

734.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

BASES PARA EL TRATAMIENTO
DE LOS DIENTES RETENIDOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

ERNESTO RUBEN NOBARA RODRIGUEZ

1 9 8 1



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1.- INTRODUCCION.

2.- IMPORTANCIA.

3.- ETIOLOGIA.

4.- CANINOS RETENIDOS (TECNICA QUIRURGICA)

Anestesia.

Incisión.

Colgajo.

Extracción.

Osteotomía.

Sutura.

5.- TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.

Anestesia.

Incisión.

Colgajo.

Extracción.

Osteotomía.

Sutura.

6.- TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO.

Anestesia.

Incisión.

Colgajo.

Extracción.

Osteotomía.

Sutura.

7.- CONCLUSIONES.

8.- BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Se denominan " Dientes Retenidos " ó RETINIERTE ZAHNE, que provienen del latín que significa " Dientes Retenidos - o impactados.

Generalmente se ha utilizado la palabra inclusión para significar la retención parcial o total de un diente. Del análisis de las dos expresiones, hallamos que inclusión es la acción de encerrar o comprender una cosa dentro de otra, y la retención es la de suspender total o parcialmente una acción. De este simple comentario se deduce que mientras inclusión tiene el significado de introducir totalmente, el de retención admite la detención total o parcial de una acción o de un proceso, es la suspensión de algo dinámico como es la erupción dentaria, un proceso vital. La retención dentaria puede presentarse de dos formas:

- a) El diente está completamente rodeado por tejido óseo " Retención Intra Osea ".
- b) El diente está cubierto por la mucosa gingival se le llama " Retención Subgingival ".

Cualquiera de los dientes temporarios, permanentes o supernumerarios, pueden quedar retenidos en los maxilares, la retención de los temporarios es un hecho excepcional, la denominada inclusión secundaria puede ser posible por una acción mecánica de los dientes vecinos, que vuelven a introducir al diente temporario dentro del hueso de donde provenía, aquí se puede utilizar el termino inclusión.

Pero hay un conjunto de ellos los cuales tiene una mayor predisposición para quedar retenidos, en otras palabras, hay un número de dientes a los cuales corresponde la patología de los dientes retenidos, tales son los caninos y los terceros molares.

IMPORTANCIA.

Es importante debido a que todo diente retenido es capaz de producir trastornos de cualquier índole a pesar de que muchas veces pasan inadvertidos y no producen ninguna molestia al paciente portador, sin embargo estos trastornos o accidentes pueden ser mencionados de la forma siguiente.

1.- Los accidentes mecánicos son importantes debido a que los dientes retenidos actúan mecánicamente sobre los dientes vecinos produciendo trastornos que se manifiestan sobre su normal colocación en el maxilar y en su integridad anatómica.

2.- Los trastornos sobre la colocación normal de los dientes retenidos, en su intento de erupcionar y esto produce desviación en la dirección de los dientes vecinos pudiendo causar trastornos a distancia como en el caso del tercer molar, esto produce una desviación normal en dirección produciendo entrecruzamiento de dientes y conglomerados antiestéticos.

3.- Otro tipo de trastornos son aquellos que se producen sobre la integridad del diente y es ocasionada por la constante presión que ejerce el diente retenido a su saco dentario sobre el diente adyacente causando alteraciones en el cemento -- llamada " RIZOLISIS ", en la dentina y en la pulpa de los dientes, puede causar complicaciones al invadir la pulpa y producir procesos periodonticos de diferente intensidad e importancia.

4.- Trastornos protéticos que originan en múltiples ocasiones los dientes retenidos.

Existen confirmación de estos trastornos los cuales pueden concretarse como sigue:

Pacientes portador de aparatos de prótesis admiten que sus estas basculen en la boca y no se adaptan con la comodidad a que estaban acostumbrados, por diagnóstico se descubre una protuberancia en la encía y una radiografía aclara el diagnóstico. de

una retención dentaria.

Existen también los accidentes infecciosos, estos accidentes infecciosos estos accidentes estan dados, en los dientes retenidos por la infección de su saco pericoronario. La infección de este saco puede originarse por varios mecanismos y vías:

- a) Al hacer erupción el diente retenido su saco se abre espontáneamente al ponerse en contacto con el medio bucal.
- b) El proceso infeccioso puede producirse como una complicación apical o periodóntica de un diente vecino.
- c) La infección del saco puede originarse por la vía hemática.

La infección del saco folicular se traduce, por temperatura local, absceso y fístula, osteítis y osteomielitis y estados sépticos generales.

Los procesos infecciosos del saco folicular pueden actuar como infección focal produciendo trastornos de la más diversa índole y a distancia sobre los órganos vecinos.

La presión que el diente ejerce sobre los dientes vecinos sobre sus nervios o troncos mayores, es posible originen algias de intensidad, tipo y duración variable ejemplo: Neuralgia del trigémino.

La presión que el tercer molar en sus diversas formas de retención produce a veces sobre el nervio dentario o inferior puede ser causa de trastornos nerviosos de toda índole. También produce algunos trastornos mentales.

ACCIDENTES TUMORALES.

Quistes dentígeros.- Tienen su origen indudable en la hipergénesis del saco folicular a expensas del cual se origina. 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 el diente originador.

ETIOLOGIA.

Se considera un problema ante todo Mécánico, el diente que está destinado a hacer erupción normal y aparece en la arcada dentaria, al igual que sus congénères erupcionados, encuentran en su camino un obstaculo que impide la realización del normal trabajo que le está encomendado. La erupción dentaria en consecuencia se encuentra impedida mecánicamente por ese obstáculo.

Por lo tanto podemos clasificar las razones o las causas por las cuáles el diente no hace erupción entre los cuales tenemos:

1.- RAZONES EMBRIOLOGICAS.- La ubicación especial de un germen dentario en un sitio o lugar muy distante o alejado del sitio de normal erupción; por razones mecánicas el diente originado por dicho germen imposibilitado o incapacitado de llegar hasta el borde alveolar.

El germen dentario puede hallarse en su sitio, pero con una alteración tal en su angulación, que al calcificarse el diente y emprender el trabajo de erupción, la corona puede estar en contacto con su diente vecino retenido o erupcionado, este contacto está formado un verdadera fijación del diente en erupción, en una posición nosiva o viciosa. Sus raíces se constituyen, pero su fuerza impulsiva o de erupción no logra colocar al diente en una posición o eje que le permita erupcionar normalmente.

Un médico llamado Radasch en el año de 1927 afirmaba que los factores etiologicos de los dientes retenidos son exclusivamente de carácter embriológico. Además sostiene que la inclusión se produce por trastornos de la relación afines que normalmente existen entre la cresta alveolar y el saco o folículo dentario durante los diversas fases de un desarrollo evolutivo.

Los cambios de evolución que sufren dichas estructuras - se consideran altamente en la formación del tejido óseo y-- que hace desplazar al folículo dentario en consecuencia.

2.- OBSTACULO MECANICO.- Son aquellos que pueden ocluir o interferir a la evolución normal dentro de los cuales podemos mencionar:

a).- Falta de material de espacio en la cual se pueden - observar varias posibilidades.

b).- El germen del tercer molar deben desarrollarse entre una pared inextensible, que es la cara distal del segundo molar y la rama montante del maxilar, el canino superior tiene su germen localizado en la parte mas eminente de la fosa canina.

c.) Terminado la calcificación del diente, y en maxilares de dimensiones reducidas no existe lugar, para lograr, ocupar su sitio normal, en la arcada, ya que se lo impiden el incisivo lateral y el premolar que ya se encuentran erupcionados.

Sin embargo Goldsmith en el año de 1931 afirmaba que el canino se haya alto en el maxilar, cuando los premolares van a realizar su erupción. Observamos que en este momento los incisivos se localizan implantados en su posición del plano frontal. El canino decíduo que debe mantener el espacio para su sucesor permanente, es muy angosto para mantener el espacio necesario, mesiodistal. La presión mesial del segundo molar en su erupción es transmitida de un diente a otro hasta el canino temporal causando un acúmulo o retardando su erupción por un lapso de tiempo considerable y aún estando su raíz casi reabsorbida, esto a la vez ocasiona una contracción parcial de esta zona donde decide el canino ocasionando su desviación hacia una posición.

Otro factor mecánico a considerar es la condensación del hueso es decir la forma del trabeculado que no puede ser vencido por el trabajo de erupción llamado "ENOSTOSIS".

Cabe mencionar el impedimento que se opone a la normal erupción puede ser:

a.) Un organo dentario

b.) Dientes vecinos, que por una extracción prematura del temporario han acercado sus coronas y así constituye un - obtáculo mecánico a la erupción del permanente lo cual produce una posición viciosa de un diente retenido que choca contra - las raices de los dientes vecinos.

Es importante considerar los elementos patológicos que pueden oponerse a la normal erupción dentaria, dichos elementos son:

a.) Dientes supernumerarios.

b.) Tumores odontogénicos.

Los tumores llamados odontomas constituyen un impedimento mecánico de erupción dentaria algunos casos de odontomas han - permitido comprobar la retención de diversos dientes con - odontomas, compuestos combinados. Puede existir retención de canino e incisivo central por un odontoma compuesto.

Los quistes dentígeros no permiten al diente, cuya corona - envuelven, al hacer erupción. Por otra parte un quiste incluido profundamente al diente que se encuentra en su camino impidiendo su erupción normal.

Otros factores etiologicos son:

Causas generales; Son aquellas enfermedades generales en directa relación con las glándulas endócrinas las cuales pueden ocasionar algún trastorno o retardo en la erupción dentaria, retenciones y ausencias de dientes, son importantes las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio, como lo es el Raquitismo y las enfermedades que le son propias ejercen una gran influencia sobre la retención dentaria.

TRATAMIENTO PREOPERATORIO.

PREMEDICACION Y PREPARACION DEL PACIENTE.

La premedicación es muy útil cuando se extraen dientes impactados con anestesia local, por vía bucal, la dosis ideal para un paciente externo es de 3. Ig de Pentobarbital - sodico. Sin embargo pueden administrarse por vía intraveno--
 ss de 1 a 2 ML, de dicha substancia, el paciente permanece -
 ambulante, pero se requiere de alguien que lo lleve a casa, -
 cabe señalar que se puede administrar otros medicamentos por
 vía intravenosa o intramuscular.

Cuando la inducción es local es muy importante la -
 música, el ambiente apasible, y la conversación interesante-
 del operador, ayudan a establecer un ambiente muy favorable-
 para el paciente.

Muchos pacientes y operadores prefieren la anestesia
 general . La preparación del paciente se inicia con un enju^g
 gue bucal de cualquier agente antiséptico adecuado para el -
 número de bacterias intrabucales.

LIENZOS DE CAMPO.

Estos lienzos estériles son muy importantes ya que -
 proporcionan un campo aséptico y estéril, que además cubre -
 los ojos reduciendo así el trauma psicológico, se coloca un
 lienzo estéril bajo la cabeza del paciente, se lleva hacia -
 adelante, sobre la nariz y ojos, y después se fija con pinzas
 estériles o con alfiler de seguridad estéril.

Las porciones expuestas de cara o mentón se lavan con
 solución antiséptica, se coloca un lienzo estéril sobre el pe
 cho del paciente, pueden utilizarse guantes estériles, inci--
 dentalmente está colocación no representa demasiada atención-
 al detalle ya que la frecuencia particular de alveolo seco --
 reduce considerablemente la operación.

POSICION DEL SILLON.

La posición del sillón deberá ser lo suficientemente baja para que el codo derecho del operador se encuentre en - dirección opuesta al hombro derecho del paciente.

INSTRUMENTAL BASICO PARA LA EXTRACCION DE DIENTES
RETENIDOS.

- 1.- Jeringa
- 2.- Bisturi
- 3.- Pinzas de pulgar
- 4.- Cureta Molt Número 4
- 5.- Cureta Molt Número 5 y 6
- 6.- Elevador Número 34
- 7.- Elevador Krogh en Punta de Lanza
- 8.- Portaguñas.
- 9.- Material de Sutura
- 10.- Tijeras
- 11.- Martillo
- 12.-Cinceles Garden Número 52
- 14.- Retractores austin.

Cabe señalar que los cinceles se vuelven afilar después de cada uso y deben cambiarse frecuentemente durante el curso de la operación.

Muchos operadores prefieren usar fresas (1 y 2) , de berá concederse atención a la esterilidad de pieza de mano - y de fresas al usar está técnica.

COMPRESAS.

Se coloca una cortina de compresas para aislar el campo quirúrgico si se realiza técnica de cincel, se coloca una compresa de gasa de exodoncia de 7.5 X 7.5 cm, con un ángulo-

cerca de los incisivos inferiores y otro bajo la lengua en el lado de la operación, la compresa evita que pase saliva al campo, así como fragmentos y sangre a la garganta, y elimina la pérdida de tiempo asociada a la expectoración.

El tipo de saliva espesa, filamentososa "simpática", - frecuentemente encontrada en pacientes quirúrgicos es difícil de quitar de la boca, se debé cambiar la compresa cuando se encuentran húmedas, eliminando así la expectoración y se ahorrá tiempo.

SEPARADORES.

El ayudante deberá estar entrenado para sostener el - separador en la mano derecha, el borde de la gasa sobre el lado lingual se mantiene bajo la punta del separador que a su vez se mantiene contra la placa lingual cuando se opera en el lado derecho del paciente.

La lengua no se mantiene hacia la línea media, cuando se opera al lado izquierdo del paciente, la punta del separador se mantiene bajo el colgajo mucoperióstico contra el hueso.

Si el ayudante tira fuertemente del colgajo, provocará linfaedema posoperatorio excesivo, con la mano izquierda -- pueden emplearse compresas y mazo si se usa aspiradora seria -- útil tener un ayudante más.

TRATAMIENTO DE LOS DIENTES RETENIDOS.

EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS DIENTES RETENIDOS CANINOS.

CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES.

ESTUDIO CLINICO Y RADIOGRAFICO.

EXTRACCION POR VIAS PALATINAS Y VESTIBULARES.

EXTRACCION SIMULTANEA DE LOS CANINOS RETENIDOS.

EXTRACCION EN MAXILARES DESDENTADOS.

EXTRACCION DE LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS.

CLASIFICACION.

EXTRACCION DE LOS CANINOS INFERIORES VESTIBULARES Y LINGUALES.

La extracción de un diente retenido consiste esencialmente en un problema mecánico; es la búsqueda, por medios mecánicos e instrumentales del diente retenido y su eliminación del interior del hueso donde ésta ubicado, aplicando los principios de la extracción a colgajo y del método de la extracción por seccionamiento. Tales métodos constituyen la denominada extracción quirúrgica de los dientes retenidos.

Consideramos la extracción de los caninos, terceros molares y otros dientes, dando normas, algunas técnicas y tratando de explicar por medio de los dibujos dichas técnicas.

Para la extracción de los dientes retenidos existe una gran cantidad de técnicas y sería engorroso y poco fructífero explicarlas todas. Sin embargo es de mayor interés sacar de los distintos autores los diversos procedimientos, tomando los puntos que más interesan o que encontramos de más práctica o de útil aplicación.

Es mejor no hablar de una técnica personal, y sí presentar el fruto de varias experimentaciones, en el conjunto de casos de retenciones dentarias.

EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS CANINOS RETENIDOS.

EXTRACCION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS.

Las indicaciones para la extracción de los caninos retenidos en consecuencia de los problemas que ocasionan los dientes retenidos ya antes menciona-

dos. Si alguna vez hemos pensado que los dientes retenidos, que no producen trastornos e evidencias, pueden ser dejados, hoy creemos que la extracción del diente antes de la aparición de los trastornos que puede originar es la conducta inteligente a aplicarse.



CANINO I EN RETENCIÓN PALATINA



CANINO II EN RETENCIÓN VESTIBULAR



CANINO EN PROXIMIDAD A LA ARCADA



CANINO DISTAL A LA ARCADA

CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS.

La retención puede presentarse de dos manera, de acuerdo con el grado de penetración del diente en el tejido óseo.

- a) de acuerdo a la **RETENCION INTRA-ÓSEA**.- cuando la pieza dentaria está por dentro y por entero cubierta de hueso.
- b) **RETENCION SUBGINGIVAL** cuando parte de la corona emerge del tejido óseo pero está cubierta por fibromucosa.

Los caninos pueden ser clasificados de acuerdo:

- 1.- Con el número de dientes retenidos.
- 2.- Con la posición que está diente presente en el maxilar.
- 3.- Con la presencia de la ausencia de dientes en la arcada.
- A) - Pueden estar situados en el lado vestibular o palatino.
- B) - La retención puede ser simple o doble.
- C) - Caninos en maxilares dentados o en maxilares sin dientes.

De acuerdo con estos tres puntos de se puede ordenar una clasificación que corresponda a todas los casos de esta retención.

- 1.- **CLASE I MAXILAR DENTADO**.- diente ubicado en el lado palatino, retención unilateral; A) cerca de la arcada dentaria y B) lejos de la arcada dentaria.
- 2.- **CLASE II MAXILAR DENTADO**.- dientes ubicados del lado palatino retención bilateral.



- 3.- CLASE III MAXILAR DENTADO.- diente ubicado del lado vestibular retención unilateral.
- 4.- CLASE IV MAXILAR DENTADO.- dientes ubicados del lado vestibular retención bilateral.
- 5.- CLASE V MAXILAR DENTADO.- caninos vestibulo-palatino (con la corona o raíz hacia el lado vestibular).
- 6.- CLASE VI MAXILAR DENTADO.- dientes ubicados del lado palatino retención unilateral y bilateral.
- 7.- CLASE VII MAXILAR DENTADO.- dientes ubicados del lado vestibular retención unilateral y bilateral.

ESTUDIO CLINICO Y RADIOGRAFICO DE LOS CANINOS RETENIDOS.

El diagnóstico en posición, la relación con los dientes vecinos y su clasificación, se realizan por los medios clínicos de la inspección, la palpación y por el examen radiográfico.

INSPECCION.- La ausencia de canino permanente en la arcada, la persistencia del temporario, pueden hacer sospechar la retención en caso de retención palatina o vestibular, la inspección visual descubre una elevación o relieve en el paladar o vestibulo.

La altura y forma de la bóveda palatina nos dará una ubicación preliminar de la probable ubicación del diente retenido.

No debe ser confundido el relieve originado por el canino, con el que puede producir la raíz del incisivo lateral o del premolar, confusión que puede suceder con facilidad en algunas condiciones.

ESTUDIO CLINICO Y RADIOGRAFICO DE LOS CANINOS
RETENIDOS.

El diagnóstico de un canino retenido en el maxilar superior, su posición, la relación con los dientes vecinos y su clasificación, se realizan por los medios clínicos de la inspección, la palpación y por el examen radiográfico.

INSPECCION.- La ausencia del canino permanente en la arcada, la persistencia del temporario, pueden hacer sospechar la retención. En caso de retención palatina o vestibular, la inspección visual descubre una elevación o relieve en el paladar o vestibulo.

La altura y forma de la bóveda palatina nos dará una indicación preliminar de la probable ubicación del diente retenido.

No debe confundirse el relieve originado por el canino, con el que puede producir la raíz del incisivo lateral o del premolar; confusión que puede suceder con facilidad en algunas condiciones, como la del caso que relata Gietz (Revista Odontológica, 30: 677, 1942).

PALPACION.- El dedo índice, que investiga, confirma la existencia de esta elevación, de la misma consistencia que la tabla ósea.

En caso de existir algún proceso infeccioso y una fístula, una sonda introducida por ella nos lleva a chocar contra un cuerpo duro, que representa la corona del canino.



Fig. 745.- Retenciones de los caninos en maxilares desdentados. a, en el vestíbulo; b, sobre la arcada dentaria; c, en el lado palatino.

EXAMEN RADIOGRÁFICO.- (figs. 749 y 756 a 758).- El examen radiográfico del canino retenido debe ser realizado según ciertas normas para que sea de utilidad. Para encarar el problema quirúrgico, no es suficiente una radiografía intraoral, tomada sin "reglas radiográficas precisas", imprescindibles para ubicar el diente a extraer. Tal radiografía intraoral sólo nos impondrá de la existencia del diente; las normas para las radiografías de utilidad quirúrgica serán dadas en seguida.

Es necesario ubicar el diente según los tres planos del espacio; es imprescindible ver la cúspide y el ápice, y conocer las relaciones de vecindad de estas porciones y de todo el diente con los órganos vecinos (seno y fosas nasales) y con los dientes vecinos. La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo (densidad, rarefacción, presencia del saco pericoronario, existencia de procesos óseos pericoronarios).

Antes de encarar un problema quirúrgico de esta especie, debemos verificar, con absoluta precisión, la clase a --

que pertenece el canino retenido (posición vestibular o palatina, distancia de los dientes vecinos, número de caninos retenidos) para imponer el tipo de operación necesaria (vía de acceso, incisión, etc.). Sólo así evitaremos operaciones muti- lantes, traumáticas y llenas de inconvenientes.



Fig. 746.- Retención bilateral de caninos. Radiografías oclusales del maxilar, que muestran dos caninos superiores retenidos.

VERIFICACION DE LA RELACION VESTIBULOPALATINA. (Nos — estamos refiriendo al maxilar con dientes).- Es natural que — lo primero que se necesita conocer es la posición vestibular — o palatina del diente retenido, para elegir la vía de acceso. A pesar de que aproximadamente un 85 % de los caninos retenidos son palatinos y que en muchas ocasiones el relieve que — producen en la bóveda los identifica, hay que tener la abso—

luta seguridad de su posición.



Fig. 747.- Radiografías oclusales del caso de la figura 744.- En la radiografía A, el rayo central es paralelo al eje del incisivo central, habiendo colocado el cono del aparato, entre las cejas; en la B, el rayo central, dirigido a nivel de la arcada dentaria izquierda.



Fig. 748.- Radiografía oclusal. Canino superior y segundo premolar superior retenido. El canino presenta la imagen de un amplio saco quístico rodeando su corona.



Fig. 749.- Canino superior retenido. Amplio saco quístico rodeando su corona y zona de osteítis con límites precisos.

Un método que no siempre es preciso para ubicar con exactitud aproximada la relación vestibulopalatina, es el empleo de la radiografía oclusal, con el rayo central paralelo al eje de los incisivos. La técnica para obtener esta placa es la siguiente: paciente sentado, con su espalda dirigida verticalmente. El plano del arco dentario superior debe ser horizontal; por lo tanto, la película oclusal, después de sostenida entre ambos maxilares en oclusión, debe estar también horizontal. En esta posición, para que el rayo central sea paralelo al eje mayor de los incisivos, el cono del aparato radiográfico deberá colocarse sobre la cabeza del paciente, sobre el hueso frontal, aproximadamente dos centímetros y medio sobre la glabella, que coincide con la prolongación del eje de los incisivos. Con esta radiografía oclusal, los incisivos centrales han de aparecer radiografiados de tal modo, que solo sea perceptible el corte elíptico del ecuador de cada diente, no viéndose la proyección de la raíz. El diente retenido aparecerá por delante, o por detrás (vestibular o palatino) de la proyección radiográfica de los dientes anteriores (figs. 753 y 754, 1, 2, 3, 4, 5 y 6).



