

26
2ej

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL TERCER
MOLAR INFERIOR RETENIDO".

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
KARL HELMUT DOLKER FRANK
A S E S O R :
DR. MARIO ALBERTO SERNA SALINAS
GUADALAJARA, JALISCO. 1986



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE.

CAPITULO I. CONDICIONES GENERALES Y CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.

- a) Definición
- b) Condiciones generales
- c) Clasificación

CAPITULO II FACTORES PREDISPONENTES EN LA RETENCION - DENTARIA.

- a) Etiologia
- b) Factores predisponentes a la retención

CAPITULO III ESTUDIO CLINICO Y RAYOS X.

- a) Diagnóstico
- b) Historia clínica
- c) Radiografías

CAPITULO IV TECNICAS QUIRURGICAS.

- a) Instrumental
- b) Anestesia
- c) Técnicas quirúrgicas.

TEMA: "DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL 3° MOLAR INFERIOR RETENIDO."

INTRODUCCION:

A lo largo de la historia del hombre y en la lucha por su existencia, éste ha enfrentado diversos problemas entre los cuales, figuran el fenómeno Salud-Enfermedad.

A través de la época el hombre ha tratado de evitar las enfermedades y prolongar la vida; creando medios preventivos entre los cuales se desarrolla la medicina, cuyo fin es la salud del hombre.

Una de las ramas de la salud es la Odontología, que trata de restaurar o construir las piezas dañadas, así como prevenir enfermedades en la boca, (Odontología preventiva).

A través del tiempo, la Odontología ha venido evolucionando, con medios y técnicas hasta la época actual, en la llamada "Odontología Moderna".

Está comprobado actualmente, que el tercer molar - tiende a desaparecer, de ahí el resultado de la falta de espacio, trayendo como consecuencia la retención de los mismos y el apiñamiento de las piezas anteriores-inferiores por lo tanto la cirugía del Tercer Molar Inferior retenido, tema de esta tesis, por lo que consideramos dentro del ejercicio de la Odontología de vital importancia.

Basándonos en el enunciado general que nos dice:

Los terceros molares que no se encuentran en posición y funcionamiento adecuado en el arco dentario, deberán ser extraídos por razones ortodónticas, de infección, dolor y profilácticas.

CAPITULO I.

" CONDICIONES GENERALES Y CLASIFICACION DEL 3° MOLAR INFERIOR RETENIDO".

A) El caso de la retención dentaria, es ante todo un problema mecánico según el Dr. Guillermo Ries Centeno, ya que al realizarse la erupción normal, encuentra en su camino un obstáculo que impide la realización de la función a la que está programado. En consecuencia, la erupción dentaria se encuentra incapacitada mecánicamente por ese obstáculo. Por lo tanto una pieza dentaria se considera retenida cuando su erupción normal es impedida por caracteres embriogénicos, por obstáculos óseos, mecánicos, reducción de tejido óseo, enfermedades generales en directa relación con glándulas endocrinas o ligadas al metabolismo del calcio, (raquitismo), las cuales tienen influencia por un origen traumático.

Otro de los factores predisponentes de retención dentaria son la mala posición de dientes adyacentes y aquellos que no han erupcionado después de su período normal de aparición clínica.

Según el Dr. Daniel E. Waite, cuando los dientes no toman sus posiciones normales para funcionar en el arco dentario, se consideran incluidos o impactados y salvo raras excepciones, deben extraerse. Algunas de estas excepciones comprenden (1) pacientes cuyo estado de salud general es tan precario que tal procedimiento quirúrgico no sería conveniente, (2) pacientes cuya edad sea tal que en

presencia de un diente totalmente asintomático, ese procedimiento resultaría innecesario o no aconsejable.

Si una persona joven necesita extracción total debido a caries severa o en enfermedad periodontal y existen terceras molares que no han hecho erupción, podría recomendarse dejar estos dientes incluidos durante un tiempo y extraerlos después. Esto se hace para asegurar la protección de la importante almohadilla del área retromolar y la tuberosidad del maxilar que servirán de soporte a la prótesis durante el largo período de uso de la dentadura; entonces estos dientes deben extraerse cuando su erupción sea lo suficientemente avanzada que interfiera con la prótesis.

Según el Dr. Daniel E. Waite.

Los dientes impactados crean una diversidad de complicaciones tales como el desarrollo de quistes foliculares, desplazamiento de los dientes con la erosión de las piezas dentarias adyacentes normales.

Cuando se han calmado la inflamación, el dolor y la infección, en casos en los cuales el tercer molar mandibular, puede recomendarse primero la extracción del diente maxilar y más tarde extraer el Molar inferior.

Por lo tanto, el Dr. Daniel E. Waite, define a los dientes impactados como aquellos dientes en los cuales la erupción ha sido obstruida parcial o totalmente por el hueso o por otros dientes, cualquier diente puede estar impactado, pero el tercer molar mandibular es el que con más frecuencia se encuentra involucrado.

B) Tenemos que los puntos diagnósticos del tercer molar inferior incluido se estudian, según el Dr. Daniel E. Waite, en el siguiente orden: corona, raíces, hueso de soporte y conducto alveolar inferior.

La corona se observa en relación con el capuchón del esmalte, superficie oclusal y desplazamiento vestibular, la corona puede estar en diversas posiciones, esto se discute en la clasificación de las inclusiones del tercer molar. Al observar la radiografía debe trazarse una línea imaginaria a través de la superficie oclusal del segundo molar para determinar la alineación vertical de esta superficie con la del diente incluido.

Si existe desplazamiento por torsión puede interpretarse por medio del estudio de la corona y formaciones radiculares del tercer molar y comparando el capuchón de Esmalte, formaciones radiculares de este diente con las de otro molar que se encuentre en una posición normal. Es importante el conocimiento preoperatorio de la torsión, porque ayudará a planear el procedimiento operatorio y disminuirá el trauma.

La caries constituye otro factor a considerar, a menudo complican la extracción ya que la resistencia de la corona es importante para el procedimiento operatorio.

Vemos que donde hay impacto definido, la raíz del diente aparece desvanecida, es más oscura que a nivel del punto que toca al conducto dentario inferior. Cuando no hay impactación, la densidad de las raíces es la misma a través de toda la radiografía.

También es conveniente fijarse en las paredes laterales del conducto y si hay impactación, éste aparecerá constriñido. La cercanía del diente incluido con el borde inferior de la mandíbula es importante desde el punto de vista pre y postoperatorio.

La cantidad de hueso existente por debajo de las raíces del diente debe apreciarse siempre.

Cualquier diente puede estar incluido, aunque los terceros molares inferiores son los afectados con mayor frecuencia, según el Dr. Daniel W. Waite.

Todos los dientes que no asumen su posición y función correctas en el arco dentario deben ser considerados para su extracción.

Hay excepciones a esta afirmación general, pero éstas son raras. Por ejemplo, el joven que debe perder todos sus dientes para hacerse prótesis completas no debe perder los terceros molares no erupcionados, dado que la erupción de estos dientes va a ayudar a formar la tuberosidad. La prótesis puede hacerse entonces sobre los dientes no erupcionados, si se hace conocer al paciente la situación de manera que estas piezas puedan extraerse más tarde cuando aparezcan por debajo de la mucosa.

En el individuo de más edad, la discrección puede ser el mejor enfoque. Un diente que no ha erupcionado durante su año está a veces anquilosado, a menudo tiene una membrana periodontal atrofiada que lo separa del hueso y está siempre encajonado en un hueso no elástico al

tamente mineralizado.

Los dientes no erupcionados pueden y deben extraerse para asegurar el éxito de la prótesis.

La Mandíbula constituye el armazón óseo del tercio inferior de la cara. Dentro de su cuerpo con forma de herradura, la mandíbula contiene la lengua y proporciona parte del soporte óseo de ese órgano.

La zona en que se encuentra ubicado el tercer molar inferior forma un ángulo diedro al unirse la rama ascendente y el cuerpo de la mandíbula. Para que la intervención de éste sea un éxito es recomendable resaltar su posición, ya que presenta variedad de posiciones, formas y anomalías. Referente a su tamaño, según el Dr. Daniel E. Waite encontramos molares enanos y molares grandes.

Mucosa Bucal:

La estructura histológica de la mucosa bucal es similar a la de la piel excepto la ausencia del estrato lúcido y los apéndices cutáneos, tales como pelos, uñas, y glándulas sebáceas.

El tejido conectivo se compone de fibras colágenas-densas que unen con firmeza, el epitelio superficial al periostio y hueso.

La mucosa de los labios, carrillos, surco vestibular, piso de la boca y proceso alveolar difieren notablemente de la encía.

La sub-mucosa contiene diversas cantidades de tejido conectivo elástico que no se halla en la encía. Frecuentemente la encía y la mucosa palatina son denominadas "mucosa masticatoria".

C) CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.

El tercer molar inferior, se encuentra localizado - en la cara distal del segundo molar y ocupa dentro del - maxilar inferior diversas posiciones.

El Dr. George B. Winter ha proporcionado una clasificación bastante aceptada por muchos dentistas por abarcar todo el proceso quirúrgico y sin mucho riesgo y trauma para el paciente.

El Dr. Winter ha clasificado los distintos tipos de retención del Tercer molar inferior, basándose en cuatro puntos esenciales, los cuales son:

- 1.- La posición de la corona.
- 2.- La forma radicular.
- 3.- La naturaleza de la osiestructura que rodea al molar retenido.
- 4.- La posición del tercer molar en relación con el segundo.

