DESECHABLES**

Estas nos van a servir para irrigar con suero fisiológico el hueso mientras se desgasta este con la fresa.

**SUERO FISIOLOGICO**

Nos sirve para irrigar el hueso cuando se este desgastando. Con la fresa quirurgica y para eliminar espículas del alveolo.

CAPITULO VI  
TECNICAS PARA LA ELIMINACION  
DEL TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO

Para establecer la técnica quirúrgica a emplear, se deben tener en consideración varios aspectos, como son: Historia clínica, estudio radiográfico, instrumental quirúrgico específico, anestesia, y profilaxis general. una vez evaluado todos estos aspectos se procederá a la intervención quirúrgica.

Debido a que las inclusiones no siguen un patrón exclusivo o determinado no se puede realizar la misma técnica quirúrgica para cada caso de tercer molar inferior incluido. Por lo tanto, se procederá de acuerdo al tipo de inclusión que se nos presente o a la clasificación que este molar corresponda.

Según Gustavo O. Kruger; entre las técnicas quirúrgicas más comunes a emplear son:

**INCLUSION MESIOANGULAR**

Ya establecida la anestesia y campos operatorios se procederá a colocar una compresa en la boca para realizar el aislamiento operatorio. Se tendrá otra compresa para secar

las membranas bucales expuestas.

Se palpará la zona y se calculará el umbral del anestésico, una vez confirmada la anestesia de la zona, se hará la incisión en los tejidos distales del segundo molar, esta se hace con el bisturí de Bard-Parker. (hoja No. 15).

La incisión debe hacerse de una sola intención hasta llegar al hueso o de la cara dentaria incluida. se debe de considerar el grosor que tiene en su rama vertical el maxilar inferior puesto que una incisión distal recta puede lesionar estructuras anatómicas importantes para evitar esto se realiza la incisión por bucal. La inclusión se continúa hacia abajo y adelante hasta los tejidos bucales sobre la raíz mesial del segundo molar; otro tipo de incisión que se considera ideal por que es menos traumático en el postoperatorio, es principiendo la incisión en la parte más alta de la cresta distal, por detrás de la cara distal del segundo molar, esta se continúa hasta llegar a la cara distal del segundo molar y festoneando la encia en su adaptación al cuello del segundo y primer molar específicamente hasta la raíz mesial del primero. Posteriormente se procede a desprender el colgajo con una legra o periostotomo, el cual se coloca entre los labios de la incisión y con movimientos suaves de lateralidad y de giro se desprende el labio bucal de la incisión en toda la extensión hasta llegar al primer molar inferior. Una vez

desprendido el colgajo se colocan los separadores y se seca con gaza la sangre para observar el hueso expuesto.

Al quedar el hueso expuesto se procede a la ostectomía u osisección propiamente dicha, esta consiste en reseca la cantidad necesaria de hueso que cubre al molar incluido, para esto nos valemos de la radiografía y una vez localizado el diente se perfora con fresas quirúrgicas redondas el hueso a la altura de la corona, se evitará el sobre calentamiento con irrigación de suero fisiológico, para mayor velocidad se hacen perforaciones en forma triangular y después se unen con una fresa quirúrgica de fisura y se elimina el hueso con una cureta.

Quedara expuesta la corona y parte de la raíz, se irriga y seca con gaza para obtener visibilidad. posteriormente se realiza la odontosección cortando transversalmente la corona, seccionada esta se eliminará con un elevador recto o un elevador de Krogh. (punta de lanza).

Para la eliminación de las raíces, se coloca en la bifurcación un elevador de bandera o de winter largo No. 14, apoyandose en la placa cortical bucal y haciendo movimientos de tracción se expulsan las raíces del alveolo.

Se procederá con una cucharilla de Lucas a realizar

el curetaje para eliminar fragmentos óseos y restos de tejidos blandos. Se lavara perfectamente con suero fisiológico y se procederá a limar las espículas y a realizar la gingivo plastia de los labios de la herida. Por último se curetea con cuidado el fondo del alveolo para no dañar el nervio dentario inferior y el paquete vasculo nervioso. Limpia la cavidad se procede con el cierre de esta se sutura con catgut 000 y aguja cortante redonda de 12.5 mm.

Generalmente se utilizan puntos separados pero aqui el criterio del cirujano dentista es el que cuenta. No se dejará drenage.

#### INCLUSION HORIZONTAL

La incisión será la misma que en el anterior.