Fig. 750.- Canino superior retenido, con su corona dirigida hacia el lado distal, y el ápice hacia el primer premolar, es una forma de retención muy poco frecuente.

la película, saliéndose de la misma, y el ápice se presenta -- sobre la raíz del primer premolar; en la figura 5,P,V (del -- lado derecho) la cúspide y el cingulum del canino han desaparecido hacia mesial de la película; el ápice se presenta hacia mesial de la raíz del primer premolar; en la fig. 5,M,II-- (canino palatino izquierdo), la cúspide de este diente se --- presenta sobre la cara distal de la raíz del incisivo central; en la figura 5,P, IV, la cúspide del canino aparece sobre la raíz del incisivo lateral.

Por lo tanto; como el canino derecho se ha desplazado hacia el lado mesial y el izquierdo lo ha hecho hacia distal-- (con la misma técnica radiográfica), se concluye: el canino -- derecho es vestibular y el canino izquierdo es palatino (lo -- habíamos ubicado en esa posición).

UBICACION DEL DIENTE EN EL PLANO ANTEROPOSTERIOR (PLA-- NO SAGITAL).- La ubicación del diente en el plano sagital se logra merced a varias tomas radiográficas, con placas comu--- nes, gracias a la siguiente técnica: tres tomas son necesa--- rias para conocer la dirección anteroposterior del diente re-- tenido, y las relaciones de la corona y ápice con los órga--- nos, cavidades y dientes vecinos. Estas tomas radiográficas -- las denominaremos simplemente: a, m, p, (anterior, media y -- posterior).

Toma anterior (a): se coloca la película en el lado -- palatino, haciendo coincidir la línea media de la placa con -- el espacio interincisivo. El rayo debe ser normal a la placa-- (figs. 756, a y 757, A).

los dientes (con arcada dentaria completa), deben ser extraídos por la vía palatina; los caninos que se encuentren colocados del lado palatino, pero cerca de la arcada dentaria, y con un espacio entre incisivo lateral y primer premolar o entre incisivo central y primer premolar (por ausencia del lateral), - pueden ser abordados por la vía vestibular. Cuando la retención es francamente vestibular, la vía de acceso, desde luego, es la vestibular. La vía vestibular es más sencilla, más cómoda y da mejores resultados. No siempre puede ser aplicada.

EXTRACCION DE LOS CANINOS POR LA VIA PALATINA.

Anestesia.- Como en toda intervención quirúrgica, la anestesia es fundamental. La extracción de los dientes retenidos es una operación larga y molesta. La anestesia debe prever la longitud de la operación. Es interesante el empleo de una anestesia base, administrando al paciente un barbitúrico.

Retención unilateral: Anestesia infraorbitaria del lado a operarse.

Anestesia local infiltrativa de la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y del agujero palatino posterior del lado a operarse.

Retención bilateral: Anestesia infraorbitaria en ambos lados.

Anestesia infiltrativa en la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y de ambos agujeros palatinos posteriores.

Anestesia general. Los caninos retenidos pueden ser operados bajo anestesia general (barbitúricos por vía endovenosa, mas protóxido de azoe, oxígeno); es conveniente colocar la cabeza en posición de Rose.

(cara distal del segundo premolar, cara distal del primer molar), y se extiende en sentido anterior hasta los incisivos - centrales, lateral o molar del lado opuesto, según sea el sitio que ocupe el o los caninos retenidos (figs. 762, a y 764, a). Al llegar al sitio donde falta el diente en la arcada, el bisturí contórnea parte de la cara mesial del primer premo--- molar; la incisión sigue la cresta de la arcada y se continúa - hasta el lugar elegido (fig. 767, a). La pequeña lengüeta que resulta de esta incisión será utilizada con provecho al practicar la sutura. Si existe el canino temporario, la incisión - lo rodea por su cara palatina. En caso de un canino situado - más posteriormente, no es necesario que la incisión pase la - línea media, respetando por lo tanto, al descenderse el col--- gajo, los elementos que se relacionan con el agujero palatino anterior (el seccionamiento de los cuales, por otra parte, no trae mayores inconvenientes). Para que tal colgajo sea útil, - algunos autores indican una incisión perpendicular a la arca--- da dentaria y de una extensión aproximada de un centímetro. - Esta incisión debe partir de una lengüeta interdientaria (la - inmediatamente distal al ápice del canino) y se dirige hacia - la línea media y ligeramente atrás (fig. 767, a). Los vasos - palatinos, que discurren desde el agujero palatino posterior - hacia adelante, son seccionados, dando una abundante hemorra--- gía; en lo posible debe evitarse este tipo de incisión. Am--- pliendo suficientemente el límite de desprendimiento de los - dientes, no es necesaria la incisión transversal en la bóveda palatina.

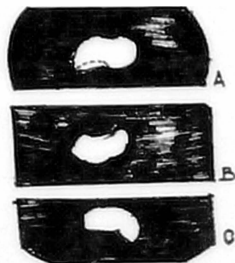


Fig. 759.- El ápice de un canino superior retenido; radiografías tomadas desde distintas caras radiculares; en A, la curvatura radicular está en la dirección de los rayos; por lo tanto es muy poco visible, o presenta una mayor opacidad a su nivel; B y C, son dos radiografías tomadas por el lado bucal y por el lado lingual de la raíz.

Operación.- Incisión.- Para extraer un canino retenido en la bóveda palatina, es necesario desprender parte de la fibromucosa, dejando al descubierto la bóveda ósea. Es decir, -- preparar un colgajo que permita un amplio descubrimiento del lugar donde está retenido el diente a extraer. Para conseguir tal colgajo se ha de practicar una incisión en la bóveda palatina. Este colgajo debe dar una suficiente visión del campo operatorio y debe ser dispuesto de tal modo, que no sea traumatizado en el curso de la intervención. Pequeñas incisiones en la bóveda son insuficientes y antiquirúrgicas.

La extensión del colgajo debe estar dada por la posición del canino retenido. Cúspide y ápice del canino son los extremos por fuera de los cuales se traza la incisión. Esta puede tener dos formas: la primera, que se realiza en pleno --

tejido del paladar duro, tiene aplicación para la intervención de los caninos alejados del borde alveolar (clase I b).



Fig. 760.- Delimitación del canino superior retenido en el plano vertical; radiografía extraoral; la película radiográfica ha sido colocada lateralmente, a nivel del canino retenido.

La figura 761, a, muestra un tipo de esta incisión. Tiene el inconveniente que no da un amplio campo y que el estrecho gingival, entre la incisión y la arcada alveolar, es magullado y traumatizado en el curso de la intervención, como se muestra en la figura 761, b. La segunda forma de incisión está más en consonancia con los principios quirúrgicos. Consiste en el desprendimiento del telón palatino, realizando previamente el desprendimiento de la fibromucosa palatina del cuello de los dientes. Este es el colgajo que preferimos. Se realiza de la siguiente manera: se usa un bisturí de hoja corta, el cual se insinúa entre los dientes y la encía, dirigido en sentido perpendicular a la bóveda, llegando hasta el hueso. El desprendimiento se inicia en el límite ya prefijado --



Fig. 761.- Incisión no conveniente para la extracción de caninos retenidos. a, incisión; b, desprendimiento del colgajo palatino; en rayado se esquematiza el estrecho gingival que se traumatiza en el acto quirúrgico; c, sutura del colgajo.

Desprendimiento del colgajo. Practicada la incisión, el desprendimiento del colgajo se realiza con un instrumento-romo (espátula de Freer o el útil periostótomo de la figura - 320).

Este instrumento se insinúa entre la arcada dentaria y la encía o entre los labios de la incisión palatina, y por pequeños movimientos, sin herir ni desgarrar la encía, se desprende la fibromucosa hasta dejar al descubierto el hueso del paladar (figs. 764, b y 765, b). Es conveniente después de --

desprendido un trozo de fibromucosa, tomar éste con una pinza de disección. Este colgajo debe ser mantenido inmóvil durante el curso de la operación. Se pasa un hilo de sutura por un punto de la fibromucosa, de preferencia a nivel de la lengüeta gingival del espacio del canino. El hilo se anuda a un molar del lado opuesto (figuras 762, b y 767, b) o se toman sus cabos con una pinza de Kocher y se fijan a la compresa que cubre al paciente. En ambos casos este mismo hilo, sin necesidad de volverlo a pasar por la fibromucosa, se enhebra en una aguja y sirve para suturar el colgajo (detalle éste sin mayor trascendencia, pero que acorta en unos segundos la operación).

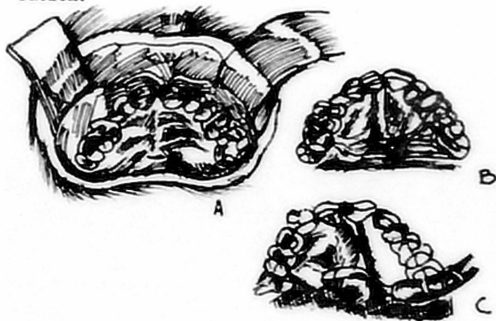


Fig. 762.- Extracción de un canino superior derecho retenido - en el lado palatino. a, incisión; b, desprendimiento del colgajo; c, osteotomía realizada con el escoplo automático.

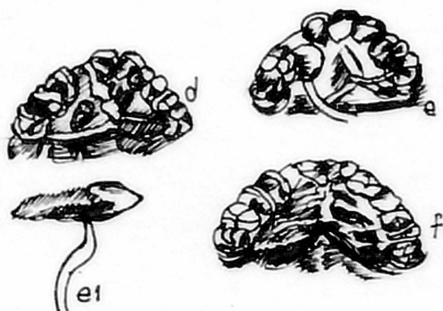


Fig. 763.- Extracción del canino retenido. d, el colgajo se sostiene con un hilo a un molar; después de practicada la osteotomía aparece la corona del canino; e y e¹, sección del diente, a nivel de su cuello, usando el escopio automático; - f, sutura del colgajo palatino, siguiendo, para realizar este menester, las indicaciones que se dan en la fig. 770.

Se cohibe la hemorragia ósea, o de los vasos palatinos, sin cuyo requisito la visión no es correcta y se pasa al otro tiempo quirúrgico.

Osteotomía.- Para eliminar el hueso que cubre el canino retenido, puede el cirujano valerse de varios métodos que, aunque llevan al mismo fin, tienen diferencias fundamentales que se refieren al shock quirúrgico y a las molestias que pueda sentir el paciente. Los instrumentos usados, como ya han sido considerados en otras intervenciones, son: la fresa quirúrgica (por la cual abogamos) y el escopio (escopio automático, o impulsado a golpes de martillo).

Cantidad de hueso a eliminarse: Es importante especificar la cantidad de hueso a eliminarse. Deben quedar ampliamente descubiertas, en la osteotomía, toda la corona retenida y parte de la raíz. Vamos a aclarar estos términos. Ya se ha dicho que el principal obstáculo en la extracción del canino retenido está en su corona y no en su raíz. La osteotomía debe descubrir toda la corona, especialmente a nivel de la cúspide del diente retenido y en una anchura equivalente al mayor diámetro de la corona, para que ésta se pueda eliminar de la cavidad ósea, sin tropiezos y sin traumatismos. Según sea la inclinación del canino se exigirá mayor o menor sacrificio del hueso a nivel de su parte radicular. Por lo general es suficiente descubrir el tercio cervical de la raíz. Con el método de la odontosección, la cantidad de osteotomía está reducida.

Uso de la fresa: La fresa es el instrumento de nuestra preferencia. Elimina el hueso, limpia y rápidamente, sin molestar al operado. Los inconvenientes que pudieran derivarse del recalentamiento del instrumento se subsanan usando fresas nuevas, que deben cambiarse continuamente en el curso de la extracción, porque al embotarse con los restos óseos y la sangre, bruñen el hueso y lo calientan. Es útil irrigar el hueso con suero fisiológico tibio esterilizado. El empleo de fresas de carburo de tungsteno y torno de alta velocidad, facilitan la operación.

La osteotomía a fresa se realiza con fresas redondas número 4 ó 5. Una vez ubicada con precisión la corona del diente retenido (por la radiografía y por el relieve óseo) se practican orificios circundando la corona y el primer tercio-

radicular (fig. 765, d²); la fresa debe llegar a tocar la corona del canino y el operador percibir la sensación particular de dureza del esmalte. Los diversos orificios creados por la fresa se unen entre sí, seccionando el hueso que los separa, con una fresa de fisura fina (núm. 568) o con un escoploque, dirigido por pequeños golpes, cumple el mismo cometido.—Esta "tapa ósea" se levanta con el mismo escoplo o con una pequeña legra (fig. 765, 3).

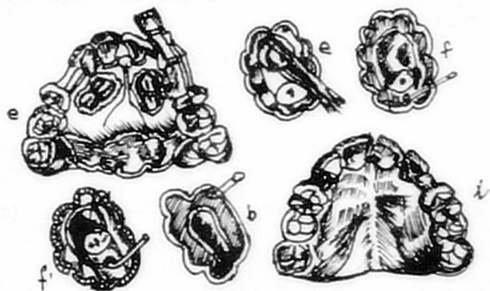


Fig. 766.— Sección a fresa, de los caninos, e; la corona, una vez seccionado el diente, se extrae con un elevador o con una pinza de disección; f, con una fresa redonda, se practica un orificio en el diente, donde se introducen elevadores angulares finos, que dirigen la raíz hacia adelante, a favor del espacio logrado por la extracción de la corona, f¹; h, se regularizan los bordes óseos con fresa redonda; i, vuelto el colgajo a su sitio, se realiza la sutura.

Cuando la corona del canino está muy superficial y el

hueso que la cubre es papiráceo, puede ser eliminado en total con una fresa redonda grande (núm. 8 ó 9). La fresa puede usarse en el ángulo o en la pieza de mano, según las preferencias del operador.

Uso del escoplo: Se emplea un escoplo recto, angulado o de media caña. Se aplica verticalmente al hueso y con golpes de martillo se elimina el hueso que sea necesario (fig. - 765, d¹). Esta osteotomía se cumple por partes, retirando el hueso en pequeños trozos (figura 765,4).

En las retenciones superficiales el escoplo no causa molestias, sobre todo porque en tal condición puede ser usado bajo presión manual. En las profundas, el golpe del martillo es penosamente soportado por el paciente. Evitarlo es mejorar el acto quirúrgico.

Martillo automático: La osteotomía puede realizarse por intermedio del martillo automático. El impacto es menos molesto. Se gradúa el martillo hasta un punto medio. Pueden usarse las puntas en bayoneta, con cortes a bisel o en lanza. Pocos golpes bastan para seccionar el hueso de cubierta (fig. 762, c). El Martillo automático exige que el que lo maneja — tenga la suficiente experiencia para conocer sus efectos y — saber dirigirlo con precisión. A los que se inician en su — práctica debe recomendarse prudencia y que adquieran habilidad en su uso, tallando, en secciones de aprendizaje, madera, yeso o huesos secos (bóvedas palatinas, sobre todo).

Extracción propiamente dicha. Realizada la osteotomía, hay que considerar el objeto primordial de la operación, que es la extracción del diente retenido.

Esta parte de la operación exige criterio, habilidad y fineza, para no traumatizar o luxar los dientes vecinos, o fracturar las paredes alveolares.

La operación consiste en eliminar un cuerpo duro inextensible (el diente) de un elemento duro que debe considerarse inextensible (el hueso). Esta maniobra sólo puede realizarse con palancas, que, apoyadas en el hueso vecino más sólido y más protegido (el hueso del lado interno) elevan el diente siguiendo la brecha ósea creada. Esta maniobra exigirá extraordinario esfuerzo, amén de compresiones que la palanca tendría que ejercer sobre las porciones óseas cercanas. Esto quiere decir que hay que facilitar, por algún medio, la eliminación de este cuerpo inextensible dentro del otro cuerpo que debe ser considerado inextensible. Este "medio" se resuelve por dos procedimientos: o se aumenta ampliamente la ventana ósea por donde debe eliminarse el diente o se disminuye el volumen del diente a extraer. El primer procedimiento exige el sacrificio estéril del tejido óseo vecino, porque para extraer sin traumatismos un canino retenido, será necesario extirpar una cantidad considerable de hueso. El segundo procedimiento es sencillo, rápido y elegante. Es la aplicación del clásico método de la odontosección. Se corta el diente en el número de trozos que sea necesario, y se extraen sus partes por separado, y a expensas de los espacios creados por las partes desalojadas se completa la extracción de los trozos que quedan.

Existen algunos casos, en que el diente está dirigido en un sentido próximo al vertical, en los cuales la sección no es aplicable. En tal posición, se crea un espacio con fresas, alrededor de la corona del canino, y siempre que la cúspide no

se encuentre enclaustrada, puede ser extraído con un elevador recto, introducido entre la cara del retenido que mire a la línea media y la pared ósea contigua. Con movimientos de rotación se introduce el instrumento, con lo cual se consigue imprimir al diente cierto grado de luxación. La extracción, en tales casos, se termina tomando el diente a nivel de su cuello (en los casos accesibles) con una pinza de premolares superiores y ejerciendo suaves movimientos de rotación y tracción en dirección del eje del diente. Dificultades a estos movimientos, significan dilaceración radicular. Hay que ser, en estas circunstancias, muy parcos en el esfuerzo empleado, por los peligros de fractura de un ápice dilacerado, cuya eliminación es difícilísima (Ver figura 759).

La odontosección puede realizarse con dos instrumentos: la fresa y el escoplo.

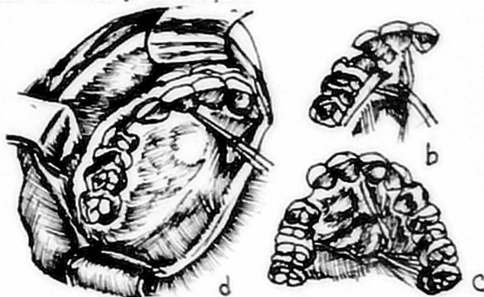


Fig. 767.- Canino superior derecho ubicado posteriormente. a, incisión; b, desprendimiento del colgajo; c, se mantiene el colgajo sujeto a un diente vecino o como se indica en la leyenda de la fig. 765 (ver en el texto los inconvenientes de esta incisión).

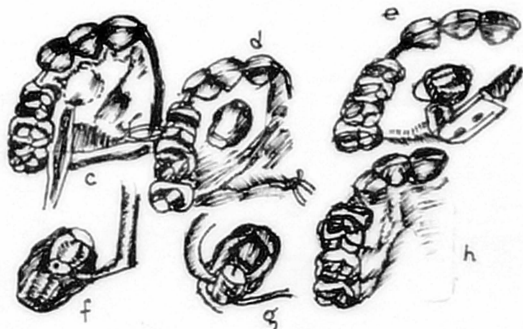


Fig. 768.- c¹, osteotomía a escoplo; d, realizada la osteotomía se puede ver la corona del canino; e, sección del diente a fresa; f, extracción de la corona; g, de la raíz; h, sutura.

Uso de la fresa: La maniobra de la sección del diente retenido es sencilla. Exige, como condición necesaria, una perfecta visión del diente y su fácil acceso; la osteotomía previa lo habrá logrado. El diente debe ser cortado a nivel de su cuello, con fresa de fisura números 702 ó 560 dirigida perpendicularmente al eje mayor del diente (fresa montada en el ángulo) (figs. 766, e, 768, e y 769). Si la región cervical no es accesible, habrá que cortar el diente a nivel de su corona. Para esto será necesario desgastar previamente el esmalte con una piedra, para permitir la introducción de la fresa.

Seccionado el diente, se introduce un elevador recto en el espacio creado por la fresa y se imprime al instrumento

un movimiento rotatorio, con el cual se logrará separar definitivamente raíz y corona, si aún quedaran unidas por algún trozo dantario, y dar a la corona un cierto grado de movilidad. Luego, aplicando el elevador a nivel de la cúspide del canino, se dirige la corona en dirección del ápice, aprovechando el espacio creado por la fresa de fisura. Con esto se logra desconectar la cúspide del retenido de su alojamiento óseo y de su contacto con los dientes vecinos.

Uso del escoplo: La odontosección puede realizarse merced a escoplo y martillo o escoplo-martillo automático.

Por el primer procedimiento, sólo se puede lograr, a duras penas, seccionar el diente. El escoplo automático cumple su cometido sin mayores molestias. El diente debe ser cortado a nivel de su cuello, el cual puede ser previamente debilitado, realizando una muesca con una fresa.

El escoplo tiene que ser dirigido perpendicularmente al eje mayor del diente (fig. 763, e y e¹). Dos, o a lo sumo tres golpes, son suficientes para realizar la odontosección.

Extracción de las partes seccionadas. Extracción de la corona: La extracción de la corona se logra introduciendo un elevador angular, de hoja delgada, entre la cara del diente que mira hacia la línea media y la estructura ósea. Con un movimiento de palanca, con punto de apoyo en el borde óseo y girando el mango del instrumento, se desciende la corona (fig. 768, f). Las dificultades que puedan encontrarse a esta maniobra, residen en insuficiente osteotomía, por escasa amplitud de la ventana ósea, menor que el mayor ancho de la corona o cúspide del canino introducida profundamente en el hueso o en contacto con los dientes vecinos. Se vencen estas

dificultades, como ya fue dicho, dirigiendo la corona en dirección apical, a expensas del espacio creado por la fresa al dividir el diente.

Extracción de la raíz: Eliminada la corona, hay un amplio espacio para dirigir la raíz hacia la cavidad ósea vecina. Es más sencilla y exitosa esta maniobra, que tratar la luxación de la raíz a expensas de la "elasticidad" de la "porción" ósea del paladar que la cubre. Esta elasticidad se puede considerar de valor cero.

Cuando la osteoestructura es escasa, puede luxarse la raíz introduciendo el mismo elevador angular que se usó para la corona, entre la pared radicular que mira a la línea media y el hueso adyacente y dirigiendo la raíz hacia abajo y hacia la línea media.



Fig. 769.- Esquematización de la técnica del seccionamiento de un canino superior retenido, por vía palatina con una fresa de fisura montada en el ángulo recto.



Fig. 770.- Desprendimiento con una espátula o periostamo del tejido gingival de la cara vestibular del maxilar superior, - con el objeto de poder pasar con comodidad la sutura.



Fig. 771.- Doble retención de caninos superiores. Incisión, - festoneando la arcada dentaria.



Fig. 772.- Desprendimiento del colgajo palatino con un periogótomo; se observa el hueso del paladar. Se mantiene sostenido el colgajo.



Fig. 773.- Las coronas de los caninos retenidos se han puesto al descubierto.