La posición del tercer molar inferior incluido, lo - encontramos en el maxilar inferior en distintas posicio-nes las cuales vamos a enumerar.

a) Retención vertical:

El tercer molar en este tipo de retención puede estar totalmente o parcialmente cubierto por hueso; pero lo ca

racterístico reside en que su eje mayor es sensiblemente paralelo al eje mayor del segundo y el primer molar.

b) Retención horizontal:

Aquí el eje mayor del tercer molar es sensiblemente perpendicular a los ejes del segundo y primero.

c) Retención mesio angular:

El eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje de este diente un ángulo de grado variable (alrededor de los 45°).

d) Retención disto angular:

Su corona se encuentra dirigida hacia la rama ascendente formando su eje mayor con el segundo molar en ánguloabierto hacia arriba.

e) Retención invertida:

El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal. Es un tipo muy común de retención y se le denomina también retención paramolar.

f) Retención bucoangular:

La corona se encuentra dirigida hacia bucal.

g) Retención lingoangular:

Su corona se encuentra dirigida hacia el lado lin_gual y sus raíces hacia la tabla externa.

Una buena clasificación de las inclusiones de los terceros molares es la dada por Pell y Gregory.

Esta clasificación se basa en una evaluación de las relaciones del segundo molar con la rama ascendente de la mandíbula, con la profundidad relativa del tercer molar en el hueso y con la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

Esta clasificación se explica detalladamente como sigue:

1.- Relación del diente con respecto a la rama de la mandíbula:

Clase I:

Existe suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar para acomodar todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase II:

El espacio entre la rama ascendente de la mandíbula

y la parte distal del segundo molar es menos que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase III:

Todo, o casi todo, el tercer molar está dentro de la rama de la mandíbula.

2.- Profundidad relativa del tercer molar en el hueso:

Posición A:

La porción más alta del diente incluido está a nivel, o por arriba, de la superficie oclusal del segundo molar.

Posición B:

La porción más alta del diente se encuentra por debajo de la línea oclusal pero por arriba de la línea cervical del segundo molar.

Posición C:

La porción más alta del diente está a nivel de, o debajo de, la línea cervical del segundo molar.

El propósito de este sistema de clasificación es crear un orden en la evaluación diagnóstica y en el trabajo quirúrgico de la cirugía del tercer molar. Si el ci

rujano se apega al procedimiento de clasificación, puede tomar una decisión rápida con respecto a los tipos de inclusiones que desea manejar personalmente y aquellos que referirá a otro odontólogo.

También proporcionarán una información valiosa para un ayudante bien calificado que conocerá el equipo de instrumentos adecuado y el tiempo que debe reservar para la cita quirúrgica. El uso de este sistema ordenado, en los problemas de inclusiones, no puede hacer armonía a lo que de otra manera sería una experiencia desalentadora para todos a los que concierne.

Accidentes originados por los dientes retenidos:

Según el Dr. Guillermo Ries Centeno, todo diente retenido es susceptible de producir trastornos de índole diversa, a pesar de que muchas veces pasan inadvertidos y no ocasionan ninguna molestia al paciente.

Se clasifican en:

Accidentes mecánicos: 1) Los dientes retenidos, actuando mecánicamente sobre los dientes vecinos, pueden producir trastornos que se traducen sobre su normal colocación en el maxilar y en su integridad anatómica.

a) Trastornos sobre la colocación normal de los dientes:

El trabajo mecánico del diente retenido, en su in-

tento de "desinclusión" produce desviaciones en la dirección de los dientes vecinos y aún trastornos a distancia como el que produce el tercer molar sobre el canino e incisivos, a los cuales desvía de su normal dirección, produciendo entrecruzamientos de dientes y conglomerados anatómicos.

b) Trastornos sobre la integridad anatómica del diente:

La constante presión que el diente retenido o su sacodentario ejerce sobre el diente vecino, se traduce por alteraciones en el cemento (rizalitis), en la dentina y aún en la pulpa de estos dientes.

2.- Accidentes infecciosos: Estos accidentes están dados, en los dientes retenidos, por la infección de su saco pericoronario, el proceso infeccioso puede producirse como una complicación apical o periodóntica de un diente vecino.

3.- Accidentes nerviosos: Los accidentes nerviosos producidos por los dientes retenidos son bastante frecuentes. La presión que el diente ejerce sobre los dientes vecinos, sobre sus nervios o sobre sus troncos mayores, es posible origine algias de intensidad, tipo y duración variables (neuralgias del trigémino).

La presión que el tercer molar en sus diversas formas de

retención produce, a veces, sobre el nervio dentario inferior, puede ser causa de trastornos nerviosos de toda índole.

4.- Accidentes tumorales: Quistes dentígeros.

Estos tumores de origen dentario, que tienen su origen indudable en la hipergénesis del saco folicular a expensas del cual se originan.

Según el Dr. Guillermo Ries Centeno, todo diente retenido es un quiste dentífero en potencia. Los dientes portadores de tales quistes emigran del sitio primitivo de iniciación del proceso, pues el quiste en su crecimiento rechaza centrífugamente el diente originador.

Tumores de otro tipo. Maurel cita el caso de un épu llis, otras formaciones tumorales, aunque también citadas, nunca las hemos encontrado.

Loos presenta un caso de tumor maligno originado -- por un diente retenido.

A veces es necesario para extraer un diente, situar la osteotomía para tratar de evitar problemas periodontales, según el Dr. Timothy A Turvey.

Cuando ésto es necesario el sitio de la extracción es cerrado por una osteotomía y los segmentos son movidos juntos.

CAPITULO II. "FACTORES PREDISPONENTES EN LA RETEN- CION DENTARIA".

A) Etiología:

En la causa de los dientes incluidos se dicen 3 teo-
rías. (según Daniel E. Waite).

La primera y principal, es la teoría ortodóntica, ya
que el crecimiento normal de la mandíbula y el movimiento
de los dientes, se hacen en una dirección anterior; cual-
quier cosa que interfiera con tal desarrollo, causará in-
clusión dental.

Generalmente el hueso denso resulta de un retardo -
del movimiento hacia adelante y muchas situaciones pato-
lógicas ocasionarían condensación del tejido óseo. Por -
ejemplo, infecciones agudas, fiebres, trauma severo, mal
oclusión y la inflamación local de la membrana periodon-
tal puede incrementar la densidad ósea. La respiración -
bucal constante generalmente provoca arcadas dentarias -
de menor tamaño y, en consecuencia, aquellos dientes -
que hacen su erupción al último, no tienen espacio.

Ocasionalmente, una pérdida temprana de los dientes
deciduales puede causar una detención del desarrollo de-
la mandíbula y/o una malposición de los dientes permanen-
tes, dando por resultado inclusiones dentarias.

La segunda teoría de interés es la teoría filogené-
tica: la naturaleza trata de eliminar aquello que no se-
usa y nuestra civilización, con sus hábitos nutriciona-
les cambiantes, prácticamente ha eliminado la necesidad-

humana para tener mandíbulas grandes y poderosas. Como resultado de esta función alterada, el tamaño de la maxilar y mandíbula han disminuído. En muchos casos, el tercer molar ocupa una posición anormal; está mal formado y puede considerarse como un órgano vestigial sin propósito o función, además, es frecuente que haya ausencia congénita del mismo.

Teoría Mendeliana:

Parece probablemente que en forma hereditaria, tal como la transmisión de mandíbulas pequeñas de uno de los padres y dientes del otro, pueda ser un factor etiológico-importante en los dientes incluidos. Ciertamente es posible que se produzcan en forma artificial en algunos animales, ciertas irregularidades mediante manipulación genética.

Desafortunadamente, las inclusiones no siguen un patrón; tienen diversas formas y tamaños y cualquier diente puede estar involucrado. También varían ampliamente en el grado de inclusión algunos dientes están parcialmente en erupción mientras que otros se encuentran completamente encerrados en el hueso.

Ha habido muchos casos en los cuales los dientes incluidos están inactivos en la mandíbula mucho tiempo después de la pérdida del diente adyacente y luego, repentinamente, empiezan a hacer erupción provocando inflamación y dolor.

Otro de los factores predisponentes de retención dentaria son la mala posición de dientes adyacentes y aque-

llos que no han erupcionado después de su período normal de operación clínica.

En el caso del tercer molar su aparición clínica -- normal comprende de 18 a 25, pasando por este período - diagnosticaremos una pieza retenida.

b) Causas: (Factores Predisponentes)

Las cuales pueden ser de origen local y sistémico.

Causas locales:

- 1.- Falta de Espacio.
- 2.- Malposición de dientes adyacentes produciendo - presión.
- 3.- Indebida retención de los dientes primarios.
- 4.- Pérdida prematura de la dentición primaria por extracción y traumatismo.
- 5.- Cambios inflamatorios en tejido óseo por enfermedades exantémicas en niños.
- 6.- Enfermedad adquirida infecciosa por necrosis.
- 7.- Inflamaciones crónicas como Quistes, Tumores, - etc.
- 8.- Densidad mayor de tejido óseo cubriendo a la --

pieza dentaria.

9.- Una densidad mayor de mucosa gingival.

10.-Maxilares poco desarrollados.

1.-Un desgaste fisiológico, adecuado de las piezas temporales logrado con una dieta adecuada (sólida).

Causas Sistémicas.

1) Causas prenatales

- a) Herencia
- b) Mezcla de razas

2) Causas Posnatales:

- a) Anemia
- b) Desnutrición
- c) Disendocrinas
- d) Raquitismo
- e) Sífilis congénita
- f) Tuberculosis

3) Condiciones raras:

- a) Acondroplasia
- b) Distosis deidocraneal (Síndrome de Crouzan)
- c) Progonia
- d) Paladar fisurado

Causas de la Retención:

La explicación de la incidencia de dientes retenidos -

dos que parece más lógica, es la reducción evolutiva --- del tamaño de los maxilares humanos. Esto da por resulta do maxilares demasiado pequeños para acomodar los terce ros molares. En apoyo de esta teoría observamos la ausen cia congénita de terceros molares superiores o inferio res o la presencia de terceros molares rudimentarios en su lugar. Otros dientes también presentan ausencia congé nita o malformaciones, pero no tan frecuentemente como los terceros molares.