El corte óseo será vertical y profundo, casi se extenderá hasta el nivel de la punta del segundo molar. Se realiza la osteosección y se expondrá la pieza a eliminar. La corona se secciona con fresa quirúrgica redonda, a la altura del cuello. se elimina con elevador recto y apollado en uno de bandera. Si hay suficiente espacio para utilizar un elevador, se hará con la fresa quirúrgica sobre el resto de las raíces y así apoyar el elevador y eliminarlas. Otra variante será seccionarlas en dos y eliminarlas en dos porciones el elevador

será del No. 14. Eliminada la última porción del diente se debridará la cavidad cuidadosamente y se hará el cierre de esta.

#### INCLUSION VERTICAL

Este tipo de inclusión es de los más difíciles de resolver debido a que entre el segundo molar y el tercer molar incluido, no hay punto de apoyo para el instrumento con que se hará la abulsión.

Se realiza la incisión vertical se levanta el colgajo, se expone hueso. Aquí se elimina hueso que se encuentra sobre la corona del diente incluido vertical y además se elimina hueso hasta exponer la corona del diente, esto es válido en dientes que se encuentran a penas limitados al exterior del hueso.

Se hace un corte vertical sobre la corona y se elimina esta porción, con un elevador de punta de lanza o un No. 14, se elimina el resto, apoyandose en la bifurcación y haciendo presión hacia arriba, se extraerá la otra porción.

#### INCLUSION DISTOANGULAR

En este tipo de inclusión, la corona queda situada

en la región más lejos del segundo molar. Se eleva un colgajo mucoperióstico y se hacen los cortes óseos vertical y horizontal, se expone el molar y se secciona verticalmente con fresas quirúrgicas, se elimina la corona hasta la raíz; se corta el diente con un elevador no. 14 y si se dificulta la abulsión se odontosecciona la raíz y se extraen las porciones radiculares en forma independiente.

Cabé recordar que la fuerza hecha en la extracción de las piezas incluidas debe ser controlada y mínima para evitar accidentes graves.

Pero con excepciones en dientes que hay que utilizar mayor fuerza.

El hueso excesivamente traumatizado hay que eliminarlo ya sea con cincel, fresa quirúrgica y alveolotomo y practicar la regularización ósea con una lima para hueso.

Para evitar el desgarre de tejido más allá de la incisión hay que poner un punto de sutura en el principio de la incisión realizada sobre la cresta alveolar.

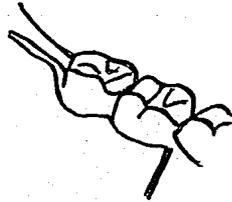
TIPO DE INCISION PARA CUALQUIER INCLUSION DE  
TERCEROS MOLARES INFERIORES

INCISION INICIAL

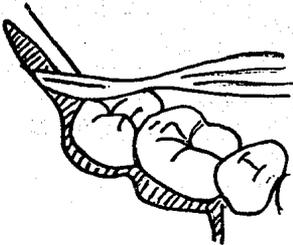
Hasta la cara distal del 2º M.I.



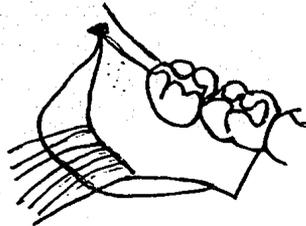
FESTONEADO Y PROLONGACION DE LA  
INCISION PRIMARIA



DESPRENDIMIENTO DEL  
COLGAJO (LEGRA)



SEPARACION DEL COLGAJO ZONA QUI  
RURGICA VISIBLE (Punto de Sutura,  
evita desgarro).



## CAPITULO VII

### INDICACIONES Y CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Al postoperatorio debe de darsele la importancia que se merece, ya que la vigilancia, cuidado y tratamiento de la herida del paciente puede modificar y mejorar los inconvenientes causados por la intervención quirúrgica; pero si esta se descuida la recuperación puede ser prolongada y complicarse.

Así tenemos que una vez terminada la intervención se le explicará al paciente que tendrá molestias, falta de movimiento, e inflamación y si esta es excesiva se le recomienda al paciente que regrese al consultorio para su atención.

#### CUIDADO DE LA HERIDA

Una vez terminada la intervención quirúrgica, se procede a limpiar la sangre, saliva, y restos de espículas que hayan quedado en la herida y esto se realiza por medio de irrigación de suero fisiológico, o agua bidestilada.