En otras condiciones es útil practicar, con una fresa redonda, un orificio en la bóveda ósea que llegue hasta la raíz. Introduciendo por esta perforación un elevador fino o un instrumento sólido se dirige la raíz hacia el espacio vacío (fig. 766, f). También puede practicarse, como aconseja Cogswell, con una fresa redonda, un orificio en la raíz, en el cual se introduce el elevador llevando la raíz hacia adelante (fig. 768, g). Si después de recorrer un trecho se nota una nueva sensación de resistencia, deberá inculparse a la dilaceración radicular (que debió ser prevista por el examen radiográfico). Una nueva sección de la raíz, a fresa o escoplo, permitirá vencer el acodamiento y eliminar la porción radicular.

Tratamiento de la cavidad ósea. Extraído el canino, debe inspeccionarse cuidadosamente la cavidad ósea y extraer las esquirlas del hueso o de diente que puedan quedar y eliminar el saco pericoronario del diente retenido; éste se extirpa con una cucharilla filosa. La omisión de esta medida puede traer trastornos infecciones y tumorales (Cahn).

Los bordes óseos agudos y prominentes deben ser ais-

lados con una fresa redonda (figura 766, b) o con escofina, o limas para hueso.

Sutura. Es un tiempo importante e imprescindible, a nuestro juicio. El colgajo se vuelve a su sitio, readaptándolo perfectamente, de manera que las lengüetas interdientarias ocupen su normal ubicación.



Fig. 774.- Sección de la corona del canino izquierdo, con una fresa de figura, montada en el ángulo. (Puede usarse pieza de mano).



Fig. 775.- Extracción de la corona del canino, con un elevador colocado en el espacio creado por la sección realizada -- con la fresa.



Fig. 776.- Extracción de la raíz del canino izquierdo con un-

Terminada la operación, se coloca un trozo de gasa en la bóveda palatina, comprimiendo y manteniendo adosada la fibromucosa.

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN LA DOBLE RETENCION DE CANINOS, EN MAXILARES CON DIENTES.- Incisión. La única incisión que conviene, en caso de caninos bilaterales, es el desprendimiento del colgajo palatino, separando la fibromucosa del cuello de los dientes, desde distal del segundo premolar o del primer molar (según la ubicación de los ápices de los caninos) (fig. 764, a).

Desprendimiento del colgajo. Con una espátula de Freer o con el periostótomo, y con la misma técnica señalada para la retención unilateral, se desprende la fibromucosa (fig. 764, b). El colgajo se mantiene inmóvil, sujetándolo al segundo molar.

Osteotomía. Se practica como en la retención unilateral.

Extracción. Seguirá los procedimientos enunciados.

Sutura. Su empleo es más necesario que en el caso de retención unilateral. Se pasan tres o cuatro puntos de sutura en los sitios más accesibles. (fig. 765, i).





Fig. 777.- Después de la extracción, los alvéolos vacíos, se vuelve el colgajo a su ubicación.



Fig. 778.- Sutura con nylon del colgajo palatino, los puntos se ubican en los espacios libres.

En los caninos unilaterales, generalmente un punto de sutura es suficiente; se coloca a nivel del espacio. Es necesario desprender, en una pequeña extensión, la fibromucosa vestibular para poder pasar con comodidad la aguja (figura 770).

Si persiste el canino temporario, la sutura del colgajo debe realizarse con una aguja recta y fina, la cual se pasa por el espacio interdentario más ancho. El extremo interno del hilo se vuelve, atraviesa el punto de contacto para llegar al triángulo subgingival y se anuda con el extremo -- externo del hilo.

EXTRACCION DE LOS CANINOS POR LA VIA VESTIBULAR.

CANINOS RETENIDOS EN POSICION VESTIBULAR Y CANINOS PALATINOS.- La vía vestibular para la extracción de los caninos retenidos en el lado vestibular y los palatinos próximos a la arcada dentaria, con espacio suficiente dado por diastemas o dientes ausentes (fig. 779), es más sencilla que la palatina. La iluminación es más fácil y el acceso del diente retenido es más directo.

Las indicaciones para la extracción por esta vía son, desde ahora, los caninos palatinos como los de la figura 779, cuyos bordes incisales están colocados, por lo menos, a nivel del lateral; la extracción por vía vestibular de la corona de los que están muy próximos a la línea media, es muy difícil por esta vía; en estas circunstancias, cuando se ha iniciado la intervención por vía vestibular y no se logra luxar la corona, puede completarse la intervención por la vía palatina, según la técnica de la figura 768, f. El mecanismo de la extracción sigue los principios ya señalados para la de los dientes retenidos en la bóveda.



Fig. 792.- Canino derecho en un desdentado. Incisión.



Fig. 797.- Regulación del hueso con pinza gubia.

Anestesia.- La anestesia de elección es la infraorbitaria; se completa con anestesia del paladar a nivel del agujero palatino anterior y una anestesia distal a la altura del ápice del canino. Si se opera con anestesia general, es útil realizar una anestesia infiltrativa en el vestíbulo, con finnes hermostáticos.

Incisión.- Se emplea la incisión en arco (Partsch) -- (figs. 792 y 800) o la incisión hasta el borde libre (Neumann (figs. 780, A y 785). Debe estar lo suficientemente alejada del sitio de implantación del diente, como para que ésta no coincida con la brecha ósea, al reponer el colgajo en su sitio.



Fig. 798.- Regulación de los bordes óseos con escofina.



Fig. 799.- El colgajo ha sido descendido y suturado.

Desprendimiento del colgajo.

Sigue las normas trazadas para los otros tipos de colgajo. - Este debe mantenerse levantado, durante el curso de la operación con un separador romo que no traumatice. hay que evitar tironamientos que repercuten sobre la vitalidad del tejido gingival y post-operatorio.

Osteotomía. La Osteotomía se realiza a escoplo y martillo o a fresa. Ambos métodos son buenos. La tabla externa no tiene la dureza y solidez de la bóveda palatina y permite la Osteotomía más fácilmente.

Extracción propiamente dicha. Los caninos vestibulares, después de enucleada la tapa ósea, pueden ser extraídos enteros, luxándolos previamente con elevadores rectos que se insinúan entre el diente y la pared ósea, en los sitios más sólidos. Luxado el diente, se toma con una pinza recta y se extrae (figs. 792 a 799).

Los caninos palatinos que se encuentran próximos a la arcada dentaria, y en caso de ausencia del incisivo lateral, del primer premolar o también de ambos dientes (fig. -- 779), pueden ser intervenidos por la vía vestibular; para hacer posible su extracción es necesario seccionarlos.

[La odontosección se realiza con fresa de fisura (en la pieza de mano). El diente retenido se corta a nivel del cuello (figs. 779, A, d, 790 y 800, e).]

La corona se extrae con un elevador recto o angular (12 de Winter) (fig. 801, f).

En el espacio creado por la corona extraída se proyecta la porción radicular.

La raíz es movilizadada en dirección de su eje mayor, con elevadores, o se practica un orificio en la raíz con una fresa redonda, en el cual se introduce un instrumento delgado, con el que se la desplaza (figs. 786 a 791, 802 a 806).

Puede ser necesaria una nueva sección de la porción radicular, cuando la raíz al ser dirigida hacia adelante tropieza con el diente vecino (figs. 801 a 806).

Tratamiento de la cavidad ósea. Se inspecciona la cavidad ósea, se extirpa el saco pericoronario (fig. 801, g) y los restos óseos o dentarios.

LA EXTRACCIÓN SIMULTÁNEA DE LOS CANINOS RETENIDOS Y DIENTES-
DE LA ARCADA.

Puede presentarse el caso de tener que extraer un canino retenido y los dientes de la arcada, por ser éstos portadores de complicaciones de caries o paradentosis que indiquen la necesidad de la exodoncia. La extracción simultánea del -- canino y los otros dientes puede estar aconsejada en algunas oportunidades y contraindicadas en otras. Extrayendo primero los dientes de la arcada, la porción alveolar queda así sumamente debilitada y la presión ejercida por los elevadores sobre el diente retenido puede fracturar grandes extensiones de hueso alveolar. La indicación para la extracción simultánea -- está dada en los casos en que el canino se halla relativamente cerca de la tabla ósea de la bóveda y a condición de que -- el canino sea seccionado las veces que lo necesite, para disminuir los riesgos de la operación. Los caninos profundamente retenidos deben ser intervenidos en distintos tiempos: antes que los dientes de la arcada, cuando se dispone de un proceso alveolar de escasas proporciones y dientes grandes, es decir, porción alveolar debilitada; se extraerá el canino y después de un tiempo prudencial, hasta que la regeneración ósea haya llenado la cavidad creada por esta operación, se eliminarán -- los dientes de la arcada. Después de los dientes, cuando el -- proceso alveolar sea sólido y firme. Con todo, durante la intervención del canino retenido o de los dientes, pueden presentarse condiciones que aconsejen la extracción del canino y de los dientes en la misma sesión (Cogswell).

La vía de elección para la extracción de caninos en -- maxilares sin dientes (fig 807), es la vestibular la ausencia de dientes facilita el problema. Prácticamente todos.

los casos pueden resolverse por esta vía, a no ser los colocados muy profundamente, lejos de la tabla externa y próximos a la bóveda. Para estos últimos, el camino más corto es la extracción por vía palatina. Las normas para la extracción de estos dientes se ajustan a las señaladas para los otros tipos de caninos retenidos. En las figuras 792 a 799, 809 a 811 están descritas una serie de intervenciones de este tipo.

Para la extracción de caninos retenidos en la proximidad de la arcada, deben preverse los riesgos de fractura de porciones de la tabla vestibular, lo cual acarrearía trastornos posteriores, desde el punto de vista protético. Es preferible seccionar el diente, que ejercer presiones peligrosas.

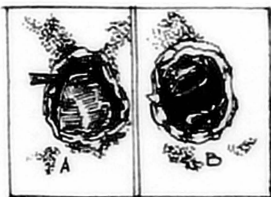


Fig. 805.- Odontosección. La eliminación del canino no puede hacerse por esta brecha, que resulta insuficiente, sin comprometer la integridad del hueso y dientes vecinos. Se corta el canino a nivel de su cuello con una fresa de fisura (A). - Extraída la corona con elevadores finos, se practica el orificio que se ve en la cara anterior radicular (B); en él se introduce un elevador y se proyecta la raíz hacia el espacio dejado por la corona.

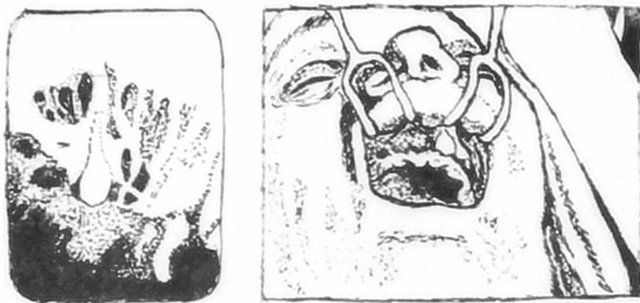


Fig. 807.- Extracción de un canino y segundo molar superior retenidos, en un maxilar desdentado. A. Radiografía oclusal.- (Obsérvese la posición vertical del canino) B. Fotografía del caso después de realizada la incisión y el colgajo.

CLASIFICACION DE LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS.

Los caninos inferiores retenidos, lo mismo que los superiores, son susceptibles de encuadrarlos dentro de una clasificación, de la siguiente manera:

Clase I: Maxilar dentado (esta consideración es a nivel del diente retenido). Retención unilateral. Diente ubicado en el lado lingual. a) Posición vertical (fig. 812,a). b) Posición horizontal (figs. 813 y 814).

Clase II: Maxilar dentado. Retención unilateral. Diente ubicado en el lado bucal. a) Posición vertical (fig. 812,-b); b) Posición horizontal (figs. 813 y 814).

Clase III: Maxilar dentado. Retención bilateral. a)-Dientes ubicados en el lado lingual. a¹) Posición horizontal.

Examen clínico y radiográfico: Como para los caninos del maxilar superior, los del inferior han de ser prolijamente radiografiados para fijar su posición y su relación vestibulo lingual. Por lo tanto se tomarán radiografías locales y radiografía oclusal, con el rayo central dirigido paralelamente al eje de los dientes vecinos (figs. 815 y 816). Esta última toma es importante para conocer con toda precisión la posición bucal o lingual que puede tener el diente retenido. — Por otra parte, la inspección clínica y la palpación individualizan la existencia del diente retenido y su posición vestibular o lingual, porque en el maxilar inferior el relieve del diente retenido es más visible, o por lo menos palpable. — En las figuras 815 y 816, se presentan dos casos de caninos retenidos en el maxilar inferior. Un gran número de caninos inferiores retenidos son portadores de quistes dentígeros de volumen y estado clínico variable, como los de las figuras citadas.

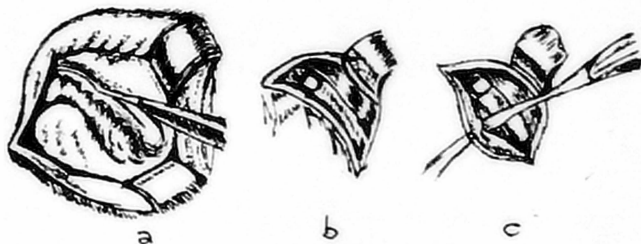


Fig. 810.- Extracción de un canino en un desdentado total. a, incisión; b, desprendimiento del colgajo, por el lado vestibular, el cual se sostiene con un separador de Parabeuf, c, se realiza la misma maniobra por el lado palatino. (En ángulo inferior la radiografía del caso).

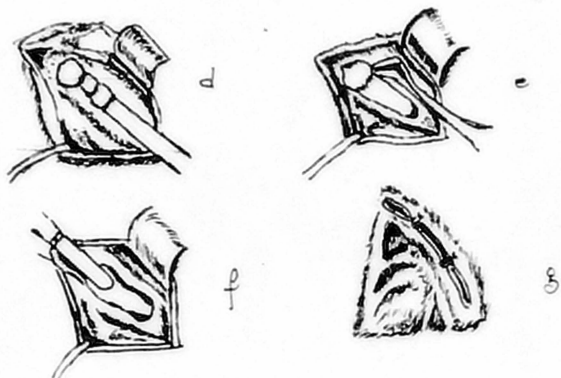


Fig. 811.- Extracción de un canino en desdentado. d, osteotomía; e, con un elevador 12 de Winter se moviliza el diente, - que se termina de extraer con una pinza para incisivos; f, g, sutura.

EXTRACCION DE LOS CANINOS INFERIORES VESTIBULARES.

DIENTES EN LA ARCADA.- Anestesia.- Los caninos inferiores retenidos pueden ser operados con anestesia regional, - o con anestesia general.

Operación. Se ajusta en un todo a las normas ya señaladas para la extracción de los caninos superiores. La vía de elección es la vestibular (aún para ciertos casos de caninos-linguales verticales y con espacio en la arcada, por ausencia de los dientes vecinos).

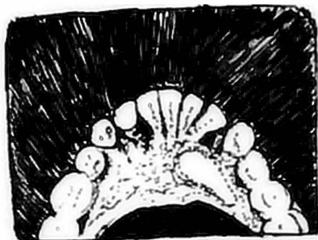


Fig. 816.- Radiografía oclusal de maxilar inferior. Se observa un canino retenido y quiste denfígero rodeando la corona.

Incisión.- La incisión en arco, sin llegar al borde gingival, provee un colgajo suficiente (fig. 817,a). Pueden hacerse, para este tipo de incisión las objeciones que se señalaron, para no traumatizar el estrecho gingival entre la incisión en arco y el borde libre, las que se hicieron en la leyenda de la figura 761, en la extracción de los caninos superiores palatinos.

Puede prepararse un colgajo, a expensas del borde libre, trazando una incisión vertical y desprendiendo la encía de los cuellos dentarios (fig. 817,a¹). De esta manera corren menos riesgo de ser traumatizadas, durante las maniobras quirúrgicas, las franjas gingivales entre el borde libre y la incisión. Correctamente adaptado el colgajo, no deja huellas.

Desprendimiento de los colgajos. Como para los caninos superiores, de acuerdo con el tipo de incisión, con una legra fina, con el periostótomo, o con la espátula de Freer se desciende el colgajo mucoperiostico, que se sostiene con un separador romo (fig. 817,b).

Osteotomía puede realizarse a escoplo, escoplo automático o con fresa.

Extracción propiamente dicha. para facilitar el problema quirúrgico, la odontosección se impone. como en el maxilar superior, la escasa elasticidad del hueso maxilar inferior, en su porción basilar, exige la disminución del volumen del diente retenido. La odontosección puede realizarse con fresa (fig 818), con escoplo y martillo o con escoplo y martillo o con escoplo automático. Las porciones seccionadas se extraerán por separado con elevadores rectos o angulares, según la posición y facilidad de acceso.

Sutura se puede realizar la sutura con seda, hilo de catgut o dermalon.

EXTRACCION DE CANINOS INFERIORES LINGUALES.

Tal posición es relativamente rara. La intervención puede realizarse por vía vestibular, cuando exista espacio entre los dientes vecinos. La extracción por el lado lingual es muy laboriosa, por las dificultades de acceso inherente a la ubicación del diente retenido, y la mala iluminación y visibilidad a este nivel.

Por eso es preferible, aún a riesgo de sacrificar dientes, elegir la vía vestibular (fig 825).

El método de la odontosección disminuye los riesgos de lesiones sobre los dientes vecinos y presión o fuerza excesiva que puede comprometer la integridad del maxila.

Aquí, también la vía de menor resistencia y el control de la fuerza debe dirigir el acto operatorio.

Existe, como en el maxilar superior, una forma de presentación de los caninos inferiores retenidos, que se denominó transalveolares a los superiores y que pueden llamarse así o vestibulo linguales a los inferiores.

En estos, la raíz o parte de ella se encuentra en el lado vestibular y la corona en el lado lingual. En estos casos debe realizarse la alveolectomía vestibular, la sección del canino a nivel de su cuello y la extracción de los dos elementos por la vía en que están ubicados; la corona por el lado lingual y la raíz por el vestíbulo.

LA POSICION DEL TERCER MOLAR RETENIDO.

Se puede encontrar en el maxilar inferior en distintas posiciones:

a) Retención vertical. El tercer molar en este tipo de retención puede estar total o parcialmente cubierto por hueso; pero lo característico reside en que su eje mayor es sensiblemente paralelo al eje mayor del segundo y primer molar (figs. 838 y 839).

b) Retención horizontal. En este caso el eje mayor del tercer molar es sensiblemente perpendicular a los ejes del segundo y primer molar (figs. 840 y 841).

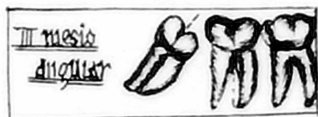


Fig. 843.- Terceros molares inferiores retenidos. Posición mesioangular, sin desviación; sus caras mesiales, ~~son lasece-~~



Fig. 844.- Retención distoangular (el eje mayor del tercer molar inferior retenido, forma con el del segundo, un ángulo abierto hacia arriba; este ángulo puede ser de distinto grado).



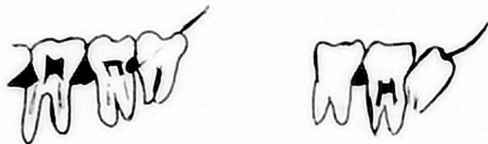


Fig. 845.- Terceros molares inferiores izquierdos retenidos.- Posición distoangular, sin desviación; caras mesiales accesibles.



Fig. 846.- Terceros molares inferiores izquierdos retenidos.- Posición distoangular, sin desviación; cara mesial inaccesible.

c) Retención mesoangular. 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 45o (figuras 842 y 843).

d) Retención distoangular. Es una forma opuesta a la que antecede. El tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama montante; por lo tanto, la corona ocupa dentro de esta rama una posición variable, de acuerdo con el ángulo en que está desviado (figs. 844, 845 y 846).

e) Retención invertida. El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus ---

raíces hacia la cavidad bucal (figs. 847 y 848). Es un tipo muy poco común de retención; la denominamos también retención paranormal.

f) Retención bucoangular. En este tipo el tercer molar ya no ocupa, como en los anteriores, el mismo plano que el segundo o primero, sino que su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados estos dos dientes. La corona del molar retenido está dirigida hacia bucal; posición bucoangular (figuras 849, VI y 850).

g) Retención linguangular. Como en la posición anterior, el eje del diente es perpendicular al plano en que están orientados los molares anteriores, pero la corona del retenido está dirigida hacia el lado lingual (figs. 849, VII y 851).

UBICACION DEL TERCER MOLAR EN LA ARCADE. (DESVIACIONES DEL TERCER MOLAR).

El tercer molar puede presentar 2 tipos de desviaciones en relación con la arcada:

a) Normal (sin desviación). El tercer molar sigue la forma oval de la arcada. (fig. 852).

b) Desviación bucal. El molar está dirigido hacia afuera del óvalo de la arcada (fig. 853).

Fig. 847.- Retención paranormal o invertida (el tercer molar presenta su cara oclusal hacia el borde del maxilar).

c) Desviación lingual. La desviación del molar tiene lugar hacia el lado lingual de la arcada (fig. 854).

d) Desviación bucoingual. El molar dirigido hacia el lado bucal (como en b) y su cara oclusal desviada hacia la lengua (como en c).

RELACION DEL MOLAR RETENIDO CON EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA.

El tercer molar puede guardar, con respecto a la rama montante del maxilar, una relación variable, relación que Pell y Gregory han clasificado en tres clases, las que están en directa dependencia con el acto quirúrgico. (Pell, G. J. y Gregory, G.T.: Impacted mandibular third molars. Classification and modified technique for removal. "Dental Digest", 29: 330, 1933).

Clase 1a. En la primera clase, hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama montante y la cara distal del segundo molar, para ubicar con comodidad el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar (fig. 855).

Clase 2a. En la segunda clase, el espacio que existe entre el borde anterior de la rama del maxilar y la cara distal del segundo, es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar (fig. 856).

Clase 3a. En la tercera clase (fig. 857), todo o la mayor parte del molar se encuentra ubicado en la rama.

PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO.

Los mismos autores, considerando la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, es decir, la relación de -

altura entre la cara triturante del tercer molar y la cara -- triturante del segundo, estudian tres posiciones, que son las siguientes:

Posición A, la porción más alta del tercer molar re-tenido se encuentra al mismo nivel o por encima de la línea --- oclusal (Fig. 858).

Posición B, la porción más alta del tercer molar re-tenido se encuentra por debajo de la línea oclusal del segun- do molar (fig. 859).

Posición C, la parte más alta del diente se encuentra al mismo nivel, o por debajo de la línea cervical del segundo molar (fig. 860).

Para poder realizar la intervención quirúrgica es ne- cesario coordinar estas distintas clasificaciones del tercer- molar; de esta manera se consigue ubicar radiográficamente la posición real del tercer molar en el interior del maxilar y - las relaciones del diente retenido con el segundo molar y el- hueso circunvecino. En la práctica, la clasificación dada por Winter (posición y desviación) reúne todos los requisitos ne- cesarios. Para una mayor comprensión del problema se puede -- agregar, a ella, la clase a que corresponde.