Nodine sugiere que "las principales áreas básicas de dientes retenidos o anormales en los adultos de Euro pa Occidental, Gran Bretaña, Irlanda, Estados Unidos" - son la alimentación artificial de los bebés, los hábi tos de la infancia y niñez, los alimentos dulces y blan dos de niños y jovencitos, mezclas desproporcionadas.

CAUSAS LOCALES DE RETENCION:

Irregularidad en la posición y presión de un dien te adyacente; la densidad del hueso que lo cubre; infla maciones crónicas continuadas con su resultante, una mem brana mucosa muy densa: falta de espacio en maxilares -- poco desarrollados, indebida retención de los dientes - primarios; pérdida prematura de la dentición primaria, - enfermedades adquiridas tales como necrosis debida a in fección o abscesos, cambios inflamatorios en el hueso, - por enfermedades exantemáticas en los niños.

Entre las condiciones raras tenemos:

Disostosis cleidocraneal: Es una condición congéni_

ta muy rara, en la cual hay osificación defectuosa, re- cambio dentario retardado, dientes permanentes no erup- cionados y dientes supernumerarios rudimentari s.

Oxicefalia: Es la llamada "cabeza cónica", en la -- cual la parte superior de la cabeza es puntiaguda.

Progroria: Representa envejecimiento prematuro. Es - una forma de infantilismo caracterizada por estatura pe- queña, ausencia de vello facial y púbico, piel arrugada, - cabello gris, y el aspecto facial, actitudes y maneras - del anciano.

Acondroplasia: Es una enfermedad del esqueleto, que empieza en la vida fetal y produce una forma de enanis - mo. En estas condiciones el cartílago no se desarrolla - normalmente.

Paladar Fisurado: Es una deformidad manifestada por una fisura congénita en la línea media.

Las mismas causas locales o generales pueden ser el factor etiológico de dientes en malposición o no erupcio - nados.

El autor William H. Archer ha observado que los - - dientes retenidos se presentan en el siguiente orden de frecuencia:

- 1.- Terceros molares superiores.
- 2.- Terceros molares inferiores.

- 3.- Caninos superiores.
- 4.- Premolares inferiores.
- 5.- Caninos inferiores.
- 6.- Premolares superiores.
- 7.- Incisivos centrales superiores.
- 8.- Incisivos laterales superiores.

Los dientes retenidos, no erupcionados o en malposición, pueden ser extraídos a causa de la presencia de infecciones, reabsorción patológica de los dientes adyacentes y estructura ósea bloqueada, como se ve en los quistes y tumores; dolor, fracturas y otras complicaciones.

Infecciones: Entre las complicaciones que requieren la extracción de los dientes retenidos pueden mencionarse las siguientes: pericoronaritis infecciosas, abscesos alveolares crónicos o agudos, osteitis supurativa crónica, necrosis, osteomielitis.

Fracturas: La frecuencia con que se producen las fracturas del maxilar inferior al nivel de zonas ocupadas por dientes retenidos demuestra que éstos son un factor de debilitamiento a causa del desplazamiento de hueso.

Otras complicaciones: Los dientes retenidos son cuerpos en malposición y como tales son fuentes potencia

les de otras complicaciones, las cuales aunque no raras, se encuentran con menor frecuencia que las ya mencionadas.

Estas pueden ser:

- 1.- Sonido tintinante, susurrante, zumbante, del oído.
- 2.- Otitis.
- 3.- Afecciones de los ojos, tales como:
 - a) Disminución de la visión.
 - b) Ceguera.
 - c) Iritis.
 - d) Dolor que simula el del glaucoma.

La elevación de un tercer molar inferior retenido generalmente es impedida por uno o más de los siguientes factores:

- 1) El hueso que lo recubre.
- 2) El borde anterior de la rama ascendente.
- 3) El segundo molar adyacente.
- 4) Una formación radicular desfavorable.

La proximidad al nervio dentario inferior, la cortical lingual delgada, la falta de visibilidad, el acceso restringido y la formación anormal del hueso, así como otros problemas quirúrgicos y anatómicos, son las difi-

cultades que se pueden encontrar.

Así, un individuo de más edad, la discrección puede ser el mejor enfoque, un diente que no ha erupcionado durante 50 años está a veces anquilosado, a menudo tiene una membrana periodontal atrofiada que lo separa del hueso y está siempre encajonado en un hueso no elástico altamente mineralizado.

Los terceros molares que no están erupcionados, están frecuentemente localizados impactados en la maxila y mandíbula, son descubiertos por Rayos X, la presencia de éstos no son notados por los pacientes.

CAPITULO III: ESTUDIO CLINICO Y R.X.

A) Según el Dr. Daniel E. Waite el diagnóstico-- se establece, cuando menos parcialmente, por medio del exámen físico. Es imperativo tomar radiografías detalladas de toda la zona, seguidas de una interpretación minuciosa. El dentista debe conocer la verdadera relación de un diente con respecto a la de los otros; esta información es difícil de obtener si no se puede observar al diente clínicamente y a través del estudio radiográfico.

Para hacer una interpretación minuciosa y global de la radiografía es necesario comparar constantemente con la imagen radiográfica; por ejemplo, si el exámen clínico muestra a los dientes en su posición normal, pero en las radiografías se observa una superposición, puede suponerse que la angulación del estudio radiográfico fue incorrecta y este debe repetirse; si el exámen clínico muestra una superposición del tercer molar sobre el segundo; podría tratarse teóricamente de un desplazamiento vestibular, ya que los desplazamientos bucales rara vez ocurren.

Cuando los dientes se encuentran en una posición normal sin giroversión, el esmalte puede observarse en la radiografía como un "capuchón de esmalte" y si la radiografía muestra al resto de los dientes alineados -- normalmente, sus capuchones serán similares en apariencia. Sin embargo, si uno de los dientes tiene un desplazamiento, parte de su superficie oclusal y su capuchón, estarán distorsionados.

El contorno de la cavidad pulpar a los Rayos X,

puede también indicar torsión o rotación del diente.

Otras guías en la lectura de las radiografías - en general son que:

- 1) El área de estudio debe aparecer en el centro de la radiografía y deben obtenerse dos vistas.
- 2) Los puntos de contacto deben aparecer abiertos, indicando que el centro del rayo ha pasado en un ángulo recto a través del área de exposición.
- 3) Debe haber cierta superposición de las cúspides de los dientes posteriores.
- 4) Debe verse algo de tejido blando.
- 5) Todas las interpretaciones radiográficas deben apoyarse en hallazgos clínicos. El estudio radiográfico del tercer molar puede incluir radiografías oclusales y laterales de la mandíbula, así como radiografías intrabucales de rutina.

Después de tener un estudio radiográfico satisfactorio, el operador debe estudiarlo para interpretar correctamente cada punto diagnóstico que pueda estar presente.

Los puntos diagnósticos del tercer molar inferior incluido son: corona, raíces, hueso de soporte y conducto alveolar inferior.

Por lo tanto el diagnóstico es el estudio elaborado

ra de la cavidad oral con el fin de localizar trismus.

Luego procedemos a realizar las siguientes pruebas que son métodos de: interrogatorio, palpación, auscultación, medición y función exploratoria.

a) Coloración y estado de las encías.

b) Membrana periodontal con el fin de localizar radiológicamente posibles patologías como bolsas paradontales, sarro o traumas por aparatos protésicos mal adaptados.

c) Zona dental: detectar posibles caries, erosión, - - abrasión, piezas supernumerarias, piezas faltantes, - posición de la dirección.

En este caso de extracción del tercer molar impactado inferior se observará la parte expuesta de la corona si la hay, tejido gingival correspondiente y de piezas adyacentes así como inflamaciones. En estudio radiológico se observará el estado de sus raíces, posibles hipercalcificaciones y profundidad en el tejido óseo y distancia que hay del segundo molar a la rama ascendente según el doctor Winter el cual realizó una clasificación.

B) HISTORIA CLINICA:

La historia clínica constituye el instrumento de diagnóstico más útil, resaltando la importancia que tiene éste con relación al tratamiento a que será sometido.

Si hubiera alguna indicación de enfermedad o anomalía general aguda o crónica, será prudente que el odontólogo consulte al médico del paciente para informarse del estado actual de la afección y a la vez informárselo al paciente.

Este interrogatorio presenta varios incisos:

- 1) Ficha de identificación.
- 2) Historia actual del paciente.
- 3) Antecedentes odontológicos.
- 4) Antecedentes personales no patológicos.
- 5) Antecedentes personales patológicos.
- 6) Antecedentes heredo-familiares.
- 7) Antecedentes quirúrgicos y traumáticos.
- 8) Antecedentes alérgicos y anestésicos.
- 9) Interrogatorios sobre aparatos y sistemas.
- 10) Padecimiento actual.

- 11) Exámen bucal.
- 12) Estudio radiográfico.
- 13) Modelos de estudio.
- 14) Diagnóstico.
- 15) Pronóstico.
- 16) Tratamiento.
- 17) Evolución.
- 18) Observaciones.

En el estudio clínico, como mencionamos, la historia clínica es de vital importancia y consta de:

1) Ficha de identificación.