Normalmente la herida no necesita terapéutica ya que esta evoluciona favorablemente, siempre y cuando el alveolo que sangre forme coágulo y de esta manera tiene una mejor

defensa contra la infección y los dolores.

Se citará al paciente al cuarto o quinto día de la intervención para retirar los puntos de sutura; previamente realizada la limpieza en la zona de los puntos de sutura con una torunda empapada de merthiolate.

Se le recomienda al paciente que trate de evitar el empaquetamiento o acumulación de alimentos en la herida, tocarse con los dedos u objetos duros para evitar infecciones, también se le sugiere enjuagues de agua hervida y tibia con sal o de 50% de agua oxigenada y 50% de agua natural hervida; con el fin de evitar el cambio del P.H.

Se le indica al paciente hacer enjuagues con antisépticos bucales tales como Amossan, Isodine bucofaringeo, Listerine etc.

#### DIETA

Debido a que el paciente se encuentra traumatizado o impedido en sus movimientos normales de apertura y cierre se le establece dieta líquida, tibia o fría durante los dos primeros días así se evita lastimar la herida con el rose de los alimentos.

Durante los tres próximos días se le da dieta blanda, tales como, papillas y pures y se le prohíbe comidas grasosas e irritantes.

#### MEDICACION

Ya terminado el proceso operatorio se procede a la medicación y es conveniente hacer las indicaciones por escrito para que no las olvide el paciente.

Terapia física: Se le pide al paciente que se aplique compresas frías en la zona operada, de 5 a 10 minutos cada hora durante las primeras doce horas. (Para evitar quemarse la piel se le sugiere al paciente untar crema o vaselina que tiene la función de aislar la región que queda en contacto con el hielo.).

Al día siguiente debe aplicarse compresas tibias o calientes en la zona edematizada, estos dos pasos físicos son con el fin de evitar el proceso inflamatorio.

Recetar analgesicos por vía oral: Prodolina, aspirina, ASA 500, o cualquier derivado del ácido acetil-salicílico o en caso de dolor más severo se recetará cualquier derivado de las pirasolonas.

**Antiinflamatorios:** Se recetará cualquier derivado de la papaína o la ananasa (tripsina y quimiotripsina) cada 8 horas. Flanax, Naproxen, Mecoten. Cuando la inflamación es demasiado severa se puede recurrir con mucho cuidado a los corticoesteroides, 2ml cada 24 horas (Alin, Dexametazona, Flevocortid)

**Antibióticos:** En caso de un posible proceso infeccioso se recetará lo siguiente, Pemprocilina, 8,00 000, - - - 1,000 000 1,200 000 cada 12 y 24 horas, 10 inyecciones vía intramuscular, también se puede utilizar la ampicilina asociada con un antiinflamatorio cada 8 hrs Tromasin- ampicilina. En caso de que el paciente sea alérgico a la penicilina se le recetará Eritromicina cada 8 hrs. en capsulas de 500 ml gramos.

**Relajantes:** En caso de que la intervención haya sido bastante larga se le mandará un relajante muscular cualquier relajante del metocarbamol, Robaxin, Robaxisal, Robaxifen cada 8 hrs.

Antes de que el paciente salga del consultorio debe de ir completamente restablecido, también se le debe de anotar su próxima cita, que en caso de no haber complicaciones será de 4 a 5 días posteriores a la intervención. Y anotarle el teléfono particular en caso de una urgencia.

CAPITULO VIII  
COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA EXTRACCION DEL TERCER  
MOLAR INFERIOR INCLUIDO

Sin lugar a duda las complicaciones se presentan duante el transoperatorio y el postoperatorio.

Se entiende por transoperatorio al conjunto de manio-  
bras que se realizan durante la operación de cualquier zona  
anatómica.

Se debe de utilizar el instrumental adecuado para  
no ocasionar daños a tejidos blandos y duros, así como la  
aplicación de técnicas adecuadas de la anestesia.

Los problemas más comunes que ocurren durante el  
acto quirúrgico son: LESION DEL NERVIO DENTARIO INFERIOR.

Esto puede ocasionarse por una punción muy profunda  
y una mala técnica.

DESGARRE DE TEJIDOS

Se ocasiona por una aguja en malas condiciones, como  
por ejemplo que la aguja se encuentre achatada de su vicel.