Fig. 850.- A, tercer molar inferior retenido. Posición linguan-gular. La cara mesial es inaccesible. (Hay un gran saco peri- coronario) B, tercer molar izquierdo retenido. Posición lin- guoangular. La cara mesial es inaccesible. No se observa la - posición radicular. C, tercer molar inferior derecho retenido. Posición linguoangular. La cara mesial es inaccesible. (Raíces

EXTRACION QUIRURGICA DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

INDICE: Consideraciones generales sobre la extracción quirúrgica de los terceros molares inferiores retenidos. Extracción del tercer molar en posición vertical, mesioangular, discoangular, horizontal, lingual, bucal, paranormal o invertida. Extracción quirúrgica de los terceros molares con raíces incompletamente formales (gérmenes).

La extracción del tercer molar inferior retenido constituye, la mayoría de las veces, una tarea sumamente difícil, engorrosa y complicada.

La oxodoncia del tercer molar es esencialmente un problema mecánico, como lo es la extracción de todo diente retenido; pero a nivel de la "muela de juicio" inferior, se confabula una serie de factores para hacer de esta operación una de las más complicadas de la cirugía bucal. Estos factores se refieren al sitio de ubicación del molar, de difícil acceso y mala iluminación y visión, la dureza y poca elasticidad del hueso, la saliva y la sangre que oscurecen el campo operatorio.

Vamos a considerar la extracción del tercer molar retenido, estudiando las técnicas conocidas para su avulsión.

Es muy lógico que en este libro no puedan tratarse todos los casos posibles de retención. Se darán los tipos principales de los cuales se pueden sacar conclusiones quirúrgicas para los casos que se le presenten al lector en su práctica diaria. No preconizaremos un método ni nos haremos es-

clavos de una técnica. Si hemos seguido y repetido a Winter - en el curso de este trabajo, es porque en el libro del maestro americano está todo lo que se puede decir respecto a la exodoncia del tercer molar. El lector podrá encontrar en él - mayores detalles y la completa descripción de su técnica. En cuanto a la aplicación de la técnica de Winter en la práctica diaria, es decir, el empleo de esta técnica por todos los profesionales, creemos que tiene inconvenientes que derivan de ciertas complejidades del método y del costo del instrumental completo, que sólo puede rendir provecho al profesional especializado en cirugía bucal y exodoncia. El empleo de algunos instrumentos de Winter, en exodoncia lo consideramos imprescindible, tanto en la técnica del maestro americano como en las otras ya estudiadas. Hemos tratado de dar también a esta parte de nuestra obra un carácter didáctico, basándonos en - dibujos, fotografías y radiografías para hacer más clara la descripción.

Ya dijimos que la extracción del tercer molar retenido constituye un problema mecánico. Como dice Landete, consiste en eliminar un cubo (el diente) que está dentro de otro - cubo (el hueso).

Para realizar tal operación (considerando que ambos - cubos son prácticamente inextensibles), es preciso llegar hasta el hueso que aloja al molar, resecar o eliminar las porciones óseas que lo cubren y abordar el diente, empleando palancas para eliminarlo del "cubo continente".

Esta operación, como todas las de cirugía bucal, consta de varios tiempos: incisión, osteotomía, extracción propiamente dicha.

Incisión. La incisión está condicionada por el tipo -

de retención. En general, nosotros somos partidarios de incisiones amplias, que permiten un extenso colgajo, que descubra con holguera el hueso a resecar.

Incisiones pequeñas e insuficientes originan más molestias que ventajas. La enfa es traumatizada en el acto operatorio, con los trastornos consiguientes.

El tipo común de incisión es el angular; una de sus ramas se traza desde el centro de la cara distal del segundo molar y se extiende hacia atrás; su largo varía con el tipo de retención. La otra rama se inicia en 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 de un centímetro. Esta segunda rama de la incisión es necesaria para no lacerar el tejido gingival, en el acto de la aplicación de los elevadores. Pequeño detalle de técnica, cuyo olvido acarrea grandes molestias. El tejido gingival aplastado y lesionado por los instrumentos, es fuente de infección y asiento de molestias y dolores postoperatorios.

En las retenciones mesioangulares u horizontales el colgajo puede ser mayor; en tal caso la segunda incisión se realiza en el ángulo mesiobucal del segundo molar y se extiende también hacia abajo y afuera. El tejido gingival debe en este caso ser desprendido de las caras bucal y distal del segundo molar.

Preferimos recomendar la incisión de las figuras 907 y 908, que es útil y eficaz para todos los tipos de retención.

El tejido gingival incidido, en cualquier tipo de incisión trazada, se separa con un instrumento apropiado (el perióstotemo es el instrumento más útil), obteniéndose de tal modo los colgajos.

Osteotomía. La eliminación del hueso puede hacerse -- con los instrumentos de Winter (osiseectores según la técnica de Winter) o escoplos y fresas, según los otros procedimientos.

Extracción propiamente dicha. La eliminación del molar retenido una vez practicada la osteotomía, se realiza con palancas apropiadas que toman punto de apoyo en las estructuras óseas vecinas o en la cara distal del segundo molar.

La palanca. Ya fue considerada esta máquina (pag. 256) Para la extracción del molar retenido puede emplearse cualquiera de los instrumentos ya estudiados (Winter, Mead, de Barry, elevadores simples).

El punto de apoyo. El punto de apoyo destinado a aplicar la palanca, está en general dado por el lado inferior o base del triángulo interdentario (fig. 866,10). Del ancho y disposición de este triángulo, según los distintos tipos de retenciones, depende la forma cómo se aplica el elevador.

Otras porciones óseas, en otros tipos de retenciones, pueden servir como puntos de apoyo. Tales pueden ser el borde bucal del maxilar, el borde distal (en contadas ocasiones) y el segundo molar.

La potencia. La fuerza destinada a movilizar el molar depende del tipo de retención. Su intensidad debe ser prolijamente considerada, con el objeto de no fracturar el molar o el maxilar. Para evitar estos accidentes se practica la suficiente resección ósea, con el fin de facilitar la operación, disminuyendo en lo necesario la fuerza a emplearse.

En este detalle nos permitiremos discrepar con la técnica de Winter. El autor americano no realiza la suficiente -

cantidad de osteotomía. Termina la operación con exceso de fuerza aplicada al elevador, porque no es partidario de una gran resección y de la división del molar. Nosotros preferimos eliminar más cantidad de hueso y practicar la odontosección, haciendo menor, en esta forma, la intensidad de la fuerza; de tal modo se disminuyen también los riesgos operativos. (De nuevo el binomio: vía de menor resistencia, control de la fuerza).

Durbeck (1942) dice que la fuerza debe ser aplicada en tal punto, como para mover el tercer molar de acuerdo con la vía de menor resistencia. Esta vía de menor resistencia es el conjunto de dos elementos: primero, la posición del diente, y segundo, la forma de las raíces.

La resistencia. Para la eliminación del "cubo contenido", del "cubo continente", se necesita vencer los factores que para ello se oponen: forma y disposición del molar (de su corona y raíces); cantidad de hueso que cubre al molar retenido.

La anulación de estos factores puede lograrse por dos métodos (como para la extracción del canino retenido); mayor cantidad de osteotomía, aplicación de la técnica de la odontosección. Tales métodos serán considerados por separado.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION VERTICAL.

El tercer molar inferior retenido en posición vertical puede estar colocado en distintas formas, con respecto a la curvatura de la arcada (figs. 852, 853 y 854); normal (sin desviación), desviación bucal, desviación lingual o en desviación bucolingual. De acuerdo con el punto 11 del estudio ra-

diográfico, la cara mesial (punto de aplicación de la palanca) puede ser accesible o inaccesible. Tendremos, pues, cuatro tipos principales, con los subtipos consiguientes, de acuerdo -- con la accesibilidad de la cara mesial.

Sólo estudiaremos el tipo vertical, sin desviación. En las desviaciones bucal, lingual y bucolingual, la variación en las técnicas reside en la mayor o menor osteotomía del hueso mesial y bucal, en el punto de aplicación del elevador, y la dirección en que debe moverse el molar retenido, que estará de acuerdo a la forma de desviación. Los tres últimos tipos de -- desviaciones, también indican diferentes formas de odontosección que pueden realizarse en cada una de ellas.

Estas consideraciones son aplicables a las otras retenciones que se estudiarán en el curso de este capítulo.

Merece un párrafo aparte la extracción del tercer molar inferior retenido, sin dientes vecinos.



Fig. 893.- Distintos diseños de incisiones que pueden realizarse para efectuar la extracción del tercer molar inferior retenido en posición vertical, con su cara mesial accesible o inaccesible.

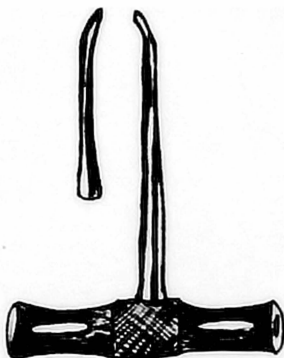


Fig. 894.- Elevadores de Winter No. 1 R y 1 L. (R. right; L.-left) (derecho e izquierdo). (De Winter) La cara plana, contra el tercer molar.

10. RETENCION VERTICAL, SIN DESVIACION, CARA MESIAL - ACCESIBLE.

A) Técnica de Winter.- a) Incisión. En este tipo de retención, Winter emplea las incisiones de la figura 893. --- Cuando sólo necesita usar la cara mesial del tercer molar para aplicar el elevador, realiza una incisión que se extiende sobre la cara oclusal del molar retenido, desde el borde mesial del festón gingival, llegando en el sentido distal algunos milímetros por detrás del borde óseo distal a resecar --- (fig. 893,A). En el caso de valeree de la cara bucal para --- aplicar el elevador, realiza una incisión coincidente con el borde bucotriturante de la corona del tercer molar y que se extiende hacia distal en la misma proporción que la incisión A (fig. 893,B).

Con el objeto de proteger el festón gingival de los - traumatismos operatorios, Winter realiza una pequeña incisión perpendicular a las primeras señaladas, y que se traza sobre la lengüeta mesial del molar retenido (fig. 893, C y D). Este tipo de incisión nosotros lo aplicamos en todos los casos de retenciones, para no lacerar la lengüeta interdientaria. Después de la incisión, el colgajo es separado con un peristómo. La lengüeta interdientaria traumatizada origina dolores -- postoperatorios. Por otra parte, la cicatrización origina una retracción de la lengüeta, que deja al descubierto parte de la cara distal del segundo molar; dolores a los cambios térmicos son el efecto, amén de la posibilidad de desarrollo de -- una caries. La incisión de las figuras 907 y 908 salva muchos de estos inconvenientes.

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

Winter elimina este hueso distal con los instrumentos llamados osteótomos, cuya descripción y manejo serán estudiados.

En caso de existir, en esta porción ósea distal que -- estamos considerando, un proceso patológico, tal como focos ~ de osteítis, granuloma posterior o el saco dentario de dimen-

siones suficientes, la osteotomía no será necesaria, porque el diente puede desplazarse hacia distal, a expensas del espacio creado por el proceso patológico.



Fig. 895.- Elevadores de Winter 3 R y 3 L. Como los No. 1 y 2 son de aplicación mesial. (La cara planta contra el tercer molar). (Winter).

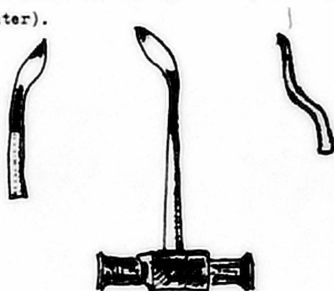


Fig. 896.- Elevadores de Winter No. 4 y 4 L. (derecho e izquierdo). (De Winter).

"La cantidad de hueso a researse está indicada por la forma radicular, la relación del borde superior de la osi-estructura con la bifurcación de las raíces y la distancia --

que el diente puede ser dirigido, fuera de su alvéolo, hacia-distal y hacia arriba por la aplicación del elevador en la su perficie mesial o mesiobucal". (Winter).

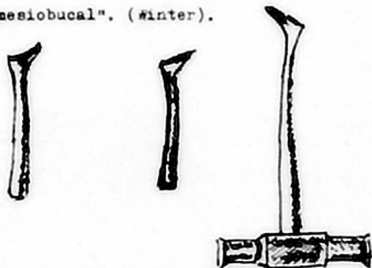


Fig. 897.- Elevadores de aplicación mesial de Winter No. 11 / R y 11 L. (De Winter).

La forma de raíces indica el movimiento del molar y la cantidad de hueso a researse, de la siguiente manera, según Winter:

Ambas raíces dirigidas hacia distal: La cantidad de hueso a researse debe ser suficiente como para que el diente pueda describir el arco que corresponde a la forma radicular- y no encuentre hueso distal que se oponga a este movimiento.

Raíz mesial dirigida hacia distal y raíz distal recta: La cantidad de hueso a eliminarse debe ser tal, que permita - al molar dirigirse hacia atrás siguiendo el arco de su raíz - mesial.

Raíz mesial dirigida hacia distal y raíz distal hacia mesial. El hueso debe ser reseado en suficiente cantidad, -- como para que el diente pueda ser dirigido hacia distal y per mita la fractura del séptum.

Raíces rectas: Este tipo no necesita una gran elimina

ción de hueso distal. Con la aplicación del elevador en la --
cara mesial se dirige el diente en sentido distal.

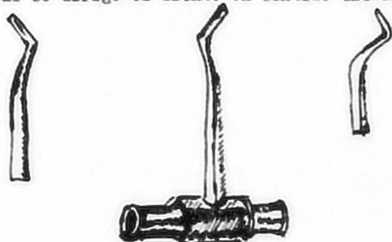


Fig. 898.- Osteótomo de Winter 1 L y 1 R. La función de este instrumento, destinado a eliminar hueso, se esquematiza en la figura 900. (De Winter).



Fig. 899.- Manera correcta de tomar el osteótomo de Winter, - (el dedo índice de la mano derecha sirve de protección). (En este caso, se está empleando el osteótomo 1 R).

La técnica de la resección ósea con los osteótomos de Winter.- El instrumento.- Los osteótomos de Winter son los -- instrumentos diseñados por este autor para resecar las partes óseas que cubren los terceros molares retenidos. Estos instrumentos constan de tres partes: el mango, el tallo y la hoja.- (Fig. 898).

El mango: Del mismo tipo que el mango de los elevados-

res ya estudiados, se adapta cómodamente a la palma de la mano del operador.

El tallo: Implantado solidamente al mango, el tallo es recto y de sólida construcción.

La hoja: Destinada a resecar las porciones de hueso que cubren al molar retenido, para permitir su elevación, la hoja del osteótomo tiene ligeras variantes según el tipo de resección ósea que debe realizar. Está, por lo tanto, doblada en ángulo con relación al tallo. Termina la hoja con la parte activa del instrumento, que no es otra cosa que un cincel o escoplo que actúa a presión manual.

Distintos tipos de osteótomos. Osteótomos núms. 1 L y 1 R (fig. 898) destinados a resecar el hueso distal. Existe un instrumento para el lado derecho (1 R) y otro para el izquierdo (1 L). Los osteótomos núms. 2 L y 2 R, 3 L y 3 R, 4 L y 4 R -- tienen ligeras variantes con relación al tipo 1.

Los otros tipos de osteótomos y su función correspondiente serán señalados durante la descripción de la técnica.

Técnica del manejo del osteótomo. El osteótomo se empuja sólidamente con la mano derecha, dirigiendo el cincel de la hoja hacia el hueso a resecar (fig. 899). La función de este instrumento consiste en extraer o resecar las partes óseas que se hallan colocadas sobre o a los lados del molar retenido.

Una vez realizada la incisión, el instrumento se coloca entre los labios de la herida y se dirige en busca del hueso a resecar. Aplicado en el sitio destinado (supongamos la porción ósea distal) "el borde cortante descansando en la estructura, se ejerce suficiente presión para resecar esta porción ósea. La cantidad de escisión debe ser suficiente como --

para poder dirigir al tercer molar hacia distal, en grado tal como para vencer la curvatura distal de las raíces y eliminar la resistencia en esta región". De esta manera el cincel que significa el osteótomo, corta el hueso distal en pequeños trozos, yendo de bucal a lingual (o viceversa).

La manera de actuar el instrumento está demostrada en la figura 900, tomada de la obra de Winter.

c) Extracción propiamente dicha. El empleo de los elevadores.

1) El elevador: Los elevadores de Winter están numerados del 1 al 9 (elevadores de aplicación mesial); el núm. 9, - elevador de aplicación mesiobucal, y los núms. 10, 11, 12 y - 13, de aplicación bucal. Se toman como se ve en las figuras - 901 a 904.



figura 904

Fig. 900.- Técnica de la osteotomía distal. Tercer molar en - retención vertical, sin desviación. A, el osteótomo No. 1 R, - aplicado sobre el hueso, en la superficie distal; técnica para el lado derecho; B, el osteótomo No. 1 L, aplicado sobre - el hueso, en la superficie distal; técnica para el lado iz--- quierdo; C, extensión de la osteotomía; D, vista lingual y - oclusal de la aplicación de la hoja del osteótomo en la super - ficie distal del lado derecho, cuando la superficie oclusal -

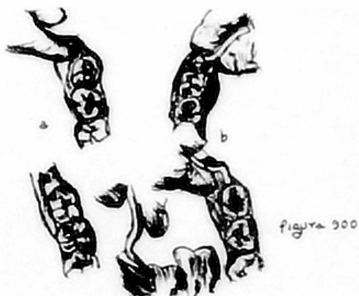


Fig. 904.- Manera correcta de tomar los elevadores radiculares (11 R y 11 L, 12 R y 12 L). (En este caso, el 11 L. Vista por la cara palmar; el dedo índice de la mano derecha, sirve de útil protección, con los fines señalados).

Los elevadores de aplicación mesial (1 al 9) están -- destinados a ser introducidos entre el segundo y tercer molar tienen como función la de luxar y elevar el molar de su alvéolo.

2) Elección del elevador. El elevador debe estar de acuerdo con el ancho del espacio interdentario. El elevador -- núm. 1 (L o R) se usa cuando el espacio es exiguo o están en contacto el segundo y tercer molar. El número 2 (L o R) es el de más común aplicación, porque permite su colocación en espacios reducidos. Los otros tipos se usan en espacios anchos o después de haber sido movilizado el molar por la aplicación -- de las hojas menores.

3) Introducción del elevador: Elegido el elevador según las dimensiones del espacio interdentario, éste se toma -- como ya fue indicado al tratar la extracción del tercer molar normal (pag. 250), y se introduce suavemente en el espacio -- interdentario, entre los labios de la incisión de la mucosa.

Este instrumento actúa en su primer tiempo como cuña. En esta función penetra en el espacio interdentario; esta penetración permite, en algunos casos, el desplazamiento del molar hacia el lado distal (fig. 905,A), elevando y luxando el molar retenido.



Fig. 905.- Aplicación mesial del elevador. Retención vertical. A, aplicación inicial con el elevador No. 2, entre la superficie mesial del tercer molar y la superficie distal del segundo, para poder pasar la hoja y separar los dientes; B, la hoja introducida entre los dos molares, con la parte plana de la hoja sobre la superficie mesial del tercero y la parte curva sobre la superficie distal del segundo; el molar ha sido dirigido levemente hacia arriba; C, la hoja se dirige hacia el lado mesial, de modo que el molar retenido se desplaza hacia arriba, hacia atrás y afuera; D, la hoja ha sido de nuevo aplicada más abajo, sobre su cara mesial del tercer molar. -- (De Winter).

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



Fig. 906.- Aplicación del elevador bucal después de la luxación del molar con el elevador. a y b, la punta del instrumento se insinúa en la bifurcación radicular; c, girando el elevador, en sentido contrario al de las manecillas del reloj, - se levanta el molar.

5) **Movimiento del elevador:** Aplicado el elevador en el espacio interdentario y en perfecto contacto la parte plana de la hoja con la cara mesial del molar, se inicia el movimiento destinado a elevar el diente. Para tal objeto, se hace girar el mango del instrumento en el sentido de las agujas del reloj, para operar en el "lado derecho"; a la inversa del movimiento de las agujas, al actuar en el izquierdo.

En esta función el instrumento actúa como una palanca de primer género. Con este movimiento hacia distal, el molar se eleva y se desplaza hacia distal en la misma proporción -- con que fue girado (fig. 905,B). Un nuevo movimiento del mango del elevador hacia distal, permite un desplazamiento en un grado mayor del molar retenido en esa dirección, como se puede ver en la figura 905, C.

Si la luxación no ha sido terminada con ese movimiento, entonces se aplica la hoja a un nivel más bajo y se vuelve a repetir el movimiento a distal (fig. 905,D).

Cuando la hoja del elevador resulte insuficiente (por su tamaño) para dirigir el molar hacia distal, se emplea el número siguiente, con lo que se logra el fin propuesto.

La fuerza a emplearse y la extensión del movimiento distal están dadas por la forma radicular, como se ha dicho oportunamente.

6) Eliminación del molar: Luxado el diente, éste puede ser extraído del alvéolo con pinza para extracciones o con el mismo elevador. También puede ser eliminado con el elevador n.º 10 (L o R) de aplicación bucal, colocando este instrumento en la cara bucal del molar, a nivel de la bifurcación radicular; girando el instrumento hacia afuera, sobre su eje, con punto de apoyo en el borde óseo bucal, se levanta el molar -- hacia arriba y adentro (fig. 906).

B) Extracción por osteotomía a fresa.- El uso de la fresa dental para realizar la osteotomía nos parece excelente. La fresa es un instrumento poco traumatizante usándola con las prevenciones debidas. Estas se refieren al empleo de un instrumento nuevo y constantemente renovado en la misma extracción, y su refrigeración con agua esterilizada o suero fisiológico para evitar su recalentamiento. Empleando así, nunca hemos tenido inconvenientes: necrosis ni moritificaciones del hueso, las cuales se originan por elevación de su temperatura.

Tipo de fresa. Para realizar la osteotomía distal en esta clase de retenciones usamos la fresa n.º 560 colocada -

en el ángulo recto. Cabanne ha ideado el uso de las fresas de pieza de mano en el ángulo, cortándolas y adaptando su extremo a tal instrumento. Las fresas redondas No. 8, de carburo de tungsteno realizan fácilmente la osteotomía.



Fig. 907.- Incisión para la extracción de un tercer molar inferior, en cualquier tipo de retención. (Compárese esta incisión con las de las figuras 893, 916 y 926)

Fig. 908.- El colgajo rebatido, permite un amplio campo operatorio, El colgajo no es traumatizado, como se señala en el texto. (Ver incisiones de la figura 893).



Fig. 909.- Extracción del tercer molar inferior en retención vertical. La osteotomía distal se realiza con una fresa de figura; es sumamente útil la fresa redonda No. 8.