Nombre _____ Sexo _____ Edad _____
Ocupación _____ Dirección _____
Estado civil _____ Fecha de estudio _____
Expediente # _____

2) Antecedentes personales NO patológicos

Higiene personal _____ Alimentación _____
Habitación _____ Alcoholismo _____
Tabaquismo _____ Toxicomanías _____

3) Antecedentes personales patológicos

Diabetes _____ Hepatitis _____ Tuberculosis _____
Sífilis _____ Parasitosis _____ Sarampión _____
Tosferina _____ Varicela _____ Viruela _____
Paludismo _____ Rubeola _____ Paperas _____
Amigdalitis _____ Epilepsia _____ Convulsiones _____
Cardiopatías _____ Poliomiелitis _____

4) Antecedentes Heredofamiliares

Cualquier padecimiento de carácter hereditario

Estado de salud de:

Madre _____ Padre _____ Hermanos _____

Esposo(a) _____ Hijos _____

5) Aparatos y sistemas

Respecto a:

Tos (tipo) _____ expectoracion _____ epixtasis _____

Disnea _____ cianosis _____

6) Antecedentes alérgicos y anestésicos

Experiencias anestesia general _____

Experiencias anestesia local _____

Alergia sustancias químicas _____

A. circulatorio

Palpitaciones _____ Disnea de esfuerzo _____

Dolor precordial _____ Edema de tobillos _____

Cefalea _____ Lipotimia _____

Aparato digestivo

Anorexia _____ Disfagia _____ Dispepsia _____

Dolor de estómago _____ Diarrea _____ Estreñimiento _____

Aparato urinario

Disuria _____ Disuria _____

Hematuria _____ Poliuria _____

Alteraciones

Aparato genital femenino _____ Aparato genital mascu-
lino _____

Sistema nervioso

Sueño _____ Parestesias _____ irritabilidad _____
Parálisis _____ Problemas emocionales _____

Exploración

Pulso _____ Temperatura _____

Organos de los sentidos

Olfato _____ Visión _____ Gusto _____
Auditivo _____ Tacto _____

Exámen cavidad bucal

"D. permanente"

"D. temporal"

87654321 12345678 V IV III II I I II III IV V

87654321 12345678 V IV III II I I II III IV V

Dolor a la percusión _____ palpación frfo _____
Calor _____ Dulce _____ Otros _____ Piso de boca _____
lengua _____ carrillos _____ Encías _____ forma _____
color _____ paladar _____ frenillos _____ caries _____
restauraciones _____ oclusión _____
dientes ausentes _____ alteraciones pulpa_
res _____.

Cuello

ganglios linfáticos _____ tiroides _____

Pruebas de laboratorio

Sangre, orina, tendencia hemorrágica, biopsia, etc.

Diagnóstico de presunción _____

Pronóstico _____

Tratamiento _____

En este caso se realizan pruebas de sangre y orina, en donde conoceremos las condiciones de salud de nuestro paciente, antes de llevarlo a la intervención quirúrgica de donde evaluaremos el poco o mucho riesgo que ello implique.

Citaremos a continuación las cifras normales de los diferentes análisis.

Biometría hemática:

Glóbulos rojos Hombre 5.6 millones x mm³.

 Mujer 4.5 " " "

Tiempo sangrado 1.6 minutos.

Tiempo protombina 11-12 seg.

Tiempo coagulación 3-5 min.

Tiempo Trombo plastina 35-45 seg.

Fórmula blanca:

Leucocitos 6-8 ml. x mm³

Neutrofilos de 69 a 70%

Linfocitos de 20 a 30%

Monocitos de 4 a 5%

Eosinófilos de 1 a 3%

Basofilos de 0

Leucocitos: Procesos infecciones y algunas anemias.

Neutrofilia: Nos proporciona datos de infección aguda.

Linfocitos: Datos de infección crónica.

Aumento de monositos: Se observa en esteomielitis.

Aumento de basófilos: en infecciones intestinales.

Química sanguínea:

Colesterol 150-250 miligramos

Glucosa 80-120 "

Albúmina 35-55 "

Acido úrico 3-5 "

Gratinia 0.20-050 x mil.

Plaquetas 200 mil-300 mil por mm³

Glucosa: Exceso 150 miligramos determina en muchas ocasiones la diabetes mellitus, por lo que no es

recomendable la intervención quirúrgica.

Hemofilia: Se presenta con un aumento en el tiempo de coagulación, con tendencias hemorrágicas espontáneas o provocadas de origen hereditario.

Escorbuto: Provocado por una hipoavitaminosis. Síntomas: gingivitis, movimiento de los dientes.

Leucemia: Tendencia hemorrágica, con manifestaciones bucofaríngea, en sangre se presenta una leucocitosis.

El estudio radiográfico es un método más de diagnóstico de la cavidad bucal como de la zona del tercer molar inferior retenido, ya que por los datos que nos aporte nos daremos cuenta de los detalles anatómicos y patológicos de la región, modelando así nuestro criterio quirúrgico.

C) R.X. (RADIOGRAFIAS).

El éxito de la intervención quirúrgica del tercer molar inferior retenido depende de un correcto examen radiográfico.

En la película radiográfica intraoral debe verse, con absoluta corrección, la totalidad del molar objeto de la intervención, el segundo molar, el hueso distal y la zona ósea por debajo de los ápices del molar retenido, es decir, la región del tercer molar inferior. La radiografía del tercer molar retenido debe obtenerse

películas intraorales comunes, siguiendo las técnicas --
que se consideraron. Sólo en casos de excepción (ciertos
procesos inflamatorios, trismus) debemos valernos de pe_
lículas extraorales.

Estas no dan con perfección detalles que se necesitan para interpretar las imágenes y no son suficientemente útiles para lograr la exitosa intervención del molar retenido. El exámen radiográfico con la película intraoral debe realizarse siguiendo ciertas normas con el objeto de obtener, en primer término, una imagen correcta; en segundo, debe sistematizarse el procedimiento de manera que todas las películas sean logradas con la misma técnica, lo que permitirá obtener conclusiones semejantes para todas las películas radiográficas.

RADIOGRAFIAS INTRABUCALES:

Con frecuencia es imposible visualizar por completo los terceros molares retenidos en las radiografías intrabucales, porque:

1) El paciente tiene náuseas, o, 2) desviación hacia el medio de la película por los tejidos blandos de la rama ascendente. Esto es especialmente cierto en los casos de la clase III horizontal, en que el tercer molar está completamente retenido en la rama, y en menor grado en la clase II horizontal y la clase I.

A causa de la desviación hacia mesial de los dos tercios posteriores de la película radiográfica, para que la imagen del molar retenido quede en ella es necesario dirigir el rayo central en ángulo recto respecto del eje longitudinal de la película.

Radiografías bitewing o aleta mordible:

Revelan la posición vestibulolingual de la coro_

na del tercer molar inferior retenido. Puede usarse una pequeña película intrabucal o la película oclusal del tamaño común. Se coloca sobre la superficie oclusal de los molares y se lleva hacia atrás, hasta que contacte con el borde de la rama ascendente. Se hace ocluir para mantener la película en posición, la cabeza del paciente se lleva hacia atrás al máximo posible y el rayo central se dirige en ángulo recto a la película a través del borde inferior del maxilar inferior.

Radiografía lateral del maxilar inferior:

La radiografía más adecuada en la clase III de terceras molares retenidos horizontales se obtiene por una imagen lateral de la mandíbula correctamente ubicada.

Radiografía extraoral:

En ciertos casos particulares, cuando no es posible obtener las radiografías intraorales comunes, por presentar el paciente excesivo trismus, procesos inflamatorios en la región lingual del maxilar o pronunciada náusea, debemos utilizar la radiografía extraoral. Los detalles radiográficos no tienen el valor ni la exactitud del exámen radiográfico intraoral.

La posición y desviaciones del molar retenido no alcanza a precisarse con la nitidez que se obtiene con la radiografía lingual; sin embargo correctamente realizada, evitando se modifique la forma y tamaño de los molares, para permitir la definición radiográfica aludida, pueden ser una útil ayuda cuando las condiciones lo re-

quieran. La radiografía extraoral se obtiene con las películas comunes, colocadas en los chasis correspondientes; se pueden usar chasis con o sin pantalla reforzadora, lo cual aumentará o disminuirá la cantidad del tiempo de exposición; la colocación del aparato de Rayos X, el tubo radiográfico se colocarán por encima del hombro del paciente y su punta por debajo del maxilar del lado opuesto, dirigido en un ángulo de 25° sobre la horizontal.

Se tratará de sortear los obstáculos que representan la columna vertebral, el hueso hioides y el maxilar del lado opuesto y se dirigirá el rayo central en dirección al tercer molar inferior retenido que es el objeto de la radiografía.

Iguals indicaciones hay que hacer, con respecto al rechazo de elementos óseos, si se coloca el chasis lateralmente.

Por lo tanto el estudio radiográfico del tercer molar inferior retenido señala una cantidad de detalles de interés, que deben ser útil y juiciosamente aplicados en el diagnóstico y cirugía de este molar.

En una radiografía del tercer molar inferior retenido debe presentarse nítida y correctamente del diente, el segundo molar y el hueso que rodea al molar retenido.

El tercer molar debe ser observado en su posición, forma, tamaño, presentación y relaciones. El diagnóstico radiográfico de la posición del tercero es

un detalle fundamental en la cirugía del molar retenido. La forma y tamaño del molar retenido debe deducirse también de este exámen y de los hallazgos que la clínica efectúe. El estudio radiográfico de la porción radicular es también de extraordinario valor e importancia, tanto como el estudio de la corona, pues la técnica quirúrgica a emplearse en cada caso particular, está relacionada y en dependencia con la anatomía radicular, coronaria y ósea.

El hueso vecino, distal, mesial, oclusal y eventualmente lingual y bucal, debe ser investigado con prolija dedicación, por ser otro elemento útil en la aplicación quirúrgica de las técnicas; las técnicas; las radiografías lingual y oclusal proveen los detalles necesarios. La película radiográfica, que se coloca sensiblemente paralela a la cara lingual del maxilar inferior, es impresionada por los rayos X, los cuales, en su camino encuentran el hueso y los elementos dentarios. Las radiografías de la región del tercer molar deben mostrar, en el caso de que los dientes estén verticalmente colocados y sin desviaciones, el perfil de estos dientes, superponiéndose en la imagen de las cúspides bucales y linguales de cada molar. En otras palabras, en una imagen radiográfica correcta no deben verse las caras triturantes de los molares. Las radiografías obtenidas con el tubo común no permiten, sino en escasas circunstancias, obtener esta imagen ideal, porque el paralelismo de los rayos no puede ser logrado con este tipo de cono. Lo ideal es valorarse de un tubo largo que permite obtener radiografías, en las cuales las cúspides bucales y linguales de los tres molares, suponiéndolos verticales, se superpongan sin ima

genes de las caras triturantes.