#### ROTURA DE LA AGUJA DENTRO DE LA ZONA DE PUNCION

Es debido a una presión excesiva por parte del odontólogo o por un movimiento brusco del paciente.

#### DEPOSITAR ANESTESICO DENTRO DE UN VASO

Para evitar esta complicación se debe de utilizar una jeringa con arpón que se introduce en el tapón del cartucho del anestésico aspirando antes de la filtración el anestésico.

#### SINCOPE REFLEJO

Este puede ser desencadenado por un elemento emocional; ansiedad, aprensión ante la visión de los instrumentos, opresión debida al calor y a la insuficiencia de ventilación de la sala de espera falta de amabilidad del C.D., depresión moral, fatiga por una sección demasiado larga, y por la punción de una aguja.

#### SINCOPE POR ASFIXIA

Puede ocasionarse por la obstrucción mecánica de las vías respiratorias (algún instrumento, algodón, gasas o algún anestésico anoxiante) Protoxido de hidrógeno).

## ANAFILAXIA

Puede sobrevenir por la introducción parenteral de medicamentos tales como novocaina, anestocaina, sulfamidas, penicilina, etc. que desencadenan una función antígeno-anticuerpo.

## FRACTURAS

Estas se originan por la aplicación de una fuerza excesiva y de movimientos de palanca con el forcep o elevadores mal apoyados. Estas fracturas pueden ser de la rama ascendente de la mandíbula, del condilo, o de piezas dentales adyacentes.

## LUXACION DE LA ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR

Generalmente se originan por la fuerza excesiva aplicada en la mandíbula que no esta debidamente sujeta.

Se entiende por postoperatorio al conjunto de maniobras que se realizan después de la intervención, con el objeto de mantener los fines logrados de la operación y reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico.

Esta fase es la más importante de nuestro trabajo, ya que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente una

vez terminada la operación puede acelerar el restablecimiento de la salud del paciente y si esta fase se descuida puede modificar el pronóstico favorable de la intervención.

Dentro de los problemas que pueden surgir dentro del postoperatorio son:

#### HEMORRAGIAS

Si después de la intervención existe sangrado excesivo esta se podrá cohibir con puntos de sutura, por compresión mecánica o taponamiento con gasas, con sustancias químicas, estas se colocan impregnadas en una gasa (trombina, tromboplastina, adrenalina, percloruro de hierro etc.) también se puede tratar de controlar las hemorragias con materiales de relleno como son el gelfoam y el oxichel. Otro método es usando el termocauterio.

Si a pesar de estos métodos continua la hemorragia se aplicará vitamina K por vía intravenosa o intramuscular.

#### EDEMAS (MORETONES)

Estos generalmente aparecen en compañía de inflamación y se caracterizan por una zona violacea verdosa de muy mal aspecto ocasionada por la punción de vasos, desaparece en

un término de 8 a 15 días.

#### PARALISIS FACIAL

Estos se manifiestan cuando el proceso inflamatorio y cicatrización han terminado y el paciente reporta la pérdida de sensibilidad, es común en estos casos que debido a la acción traumática se produzca un bloqueo de las sensaciones nerviosas y si la lesión no es grave la sensibilidad se recuperará y tornará a su normalidad. Pero si la pérdida de la sensibilidad sigue de manifiesto, se pensará en una lesión mayor y se canalizará de inmediato con un neurólogo para que determine su tratamiento.

#### INFECCIONES

Estas se presentan cuando no hay una asepsia y antisepsia de los instrumentos, así como la falta de higiene del paciente, esto se evitará con la prescripción de antibióticos.

#### SINCOPE

Se caracteriza por un malestar general, sianosis, sensación de sofocamiento, pérdida de conciencia, midriasis, pulso débil, palpitaciones cardiacas, apenas audibles, tensión arterial baja, vaso dilatación generalizada, que mantiene

el líquido sanguíneo en los vasos periféricos ocasionando mala irrigación del cerebro; el paro cardíaco es consecutivo al colapso vascular. A menudo los trastornos mejoran poco a poco pero en otros el paciente puede morir subitamente si no se atiende rápidamente. Afortunadamente estos casos son bastante raros o están atenuados y los signos de reacción no aparecen más que de 5 a 15 minutos después de la inyección.