Fig. 910.- Aplicación del elevador y luxación del molar retenido, hacia el lado distal, según la técnica que se indica en la figura 905.

a) Incisión. La incisión de la figura 893, C es muy útil para todo tipo de retenciones; pero la incisión que se inicia un centímetro por detrás de la cara distal del segundo molar (fig. 907), llega hasta esta cara y se prolonga hacia adelante, contorneando el cuello de los dientes, hasta el primer molar, permite un amplio colgajo que da un amplio acceso y visibilidad (fig. 908); por otra parte, el colgajo no es seccionado verticalmente, ni traumatizado, y descansa sobre hueso sano.

b) Osteotomía. Separados los labios de la incisión, y apartados el carrillo y la lengua, se coloca la fresa sobre el borde óseo distal a resecarse. La fresa se introduce, merced al espacio que ella misma consigue crearse, entre la cara distal del tercer molar y la porción ósea distal, realizando tanta osteotomía cuanto requiera la extensión del hueso y la disposición radicular. Estas indicaciones se ajustan a las señaladas por Winter (pág. 371). En las figuras 909 y 910 hemos tratado de materializar los pasos de esta técnica, que es sencilla y está al alcance de todos. La fresa es el instrumento de uso diario del odontólogo. Su manejo, sus alcances y sus peligros, están en la mente de todos los profesionales. Los osteótomos de Winter requieren un instrumental y una práctica, de los que sólo pueden disponer los especialistas.

c) Extracción propiamente dicha. Uso del elevador.

1) Empleo de los elevadores de Winter: Nos parecen insustituibles. Quienes no dispongan de ellas, sin embargo, pueden emplear otros instrumentos tales como los de Barry (diseñados según el mismo tipo que los de Winter) (fig. 623), los elevadores rectos o cualquier otro elevador parecido. Sus alcances y posibilidades no pueden ser nunca los de los eleva

dores del maestro americano.

2) Empleo del elevador recto: Antes de conocer los -- instrumentos de Winter, hemos empleado durante mucho tiempo -- los elevadores rectos. Se introduce en el espacio interdenta-- rio y se mueve, alrededor de su eje, en sentido distal, des-- cansando el borde inferior de su hoja sobre la estructura -- ósea del espacio entre segundo y tercer molar. Por el mismo -- mecanismo de acción (palanca de primer género) el elevador -- recto dirige el diente retenido hacia arriba y atrás. Puede -- también ser apoyado sobre la cara distal del segundo molar y -- dirigiendo el instrumento hacia adelante (mesial) la hoja -- del instrumento desplaza entonces el molar hacia atrás. El -- segundo molar, usado como punto de apoyo, ha de reunir las -- condiciones ya señaladas; integridad de su corona, solidez -- del macizo radicular.

C) Extracción por osteotomía a escoplo (escoplo sim-- ple o martillo automático).- Ver las consideraciones que se -- hacen en la página 384).

D) Extracción por odontosección.- Este tipo de extrac-- ción tiene indicación en aquellos casos de raíces divergentes con extraordinaria cementosis. La técnica de la odontosección sigue las indicaciones dadas en la página 271. En caso de que el tercer molar esté muy vecino a la rama, puede extirparse -- la parte distooclusal de la corona, con escoplo (fig. 911). -- Este instrumento debe ser colocado, su parte activa sobre la -- cara oclusal, a nivel de los surcos, para que el golpe del -- escoplo sea efectivo.

2o. RETENCION VERTICAL. SIN DESVIACION. CARA MESIAL -- INACCESIBLE.

El ángulo mesio oclusal de la corona del tercer molar

puede encontrarse situado por debajo de las estructuras óseas de tal modo que la cara mesial, sobre la cual se aplica el -- instrumento destinado a elevar el diente, no es accesible. Es necesario, por lo tanto, preparar una vía de acceso a dicha -- cara mesial.

A) La Técnica de Winter.- a) Incisión. La incisión -- que Winter indica para esta retención está gráficamente de--- mostrada en la figura 893. D. Es una incisión de dos ramas: -- una bucal, trazada en la lengüeta interdientaria bucal, simi--- lar a la rama bucal de las otras incisiones; otra rama dis--- tal, trazada sobre el ángulo bucooclusal del molar retenido.- La incisión de las figuras 907 y 908 es muy útil.

b) Osteotomía. La osteotomía se practica como en la -- retención vertical, con la cara mesial accesible (fig. 900).- Con los osteótomos 1 R y 1 L, se extirpa el hueso distal. Para la aplicación del elevador en la cara mesial del molar, es necesario reseca parte de la osteoestructura mesial. Para tal fin se emplea el osteótomo núm. 8 R u 8 L.

c) Extracción propiamente dicha. Uso del elevador. La técnica del uso del elevador es la misma que en el caso anteriormente estudiado.



Fig. 911.- Resección de la porción distooclusal de la corona del tercer molar en retención vertical (a¹), con la rama del maxilar inferior muy próxima a su cara distal (a).

B) Extracción por osteotomía a fresa.- a) Osteotomía-

El objeto de la intervención es eliminar suficiente cantidad de hueso como para poder vencer las resistencias mecánicas -- del molar implantado en el hueso. En el tipo de retención vertical, el molar puede presentarse con su cara triturante totalmente cubierta por hueso. La eliminación de este hueso, y a preparación de una vía de acceso a la cara mesial, para -- aplicar el elevador, puede ser realizada a fresa (fresa redonda núm. 6 a 8), montada en el ángulo.

De la misma forma que indicamos para la extracción -- del canino superior retenido (pág. 322), se realizan, sobre -- la tapa ósea a eliminarse, una serie de perforaciones, que -- lleguen profundamente hasta el molar retenido (fig. 912). Se -- unen los orificios creados por la fresa, con ligeros golpes -- de escoplo o con una fresa de fisura fina núm. 557.

La tapa ósea se elimina con un escoplo o cualquier -- instrumento de suficiente solidez. La eliminación del tejido -- óseo debe ser tanta como la necesaria para permitir el paso -- del diámetro mayor del molar (fig. 912, a y a¹).

Resección ósea en distal: Con una fresa de fisura num. 560 se realiza la osteotomía en el lado distal del tercer molar, llegando hasta la altura del cuello del diente; la técnica es la misma que la descrita en el tipo anterior de retención. El objeto de la resección distal es permitir, a este -- nivel, el suficiente espacio como para poder desplazar hacia -- distal el órgano dentario (fig. 912, c).

Resección ósea en mesial: El objeto de esta resección mesial es obtener un espacio suficiente para colocar la -- hoja de un elevador.

Se realiza con una fresa redonda núm. 5, montada en la pieza de mano. Hay que tratar de realizar esta osteotomía mesial a expensas del hueso vecino al molar a extraerse, dejando intacto, en lo posible, el hueso que cubre al segundo molar por el lado distal y bucal.

b) Extracción propiamente dicha. Aconsejamos el empleo de los elevadores de Winter núms. 1, 2, 3, o elevadores de hojas finas. El instrumento penetra con una angulación del 45° respecto al eje del molar. El elevador se abre camino en la vía ósea creada por la osteotomía mesial y va al encuentro de la cara mesial del tercer molar. Llegando a ésta y con apoyo en el borde óseo y en la cara distal del segundo (siempre que sus condiciones lo permitan) se trata de luxar el diente hacia distal, con pequeños movimientos de torsión del instrumento hacia mesial y hacia distal (fig. 912, d). Esta luxación hacia distal está condicionada por la forma radicular (págs. 372 y 373).

Luxando el molar, se elimina del alvéolo con un elevador de Winter núm. 10 (L o R) de aplicación bucal, o haciendo palanca con un elevador de hoja fina, colocado por el lado bucal, entre la corona del molar y la tabla ósea externa. Si no hubiera posibilidades de introducir estos instrumentos a nivel de la cara bucal, se practica con una fresa redonda una muesca u orificio en la parte media del hueso bucal (fig. 912, e y f). Esta nueva vía facilita la colocación del elevador y la extracción del molar.

30. RETENCION VERTICAL. AUSENCIA DE DIENTES VECINOS.

Los dientes vecinos pueden estar ausentes en su totalidad, o solo faltar el segundo molar. En el primer caso, --

generalmente el molar retenido produce accidentes inflamato--
rios. Es frecuente que desdentados totales, portadores de pró--
tesis, sientan molestias originadas por los terceros molares--
retenidos. Su eliminación se impone.

El tercer molar puede presentarse de varios modos ---
(fig. 913); la retención puede ser parcial o total y totalmen--
te intraósea o subgingival. La técnica para la extracción de--
be estar guiada por los mismos principios ya señalados. Es --
necesario eliminar suficiente cantidad de hueso, como para --
poder llegar hasta la cara mesial y aplicar allí los elevado--
res.



Fig. 913.- Radiografía de un tercer molar inferior aislado, en posición vertical (Obsérvense las relaciones del conducto con el molar retenido y las modificaciones en su trayecto).



Fig. 914.- Extracción del tercer molar inferior aislado. Retención vertical. a, el caso a extraer; b, osteotomía en mesial y distal, con fresa redonda No. 8; c, aplicación del elevador 12 de Winter en la cara mesial; girando el mango del instrumento--
el molar retenido se dirige hacia atrás y arriba.

a) Incisión. En casos de retención total, preferimos la incisión angular (fig. 893, C), o la de las figuras 907 y 908, que permiten descubrir ampliamente el hueso. La rama longitudinal de la incisión es trazada a nivel o un poco más adentro del borde lingual del molar y sobrepasa los límites del borde mesial. La otra rama la corta perpendicularmente y llega hasta las proximidades del surco vestibular. En las retenciones parciales, la incisión se atiene a las indicaciones hechas para los casos de arcada normal.

b) Osteotomía. El hueso que cubre el molar es reseca-do con escoplos (osteótomos de Winter, escoplos a mano) o fresas (redondas núms. 5, 6 u 8). La osteotomía sigue las reglas dadas en páginas anteriores.

c) Extracción propiamente dicha. Los elevadores para este tipo de retención son los núms. 11, 12 o 13 (L o R) de Winter o sus similares.

Se introduce la hoja del elevador entre la cara mesial del molar y la pared mesial del alvéolo (la osteotomía prepara la vía). Cuando el instrumento está colocado sobre la cara mesial, con punto de apoyo en el borde óseo mesial, se gira el mango del instrumento en sentido mesial, con lo cual se logra elevar el molar hacia arriba y hacia distal (fig. 914).

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

Fig. 920.- Extracción del molar con un elevador de Winter -- aplicado en la cara bucal.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSI
CION MESIOANGULAR.

En la extracción del tercer molar inferior retenido, en posición mesioangular, se añdan dos problemas quirúrgicos, que hay que resolver.

La osteotomía. En general el molar retenido está alojado más profundamente en el hueso y la cantidad de hueso distal suele estar dispuesta con más abundancia en las retenciones mesioangulares, que en las verticales.

El contacto con el segundo molar (fig. 866,g), constituye uno de los más sólidos anclajes del molar retenido. La eliminación del tejido dentario y la odontosección, son sabias medidas que evitan traumatismos y sacrificios óseos indeseables.

El molar retenido para ser elevado de su alveólo debe trazarse un arco, para la realización del cual se oponen los dos elementos que acabamos de citar: el punto de contacto y el hueso distal. En muchas ocasiones, aún eliminando todo el hueso distal, que se opone al trazado del arco, la extracción se ve dificultada o impedida por el contacto que las cúspides mesiobucal y mesiolingual del tercer molar realizan sobre la cara distal de la corona del segundo, o en la cara distal de la raíz distal, por debajo de la línea cervical (figs. 921 y 922). Resulta en estas ocasiones, un problema mecánico insalvable elevar un diente en tales condiciones, si no se suprime el obstáculo que representan las cúspides mesiales (superficie mesial de contacto).

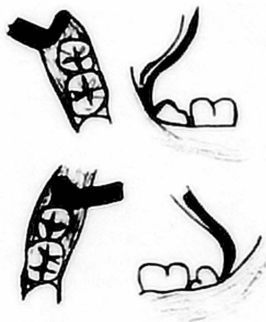


Fig. 923.- Osteotomía distal, según la técnica de Winter. A, - el instrumento (Osteótomo 2 R) reseca el hueso distal en el molar del lado derecho; B, el instrumento 2 L, actúa en el -- del izquierdo (De Winter).

10. RETENCION MESIOANGULAR. SIN DESVIACION. CARA ME--
SIAL ACCESIBLE O INACCESIBLE.

A) Técnica de Winter.- a) Incisión. Winter ha indicado diferentes tipos de incisiones para abordar la retención mesioangular. Cuando no se necesita aplicar elevadores en la cara mesial, se practica una incisión que, partiendo de la -- cara distal del molar retenido, se extiende en sentido distal en una distancia aproximada de un centímetro (fig. 893,A). Si hay necesidad de usar los elevadores aplicados a la cara me-- sial, se practica una incisión sobre el borde bucal del molar retenido y en las mismas proporciones que la anterior (fig. - 893,C). Con el fin de evitar el traumatismo y laceración del rodete gingival interdentario, se traza una incisión bucal -- desde el borde de la encía, hacia abajo, y ligeramente adelan-- te.

b) Osteotomía. El triángulo óseo distal es eliminado con un osteótomo núm. 2 R y 2 L. Con la técnica usual (pag. 377) el borde cortante del cincel se apoya en la superficie a escindir y bajo presión manual se elimina, a pequeños trozos, todo el hueso necesario (fig. 923). La cantidad de hueso a eliminarse está indicada por el grado de versión del molar -- (a mayor inclinación mesial, mayor cantidad de hueso distal, y por lo tanto, mayor osteotomía) y por la forma radicular, siguiendo las normas que ya han sido señaladas en la retención vertical.

c) Extracción propiamente dicha. Uso de los elevadores.

1) Elección del elevador: La forma y tamaño del espacio interdentario existente entre la cara mesial del tercer molar, la cara distal del segundo y el borde superior del interséptum (punto 12) son los que rigen el tipo de elevador que se debe emplear. Espacios interdentarios pequeños exigen una hoja del elevador de escasas dimensiones, un espacio grande necesita un elevador de hoja ancha (fig. 924). Colocando un elevador de hoja chica en un espacio grande, el trabajo es improductivo, debido a que no se logra el punto de apoyo necesario.

2) Introducción del elevador: El elevador se introduce en el espacio interdentario, dirigido hacia abajo, y en sentido lingual, actuando en este primer tiempo como cuña. Con ligeros movimientos giratorios del mango del instrumento dirigidos hacia mesial y distal, el elevador ocupa el espacio. (fig. 925).

lar; su borde inferior, sobre el borde superior del espacio interdentario.

4) Movimiento del elevador: Dirigiendo el mango del instrumento en sentido mesial, y de acuerdo con la disposición y forma radicular, se gradúa la fuerza necesaria para elevar el molar. La eliminación del molar se realiza una vez colocado el diente verticalmente y vencido el contacto entre el segundo y el tercer molar, con una pinza para molares inferiores o con el mismo elevador.

B) Extracción por osteotomía a fresa.- a) Osteotomía. La fresa está muy indicada en este tipo de retención. La técnica de su uso varía un poco con la de la retención vertical.

Con una fresa redonda núm. 4, 5 u 8, colocada en la pieza de mano o en el ángulo, según las facilidades de acceso que se tengan al campo operatorio (preferimos el ángulo recto porque nos permite dirigir con mayor precisión el instrumento) se practican algunos pequeños orificios en el hueso, los cuales deben llegar hasta el molar retenido. El tacto nos dará la sensación necesaria, que entonces nos advertirá la presencia del molar retenido. La porción ósea limitada entre los puntos perforados por la fresa y el tercer molar, se elimina con un golpe de escoplo. Este instrumento se coloca con su bisel dirigido hacia distal, tratando de insinuarlo entre la cara distal del molar y el hueso a resecar. Con un golpe de escoplo se hace saltar esta porción ósea distal.

La cantidad de hueso a resecar está de acuerdo con el grado de inclinación del molar, la forma y disposición de sus raíces y el contacto con el molar anterior. El hueso distal se elimina mejor con fresa de fisura núm. 560. (fig. 926).

b) Extracción propiamente dicha. En nuestra práctica, como ya lo hemos dicho, consideramos insustituibles los elevadores de Winter. Pueden usarse otros instrumentos, contruñidos según el mismo diseño y basados en el mismo principio mecánico.

La técnica de la extracción propiamente dicha es la ya señalada en el estudio de la técnica de Winter.

c) Extracción por osteotomía a escoplo.- El escoplo accionado a martillo o el escoplo automático, para realizar la osteotomía distal, puede aplicarse en este tipo de retención con determinadas reservas.

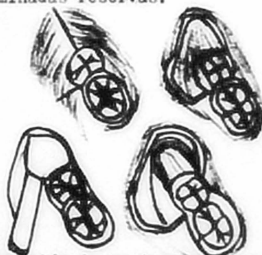


Fig. 927.- Extracción de un tercer molar inferior en retención mesioangular. Osteotomía a escoplo. a, incisión; b, desprendimiento del colgajo; c, osteotomía del hueso distal realizada con escoplo; esta misma maniobra puede realizarse con una fresa redonda N 8 de carburo de tungsteno; d, la osteotomía necesaria para elevar el tercer molar inferior.



Fig. 928.- Extracción por odontosección. El tercer molar retenido puede dividirse de dos modos: según su eje mayor como se indica en a, o según su eje menor como en b.

a) Osteotomía. Usamos para realizar la osteotomía -- distal un escoplo de media caña (fig. 927; ver fig. 328). -- Perpendicularmente dirigido hacia la superficie ósea y con golpes de martillo se reseca el hueso, en pequeñas porciones, hasta descubrir la suficiente cantidad del molar, con el fin de que sean vencidas las resistencias (hueso distal y punto de contacto). Diremos a esta altura, que en este tipo de retención somos partidarios de resolver el problema del anclaje distal y del punto de contacto, eliminando, siempre que haya fácil acceso al molar retenido, las cúspides mesiobucal y mesiolingual con un disco de carborundo. En los casos en que el molar esté muy profundo, es más sencillo seccionarlo longitudinalmente (figs. 927 a y 936).

En este tipo de retención, con la cara mesial del -- molar accesible, si no se elimina el punto de contacto de -- las cúspides, habrá que extirpar hueso por lo menos hasta la mitad de la raíz.

La osteotomía que realiza Winter nos parece insuficiente. La eliminación del molar debe hacerse, por lo tanto, a expensas de la fuerza ejercida sobre el elevador, con los consiguientes inconvenientes postoperatorios. El exceso de presión ejercida sobre el hueso distal o sobre el mesial, -- trae aparejados dolores de gran intensidad (alveolitis). El dolor está siempre en relación con el grado de trauma.

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

D) Extracción por odontosección.- Este método está -- muy indicado en la retención mesioangular. La odontosección -- puede aplicarse de dos distintas formas: se divide el diente-

según su eje mayor, o bien se lo divide según su eje menor. - (fig. 928).

Ambas operaciones se pueden realizar con o sin osteotomía. En unos casos ella es imprescindible; en otros puede seccionarse el diente y extraerlo sin la resección ósea previa.

La odontosección de los molares retenidos se realiza con discos, piedras de carborundo, fresas, escoplo recto, de media caña, el escoplo de Sorensen o el escoplo automático.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA ODONTOSECCION EN MOLARES RETENIDOS.

El acceso: Es imprescindible preparar una vía de acceso, para que los instrumentos destinados a cortar el diente puedan cumplir su cometido, sin traumatizar las partes blandas, ni lesionar el hueso.

Por lo tanto, una incisión amplia y una osteotomía — suficiente se imponen en la aplicación de este método. El tejido gingival debe ser mantenido apartado con separadores o instrumentos que hagan sus veces.

El instrumental: Discos de carborundo. Piedras montadas (pueden emplearse las piedras montadas núm. 5 para cortar el esmalte; son de gran utilidad los discos o piedras de diamante).

Fresas: Se pueden usar para este fin las fresas de fura núm. 560 y las fresas redondas No. 8 de Carburo de Tungsteno.

El escoplo automático (ver página 93).

Técnica del empleo del instrumental. Disco de carborundo: En algunos casos de retenciones, en muy pocos casos — tiene aplicación este procedimiento — es posible usar el disco

de carborundo, cuando la profundidad del molar retenido lo -- permite. Separando las partes blandas con el objeto de no trau matizarlas, el disco secciona el diente a nivel de su cuello.- También se emplean discos para eliminar las cúspides mesiales.

Para seccionar el diente según su eje menor (retencio- nes superficiales; posición A y B), se dirige el disco todo lo perpendicularmente que sea posible, al eje mayor del diente. - El disco debe ser humedecido constantemente con un chorro de - agua o suero fisiológico. Esta técnica está restringida a po- cos casos; es más útil la fresa.

Para seccionar las cúspides mesiobucal y mesiolingual, el disco se coloca perpendicularmente a la arcada, inmediata- mente por detrás de la cara distal del segundo molar. Diri- giéndolo de bucal a lingual, esgrimiendo la pieza de mano fir- memente, el disco secciona el esmalte de la cara triturante y llega hasta la cara mesial del molar retenido, separando por- lo tanto el macizo formado por las cúspides mesiobucal y me- siolingual y el ángulo mesiotriturante. Este macizo se extrae antes de la extracción propiamente dicha, con un escoplo o -- con una cucharilla de Black. Eliminado el punto de contacto - (superficie de contacto) (punto 9), se procede a la osteoto- mía si se considera necesario o a la extracción propiamente- dicha (fig. 929); en la mayoría de los casos, no se tiene --- éxito con la odontosección exclusivamente; esta maniobra debe estar acompañada con la suficiente osteotomía. También la so- la resección de las cúspides mesiales, hace fracasar la extrac ción, cuando no se ha eliminado la necesaria cantidad de hueso.

Piedras montadas: Las pequeñas piedras montadas que-- se usan en dentística operatoria, pueden emplearse con el ob-

jeto de cortar el esmalte, como maniobra previa al uso de la fresa, y para facilitar la acción de este instrumento. Se aplica según la técnica usual (fig. 930). Pueden también emplearse, antes de usar el escoplo sobre la cara oclusal del molar retenido.



Fig. 929.- Resección de las cúspides mesiales, a, el disco de carborundo elimina el maciso mesial, como se ve en los esquemas a^1 y a^2 . (La aplicación del elevador 2R de Winter), - se hará por debajo del cuello del tercer molar inferior retenido).

Fresas: En el ángulo diedro que ha preparado la piedra montada se introduce una fresa de fisura núm. 570. Esta se dirige de bucal a lingual, tratando de seccionar, en toda su amplitud, la corona del molar retenido. Especial atención hay que prestar a la parte mesial del tercer molar, porque - dos contingencias pueden presentarse en esta maniobra.

1) Sección insuficiente de la corona: No se corta todo el tejido dentario y la corona queda unida a sus raíces - por esmalte, en cantidad variable, pero suficiente, como para impedir la separación y la eliminación de la corona.