La técnica para la toma radiográfica de la región del tercer molar con el tubo largo difiere en algunos detalles de la mencionada para el tubo común. La película radiográfica debe colocarse paralela al eje vertical del primer y segundo molar y el rayo central debe ubicarse a la altura de las coronas dentarias.

El paralelismo entre película y molares se obtiene colocando un rollo de algodón a nivel de la corona o ápices, según lo requieran las circunstancias.

El estudio radiográfico de la región del tercer molar inferior, proporciona una serie de detalles, cuyo conocimiento es imprescindible para el diagnóstico y la exacta aplicación de las técnicas quirúrgicas.

Un detalle importante de señalar, es que la radiografía intraoral sólo da detalles en el plano vertical, obteniéndose con perfección todos los puntos de interés anatómicos y quirúrgicos, ubicados en este plano. Pero la relación bucolingual y los detalles de los elementos que se encuentran en este sentido, sólo pueden lograrse merced al empleo de la radiografía oclusal.

CAPITULO IV:

"TECNICAS QUIRURGICAS."

A) Instrumental: Para lograr la avulsión del tercer molar retenido con mayor facilidad y un menor riesgo para nuestro paciente, nos será de gran utilidad conocer el método mecánico o físico en que se encuentra basado uno de nuestros principales instrumentos utilizados en la extracción de piezas retenidas, el cual conocemos como botador o elevador. La selección de nuestro instrumental será de acuerdo con el tipo de nuestra intervención y la experiencia adquirida. Este debe ser esterilizable, no corrosible y presentando buen filo, ya que esto nos ayudará a ahorrar tiempo, esfuerzos inútiles y a evitar molestias innecesarias al paciente; este instrumental se complementará con el usado en la práctica diaria, el cual consta de pinzas de curación, espejo, excavador, etc.

El instrumental lo dividiremos de acuerdo a los pasos en que realizamos nuestra intervención quirúrgica:

- a) Instrumental para incisión.
- b) Instrumental para osteotomía.

c) Instrumental para sutura.

Instrumental para incisión:

Utilizamos bisturí, pinzas para disección, tijeras, periostotomos y separadores.

Instrumental para osteotomía:

Encontramos escoplos, pinzas, gubias, lima para hueso, cucharillas para hueso, fresas quirúrgicas de baja y alta velocidad, elevadores de Winter, de Barry, de Seldin y los elevadores universales.

Para la extracción de las raíces utilizamos los elevadores de Clev-Dent y los Winter y apicales.

Instrumental de sutura:

Se compone de hilo, el cual es de varios grosores y de diferente material, ya sea seda, nylon o catgut, según sea el indicado en cada caso.

Agujas que pueden ser curvas o semicurvas, según el caso

Pinzas potagujas, también existiendo una gran --
variedad.

Por último mencionaremos y no porque sea de im--
portancia, el aspirador o succionador quirúrgico que --
nos ayudará a tener una mejor luz quirúrgica.

Posición del sillón:

La posición del sillón debe ser lo suficientemen--
te baja como para que el codo derecho del operador que--
de frente al hombro derecho del paciente.

Gasas:

Se coloca una gasa para aislar el campo operato--
rio si se va a utilizar la técnica de escoplo. Se colo--
ca un trozo de gasa para la exodoncia de 7, 6x7, 6 cm.--
con un ángulo por debajo de la lengua del lado de la --
operación. Así se mantiene la saliva alejada del campo--
operatorio y se apartan los fragmentos y la sangre de --
la garganta, a la vez que se eliminan pérdidas de tiem--
po vinculadas con la salivación.

Separadores:

La asistente debe estar entrenada para sostener el separador en la mano derecha. El borde de la gasa - del lado lingual, se sostiene por debajo de la punta - del separador el que a su vez, se mantiene contra la - cortical interna cuando el profesional está operando - del lado derecho del paciente. La tracción excesiva - del colgajo por parte de la asistente provocará un lin foadenema posoperatorio excesivo.

Los escoplos se vuelven a afilar después de cada uso y se les cambia frecuentemente durante el curso de una operación. Muchos operadores prefieren utilizar fres sas. Debe prestarse atención a la esterilidad de la pie za de mano y las fresas si se emplea esta técnica.

Según el Dr. Guillermo A. Ries Centeno, clasifi ca el instrumental para tejidos blandos y para tejidos- duros:

Instrumental para tejidos blandos:

Bisturí.- Se usa comúnmente un bisturí de hoja- corta, para cirugía bucal. Este instrumento consta de - un mango y de una hoja. En nuestra práctica preferimos- este tipo de bisturí (Bard-Parker) con la hoja No. (15)

El bisturí llamado sindesmótomo, se usa para se-
parar la encía del cuello del diente.

Tijeras: Las tijeras como instrumentos de sección de tejidos, tienen escaso uso en nuestra especialidad, se emplean para seccionar lengüetas y festones gingivales y trozos de encía en el tratamiento de la paradentosis, se usan tijeras curvas y rectas, las tijeras también son usadas para cortar hilos de sutura.

Pinzas de disección: Para ayudarse en la preparación de colgajos y en otras maniobras, el cirujano puede valerse de las pinzas de disección dentadas con las cuales se toma la fibramucosa sin lesionarla, o las pinzas de ratón, con tres pequeños dientes que se engranan y permiten sostener el colgajo.

Instrumentos de galvano y termocauterío, radiobisturí o electrótomo:

La sección de los tejidos gingivales puede realizarse asimismo por métodos térmicos o eléctricos, para tal fin se utilizan el galvano o el termocauterío o el radiobisturí.

Legras, periostótomos, espátulas romas: El des -
prendimiento y separación de la fibromucosa primariamen -
te incidida por el bisturí, con el objeto de preparar -
lo que se denomina colgajo.

Separadores: En el curso de una operación en la -
cavidad bucal, es necesario mantener apartados los la -
bios, con el propósito de no herirlos, o los colgajos, -
para que no sean traumatizados; para tal fin se pueden -
emplear los separadores de Farabeuf, los separadores -
Volkman, etc.

Instrumental para sección de tejidos duros:

Escoplos y martillo: El empleo de los escoplos -
en cirugía bucal es muy frecuente. Tales instrumentos -
se usan para reseca el hueso que cubre el objeto de la
intervención, la tabla externa en las extracciones del
tercer molar inferior retenido.

El escoplo es una barra metálica, uno de cuyos -
extremos está cortado a bisel a expensas de una de sus
caras y convenientemente afilado. los escoplos también -
se emplean para seccionar dientes en las maniobras lla -
madas de odontosección; y el martillo sirve para golpear

el escoplo.

Pinzas Gubias: Para realizar la resección del -- hueso (osteotomía) podemos utilizar las denominadas pinzas gubias, rectas o curvas, que actúan extrayendo el hueso, por mordiscos sobre ese tejido, previa preparación de una puerta de entrada con las escoplas, o directamente, como cuando se desea eliminar bordes cortantes, crestas óseas o trozos óseos que emergen de la superficie del hueso.

Fresas: La fresa puede sacar el hueso de por sí, o abrir camino a otros instrumentos, pueden usarse fresas, del No. 5 al 8, o de fisuración No. 560; también son útiles las fresas quirúrgicas de Sehamberg, las fresas para labrar el caucho.

Limas para hueso: (escofinas). Para la preparación de maxilares destinados a llevar aparatos de prótesis, o para alisar bordes y eliminar puntas óseas, se usan las limas para hueso.

Pinzas para tomar algodón, gasa, etc. En el curso de la operación hay que limpiar el campo operatorio de la sangre que mana de los vasos vecinos.

Pinzas de Kocher: Se usa en cirugía, para hacer hemostasis.

Cucharillas para hueso: Las colecciones patológicas, granulomas, fungosidades, quistes, etc., deben eliminarse del interior de las cavidades óseas con cucharillas para dentina.

Porta aguja: Es la pinza que toma la aguja

B) ANESTESIA.

Para evitar complicaciones en la intervención qui
rúrgica del tercer molar inferior incluido será neces_a_
rio que las técnicas anestésicas a emplear sean lo más_
adecuadas posible, ya que ésto representará un mayor -
porcentaje en lo referente al éxito de nuestra interven_
ción, y a la vez será una tranquilidad extra para el pa_
ciente.

En cirugía bucal y para la extracción habitual -
de cualquier diente, se interesa sobre todo la aneste_
sia que involucre a la tercera rama del nervio Trigémi_
no, que corresponde al nervio maxilar inferior y sus ra_
mas terminales, en el caso concreto nos interesa la - -
anestesia del nervio dentario inferior, que es el mayor
de sus ramas. Para realizar sin dolor la punción mandi_
bular, la aguja deberá pasar entre la rama ascendente y
los ligamentos y músculos que cubren la superficie pro_
ximal de dicha rama ascendente.

Técnica de Anestesia:

La técnica de inyección mandibular nos interesa -
como anestesia de conducción generalmente asociada a la
anestesia terminal; si vamos a realizar la extracción -

de molares retenidos, algunas ocasiones utilizamos estas técnicas para operar quistes y eliminar pequeñas tumores.

Para asegurar una anestesia profunda y prolongada de tal manera que nos permite terminar nuestra intervención sin molestias para nuestros pacientes, es necesario dominar la técnica de inyección troncular para lo cual seguiremos los siguientes pasos:

a) Palpar el triángulo pterigomandibular con el dedo índice, en modo tal que la uña quede sobre la línea oblicua interna.

b) Con el cuerpo de la jeringa descansando sobre los dientes bicúspides del lado opuesto, dirigiremos nuestra aguja paralelamente al plano de oclusión de los dientes inferiores, con dirección hacia la rama mandibular y el dedo que realiza la palpación.

c) Hacer la punción en el vértice del triángulo pterigomandibular introduciendo la aguja hasta que se sienta la pared posterior del surco mandibular. (aprox. 15 mm).