Esto puede sobrevenir a dar causa a un shock anafiláctico y sus signos principales son náuseas, midriasis, prurito, vómito, urticaria, disnea, edema angioneurótico y convulsiones. Seguido de un síncope por colapso cardiorespiratorio ocasionando la muerte, tratamiento del shock anafiláctico.

La brevedad del tiempo del que podemos disponer para reanimar al enfermo requiere serenidad y rapidez, se debe tener el material necesario y medicamentos en un lugar determinado y al alcance del C.D.

Los medicamentos necesarios de urgencia son; Nacinefrina, 0,005 Nesinefrina, 0,005 g. (vasopresor).

Fenergan, o Avapena, 2 ml. (antiistaminico)

Presil 2 ml. (vasopresor)

Flebocortid 2 ml. (hidrocortisona)

Adrenalina solución de 1 a 1000 (facilmente alterable, renovar-la frecuentemente)

Cloruro calcio solución al 5%  
gluconato calcio solución al 10%

Debe de revisarse constantemente los medicamentos y renovar los que estan cáducos.

**MATERIAL DE URGENCIA;**

2 jeringas hipodérmicas desechables de 5 ml. para inyección intramuscular e intra-venosa.

Pinza para lengua para los casos de tracciones

Un aspirador quirúrgico

Una botella de oxígeno con carilla

Es bueno recordar que para la prevención del shock y del síncope una buena premedicación y una preparación psíquica del enfermo es un factor importante.

Aun más común que los síncope y el shock son las lipotimias por lo cual es importante conocer su tratamiento, la respiración y la circulación no se detienen pero si estan disminuidas, hay palidez y sudoración y el reflejo de vómito es manifiesto, en este caso se coloca al paciente en posición de tren de Lengbur, aerear la estancia o habitación, suprimir toda molestia causada por los vestidos, mantener libres las

vías respiratorias altas, aplicar una inyección subcutánea de un ml. de Presil. Hacer inhalar oxígeno, mantener al enfermo en observación hasta el retorno normal de la conciencia dejarlo ir en compañía de un familiar o conocido.

La anestesia local necesita una alimentación normal previa ya que es notorio que las lipotimias son ocasionadas por la falta de glucosa.

## CONCLUSION

Al término de este trabajo y el haber analizado el desarrollo, y crecimiento y causas de la inclusión de los terceros molares inferiores incluidos así como de sus zonas circunvecinas, debemos considerar que estas piezas dentales deben tratarse con sumo cuidado, ya que de esto dependerá el éxito o fracaso de nuestra intervención quirúrgica. Por lo tanto, el C.D. debe tomar conciencia de que no solo las causas patológicas que implican la inclusión del tercer molar ocasionan problemas al paciente, si no que también nosotros podemos ocasionar problemas secundarios bastante serios, sino se estudia una técnica y un plan de tratamiento adecuada para solucionar los problemas que sufre el enfermo. Y de nosotros dependerá su curación y con ello nuestra superación personal.

Uno de los problemas más comunes en nuestra profesión es hoy por hoy las inclusiones, no solo del tercer molar inferior sino de cualquier tipo. Por lo tanto, es nuestro deber como profesionistas tener la habilidad manual necesaria en el manejo del instrumental y medicamentos, así como la función de cada uno de ellos y que en cada intervención prepararnos a conciencia para tener la destreza y conocimientos necesarios para cualquier tipo de extracción de dientes incluidos.

## BIBLIOGRAFIA

**Cirugía Bucal Práctica**

**Waite, Daniel E.**

**Editorial Continental**

**México - 1972**

**Anatomía Odontológica**

**Aprile, Humberto**

**Editorial El Ateneo**

**México - 1960**

**Anestesia en Cirugía Dental**

**Mead, Aterling V.**

**Editorial Hispano Americana**

**México - 1957**

**Atlas de Cirugía Bucal**

**Herluf Bira**

**Jeane Erik Winther**

**Editorial Salvat**

**España - 1977**

**Medicina Interna y Urgencias en Odontología**

**Martín J. Dunn**

**Donald F. Booth**

**Editorial El Manual Moderno**

**México - 1975**

Farmacología Clínica para Odontología  
Sebastian G. Ciancio  
Priscilla C. Bourgault  
Editorial El Manual Moderno  
México - 1980

Anatomía Dental  
Moses Diamond, D.D.S.  
Editorial Uthea  
México - 1978

Cirugía Bucal  
Guillermo A. Ries Centeno  
Editorial - El Ateneo  
Argentina 1979