2) La fresa pasa los límites de la corona: Es útil - recordar la anatomía coronaria, tener buena iluminación y - hemostasis en el acto operatorio y servirse del tacto que -

nos indica el tejido sobre el que estamos actuando. La fresa llevada fuera de los límites de la corona, puede lesionar el hueso, seccionar la tabla lingual y herir los tejidos blandos de la cara interna del maxilar. Dirigida hacia abajo puede herir el nervio dentario inferior y los vasos que lo acompañan con los trastornos consiguientes (hemorragia y parestesia).

Técnica del empleo del escoplo automático: El escoplo automático es un instrumento ingeniosamente ideado, por medio del cual se consigue cortar el diente en forma neta y precisa. Tratándose del tercer molar en posición mesioangular, las funciones del escoplo automático se circunscriben a seccionar el diente, según su eje mayor. Para tal fin se emplea una punta cortada a bisel. Se apoya el borde cortante del bisel, dirigiéndolo aproximadamente perpendicular a la cara triturante del molar a dividir, sobre las depresiones del esmalte, no sobre las crestas. La línea de aplicación del escoplo proyectada sobre el molar debe tratar de coincidir sobre el espacio - interradicular. De esta manera el corte del escoplo es útil y preciso y divide las raíces con limpieza (fig. 936).

Dos o tres golpes de escoplo son suficientes para --- seccionar el molar. En caso de existir caries, grietas o fisuras de esmalte, se aprovecharán para facilitar la acción del escoplo.

Extracción de las partes seccionadas. Dividido el --- diente, las partes seccionadas son extraídas por separado; -- consideraremos las dos formas de division; según su eje menor y según su eje mayor.

Extracción del molar seccionado según su eje menor:1)

Extracción de la corona: La extracción de la corona después de seccionar el diente según su eje menor se realiza por medio de elevadores finos. Luego de seccionado el molar, se introduce el elevador en el espacio creado por la fresa. Este espacio es de gran utilidad, pues a sus expensas se desplaza la corona hacia mesial y luego hacia distal. Cumple estas funciones el instrumento de la figura 934.

A esta altura del problema quirúrgico, hay que volver a considerar la cara mesial de la corona, accesible o no a los elevadores. Si es inaccesible, se practica una vía para el elevador, a escoplo o con fresa. Si se puede fácilmente abordar, se introduce el elevador por debajo de la corona, entre su cara mesial y el borde óseo y se eleva la corona (fig. 931).

2) Extracción de la raíz: La porción radicular puede extraerse por medio de elevadores rectos, curvos o con los elevadores de Winter. En algunos tipos de retención empleamos el elevador número 12 (R y L); éste se introduce entre la porción radicular y el tejido óseo subyacente. Se hace girar el mango del instrumento hacia el lado bucal (fig. 932, e). Según la disposición y la forma radicular, será mayor o menor el esfuerzo a realizarse. En caso de gran divergencia radicular (raíz mesial dirigida hacia mesial y raíz distal dirigida hacia distal) o gran cementosis, puede ser de utilidad separar las dos raíces con una fresa de fisura colocada en la pieza de mano. Cada raíz se extrae por separado con elevadores rectos o elevadores de Winter número 12 (L o R).

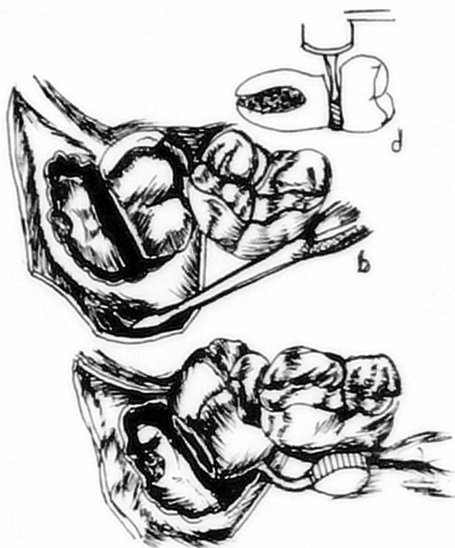


Fig. 931.- La fresa de fisura, montada en el ángulo recto, secciona completamente el molar (a). Se introduce un elevador fino entre la corona y la raíz y se lleva hacia adelante la corona. Con el mismo elevador fino que había luzado la corona del molar, se vuelve ésta hacia atrás, con el objeto de disminuir el contacto con el segundo molar. Se introduce un elevador fino por abajo de la corona, es decir, de su cara mesial y apoyándose en el hueso subyacente se eleva la corona del molar -- (c). (Ver el instrumento de la fig. 934 (disyuntor), muy útil para la separación de coronas y raíces).

Terminación de la extracción: Se inspecciona la cavidad ósea, se retiran las esquirlas, se adaptan los labios del-

colgajo y se practican dos o tres puntos de sutura (fig. 932, f).

Extracción del molar seccionado según su eje mayor. -- Practicada la sección del molar con el escoplo automático, queda el diente dividido en dos porciones; la porción mesial y la porción distal. Cada una debe ser eliminada por separado. Se comienza por la más sencilla, la distal, la extracción de la cual facilita la eliminación de la porción mesial.

1) Extracción de la porción distal: Se introduce un elevador recto o un elevador de Winter (1, 2, 3, R o L) entre las dos porciones del molar dividido. En su introducción y actuando como cuña se consigue luxar ligeramente la porción distal. Es necesario, para practicar la extracción de esta porción, aplicar el elevador lo más profundamente posible, con el objeto de evitar la fractura intempestiva de la porción distal. El punto ideal de aplicación del elevador se encuentra a un par de milímetros por debajo de la línea cervical (figura 936). Aplicado a este nivel se gira hacia mesial el mango del instrumento, dirigiendo la raíz hacia arriba y atrás (fig. 936, c y c¹).

2) Extracción de la porción mesial. Eliminada la porción distal, se introduce el elevador entre la cara mesial del molar y el borde óseo, si aquélla es accesible, o se practica una vía de entrada para el elevador con una fresa redonda o con un escoplo de mano (fig. 936, d d¹ y e). El elevador se apoya, como si se tratara de un molar entero, sobre la cara mesial de la porción mesial y se realizan movimientos parecidos, aún cuando no exigen tanta fuerza, a los de la técnica de Winter.

Puede presentarse el caso que, por gran curvatura y - cementosis de la raíz mesial y encaje de la superficie trituyente de la porción mesial, por debajo del cuello del segundo molar, esta porción presente gran resistencia a la elevación. Puede practicarse en tal caso una nueva sección que divida la porción mesial a nivel de la línea cervical. Esta sección se realiza a fresa (fresa larga montada en ángulo). Las partes - se eliminan según la técnica anteriormente citada (figs. 931- y 932).

20.- RETENCION MESIOANGULAR. AUSENCIA DE DIENTES VECINOS.

Puede presentarse en algunas ocasiones (figura 935).- La ausencia del segundo molar significa la desaparición del - punto de contacto mesial.

En este tipo de presentación del molar, la técnica - quirúrgica debe vencer solamente las resistencias óseas que - cubren el molar. La osteotomía puede hacerse a escoplo o a - fresa. La odontosección sólo se aplica en caso de cementosis- o raíces divergentes (raíz mesial dirigida hacia mesial, raíz distal dirigida hacia distal).

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

a) Incisión. En caso de retención completa, preferi- mos la incisión angular (fig. 937, a, o la incisión de las -- figs. 907 y 908). Si el molar está parcialmente erupcionado,-

se aplica la misma clase de incisión ya estudiada.

b) Osteotomía. A escoplo: Con un escoplo fino o de media caña se reseca el hueso distal para dejar al descubierto por lo menos la cara distal de la corona. (fig. 937, b).

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

A fresa: La fresa reseca idénticas porciones de hueso. El lado distal se opera con una fresa de fisura, en el ángulo recto; la osteotomía mesial puede realizarse con fresa redonda número 7, montada en la pieza de mano.

c) Extracción propiamente dicha. Para efectuarla son útiles los elevadores de Winter números 8 y 12 (R o L) o los elevadores angulares de Ash. Todos ellos de aplicación bucal.

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

Los elevadores rectos (o los elevadores angulares de Winter de aplicación bucal), pueden ser colocados entre la cara bucal y la pared externa del hueso. Por movimientos rotatorios del mango del instrumento de derecha a izquierda, se consigue luxar el molar (figura 937, d).



EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION DISTOANGULAR.

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

La extracción del tercer molar aislado, se realiza por procedimientos semejantes a los estudiados en la retención vertical, con las diferencias, que la posición distoangular, origina en las técnicas.

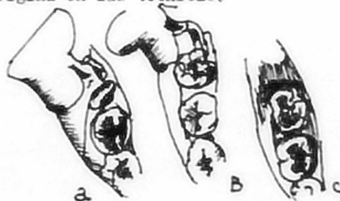


Fig. 938.- Resección con osteótomos de Winter, de la estructura ósea distal y oclusal. Tercer molar inferior en retención-distóangular. A, el osteótomo núm. 5 R, aplicado sobre el hueso; B, osteótomo núm. 3 R continuando la osteotomía en la superficie distal; C, la resección efectuada sobre las superficies distal y oclusal del hueso vecino. (De Winter).

A) La técnica de Winter.- La técnica de Winter es aplicable para esta clase de retención. Queremos confesar que con ella no hemos tenido éxito, pues el tercer molar en dis-

toversión se halla poderosamente anclado al maxilar y cubierto por una gran cantidad de hueso por sus caras distal y triturante, la eliminación del cual es sumamente difícil a presión manual. Por otra parte, los elevadores son de muy difícil aplicación, y cuando se consigue ubicarlos y luxar el molar, éste se dirige, siguiendo la curvatura radicular, hacia la rama montante, en donde tiene tendencia a enclavarse. Por lo tanto, preferimos los métodos de osteotomía a escoplo y sobre todo la --odontosección que, dividiendo el molar, facilita notablemente la extracción. La técnica de Winter tiene éxito, según nuestra opinión, en los casos de distoversión, con la cara triturante-expuesta en sus tres cuartos anteriores y en caso de angulación poco exagerada.

a) Incisión. Si el molar está parcialmente erupcionado, puede efectuarse el mismo tipo de incisión ya señalado para las otras clases de retenciones.

En retenciones profundas y completas, preferimos la --incisión angular, o la de las figuras 907 y 908.

b) Osteotomía. Con el osteótomo número 1 (R o L) o 3 (R o L) se llega hasta la porción ósea que cubre la cara triturante y distal del molar retenido. Este hueso se elimina empleando la técnica ya estudiada. El hueso que cubre la cara --triturante es resecaado con los instrumentos números 3, 5 u 11 (R o L). Sobre el hueso de la cara triturante, el instrumento número 5 practica orificios, el conjunto de los cuales alcanza a descubrir la cara del diente retenido (fig. 938). El hueso --de la cara bucal debe también ser eliminado en suficiente cantidad, como para permitir la colocación de los elevadores bucales para extraer el molar.

c) Extracción propiamente dicha. Empleo de los elevadores: Existiendo suficiente espacio entre la corona del segundo molar y la del tercero, es decir un ancho espacio interdentario, puede emplearse el elevador número 9 (R o L).

El instrumento es aplicado sobre la cara mesial, cerca del borde bucal, e introduciendo el elevador como si fuera una cuña, entre el molar y el hueso, se logra elevar el molar (figura 939). Si la cantidad de hueso distal reseca no es suficiente deberá practicarse una mayor osteotomía. El elevador es nuevamente colocado en el mismo punto y con la misma acción de cuña el molar se desvía hacia arriba y atrás.

Más útiles pueden ser los elevadores de aplicación bucal número 10. Para introducirlo y colocarlos sobre la cara bucal, en el sitio de bifurcación de las raíces, será necesario una franca osteotomía de la tabla externa. Aplicado el elevador, se gira el mango del instrumento hacia el lado bucal, consiguiéndose así desplazar al molar.

B) Extracción por osteotomía a fresa y escoplo. La extracción del tercer molar en distoversión generalmente exige el sacrificio de una considerable cantidad de hueso.

a) Incisión. Existiendo o no el segundo molar, debe realizarse una larga incisión que permita un colgajo amplio que descubra perfectamente el campo operatorio. Esta incisión parte desde dos centímetros por detrás de la cara distal del segundo molar y corre próxima a la cara interna del maxilar. Llegada la incisión a la cara distal del segundo, rodea esta cara y la bucal y desde la lengüeta interdientaria entre el segundo y primer molar se dirige hacia abajo, afuera y adelante (fig. 941, a y a¹). Se separan los labios de la incisión y

se mantienen los colgajos para permitir una perfecta visión del hueso a resecarse. La incisión de las figuras 907 y 908 - provee un amplio y útil campo operatorio.



Fig. 940.- A, tercer molar inferior retenido en posición distoangular; gran saco pericoronario sobre las caras oclusal y distal; cara mesial inaccesible; B, tercer molar en posición discoangular; cara mesial inaccesible, las raíces dirigidas hacia el lado distal, en íntima relación con el conducto dentario; C, tercer molar en posición distoangular, cara mesial inaccesible, con gran saco pericoronario sobre su cara oclusal; las raíces en relación con el conducto dentario; D, radiografía oclusal del caso anterior.



Fig. 941.- Tercer molar inferior retenido en posición distoangular. R, radiografía; a, incisión; a¹, esquema de la incisión rodeando la corona del segundo molar; b, desprendimiento del colgajo (el segundo molar inferior ha sido extraído, por presentar procesos periapicales); c, osteotomía realizada con escoplo de media caña aplicado sobre el hueso oclusal del molar retenido.

b) Osteotomía. Resección del hueso distal: Con un escoplo recto se practica la osteotomía de la porción distal y de la que cubre la cara triturante del molar retenido (figs. 941, c y 942, c¹). (En el caso de la figura 941, fue extraído el segundo molar con caries, para facilitar la operación). La cantidad de hueso a researse, por el lado distal, debe ser toda la existente entre una perpendicular trazada desde el punto más distal del molar retenido y la cara mesial del molar. (En rayado en la fig. 942, c¹). Con fresa redonda puede aumentarse, en dirección distal, el nicho óseo que el escoplo crea (fig. 942, e).

Osteotomía mesial: Con una fresa redonda, número 6 ó 7, se reseca el hueso que cubre la cara mesial de la corona y tercio superior de la raíz del tercer molar; es decir, se elimina el tabique interdentario (fig. 942, d y d¹). Con este modo de proceder se habrá suprimido toda resistencia ósea que se oponga a la extracción y disminuido los riesgos de una fractura dentaria o del maxilar, por exceso de fuerza ejercida en el acto de la aplicación de los elevadores (control de las fuerzas).

c) Extracción propiamente dicha. Es necesario valernos de los elevadores de Winter, los cuales los hacemos actuar como distintas palancas para extraer el molar.

Un elevador número 12 es introducido entre la cara bucal del molar y el hueso bucal, tratando de moverlo. Igual operación se efectúa en distal (apoyando sobre la cara triturante y en lingual (fig. 942, f).

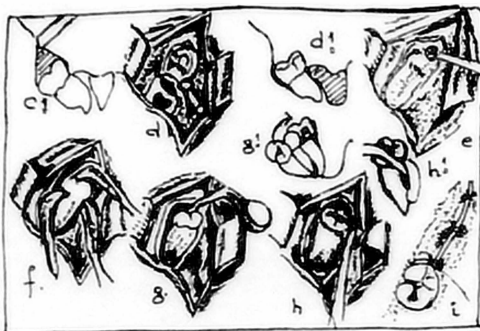


Fig. 942.- Tercer molar inferior retenido en posición distoangular. c^1 , osteotomía sobre la cara trituyente del tercer molar, d , resección con fresa redonda del hueso mesial (se ve la corona del tercer molar retenido); d^1 , resultado esquematizado de la resección de la figura d ; e , resección en distal, para permitir la excursión del molar; f , aplicación de los elevadores 12 L y R de Winter sobre las caras bucal, lingual y distal; g , un elevador angular fino pone vertical al molar retenido, haciéndolo pasar de la posición A a la B de la figura; g^1 ; h , extracción del molar con elevador de Winter de aplicación bucal, colocando su punta en la bifurcación radicular (h^1); i , sutura.

Estas sucesivas aplicaciones luxan el diente retenido, cuya elevación se completa con un elevador fino colocado en el lado distal, entre la cara trituyente y el hueso. Girando el mango del instrumento hacia adelante, se eleva el molar (fig. 942, g y g^1) cuya extracción es completada con un instrumento número 10, de aplicación bucal (fig. 942 h - h^1).

d) Sutura. Dos o tres puntos de sutura cierran la herida, cubriendo dentro de lo que permita la extensión del tejido gingival, el alvéolo del segundo molar (fig. 942), ya realizada la extracción de este último.

C) Extracción por odontosección.- Las dificultades -- que presenta la extracción del tercer molar retenido en posición distoangular, sobre todo en aquellas en que el diente está rodeado en todas sus caras por hueso, exigen la aplicación del método de la división del diente.

Osteotomía y odontosección se complementan. La cantidad de hueso a resecarse y el tipo de la odontosección, estarán dados por la cantidad de hueso distal, el grado de inclinación del molar y la forma y disposición de sus raíces.

La osteotomía en esta clase de retención ya fué considerada. Nos dedicaremos a la odontosección.

Técnica de la odontosección, en la retención distoangular. Para ser extraído el tercer molar en posición distoangular debe trazar un arco y dirigirse en dirección de la rama montante. La proximidad de la cara triturante o del borde distotriturante del molar con el hueso de la rama ascendente, -- obliga a suprimir el trozo de diente que se oponga a la realización del arco (fig. 945).

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

Dada la colocación del molar, la sección de la corona debe realizarse con una fresa de fisura, montada en la pieza-

de mano. La fresa debe dirigirse paralela a la línea cervical del molar retenido y se introduce en el espacio creado por la osteotomía entre la cara bucal del molar y la tabla ósea externa. Habiendo dificultad para atacar al diente a la altura de su cuello, es necesario desgastar previamente el esmalte coronario con una piedra montada número 36, la cual prepara una muesca en el diente, que facilita el corte de la fresa. La fresa secciona el diente, separando la corona de la raíz (fig. 945).

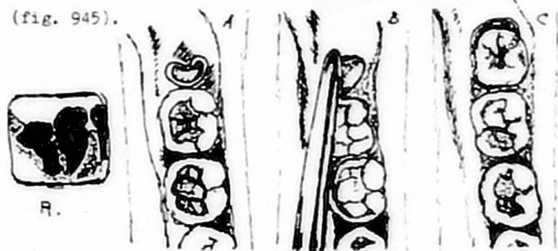


Fig. 943.- Tercer molar inferior derecho en retención distal. A, aspecto del caso (se han suprimido, con fines didácticos, los tejidos blandos); B, osteotomía distal; C, ya realizada.



Fig. 944.- Aplicando un elevador (2 R de Winter, o un elevador recto) en la cara mesial del tercer molar, se dirige éste hacia arriba y hacia distal).

- 1) Extracción de la corona: Para poder efectuarla se -

introduce un instrumento delgado (como, por ejemplo, la cuchara de Black, elevador, etc.) en el espacio creado por la fresa, y se comprueba si se ha realizado la separación de los dos elementos. Se proyecta la corona todo lo distalmente que le permita el hueso y se la vuelve a colocar en contacto con el muñón radicular. La extracción de la corona no es problema una vez seccionado el molar. Con la misma cuchara o con un elevador angular, buscando la vía de menor resistencia, se eleva la corona del molar (fig. 945, d).

2) Extracción de la raíz: La conducta a seguir a esta altura de la operación, depende de la forma y disposición de las raíces.

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

En el caso de la figura 945, hicimos una ligera osteotomía en el tabique interdentario (fig. 945, e) con una fresa de fisura. En esta cavidad se introduce el elevador número 1 de Winter y girando el mango del instrumento hacia atrás y hacia adelante, la raíz se dirige según la curvatura de sus raíces, en dirección de la cavidad donde estaba alojada la corona. La extracción se termina con una pinza de algodón o con una pinza de disección.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION HORIZONTAL.

Para la extracción del tercer molar retenido en posición horizontal, pueden aplicarse iguales técnicas que las usadas en la retención mesioangular. De ellas, preferimos las que simplifican el problema. Por lo menos nuestro punto de vista en ése. Los métodos de odontosección disminuyen el es-

fuerzo operatorio y el traumatismo y los riesgos postoperatorios son menores. Winter no lo precisa así, cuando sostiene: "El procedimiento corrientemente seguido, de quitar con una piedra o fresa una parte o el todo de la superficie oclusal, o el de cortar el diente en dos o a la altura del tercer gingival, es innecesario. Es ventajoso conservar el diente intacto, puesto que la extracción de la corona causará una pérdida de superficie, sobre la cual el elevador podría ser aplicado, necesitándose una mayor escisión de la osiestructura para tener acceso con el forceps o elevadores a la parte del diente que queda".

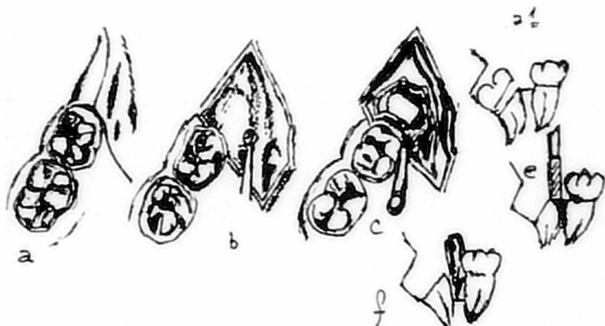


Fig. 945.- Extracción de un tercer molar inferior izquierdo retenido en posición distoangular, cara mesial inaccesible. - a, incisión; b, osteotomía; c, división del diente según su eje menor; d, el molar después de seccionado; la corona se elimina con un elevador fino, en la dirección que marca la flecha; e, osteotomía con fresa en el espacio interdentario para

permitir la maniobra siguiente; f, un elevador de Winter --- aplicado contra la cara mesial de la raíz del molar retenido, lo hace girar hacia distal, siguiendo la curvatura de la raíz.



Fig. 946.- Radiografías de terceros molares inferiores retenidos, en posición horizontal sin desviación; la cara mesial es accesible. En ambas radiografías puede observarse un intenso foco mesial. En A, el segundo molar está desviado hacia el lado distal; en B, el segundo molar presenta caries distal.

A) Técnica de Winter.- I. Cara mesial accesible (fig. 946).- a) Incisión. La incisión, según Winter, sigue los principios enunciados para los otros tipos de retenciones.

b) Osteotomía. Con una técnica parecida a la empleada en la retención mesioangular, con los osteótomos 2 y 4 (R o - L) se elimina la cantidad de hueso distal necesaria. (fig. - 947).

c) Extracción propiamente dicha. Uso de los elevadores: La forma y tamaño del espacio mesial indica el número -- del elevador a usarse. Este instrumento se introduce entre la cara mesial y el borde óseo y el molar es desplazado hacia -- arriba y en sentido distal (fig. 948). Puede irse aumentando -- gradualmente el tamaño de los elevadores, conforme se consiga ir aumentando el tamaño del espacio (punto 12). La dirección -- y fuerza ejercida sobre el elevador están en relación con la --

forma y disposición radicular.