Este tipo de anestesia sirve para intervenir - -

odontológicamente todos los dientes del lado puncionado sin pasar la línea media. Será necesario en ocasiones - realizar una anestesia del nervio lingual que general_ mente anesteciemos durante la inyección mandibular si - depositamos la solución al ir introduciendo la aguja, - caso contrario requerirá una inyección lingual anterior a los molares.

La inyección lingual se empleará siempre y cuan_ do la anestesia del dentario inferior no haya sido del_ todo satisfactoria y podemos intervenir sin contrariem_ pos.

En la anestesia del nervio lingual puncionaremos la membrana mucosa lingual a nivel de la mitad de la -- raíz por distal de los dientes por anestésicar. Debemos depositar la solución exactamente bajo la membrana muc_ sa, con lentitud y sin hacer presión.

C) "TECNICA QUIRURGICA" (Tratamiento).

El tratamiento puede variar desde una irrigación y desbridamiento del colgajo pericoronar, hasta la - - extracción del diente.

Si el diente está inclinado lingual o vestibularmente, la radiografía no delimitará nítidamente todo el diente. El hueso circundante debe ser examinado para de terminar si interfiere con la extracción del diente, la densidad del hueso y/o la presencia de destrucción ósea por infección pueden alterar el trabajo quirúrgico, la cantidad de hueso que se va a eliminar se estima eva - luando la corona y las raíces en relación con el hueso y la línea de extracción; la proximidad del conducto al veolar (dentario) inferior debe conocerse detalladamente para evitar lesionar el nervio y los vasos sangü- neos. La cercanía del diente incluido, con el borde in- ferior de la mandíbula es importante desde el punto de vista pre y postoperatorio; la cantidad de hueso exis - tente por debajo de las raíces del diente debe apreciar se siempre.

Presencia de infección: La infección en forma de pericoronaritis debe tratarse antes de la cirugía. Una pe

ricoronaritis aguda en torno a un tercer molar inferior generalmente responde a la extracción del tercer molar superior si éste está chocando contra los tejidos inferiores infectados. La extracción de la corona va a permitir que ceda la pericoronaritis, cuando ni existe infección, no es necesaria la antibioterapia bucal o parenteral.

Premedicación y preparación del paciente:

La premedicación es útil, cuando los dientes retenidos se extraen bajo anestesia local. Para un paciente externo, la dosis bucal promedio es de 0,1 g de pentobarbital sódico. Sin embargo, pueden darse por vía intravenosa 1,0,2 ml. de pentobarbital sódico. El paciente sigue siendo ambulatorio, pero necesita que alguien lo acompañe a casa. Muchas otras drogas o combinaciones de drogas pueden administrarse por vía venosa o intramuscular.

Como toda cirugía bucal la intervención quirúrgica de los terceros molares retenidos, consta de varios tiempos:

- 1) Incisión.

2) Preparación del colgajo.

3) Osteotomía.

4) Extracción propiamente dicha.

5) Tratamiento cavidad ósea.

6) Sutura.

1.- Incisión:

La incisión estará condicionada al tipo de re-
tención, y tiene por objeto abrir por medios mecánicos-
o físicos el tejido gingival. Toda incisión se hará con
bisturí, generalmente de hoja corta, de un solo trazo,-
amplia, abarcando mucoperiostio y llegando al hueso; el
tipo de incisión más común, es la angular; una de sus -
ramas se traza desde el centro de la cavidad distal del
segundo molar y se extiende hacia atrás, su largo varía
con el tipo de retención. La otra rama se inicia con el

mismo punto de la cara distal o en la porción distal -- del reborde gingival y se dirige hacia abajo, adelante y afuera en una extensión aproximada al centímetro. Esta segunda rama de la incisión es necesaria para no lacerar el tejido gingival en el acto de la aplicación de los elevadores.

2) Preparación del colgajo:

Después de haberse efectuado la incisión haremos hemostasia de la región y, posteriormente, tomaremos un periostotomo o una legra y lo introducimos en medio de los labios del trazo desde el lado distal hacia el mesial, con suave movimiento de lateralidad y giro desprenderemos el lado bucal hasta llegar al espacio interdentario entre el primer molar y el segundo premolar.

El lado interno se separa con la misma técnica, siendo su extensión variable según el tipo de retención. El colgajo deberá abarcar el tejido gingival y periostio.

3) Osteotomía:

La eliminación del hueso, que será necesario remover según sea el tipo de retención, será realizada -- con instrumentos de Winter o escoplos, pinzas gubias y fresas quirúrgicas de alta o baja velocidad; es importante una buena irrigación con suero fisiológico o agua

bidestilada; el empleo de las fresas quirúrgicas de alta velocidad vino a facilitar enormemente la eliminación del hueso tanto mesial, distal, bucal, lingual como oclusal, y, por consiguiente, facilitará la intervención en tiempo y traumatismo para nuestro paciente.

Las fresas que utilizamos más comúnmente son de fisura (560), de bola (# 8) de carburo y diamante.

4) Extracción propiamente dicha:

Una vez elaborada la osteotomía procedemos a eliminar nuestro molar retenido valiéndonos de palancas apropiadas que toman puntos de apoyo en las estructuras óseas vecinas o en la cara distal del segundo molar.

Con el fin de simplificar y provocar el menor traumatismo posible al paciente, se dividirá la pieza en los fragmentos que sean convenientes siendo extraídos por separado. A esa fragmentación se le conoce como odontosección. Una de las ventajas de la odontosección, es de que disminuyen el tamaño del campo operatorio, reduce la cantidad de hueso a eliminarse, no hay lesión sobre los dientes vecinos, el peligro de fracturas de la mandíbula queda disminuido al no usarse la fuerza mecánica como único factor.

ESTA TESIS NO DEBE
SAR DE LA INSTITUCION

5) Tratamiento de la cavidad ósea:

Una vez realizada la extracción del molar retenido, eliminaremos el saco pericoronario con una cucharilla y pinzas, enseguida realizamos un raspado de las paredes y fondo del alveolo para eliminar cualquier proceso patológico que existiera. Por último emparejamos los bordes óseos para que no queden aristas o puntas agudas y así evitar molestias posteriores, para lograr esto utilizamos una lima o alveolotomo.

Una vez que nos aseguramos que nuestro alveolo se encuentra limpio, lográndolo con lavado a presión moderada de agua bidestilada y preferentemente suero fisiológico y gasas; trataremos de formar un buen coágulo ya que éste será el mejor taponamiento en nuestra cavidad ósea y tomando en cuenta las medidas necesarias para evitar una infección, estas medidas son esencialmente terapéuticas.

6) Sutura:

La sutura tiene por objeto la reconstrucción de los planes incididos para favorecer a la cicatrización. Una buena sutura debe tener: unir tejidos de la misma naturaleza, no dejar espacios muertos, porque así prevenimos la proliferación de gérmenes, la sutura debe em-

a) "Extracción de un tercer molar inferior retenido horizontal" (según el Dr. Harry W. Archer).

La impactación horizontal, situada a bajo nivel-oclusal requiere un corte óseo vertical profundo que frecuentemente se extiende casi hasta el nivel de la punta del segundo molar. Los cortes horizontales deberán ser suficientes para exponer el cuello anatómico del diente.

Se expone la corona, después de haber separado un colgajo bastante amplio, la corona se parte y la parte superior se quita, la parte inferior de la corona se corta con una fresa de fisura y se elimina; se hace un surco en la raíz, con un elevador No. 320, y con el hueso cortical como punto de apoyo, se mueve la porción radicular hacia adelante y se extrae.

b) "Extracción de un tercer molar inferior retenido en posición vertical" (según el Dr. Gustavo O. Kruger).

La extracción de la impactación vertical es una de las operaciones más difíciles debido a la dificultad de colocar un instrumento entre el segundo molar, y el tercer molar impactado inmediatamente adyacente. Se expone el área a la vista bajo un gran colgajo mucoperiosteico, se hace un corte óseo vertical y largo para exponer cuando menos, el cuello anatómico de la impactación, se

(en forma distal a ella) y también sobre su superficie oclusal. Se logra hacer una grieta casi vertical desde el surco bucal a través de la porción distal del diente - bajo el cuello anatómico, esta porción se quita, se fuerza un elevador delgado en punta de lanza entre los dientes, si es posible y se eleva el diente. Si no es posible lograr acceso, un elevador Num. 14, puede empotrar - el área de bifurcación con el lado bucal, y puede ejercerse fuerza recta hacia arriba.

c) "Extracción de un tercer molar inferior rete-
nido en posición Distoangular" (según el Dr.-
Harry W. Archer).

Se hace una hendidura, en este caso, se separó - la corona y las raíces. Si la inclinación distal del tercer molar no permite colocar el escoplo paralelo al eje-longitudinal del diente, córtese después la corona con - una fresa, se hacen agujeros en cada mitad del diente, - al nivel del margen gingival, con un elevador No. 321 se levanta cada segmento, luego el colgajo se sutura en su lugar.

d) "Extracción de un tercer molar inferior rete-
nido en posición Distoangular" (según el Dr. Gustavo O.-
Kruger).

Es difícil de extraer porque su masa queda en la rama vertical. Se eleva un colgajo mucoperiódstico amplio y se hacen los cortes óseos corrientes vertical y horizontal. Se secciona el diente en dirección vertical. Según la curvatura de las raíces, la masa mesial del diente se mueve primero hacia arriba mediante el elevador en punto de lanza, colocado en el lado medial del diente, o con el elevador Número 14, colocado en el área de fiburcación, a veces la porción distal de la corona seccionada puede disecarse fuera del hueso en primer lugar. El diente entonces se hace rotar distalmente en el espacio creado. Frecuentemente es útil seccionar la corona desde la raíz en la impactación distoangular, extraer la corona, dividir la raíz en casos factibles, y extraer las porciones radiculares separadas.

e) "Extracción de un tercer molar inferior retenido en posición Mesioangular" (según el Dr. Gustavo O. Kruger).

Antes de extraer el diente se han preparado adecuadamente paciente y campo operatorio, y se ha administrado un anestésico local. Se hace una incisión en los tejidos distales al segundo molar, con el bisturí, es importante palpar los tejidos antes de la incisión para --

mantener ésta sobre el hueso, una regla segura a seguir es colocar la incisión por detrás de la cúspide bucal - del segundo molar y siguiendo el hueso subyacente, que puede ensancharse hacia afuera, la segunda rama de la - incisión se hace verticalmente a partir de la primera - incisión en su unión con la cúspide distobucal, exten- diéndose hacia abajo y hacia adelante hasta los tejidos bucales sobre la raíz mesial del segundo molar. Las va- riasiones en el diseño del colgajo incluyen la técnica- de desprender las fibras gingivales bucales libres alre- dedor de todos los dientes, hacia adelante, para incluir al primer molar, y separando el gran colgajo bucalmente, el colgajo mucoperiostico se eleva cuidadosamente con -- una cureta Molt No. 4 afilada, empezando en la incisión- vertical, donde el periostio no está unido al hueso. La- osisección se inicia en forma vertical, paralela a la - raíz distal del segundo molar y justo detrás de ella, se hacen otros cortes horizontales según sea necesario. El- hueso sobre la superficie distal o superior de la impac- tación deberá eliminarse, a manera de poder extraer la - corona después de dividir. El hueso en la unión de los - cortes horizontal y vertical deberán extirparse lo sufi- ciente para permitir que la cureta entre en el tejido es- ponjoso bajo la corona impactada, entonces se secciona - el diente, se coloca un nuevo cincel en el surco bucal,-

se dirige distalmente hacia el cuello anatómico distal - del diente y se golpea con fuerza, este golpe deberá ser seco. El diente frecuentemente se dividirá al primer intento. La porción distal seccionada de la corona se levanta de la herida, se coloca un elevador en punta de lanza, biangulado, como el elevador Krogh, bajo la corona y se hace el movimiento hacia arriba; el borde superior de este elevador es la porción del instrumento que levanta el diente, cuando el diente se mueva, estará forzado a moverse en arco. Cuando se halla movido hacia arriba y distalmente hasta un punto en el que el instrumento no pueda ya mantener contacto con él, se hace no - tar aquél de manera que el borde inferior termine la extracción del diente; frecuentemente, el diente se moverá hacia arriba lo suficientemente lejos para no tocar al - segundo molar. Un elevador Winter largo No. 14, colocado en la bifurcación de la raíz, con la placa cortical bucal usada como punto de apoyo, elevará este diente y lo sacará de la herida; los fragmentos óseos se levantan de la herida con una cureta pequeña. Los restos de tejido blando en el alveolo (tejido de granulación, folículo de erupción), se extraen cuidadosamente por disección, roma o cortante, se evita raspar fuertemente en las profundidades de la herida, los bordes de la herida ósea se alisan con la cureta.

Se coloca una sutura sobre el alveolo del lado lingual al bucal. Se usa una aguja cortante redonda de 12.5 mm y seda número 3-0, aunque el catgut número 3-0 no tiene que quitarse, generalmente es suficiente un punto de sutura, no se coloca drenaje y se coloca una compresa de gasa sobre el área.

La técnica lingual y alveolar inferior profunda, quizás no provee anestesia mandibular completa. La inyección bucal larga es relativamente dolorosa, porque el periostio es muy sensitivo en esta zona.

CASUÍSTICA.

A) CASO CLINICO # 1.

Nombre del enfermo: Calvillo Aviles Veronica. Sexo fem.
Edad 28 . Edo. Civil Casada Ocupación Hogar
Lugar de nacimiento Guadalajara, Jal. Residencia _____
Dirección Vidrio # 1381-3 Fecha 9 de Julio/1984.

"INTERROGATORIO"

Antecedentes

FAMILIARES:

Sífilis, tuberculosis, carcinoma, alcoholismo, diabetes, obesidad, alergia, Pad. mentales, Pad gastrointestinales.

Una tía presentó cancer el año pasado, se le intervino y se le quitó la matriz.

Su abuela materna presentó diabetes, se le amputaron las piernas. Su madre y una hermana son obesas. Sus hermanos, la mayoría son alérgicos presentan asma. - Hermano mayor es hipertenso.

PERSONALES:

Alcoholismo, tabaquismo, drogas tóxicas, sífilis, tuberculosis, paludismo, salmonelosis, disentería, parásitos, transfusiones de sangre, traumatismos. Hábitos de vida, choques emotivos, convulsiones.

Fuma un poco más de lo normal. - Ha estado dos veces con ronchas; supuestamente es alergia. Se le practicó cesarea hace 4 años y 5 meses, se le operó de las anginas hace 17 años. A los 19 -- tuvo shock nerviosos con hipertensión, relata comer demasiado por nervios.

"PADECIMIENTO ACTUAL"

Fecha de comienzo, principales síntomas:

Dolor en el 3° molar inferior derecho, desde hace tres semanas ha tenido que tomar calmantes.

Caso clínico # 1 (continuación)

"DIAGNOSTICO"

Extracción del 3° molar inferior derecho, causada por caries, el molar está en posición mesializada. (mesioangular).

"TRATAMIENTO"

Extracción del tercer molar inferior R.

Se hizo la asepsia y antisepsia del campo operatorio, se colocaron los campos y se procedió a aplicar la anestesia troncular inferior y bucal, como estaba infectado se le puso intrapulpar.

Se hizo el corte de la pieza y se procedió a sacar las dos partes, se limó el alveolo, se lavó con suero fisiológico y se suturó con hilo tres ceros 000.

Se le dieron indicaciones postoperatorias, y se le citó a los 5 días para retirar los puntos de sutura. (4 puntos de sutura).

Se le recetó al paciente 6 frascos/Ampula de Penprocilina, de 800,000 U. aplicada por vía intramuscular, 1/cada 12 hrs. y prodolina "P" 500, tomar sólo en caso de dolor.

CASO CLINICO # 2.

Nombre del enfermo Enciso de Sandoval Ma. Teresa. Sexo F
Edad 18 años Estado civil Casada. Ocupación Hogar.
Lugar de nacimiento Guadalajara, Jal. Residencia Guad.
Dirección Cerro Gordo 1866, Las Aguilas. Fecha 14/11/84

"INTERROGATORIO"

Antecedentes.

FAMILIARES:

Sífilis, tuberculosis,
carcinoma, alcoholismo,
diabetes, obesidad, Pad
mentales o nerviosos.

Hermano (retrasado mental)
Padres, son nerviosos.

Otros

PERSONALES:

Alcoholismo, tabaquismo,
drogas tóxicas, sífilis,
alergias, Ictericias, -
hábitos, choques emoti_
vos, pérdida de conoci_
miento, historia sexual,
alimentación habitual.

Fuma mucgo, tiene a veces -
choques emotivos.

"PADECIMIENTO ACTUAL"

Fecha de comienzo, principales
síntomas:

Al principio tenía moles_
tias pero a los 4 meses -
desaparecieron.

3° molar. Erupción anormal
mesializado, está haciendo

Caso clínico # 2 (continuación)

presión sobre el 2° molar.

"DIAGNOSTICO"

Extracción del 3° molar inferior en posición mesio_angular.

"TRATAMIENTO"

Procedimiento quirúrgico:

Se procedió a hacer la antisepsia del campo operatorio, colocación de campos, después la utilización de la técnica troncular y puntos locales, se utilizaron dos cartuchos de anestesia Citanes-octapresil.

Se hizo la incisión de solapa de sobre siguiendo hasta el segundo molar festoneado, se desprendió colgajo, se parando el tejido con legra, se procedió a hacer hemisección, se luxó y con el botador recto, hasta que hubo movilidad de la pieza y extraerlo, se levó y se secó la zona, después se suturó dando dos puntos aislados poniendo hilos tres ceros 000.

Se le dieron indicaciones al paciente y se le recetó una caja de Pentrexil, cápsulas de 500 mg., 1 cada 6 horas y una caja de Dolotanderil, cada 6 horas. (Sólo en caso de dolor).

CASO CLINICO # 3.

Nombre del enfermo Rodríguez Gtrrez, Irma L. Sexo F
Edad 23 Estado civil soltera Ocupación Secretaria
Dirección Guamuchil 1264 Fecha Feb. 18 de 1984

"INTERROGATORIO"

Antecedentes.

FAMILIARES:

Sífilis, tuberculosis, No conoce algún padecimiento en
carcinoma, alcoholismo, su familia.
diabetes, obesidad, - -
alergia, pad. mentales.

PERSONALES:

Alcoholismo, tabaquis_ Alergia a la penicilina, se - -
mo, drogas tóxicas, sí_ preocupa mucho cuando tiene exá
files, tuberculosis, - menes en escuela, su alimenta_
ictericia, desarrollo_ ción es variada. Todo lo demás_
mental, historia se_ no presenta datos positivos.
xual, alimentación ha_
bitual.

"PADECIMIENTO ACTUAL"

Fecha de comienzo, princi_
pales síntomas: Hace un año y no presenta sínto
matología, solamente

Caso clínico # 3 (continuación)

"DIAGNOSTICO"

Extracción del tercer molar inferior izquierdo retenido mesioangularmente.