II. Cara mesial inaccesible (fig. 949).- "En estos casos, la superficie mesial es más baja que el borde superior de la osiestructura y el acceso a la cara mesial, sólo puede conseguirse escindiendo el hueso". (Winter).

a) Osteotomía. Osteotomía distal: La resección del hueso que cubre la cara distal del tercer molar se realiza por el mismo procedimiento más arriba indicado. Si el molar está en completa retención intraósea, la osteotomía se inicia con el instrumento número 5 (R o L), con el cual se practica un orificio sobre la cubierta ósea (fig. 950).

Osteotomía bucal. Como no es posible llegar hasta la cara mesial, se practica con los osteótomos números 6 ó 11 (R o L), la osteotomía de parte de la cara bucal, para permitir la entrada y aplicación del elevador.

b) Extracción propiamente dicha. Empleo de los elevadores: En el espacio creado por el osteótomo se introduce un elevador número 2 (R o L) en procura de la cara mesial del molar, sobre la cual se aplica. Se dirige el mango del instrumento hacia abajo y el molar se desplaza hacia arriba y hacia distal. A medida que el espacio se aumenta por el desplazamiento del molar, pueden irse colocando sucesivamente elevadores de hojas mayores, siguiendo la operación según la técnica.

B) Extracción por osteotomía a fresa y escoplo.- La resección del hueso que cubre el molar, puede realizarse por medio de escoplos o fresas.

mesialmente (en el sentido de las agujas del reloj) para dirigir el diente hacia arriba y distalmente. D, el elevador num. 3 R dirigiendo el diente hacia arriba y distalmente, girando el mango del instrumento hacia el lado mesial. (De Winter).



Fig. 949.- Radiografías de terceros molares inferiores retenidos en posición horizontal, con la cara mesial inaccesible.



Fig. 950.- Resección del hueso distal. Retención horizontal.-- Superficie mesial inaccesible. A, osteótomo núm. 5 R aplicado sobre el hueso para penetrar sobre éste, que se extiende sobre la cara distal (visto desde oclusal); B, la maniobra vista bucalmente; C, la osteoestructura ha sido penetrada. (De Winter).

La técnica se asemeja en un todo a la estudiada para los otros tipos de retención. Nosotros preferimos eliminar más cantidad de hueso que la que Winter elimina con su técnica. --

Nos ha resultado tarea superior a nuestra habilidad, extraer un molar retenido en posición horizontal con sólo realizar la osteotomía que propone Winter. El molar retenido debe trazar, como ya se ha dicho, un arco cuyo centro está cerca del ápice. Y aunque es verdad que el diente se desplaza hacia adelante y arriba por las sucesivas aplicaciones de los elevadores, y — por lo tanto el centro del arco se va sensiblemente desplazando hacia mesial, se oponen a la eliminación del molar los mismos factores ya estudiados en la retención mesioangular: hueso distal y punto de contacto mesial. El hueso distal es prácticamente inextensible; el aprovechamiento de la capacidad de la elasticidad ósea sólo puede ser aplicada en maxilares jóvenes. El molar retenido en posición horizontal, se debe considerar colocado entre una pared inextensible (la cara distal del segundo molar PC) (fig. 951, I y II) y otra pared prácticamente inextensible (el hueso distal, fig. 951, HD).

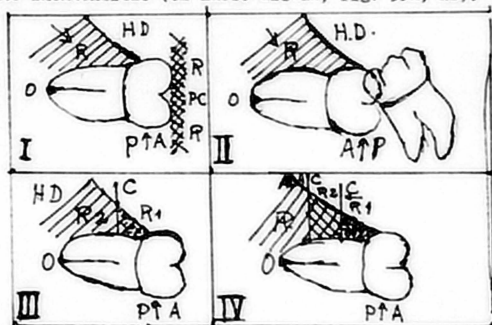


Fig. 951.- Tercer molar inferior en posición horizontal, HD, - hueso distal; PC, punto de contacto; R, resistencia; P, potencia; A, punto de apoyo; O, centro del arco sobre el cual gira el molar.

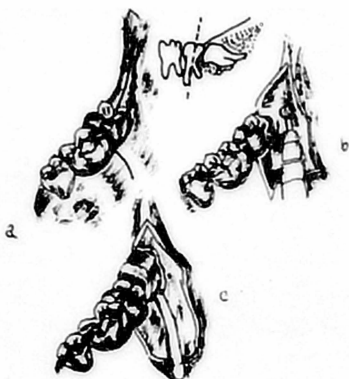


Fig. 952.- Tercer molar inferior retenido en posición horizontal, a, incisión; b, osteotomía del hueso que cubre la cara -- distal del molar; c, extracción propiamente dicha; R, esquema del caso. (Retención horizontal, cara mesial inaccesible).

Consideremos el caso esquemático del molar de la figura 951, L.

A la extracción del molar se oponen dos factores que -- constituyen la resistencia (R) en la fuerza de palanca: PC y -- HD. La potencia aplicada sobre la cara mesial (P) es incapaz -- salvo desastres irreparables, de vencer estos factores y permitir al molar describir un arco con centro en O. Hay que eliminar uno de los dos factores, es decir disminuir la resistencia. Ese es el objeto de la osteotomía distal.

Winter transforma la resistencia R en R^2 , eliminando -- el hueso R^1 hasta C (fig. 951, III). Para nosotros tal osteotomía es insuficiente o por lo menos no condice con los postulados de una extracción no traumática (ley del menor traumatismo).

La fuerza en el punto de apoyo A y sobre el hueso dis-

tal (HD), aun reducido hasta C, tiene que ser extraordinaria - para vencer las resistencias que aun se presentan. Eliminando el hueso distal hasta C^1 (fig. 951, IV), es decir restando a la resistencia R el segmento R^2 , la potencia necesaria para elevar el molar estará disminuída en proporción a la extensión de R^2 .

a) Incisión. Para la retención horizontal preferimos - una incisión que permita descubrir la cara bucal del segundo molar (fig. 952, a) y más aún, la incisión de las figuras 907- y 908. Se preparan los colgajos según arte.

B) Osteotomía. Con una fresa redonda número 5 ó 6, se reseca el hueso distal (fig. 952, b), hasta el punto C^1 del caso esquemático de la figura 951, IV.

Si la cara mesial no es accesible, se practica la osteotomía a fresa en la cara bucal para permitir la aplicación del elevador.

c) Extracción propiamente dicha. Con un elevador de -- Sinter número 2 R o L, o con un elevador recto colocado entre la cara mesial del molar y el borde óseo, se dirige el molar, - hacia arriba y hacia el lado distal (fig. 952, c).

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

La figura 953 representa una variante de esta clase de retención. El tercer molar tiene su corona cubierta por un pequeño quiste dentífero.

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

La técnica puede realizarse por los dos métodos ya indicados.

RETENCION HORIZONTAL. AUSENCIA DE DIENTES VECINOS.

El molar puede encontrarse en total retención ósea o ser ésta subgingival (fig. 962). La accesibilidad de la cara mesial determinaría la cantidad de osteotomía necesaria.

No existiendo el segundo molar, la aplicación del elevador puede hacerse sobre la cara mesial con punto de apoyo en el hueso mesial y el molar puede dirigirse hacia arriba y hacia distal sin la traba que representa el segundo. Por lo tanto el tercer molar, en algunas ocasiones, puede extraerse sin ser seccionado, aplicando las técnicas para la retención mesioangular, con las variantes que impone la horizontalidad del molar (figs. 963 a 966).

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

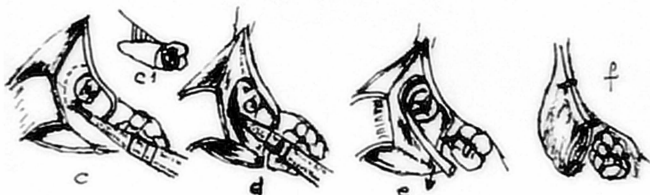


Fig. 964.- c¹, esquema del caso de la figura anterior; c y d, osteotomía a fresa; e, extracción del molar con un elevador, recto, colocado entre la cara bucal del tercer molar inferior y el hueso subyacente; f, sutura y drenaje de gasa.

lo recto, la porción mesial de la corona; d, extracción con un elevador de la raíz mesial.

1) Extracción del molar seccionado según su eje menor: La técnica se encuadra a la ya estudiada para la retención --- mesioangular. Se corta el diente a la altura del cuello, con una fresa de fisura, montada en el ángulo recto. La extracción de las partes seccionadas se efectúa como en el tipo antes citado (figs. 930, 931 y 932).

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

Se practica la sección con un escoplo de hoja ancha. Este instrumento se aplica sobre el centro de la cara triturante (fig. 955, b). Dividido el molar en dos porciones (mesial y distal), se extraen ambas por separado.

Extracción de la porción mesial: En algunos casos la porción mesial está sólidamente retenida por debajo de la línea cervical del segundo molar. En estos casos es útil separar en dos partes la porción mesial, seccionándola con una fresa de fisura, como puede verse en el esquema c de la figura 955.

La raíz mesial se elimina realizando un pequeño orificio sobre su cara distal, con la misma fresa de fisura o con una fresa redonda. En este orificio se introduce un instrumento (raspador, cucharilla de Black) y se elimina la raíz truncionándola hacia mesial (fig. 955, d).

La figura 954, representa la secuencia radiográfica de una operación de esta especie. En las figuras 956 a 961, se esquematiza una extracción por odontosección.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION --- LINGUANGULAR (FIG. 967).

Si se presenta en estas condiciones, su cara triturante está dirigida con grado de inclinación variable hacia la tabla lingual del maxilar. El examen radiográfico muestra el molar según su eje mayor; su representación radiográfica es la de un disco (fig. 851).

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

El molar puede encontrarse cubierto por hueso, en cantidad variable (fig. 968). Para realizar la extracción debe eliminarse el hueso que cubre la cara superior (como el molar está girado, puede ser la cara bucal o distal), el hueso de la tabla interna (que cubre la cara triturante) y la suficiente cantidad de hueso distal, para poder dirigir el molar hacia arriba y hacia distal.

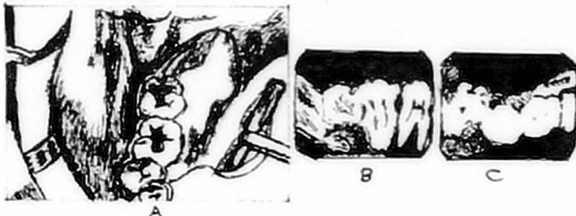


Fig. 968.- Tercer molar inferior en retención lingual. Puede observarse en la fotografía la eminencia que el molar realiza, en la cara lingual del maxilar inferior, A. En B, se presenta la radiografía del caso; C, la radiografía oclusal.

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

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

Levantados los colgajos, se elimina con un osteótomo número 2 u 11 (R o L) el hueso de la cara lingual. El hueso que cubre la cara superior se elimina con osiesectores números 2, 3 ó 5.

La osteotomía puede también efectuarse o con escoplos o con fresas (redonda No. 8). Es necesario realizar una amplia osteotomía de abordaje pues estos molares, sobre todo los que poseen sus raíces incompletamente formadas (son en realidad sólo coronas), tienden a rodar en el interior de la cavidad alveolar y es tarea muy difícil lograr elevarlos. La técnica de la osteotomía debe ser complementada con la de la odontosección.

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

Extracción por osteotomía a fresa.- Con las técnicas ya indicadas se elimina el hueso con fresa redonda número 6 u

8, montada en el ángulo recto o en la pieza de mano. El hueso de la tabla lingual se elimina con fresa de fisura número 650 o con fresa redonda, montada en el ángulo recto o en la pieza de mano, teniendo la precaución de separar el colgajo de la cara lingual, para no traumatizarlo con este instrumento.

Extracción por odontosección. La técnica de la odontosección, aplicada a este tipo de terceros molares es la que da más cantidad de éxitos. Seccionados con fresa redonda a nivel de su cuello (cuando poseen raíces) o dividida la corona con el mismo instrumento o con un escoplo, colocado sobre su cara oclusal (cuando se trate de corona sin raíces), se elimina cada fragmento con un elevador de Clew-dent o con una pinza de Kocher curva pequeña; este instrumento logra asir y elevar, mejor que el elevador, los segmentos seccionados por la fresa. La odontosección con escoplo, debe realizarse, en caso de molares con sus raíces incompletamente formadas, antes de que se movilice la corona; como asientan sobre una base muelle, el bulbo dentario, el golpe del escoplo no es muy efectivo, cuando la corona se ha desubicado, aún parcialmente. La odontosección con fresa redonda No. 8 origina un espacio, que resulta muy útil para el desplazamiento de las partes seccionadas.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION BUCAL.

Examen radiográfico. La cara triturante se halla dirigida hacia la mejilla. El molar aparece en la radiografía como un disco (fig. 850).

Extracción.- La extracción del tercer molar inferior retenido en posición bucal sigue los principios ya menciona--

dos. La sección del diente, en el sentido de su eje menor, -- dividiéndolo con una fresa de fisura de mesial a distal, simplifica el problema. Las partes se extraen por separado.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION INVERTIDA.

La técnica a emplearse para la extracción varía de -- acuerdo con la profundidad del molar en el hueso y su accesibilidad a la cara mesial (figs. 847, 848 y 969 a 975).



969

Tercer molar inferior retenido, en posición paranormal o invertida (cara mesial inaccesible).

Fig. 969.- Trazado de la incisión. (En este tipo de retención es útil trazar la incisión de la figura 907, que provee un -- amplio y cómodo colgajo y tiene la ventaja de que no se lo -- secciona verticalmente y provee amplio campo).

Fig. 970.- Desprendimiento del colgajo, dejando ampliamente -- al descubierto la superficie ósea (hueso bucal) Véase en la -- figura 908 el colgajo resultante de la incisión que se indica con los fines señalados, en la figura 907.



971

Fig. 971.- Osteotomía. El escoplo perfora, secciona y elimina

el hueso que cubre la cara distal del molar retenido. Esta función puede también realizarse con una fresa redonda No. 8.

Fig. 972.- Eliminada la cantidad de hueso suficiente, aparece parte de la corona y los dos tercios cervicales de la raíz -- distal del molar.

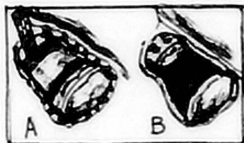


Fig. 973.- Odontosección. Se simplifica el problema y se evita un trauma innecesario, dividiendo el molar retenido según su eje menor. A, con una fresa de fisura en el ángulo recto, se divide al molar retenido en tres elementos; B, ha sido eliminada con un elevador No. 14 R de Winter, la porción media.

Fig. 974.- C, a expensas de la porción media eliminada, se proyecta, en dirección de su ápice, la parte coronaria y se extrae con un elevador angular; se practica un pequeño orificio en la cara distal de la raíz; en él se introduce un elevador fino y se dirige la raíz hacia abajo y adelante; D, la operación se termina con sutura.



Fig. 975.- A, radiografía del tercer molar inferior retenido en posición paranormal; B, radiografía postoperativa. Obsérvese en A, las relaciones de la cara distal del tercer molar con el conducto dentario.



Fig. 976.- Radiografías de gérmenes de terceros molares inferiores retenidos. Los molares incompletamente desarrollados.- Las raíces de estos terceros molares inferiores retenidos aún están sin calcificarse (se trata de individuos jóvenes); la imagen radiolúcida, subyacente al molar retenido, es el bulbo dentario. Está indicada la extracción, por razones ortodóncias.

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

Los molares profundamente ubicados constituyen un serio problema quirúrgico. Una extensa osteotomía y una cuidadosa odontosección del molar, además de una juiciosa y bien estudiada conducta, se pueden emplear con los distintos tipos de elevadores que han sido considerados (fig. 975).

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

La ortodocncia indica, muchas veces, la necesidad de extraer prematuramente (como profilaxis) o en otra oportunidad (como terapéutica) el tercer molar inferior con sus raíces

ces incompletamente formadas, que puede producir o produce -- desviación de los dientes o desarreglo de los tratamientos -- ortodóncicos (fig. 976).

La edad en que debe realizarse la extracción de estos molares con su corona ya formada y su raíz incompletamente -- calcificada, varía con el criterio del ortodoncista. Por lo -- general se trata de niños de 12 a 16 años. A pesar de ser -- molares sin raíces completas, su extracción constituye un problema, porque la distancia borde anterior de la rama cara distal del segundo molar es muy pequeña, y porque también es pequeña la boca del paciente; por otra parte, después de la osteotomía, y durante las maniobras de extracción, estos gérmenes rotan en el inferior de su cavidad ósea, como más arriba señalamos.

Nosotros acostumbramos a extraer los cuatro terceros molares en una sesión (bajo anestesia general con barbitúricos, por vía endovenosa y protóxido de nitrógeno-oxígeno); -- quien desee anestesia troncular se verá precisado a realizar la intervención en diferentes sesiones.

Las técnicas para la extracción de estos molares no -- varían mucho con las enunciadas para los molares con raíz completa, puesto que su posición en el hueso es la misma que la ya estudiada. La presencia del saco pericoronario disminuye la cantidad de osteotomía necesaria; por regla general hay que -- eliminar tanto hueso como el mayor diámetro de la corona del -- molar retenido, de modo que su extracción no se haga a expensas de la fuerza, sino de la útil y juiciosa aplicación de los elevadores eliminando el molar retenido, siguiendo el camino -- de menor resistencia. "Es preferible resecaer hueso en mayor --

cantidad que la necesaria, disminuyendo de este modo la resistencia, que eliminar demasiado poco y usar la fuerza traumática como compensación". (Durbeck).

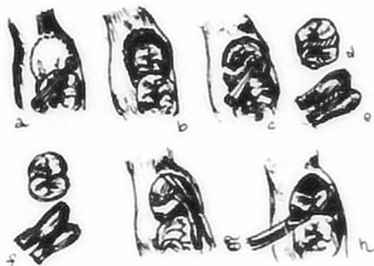


Fig. 977.- Extracción de un germen de tercer molar inferior - derecho retenido en posición mesioangular, desviación lingual totalmente cubierto por hueso. Técnica de su extracción: previa la incisión de la figura 907, se realiza el desprendimiento del colgajo (fig. 908); también se separa el colgajo gingival que tapiza la mitad lingual del hueso. A, osteotomía con fresa redonda No. 8; B, se ha eliminado el hueso; C, con fresa redonda se divide el molar, en el sentido buco-lingual como se esquematiza en D y E; si se usara escoplo, se aplica -- sobre la cara oclusal donde señala la línea en F y en G; separadas las partes, se extrae la porción distal con una pinza de Kocher, o con una pinza curva de Haistead, H; I, extracción de la porción mesial con un elevador No. 2 de Winter o con una pinza de Kocher.

Eliminado el hueso necesario, la criteriosa aplica---

ción de los elevadores resolverá el problema. Como se indicó al tratar la extracción de los terceros molares, en posición linguoangular, es preferible dividir al molar en dos porciones, con fresas redondas o con escoplos, y extraer cada parte por separado, con elevadores de Clev-dent o con una pinza de Kocher curva.

El saco pericoronario debe ser cuidadosamente eliminado, desde "que su epitelio tiene posibilidades de crecimiento y puede formar un tumor quístico". (Thoma, 1948).

La operación se termina bajo sutura, rellenando la cavidad ósea con las sustancias preconizadas a ese efecto. (Ver tratamiento de la cavidad ósea, página 124).

Dos palabras sobre la extracción de los gérmenes, -- para fin de este capítulo. Este problema quirúrgico, es uno de los más arduos que nos dejara la cirugía bucal. Sus resultados postoperatorios no son felices, pues frecuentemente, -- dolores, alveolitis y también abscesos tardíos son la consecuencia de una operación que debe de estar en manos de profesionales especialistas.

Pueden simplificarse algunos de los términos de la operación, con la odontosección: ésta puede ser realizada -- con escoplos y fresas redondas, como se dijo más arriba; ambas tienen ventajas e inconvenientes. La sección con escoplo es difícil, porque el molar retenido, descansa sobre una base muelle, el bulbo dentario (fig. 976); además no deja, como la realizada con fresa, un espacio entre la corona, a expensas del cual se puede realizar la luxación y extracción de las partes coronarias. La movilización de las partes debe realizarse una vez seccionado el molar. En la figura 977, -- presentamos este tipo de operación.

EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.

INDICE: Accidentes de erupción. Clasificación de los terceros molares superiores retenidos. Estudio radiográfico. Extracción del tercer molar superior retenido. Técnica de la extracción en posición vertical, mesioangular, distoangular, horizontal y paranormal. Extracción de los molares con sus raíces incompletamente formadas.

Los terceros molares superiores quedan retenidos en una proporción mucho menor que los inferiores. Su retención causa accidentes comparables a los originados por otros dientes.

El tercer molar superior presenta un accidente de erupción, que le es propio. Ocorre por lo general en aquellos molares que erupcionan hacia el lado del carrillo, es decir que presentan buconversión.

Este accidente está caracterizado por los siguientes hechos clínicos: al hacer su erupción el molar pone su cara triturante en contacto con la mucosa del carrillo. Por un doble mecanismo, aumento de la erupción y movimientos masticatorios, la cara triturante del molar, o una de sus cúspides, termina por ulcerar la mucosa del carrillo. Esta úlcera se encuentra continuamente traumatizada por las cúspides del molar, produciéndose por este hecho dolores de gran intensidad; los tejidos blandos vecinos se inflaman por este proceso ulceroso y se produce una celulitis de las partes blandas acompañada de trismus y ganglios infartados, todo lo cual repercute

sobre el estado general. La masticación está impedida y la fonación dificultada.



I Intra-óseo



II Subgingival.

Fig. 978.- Los distintos tipos en que puede presentarse la retención de los terceros molares superiores.



III Normal.

El proceso no termina hasta que no se realiza la extracción del molar, o se suprime el factor traumático que significan sus cúspides. Se puede aliviar y curar en pocas horas un proceso de esta índole, desgastando con una piedra de carburo las cúspides del tercer molar. La úlcera pueda a veces pasar inadvertida, porque queda escondida tras el molar, o el profesional la oculta con el espejo al hacer el exámen.

La úlcera, suprimidas las cúspides, debe ser tocada con licor de Bonain, con lo cual los dolores desaparecen y la úlcera cicatriza.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.

Como el tercer molar inferior, el superior es susceptible de una clasificación con fines quirúrgicos. Las variacio

nes en la posición del molar son menores en el maxilar superior que en el inferior.

La retención del molar puede ser intraósea o submucosa (fig. 978). En este último término, pueden estar total o parcialmente retenidos.

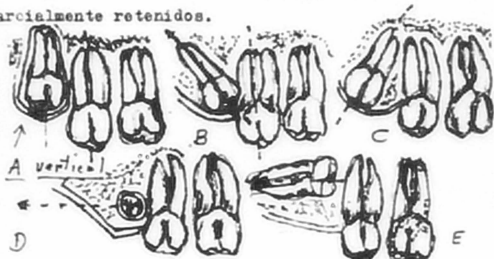


Fig. 979.- Variaciones en el eje mayor del tercer molar superior retenido. A, retención vertical (fig. 980,A); B, retención mesioangular (fig. 980,B); C, retención discoangular -- (fig. 981); D, retención horizontal (corona hacia el lado bucal); E, retención paranormal (distintas disposiciones).



Fig. 980.- Radiografías de terceros molares superiores retenidos. A, posición vertical (obsérvese en la primera radiografía que el tercer molar presenta enanismo coronario y radicular).- B. Posición mesioangular (Obsérvese la íntima relación del tercer molar superior con el seno maxilar).

La posición del tercer molar superior retenido.- Las -

distintas posiciones que el tercer molar puede ocupar en el maxilar superior, son las siguientes:

a) Posición vertical. El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar (figs. 979, A y 980, A). El diente puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso.

b) Posición mesioangular. El eje del molar retenido está dirigido hacia adelante (figs. 979, B y 980, B). En esta posición, la raíz del molar está vecina a la apófisis pterigoides. Esta posición y el contacto de las cúspides mesiales del molar superior retenido impiden su normal erupción; son frecuentes las caries en la cara distal de la raíz o corona del segundo molar superior.

c) Posición distoangular. El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar (figs. 979, C y 981). La cara triturante del tercer molar mira hacia la apófisis pterigoides, con la cual puede estar en contacto.

d) Posición horizontal. 1. El molar está dirigido hacia el carrillo, con el cual la cara triturante puede ponerse en contacto, dando los accidentes más arriba mencionados (fig. 979, D). 2. La cara triturante del molar suele también dirigirse hacia la bóveda palatina. El molar puede erupcionar en la bóveda (fig. 989).



Fig. 981.- Radiografías de terceros molares superiores retenidos en posición distoangular. Obsérvese la relación con el seno.

e) Posición paranormal.- El molar retenido puede ocupar diversas posiciones, que no se encuadran en la clasificación dada (figs. 979, E, 982 y 986, 990, A y B).

Estudio radiográfico del tercer molar superior retenido.- En el estudio de la radiografía del tercer molar superior retenido puede ser considerada una serie de puntos de interés, del mismo modo como fueron estudiados en la radiografía del tercer molar inferior.



Fig. 982.- Radiografía de tercer molar superior retenido en posición bucoangular; saco pericoronario discreto; las raíces se presentan aún incompletamente desarrolladas.

Fig. 983.- Radiografía de tercer molar superior retenido, en posición bucoangular, en vecindad con el seno maxilar. Las porciones radiculares están bien desarrolladas.

Fig. 984.- Radiografía de tercer molar superior retenido. El molar retenido presenta un gran saco pericoronario.

Fig. 985.- Radiografía de tercer molar superior retenido. El segundo se presenta en pronunciada extrusión.

a) Posición del tercer molar (fig. 987, I). El punto l estudia la posición del tercer molar y nos permite clasificarlo. Cuando el tercer molar presenta su cara vestibular, verticalmente dirigida, aunque el molar se encuentre en po---

sición mesio o distoangular, su imagen radiográfica es aproximadamente normal. En cambio, en las desviaciones hacia bucal o lingual, el molar aparece acortado en la radiografía, y en ciertos casos su parte radicular, por superposición de planos no es visible.

b) Posición del segundo molar (fig. 987, 2). El segundo molar puede estar desviado hacia distal. Deben ser considerados, además de la posición del molar, la posición y estado de la corona (integridad, caries, obturaciones, piezas de — prótesis), y la posición y forma de las raíces.

c) El hueso que cubre la cara triturante (fig. 987,3) El estado, la cantidad y disposición del hueso que cubre la — cara triturante del molar retenido deben ser prolijamente estudiados en la radiografía. La existencia o ausencia del saco pericoronario deben ser consideradas (fig. 984); todas estas condiciones del hueso, indican la técnica a seguirse y el — grado de osteotomía necesaria.

d) El tabique mesial (fig. 987, 4). El tabique mesial (su forma y dimensiones), está dado por la posición del molar. En la posición vertical, estando en contacto el tercero y el segundo, este espacio es nulo o mínimo. En la posición — distoangular este espacio tiene una forma triangular, a base inferior. En este espacio mesial (previa resección del hueso) deben aplicarse los elevadores para extraer el molar retenido.

e) El hueso distal (fig. 987, 5). También la cantidad de hueso en la región distal puede ser variable. En algunas — ocasiones la cara triturante del molar puede estar en contacto con la apófisis pterigoides.

f) La corona del tercer molar (fig. 987, 6). Tamaño, —

forma y estado de la corona. La corona puede ser más pequeña o más grande que la normal (fig. 986).

La forma puede también apartarse de la normalidad. La corona en algunas ocasiones está disminuida en su resistencia por caries de grado variable. Aun en retención intraósea total, la corona puede estar profundamente cariada (fig. 988) - (resorción idiopática en la flecha).

g) Las raíces del tercer molar (fig. 987,7). Generalmente están fusionadas en una masa única. Pueden presentarse separadas y dirigidas en distintas direcciones; pueden no estar aún calcificadas. (fig. 986, B).

h) Vecindad con el seno maxilar (fig. 987,8). El tercer molar en ciertos pacientes está muy vecino al seno y en algunos casos sus raíces llegan a hacer hernia en el piso sinusal (página 37). La extracción del tercer molar puede ocasionar, en tales circunstancias, una comunicación patológica con el seno maxilar, o el molar puede ser proyectado en esta cavidad.

i) Vecindad con la apófisis pterigoides (fig. 987,9). El molar puede estar en íntimo contacto con la apófisis pterigoides. Existe el peligro de fractura en los esfuerzos operatorios. La tuberosidad del maxilar es susceptible de correr igual suerte y ser arrancada en el curso de una extracción, - aún de la de un molar normalmente erupcionado.

j) Acceso a la cara mesial (fig. 987,10). Sobre la cara mesial se aplicará el elevador que luxará al molar. La radiografía debe indicar la facilidad de acceso a esta cara, - o fijar la necesidad de una osteotomía del tabique mesial, -

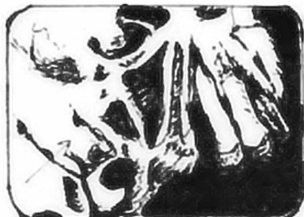


Fig. 988.- Radiografía oclusal de maxilar superior. Tercer — molar retenido con intensa caries en su porción coronaria — (resorción idiopática; señalado con flecha).

EXTRACCION QUIRURGICA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO.

Como en la extracción del tercer molar inferior y en la de todo diente retenido, para la extracción del tercer molar superior es menester practicar una incisión y realizar la osteotomía necesaria como para poder eliminar el molar retenido, dentro del hueso que lo aprisiona.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR EN POSICION VERTICAL (FIG. 980,A)

a) Incisión. Puede usarse la incisión de dos ramas, — que llamaremos bucal y ánteroposterior. La rama ánteroposte— rior se traza próxima a la cara palatina del diente, paralela— mente a la arcada y en una longitud de un centímetro. La inci— sion bucal parte del extremo anterior de la primera inci— sion y se dirige hacia afuera, rodea la tuberosidad del maxi— lar y asciende hasta las proximidades del surco vestibular — donde termina. La incisión debe llegar en profundidad hasta — el hueso o corona del molar y en sentido anterior hasta el — cuello del segundo molar (fig. 992). El colgajo se desprende— según se ha señalado, con un periostótom, y se sostiene con— un separador (figs. 995 y 996, a y b). La incisión de las fi—

guras 994 y 995 permite un colgajo más amplio, que da mayor visibilidad.



Fig. 989.- Tercer molar superior derecho, haciendo su erupción en la bóveda palatina (indicado con una flecha).



Fig. 990.- Radiografías del tercer molar en posición horizontal. Nótese la proximidad de ambos terceros con la tuberosidad.



Fig. 991.- Radiografía lateral de maxilar superior. Tercer --- molar superior retenido, ubicado en la pared posterior del seno maxilar (con una flecha) y canino también retenido (C).

b) Osteotomía. El hueso que cubre la cara triturante -

se elimina con escoplos rectos o a fresa, siguiendo las indicaciones dadas para la exodoncia del tercer molar inferior - (fig. 927, c). En ciertos casos el hueso a nivel de la caratriturante es tan frágil, que puede ser eliminado con una --cucharilla para hueso (fig. 996, c¹), o con el mismo elevador. La osteotomía es una maniobra importante; es menester, --en todos los tipos de terceros molares superiores, ver, por lo menos, la cara bucal y mesial del retenido.

Vía de acceso a la cara mesial: La cara mesial será la superficie sobre la cual se aplicará el elevador para extraer el molar retenido. Si es accesible, no se requiere ninguna maniobra previa. Si no lo es, se necesitará eliminar el hueso del tabique mesial, que impide la entrada del instrumento. La osteotomía a este nivel se realiza con un escoplo recto, o con una fresa redonda.

c) Extracción propiamente dicha. Empleo de elevadores: Tipos de elevadores: Cualquiera de los elevadores rectos que ya hemos estudiado (pág. 256) pueden ser usados en la extracción del tercer molar retenido.

Usamos preferentemente los elevadores números 1, 2, --ó 14 (R o L) de Winter, elevadores rectos o elevadores de --Clev-dent.

Técnica del empleo de los elevadores: Se penetra la punta del elevador en el espacio existente entre la cara mesial del tercero y la distal del segundo molar. La introducción del instrumento se realiza merced a un débil movimiento rotatorio que se imprime al elevador. Actúa en su primer --- tiempo como cuña. En esta primera parte de su movimiento --- para llegar a su punto de aplicación, el elevador consigue --

luxar el tercer molar.

Aplicación del elevador: El elevador de Winter, o el elevador recto de Ash, se aplican, con su cara plana, sobre la cara anterior del diente. El instrumento debe estar dirigido en el sentido de una diagonal trazada sobre dicha cara.

Punto de apoyo: En general, el punto de apoyo útil es la cara distal del segundo molar, o el tabique óseo en caso de existir este último.

Movimiento del elevador.- Aplicado el elevador, separado el labio y carrillo con un espejo, se inicia suavemente el movimiento de luxación del molar retenido. (Recordar - el movimiento que hay que imprimir al maxilar inferior, para alejar la apófisis coronoides del sitio de la extracción; - ver página 191, Anestesia general). Para abandonar su alvéolo, el molar debe movilizarse en el sentido de la resultante de tres direcciones de fuerzas: el molar debe ser dirigido - hacia abajo y hacia afuera y atrás (fig. 996,d). Por lo tanto debe desplazarse el mango del elevador hacia arriba, adentro y adelante, con punto de apoyo en la cara distal del segundo molar. Luxado el molar y si la fuerza aplicada no ha logrado extraerlo, puede ser tomado con una pinza para extracciones y eliminado con la misma técnica, que la señalada para la extracción del tercer molar superior normal (fig. - 567).

d) Sutura. Extraído el molar, revisado los bordes óseos, en especial el tabique externo y posterior, retirado el saco pericoronario con una pinza gubia, se aplica el colgajo en su sitio y se practican uno o dos puntos de sutura.- (figura 996, e).

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR EN POSICION MESIOANGULAR (Fig. - 980, B).

La extracción del tercer molar en posición mesioangular debe estar condicionada por la dirección del molar y la cantidad de hueso distal. Algunas trabas pueden presentarse en esta extracción: la cantidad de hueso distal y el contacto con el segundo. A nivel del maxilar superior, la elasticidad del hueso permite movilizar el molar, sin necesidad de seccionar el diente retenido. El contacto mesial está vencido por la posibilidad de mover el diente hacia distal. Por lo tanto, el problema en este tipo de retención reside en la osteotomía distal y triturante y en la preparación de la vía de acceso para el elevador. Esta vía de acceso necesita una mayor osteotomía en el lado mesial que en la retención vertical, porque el punto de aplicación del elevador ha de ser más alto. Para lograr este fin es menester también eliminar parte de la tabla ósea vestibular, que cubre la cara bucal del molar retenido.

La iniciación es desigual que para el tipo anterior. La osteotomía se realiza con los mismos procedimientos ya señalados para los otros tipos de retenciones (escoplo o fresa), requiriendo sólo una mayor escisión de hueso en distal para descubrir el diente hasta el nivel de su cuello.

Empleo de los elevadores: Se introduce profundamente el elevador, hasta llegar a aplicarlo sobre la cara mesial del diente. Los movimientos son los mismos, a excepción de que el molar debe ser dirigido primero hacia distal, para vencer el contacto mesial, y luego los movimientos del elevador dirigen el diente hacia abajo y afuera. En molares -con-

raíces abiertas, con cementosis o dilaceradas, este movimiento debe ser hecho con lentitud y sin esfuerzos bruscos para evitar fracturas intempestivas.

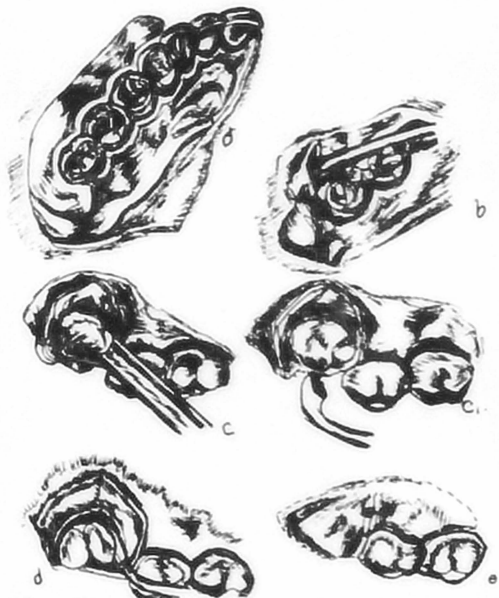


Fig. 996.- Extracción del tercer molar superior retenido. a, - incisión; b, desprendimiento del colgajo; c, osteotomía con - escoplo; c¹, osteotomía del hueso que cubre la cara trituran- te, con cucharilla para hueso; d, extracción del molar con un elevador (2 de Winter); e, sutura.

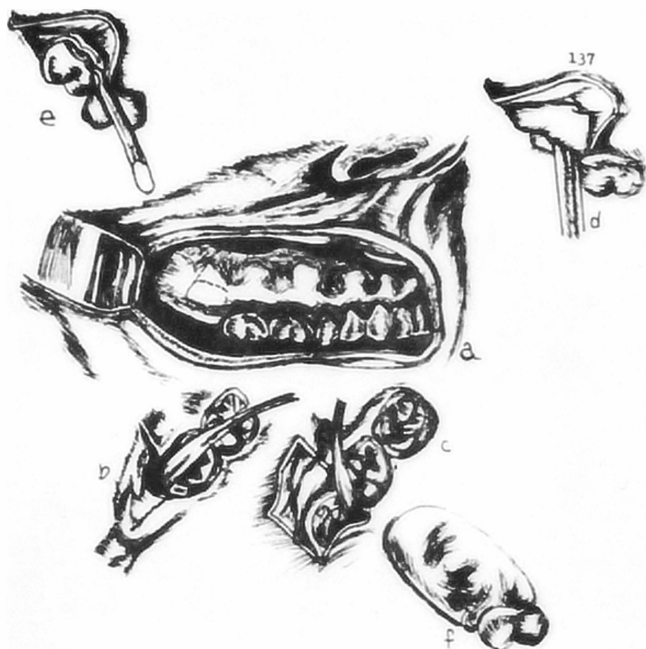


Fig. 997.- Extracción de un tercer molar superior retenido en posición distoangular; a, esquema del caso; b y c, desprendimiento del colgajo; d, osteotomía con escoplo; e, extracción del tercer molar con un elevador recto, introducido entre la cara mesial del molar y el hueso; f, sutura.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR EN POSICION DISTOANGULAR (fig.981)

La rama anteroposterior de la incisión debe dirigirse más distalmente que en los casos anteriores para evitar des-

garros de la encía.

Osteotomía. Generalmente no hay hueso sobre la cara triturante, ni hacia distal. Sólo es menester preparar la vía de acceso en el lado mesial.

Empleo de los elevadores (figs. 1001 y 1002). Se coloca el elevador sobre la cara mesial del tercer molar y éste dirige hacia abajo y hacia atrás. Especial cuidado hay que tener en este tipo de retención, con la tuberosidad y la apéxis pterigoides. Movimientos bruscos pueden fracturarlas. Se emplearán los elevadores de Clew-dent (fig. 624) o de Winter No. 14 (fig. 629). Estos instrumentos, que actuarán en su función de cuña o de palanca, cumplirán su objetivo si pueden introducirse fácilmente entre la cara distal del segundo molar y la cara mesial del tercero (punto 10 de figura 987). Para cumplir con este cometido será útil, como se señala en las figuras 1001 y 1002, emplear en primer lugar, el elevador izquierdo para el lado derecho (y viceversa) y luego el elevador correspondiente. La exiguidad del espacio interdentario invita a esta maniobra.



Técnica de la extracción de un tercer molar superior retenido, en posición distoangular.

Fig. 998.- Trazado de la incisión (más útil que el trazado de la figura 992).

Fig. 999.- Desprendimiento del colgajo vestibular por medio de un periostotomo.

Fig. 1000.- Desprendido el colgajo aparece el tercer molar superior retenido.



Fig. 1001.- Se introduce un elevador de Clev-dent (fig. 624) entre la cara mesial del tercer molar y el hueso. En algunas oportunidades, cuando el espacio entre el segundo y el tercer molar es muy pequeño, el elevador, con su cara plana, mirando hacia el segundo molar, es más efectivo. Puede emplearse un elevador recto de Clev-dent, o cualquier elevador de hoja fina que actúe como cuña. El peligro de apertura del seno maxilar es mayor en este tipo de retenciones; la sutura, figura 1003, puede evitar las consecuencias.

Fig. 1002.- El elevador izquierdo de Clev-dent opuesto al de la figura anterior, luxa el tercer molar retenido hacia distal.

Fig. 1003.- Adaptación del colgajo. Un punto de sutura basta, a nivel del alvéolo del tercer molar extraído para mantenerlo.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR EN POSICION PARANORMAL (Figs. 996, 1004 y 1005).

Las distintas y variadas posiciones que puede ocupar - el tercer molar en ubicación paranormal, no permiten fijar una regla para su extracción. La técnica estará dada por la dispo-



sición que presente el molar en el hueso y su relación con los molares vecinos. Algunos casos indican la extracción del segundo molar y aun del primero. Los molares colocados por encima de los ápices del segundo son mejor intervenidos practicando una incisión parecida a la que se emplea en la operación de Caldwell Luc, como que la intervención a realizarse tiene muchos puntos de contacto con la operación radial del seno maxilar.

EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES, CON SUS RAICES INCOMPLETAMENTE FORMADAS (GERMENES DEL TERCER MOLAR SUPERIOR).

En el maxilar superior, del mismo modo que en el inferior, se presentan terceros molares con sus raíces incompletamente formadas, que ubicados en diferentes posiciones, pueden producir accidentes mecánicos sobre la serie dentaria, siendo indicada su extracción. Como ocurre con el tercer molar adulto, el germen puede disponerse en las distintas posiciones estudiadas para aquél. Su extracción acondiciona una serie de problemas, que es menester resolver; la incisión debe permitir un amplio colgajo (figs. 994 y 995), que descubra en gran extensión el hueso, para abordar el molar (su corona) que por lo general está ubicada muy alta; en algunas oportunidades, a nivel de los ápices del segundo molar. La osteotomía debe hacerse con escoplo, a presión manual o impulsado con martillo, en una extensión suficiente como para descubrir las caras oclusal, mesial y bucal. En la posición distoangular será menester resecar también el hueso distal; la osteotomía de acceso a la cara mesial, debe ser lo suficientemente extensa, como para permitir la introducción de un elevador de Cleveland, que es el instrumento ideal para este tipo de oxodoncia,

por la fineza de su hoja; esta se aplica sobre la cara mesial del germen a extraerse, y girando vigorosamente el mango del instrumento, se logra desplazar el molar hacia distal y hacia abajo. El germen en posición paranormal, requiere un prolijo trabajo de disección, para liberarlo de sus paredes óseas.



Fig. 1004.- Tercero y cuarto molares retenidos. Radiografía - del caso y fotografía (b) de los molares en posición. El tercer molar con caries coronaria. Este paciente padecía intensos dolores por esta causa.



Fig. 1005.- Radiografías del tercer molar superior retenido.-- A. En posición paranormal (sobre los ápices del segundo molar, en el interior del seno). B, segundo y tercer molar retenidos; el segundo está en posición mesioangular y el tercero en posición paranormal sobre las raíces y parte de la cara mesial -- del segundo molar.



Fig. 1006.- Radiografías de gérmenes del tercer molar superior retenido, en variada posición. La técnica para su extracción se menciona en el texto. A, posición mesioangular; B, posición distoangular, y C y D, posición mesioangular.

El secreto del éxito en la extracción de estos gérmenes del tercer molar, como los de la figura 1006, es realizar una prolija osteotomía, que permita al operador, ver, por lo menos, la cara mesial y bucal del retenido. En algunas oportunidades, no es suficiente la osteotomía bucal con este fin, sino que habrá que buscar una puerta de entrada para los elevadores de Clev-dent, realizando con escoplo, a presión manual, o con fresa redonda la eliminación del hueso que cubre la cara mesial, en la extensión y amplitud suficiente como -- para permitir la colocación de los elevadores. Como se indica en las figuras 1001 y 1002, debe ser efectuada con prudencia, pero con firmeza, para que el instrumento logre su efecto. -- Hay que recordar la proximidad de la apófisis ptérigoides y del seno maxilar, para evitar la fractura de la primera o la introducción intempestiva del tercer molar en el seno, accidente común cuando no se procede con la debida cautela.

Los molares con sus raíces incompletamente formadas, poseen, por lo general, un amplio saco pericoronario que es menester resecar con pinzas gubias y cucharillas para hueso.

CONCLUSIONES.

Debemos considerar que los dientes retenidos pueden producir trastornos de cualquier índole.

Por ende y en conclusión hay que eliminarlos aunque algunas veces sean asintomáticos porque producen problemas de diferente forma por ejemplo: trastornos sobre la colocación normal de los dientes; se pueden mencionar también — trastornos sobre la integridad anatómica del diente, así — como accidentes infecciosos, accidentes nerviosos y los accidentes tumorales.

Ahora bien sabemos que los tumores de origen dentario tienen su inicio indudablemente en la hipergénesis del saco folicular a expensas del cuál se originan, de ahí su — debida importancia.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- BURKST. MEDICINA BUCAL.
ED. INTERAMERICANA MEX. 1973.
- 2.- THOMA. PATOLOGIA ORAL.
ED. SALVAT. BACELONA. 1973.
- 3.- GUILLERMO A. RIEZ CENTENO.
CIRUGIA BUCAL.
ED. EL ATENE0. 1968.
- 4.- DR. GUSTAVO O. KRUGER.
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.
ED. INTERAMERICANA. 1978.