"TRATAMIENTO"

Primero se procedió a hacer la asepsia del campo operatorio y se infiltró en ambos lados con tronculares inferiores y bucales largos, se emplearon un total de 6 cartuchos, tres cartuchos por lado. Una vez infiltrado el paciente se procedió a incidir a nivel de la rama ascendente del maxilar inferior izquierdo hasta primer molar, sin efectuar incisión liberatriz. Después se procedió a bajar el colgajo para obtener buena visibilidad, donde se pudo observar una porción de la corona (un poco de la porción mesial del molar). Después se efectuó la resección de hueso vestibular y hueso de la porción distal para liberar al molar, después se insertó un botador recto, pero no se pudo extraer, por lo que se eligió la técnica de odontosección, extrayendo primero la porción coronal mesial y la raíz mesial para después eliminar la parte de la corona y raíz distal.

Una vez eliminada la pieza se lavó con solución salina y se suturó con seda tres ceros 000.

Se le prescribió Prodolina "F" 500, tomar 1/cada 6 horas, tomar sólo en caso de dolor.

Prodolina tabletas, 1 cada 6 hrs. en caso de dolor.

Fisioterapia con hielo las primeras 8 hrs.

Fisioterapia con calor a partir del día siguiente.

CASO CLINICO # 4

Nombre del enfermo Muñoz Silvia L. Sexo F Edad 27
Estado civil Soltera Ocupación Hogar
Lugar de nacimiento Distrito Fed. Residencia Guad.
Dirección Chirimollas 289 Fecha 22/2/84

"INTERROGATORIO"

Antecedentes.

FAMILIARES:

Sífilis, tuberculosis, carcinoma, alcoholismo, diabetes, obesidad, -
alergia, hipertensión, pad. mental, pad. gas-
trointestinales, otros. Madre hipertensa con anteceden-
tes de úlcera gástrica y artritis. Hermano mayor con proble-
mas renales y antecedentes de -
artritis.

PERSONALES:

Alcoholismo, tabaquismo, Padece de gastritis.
drogas tóxicas, sífilis, Jaquecas hace 5 años, Nerviosa,
tuberculosis, paludismo, tuvo hipertensión arterial y du-
rón el desmayo 3 min.
salmonelosis, tifo, di-
sentería, traumatismos, -
choques emotivos, colvul-
siones, historia sexual,
etc.

"PADECIMIENTO ACTUAL"

Fecha de comienzo, principales síntomas:

Le molesta el cuadrante izquierdo, probablemente a --
causa del tercer molar inferior impactado. Empezó el dolor

Caso clínico # 4 (continuación)

hace apenas 6 días, el dolor es continuo y a veces punzante.

" DIAGNOSTICO "

Extracción del tercer molar inferior derecho impactado, en posición distoangular.

" TRATAMIENTO "

Se hizo asepsia intra y extra oral.

Se pusieron los campos y se infiltró con la técnica troncular inferior y bucal largo, se infiltró con solución carbocaina tres cartuchos.

Se procedió a hacer la incisión con Bisturí y se separaron los tejidos con legra, se usó botador para debri^udar la pieza y con el mismo, se hizo la extracción.

Se sostuvo con hilo tres ceros 000, poniendo un solo punto.

Se prescribió Pentrexil, Cápsulas de 500 mg., 1 cada 6 horas y Prodolina "F" 500, Tomar sólo en caso de dolor.

CASO CLINICO # 5.

Nombre del enfermo José Piñaza R. Sexo M Edad 23
Estado civil Soltero Ocupación Estudiante
Lugar de nacimiento H. Matamoros, Tamps.
Residencia Guadalajara
Dirección Jorullo # 1487 Fecha 20-I-84
Col. Independencia.

" INTERROGATORIO "

Antecedentes.

FAMILIARES:

Sífilis, tuberculosis, - Papá: finado en accidente con -
Carcinoma, alcoholismo, - tendencia al alcoholismo.
diabetes, obesidad, aler Hermano: padeció pulmonía hace -
gia, hipertensión, pad. - 3 años.
mentales, pad. gastroin Abuelo materno: finado, a los -
testinales, otros. 82 años, padecía hipertensión.

PERSONALES:

Alcoholismo, tabaquismo, Alcoholismo: cuatro veces por -
drogas tóxicas, sífilis, mes, cigarros: 2 ó 3 por semana.
tuberculosis, paludismo, Bronconeumonía hace dos años; -
salmonelosis, alergias, - su alimentación es balanceada -
ictericias, traumatismos habitaciones diferentes en su -
choques emotivos, convul casa.
siones, historia sexual, alimentación.

" PADECIMIENTO ACTUAL "

Fecha de comienzo, principales síntomas:

Caso clínico # 5 (continuación)

El paciente se presentó a consulta para la colocación de prótesis removible, al tomar radiografía se le diagnosticó tercer molar inferior izquierdo retenido, no presenta ninguna sintomatología, no se encuentra erupcionado.

"DIAGNOSTICO."

Extracción del tercer molar inferior izquierdo retenido, en posición distoangular.

"TRATAMIENTO"

Extracción del tercer molar inferior izquierdo retenido, se colocó anestesia troncular izquierda y bucal largo, usándose tres cartuchos de carbocaina.

Se inició, con una incisión de solapa de sobre, se se paró el tejido con una legra y posteriormente se procedió a quitar hueso con una fresa de bola de baja velocidad, una vez terminado esto quedando completamente descubierto el diente el cual se extrajo con un botador recto, sin presentarse ninguna complicación.

Se colocaron cuatro puntos de sutura (con hilo tres ceros 000) y se citó al paciente dentro de cinco días a revisión.

Se le prescribió al paciente un antibiótico:

Pentrexil 500 mg. 1/cada 8 horas, prodolina tomar sólo en caso de dolor y enjuague de isodine.

CONCLUSION.

Al llevar a cabo el desarrollo de esta tésis, llegamos a la conclusión de los problemas ocasionados por órganos dentarios retenidos, es evitado por medio del acto quirúrgico aunado a los estudios radiográficos y clínicos, así como anatómicos, histológicos y embriológicos, los cuales serán de una ayuda invaluable para realizar la intervención quirúrgica en condiciones ideales y elaborando así un plan de tratamiento utilizando técnicas adecuadas según sea el tipo de caso.

Considerando que nuestros conocimientos al término de esta etapa nos irán aumentando según sea nuestro empeño y la experiencia que nos vaya dando la práctica profesional para solucionar cualquier patología que se nos presentara, no abarcando una sola rama de la odontología, esto, enfocado a beneficio de la salud dental.

Está comprobado actualmente, que el tercer molar tiende a desaparecer, de ahí el resultado de la falta de espacio, trayendo como consecuencia la retención de los mios y el apiñamiento de las piezas anteriores-inferiores.

Los dientes impactados crean una diversidad de complicaciones tales como el desarrollo de quistes foliculares, desplazamiento de los dientes con la erosión de las piezas dentarias adyacentes normales.

El diagnóstico, es de vital importancia, y se establece cuando menos parcialmente, por medio del exámen físico, es imperativo tomar radiografías detalladas de toda la zona, seguidas de una interpretación minuciosa.

Se define, a los dientes retenidos como aquellos dientes en los cuales la erupción ha sido obstruída parcial o totalmente por el hueso o por otros dientes, cualquier diente puede estar retenido, pero el tercer molar mandibular es el que con más frecuencia se encuentra involucrado.

Por lo tanto el diagnóstico y tratamiento a seguir, para el tercer molar inferior retenido es de suma importancia, en la práctica diaria, puesto que los terceros molares que no se encuentran en posición y funcionamiento adecuado en el arco dentario, deberán ser extraídos por razones ortodónticas, de infección, dolor y profilácticas.

BIBLIOGRAFIA.

a) Daniel E. Waite

"Tratado de Cirugía Bucal Práctica"

Editorial Continental, S.A.

México, Octubre, 1984

2a. Edición.

pp: 143-146 Cap. I

146-147 Capítulo II

147-148 Capítulo III

148-158 Capítulo IV

b) Ries Centeno, Guillermo

"Cirugía Dento Maxilar"

Editorial El Ateneo

Buenos Aires, 1960

7a. Edición.

pp: 369-370 Capítulo I

370-371 Capítulo II

371-375 Capítulo III

358-367 Capítulo IV

91-94, 112-129 y

152-155

c) Gustavo O. Kruger

"Cirugía Buco-Maxilofacial"

Editorial Panamericana

5a. Edición

pp: 81-83 Capítulo I

90-92 Capítulo II

70-75 Capítulo IV

d) Harry W. Archer

"Cirugía Bucal"

Edición 1968

Editorial Mundi

pp: 124-126 Capítulo I

Vol. I.

126-127 Capítulo II

124-128 Capítulo IV

e) Thomas J. Starshnk

"Cirugía Bucal Preprotética"

Editorial Mundi

Argentina, Buenos Aires

1a. Edición

pp: 6, 7, 8, 9, 10 Capítulo I.

f) Journal Oral Sursory.

Departamet of ovaland Maxillofacial Sursory.

University of North Carolina, School of Dentistry

Submitted 1.1 1984 Accepted 24.5 1984.

g) Duarte Avellanel, Ciro

"Cirugía Odontomaxilar"

Editorial, S.A.

Buenos Aires, 1968

1a. Edición, 1963

pp: 71-90 Capítulo I

111-119 Capítulo II

h) Hans Picher

"Cirugía Bucal y de los Maxilares"

Editorial Labor

Madrid, España, 1952

1a. Edición

pp: 58-62 Capítulo III

m) "Journal of Oral Surgery"

Volume 14, Number 4

Published by American Dental
Association

October 1956

pp: 336 Capítulo I

337 Capítulo IV

n) "Journal Oral Surgery"

Official Journal of American S.

Volume 38, Number 2

Published by The American Den_
tal A.

February 1980

pp: 135-137 Capítulo IV

o) "Sterling V. Mead"

"Cirugía Bucal"

Editorial Hispanoamericana, México, 1967

1a. Edición Vol. I

pp: 68-80 Capítulo IV.