



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TERCEROS MOLARES
INFERIORES IMPACTADOS**

T E S I S

Que para Obtener el Título de

Cirujano Dentista

P R E S E N T A

Eufrocina Margarita Gómez Huerta

México, D.F.

1983.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TEMARIO

Nombre de la Tesis: TERCEROS MOLARES INFERIORES IMPACTADOS.

	Pág.
1.- INTRODUCCION Y GENERALIDADES -----	1
2.- DEFINICION, CLASIFICACION E INCIDENCIAS -----	3
3.- PATOLOGIA O ETIOLOGIA -----	6
Razones embriológicas -----	6
Obstáculos mecánicos -----	6
Causas sistémicas o endócrinas -----	7
4.- ACCIDENTES Y PROBLEMAS PROVOCADOS POR PIEZAS RETENIDAS -----	8
Accidentes mecánicos -----	8
Accidentes infecciosos -----	8
Accidentes nerviosos -----	9
Accidentes quísticos -----	9
Tratamiento de accidentes y problemas provocados por piezas retenidas -----	10
Tratamiento de los accidentes celulares -----	11
Tratamiento de los accidentes linfáticos y ganglionares -----	12
5.- PREOPERATORIO -----	13
Historia clínica -----	13
Examen de laboratorio -----	15
Examen radiográfico -----	16
6.- TRANSOPERATORIO -----	32
7.- COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO DE LAS MISMAS -----	68
Hemorragia -----	68
Alveolitis -----	71
8.- CONCLUSIONES -----	75
BIBLIOGRAFIA -----	76

TEMA I

INTRODUCCION Y GENERALIDADES

Los antropólogos afirman que la celebración del ser humano, constantemente en aumento, agranda su caja creaneana a expensas de sus mandíbulas en protusión en las formas prehumanas, se ha vuelto casi vertical en el hombre moderno a medida que ha disminuído el número de dientes. Una dieta más -- blanda y refinada, que requiere menos masticación favorece esta tendencia, haciendo innecesario poseer aparato masticatorio poderoso. Un gran número de personas tienen dientes impactados por ésta, tanto como por otras razones.

El hombre perderá los terceros molares, a lo que seguirá, eternidades después, impacción y pérdidas subsecuentes de los incisivos laterales.

La impactación de los terceros molares es la más -- frecuente de todas las impactaciones dentales, y su tratamiento quirúrgico requiere mayor destreza y conocimiento. Los estados infecciosos son una complicación frecuente de ella, así como los trastornos locales, entre ellos, la presión contra -- el segundo molar, que ocasiona la resorción ósea, etc. Una -- de las miras del cirujano debe ser causar el menor daño posible a las áreas adyacentes. Casi siempre es posible efectuar la extracción sin molestar el segundo molar, el cual sólo en caso excepcional tiene que ser extraído junto con el tercero.

Otras veces, para evitar las molestias postoperatorias, es prudente extraer el segundo molar, aún cuando su extracción no sea indispensable para efectuar la extirpación -- del tercero. Cuando el segundo molar está cariado o infectado, si se descubre su raíz al efectuar la extracción del tercero, o cuando se presentó ya la resorción del elemento radicular -- por la presión del tercer molar, debe hacerse la extracción -- de dicho diente.

DIENTES RETENIDOS.

La expresión "dientes retenidos" se usa más bien imprecisamente para incluir los dientes retenidos en el verdadero sentido de la palabra, o sea, dientes cuya erupción normal es impedida por dientes adyacentes o hueso; dientes en mala posición, hacia lingual o vestibular con respecto al arco normal o en infraoclusión; y dientes que no han erupcionado después de su tiempo normal de erupción.

TEMA II

DEFINICION, CLASIFICACION E INCIDENCIAS.

DEFINICION.

Se denominan "dientes impactados" (retinierte zahne) (dientes retenidos, incluídos, inclusos), aquellos que una -- vez llegada la época normal de su erupción, quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

La "retención dentaria" puede presentarse en dos -- formas: el diente está completamente rodeado por tejido óseo (retención intraósea) y dientes que se encuentran rodeados únicamente por la mucosa (submucosos).

Cualquiera de los dientes temporarios, permanentes o supernumerarios, pueden quedar retenidos en los maxilares.

Hay un número de dientes a los cuales les corresponden de la patología de los dientes impactados; tales son los caninos y terceros molares.

Los dientes impactados deben ser diferenciados de -- los dientes que no han hecho erupción (dientes nonates), así como de los que, habiéndola hecho, están colocados en posición defectuosa (dientes ectópicos).

TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

Es necesario clasificar los terceros molares inferiores retenidos de modo que el operador pueda determinar por adelantado las dificultades que encontrará para su eliminación. La clasificación le permite planear con inteligencia -- sus procedimientos quirúrgicos. Para clasificar los terceros molares inferiores retenidos, el operador debe establecer su posición anatómica por medio de un examen radiográfico cuidadoso. Las radiografías necesarias para establecer la verdadera posición anatómica no distorsionada del tercer molar infe-

rior retenido son: radiografías intrabucales periapicales, -oclusales, bitewing o aleta mordible y extrabucales laterales.

CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

La siguiente clasificación sugerida por Pell Gregory incluye una parte de la clasificación de George B. Winter y es una de las mejores:

- A.- Relación del diente con la rama ascendente del maxilar inferior y el segundo molar:
- Clase I: Hay suficiente espacio entre la rama y el lado distal del segundo molar, para la acomodación del diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
- Clase II: El espacio entre la rama y el extremo distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal, de la corona del tercer molar.
- Clase III: Todo o casi todo el tercer molar está localizado en la rama ascendente.
- B.- Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.
- Posición A : la porción más alta del diente está al nivel de la línea oclusal o por sobre ella.
- Posición B : La porción más alta del diente está por debajo de la línea cervical del segundo molar.
- Posición C : La porción más alta del diente está por debajo de la línea cervical del segundo molar.
- C.- La posición del eje longitudinal del tercer molar inferior retenido en relación con el eje longitudinal del segundo molar (de la clasificación de Winter).
- 1.- Vertical
 - 2.- Horizontal. Pueden presentarse en:
 - 3.- Invertido. a).- Desviación vestibular
 - 4.- Mesioangular. b).- Desviación lingual
 - 5.- Distoangular. c).- Torsión.
 - 6.- Vestíbuloangular.
 - 7.- Linguoangular.

TEMA III

PATOLOGIA O ETIOLOGIA

El problema de la retención dentaria es ante todo - de índole mecánica. El diente que está destinado a hacer su normal erupción y aparecer en la arcada dentaria, como sus -- congéneres erupcionados, encuentren su camino un obstáculo -- que impide la realización del normal trabajo que le está enco mendado. La erupción dentaria se encuentra, en consecuencia, - impedida mecánicamente por ese obstáculo.

Se pueden clasificar las razones por las cuales el diente no hace erupción de la siguiente manera:

RAZONES EMBRIOLOGICAS.

La ubicación especial de un germen dentario en si-- tío muy alejado del de normal erupción; por razones mecánicas el diente originado por tal germen está imposibilitado de lle gar hasta el borde alveolar.

El germen dentario puede hallarse en su sitio, pero en una angulación tal, que al calcificarse el diente y empe-- zar el trabajo de erupción, la corona toma contacto con un -- diente vecino, retenido o erupcionado; este contacto constitu ye una verdadera fijación del diente en erupción en posición viciosa. Sus raíces se constituyen, pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un eje que le permita erupcio-- nar normalmente.

OBSTACULOS MECANICOS.

Que pueden interponerse a la erupción normal.

a).- Falta material de espacio. Se pueden considerar varias - posibilidades: el germen del tercer molar inferior debe desarrollarse entre una pared inextensible (cara distal del segundo molar) y la rama montante del maxilar; el ca

nino superior tiene su germen situado en lo más elevado de la fosa canina. Completada la calcificación del diente, y en maxilares de dimensiones reducidas, no tiene lugar para ir a ocupar su sitio normal en la arcada. Se lo impiden el incisivo lateral y el premolar que ya están erupcionados.

- b).- Hueso con una condensación tal que no puede ser vencido en el trabajo de erupción (enostosis, osteítis condensante, osteoesclerosis), procesos óseos que originan una imagen "lechosa" o blanquecina.
- c).- El impedimento que se opone a la normal erupción puede ser: un órgano dentario: dientes vecinos, que por extracción prematura del temporario han acercado sus coronas, constituyendo un obstáculo mecánico a la erupción del permanente; posición viciosa de un diente retenido que choca contra las raíces de los dientes vecinos.
- d).- Elementos patológicos pueden oponerse a la normal erupción dentaria; dientes supernumerarios, tumores odontogénicos (odontomas), constituyen un impedimento mecánico de la erupción dentaria.

CAUSAS SISTEMICAS O ENDOCRINAS.

Por ejemplo, las enfermedades relacionadas con el metabolismo del calcio (raquitismo, osteoneolacia). Otro ejemplo sería el síndrome de Gorlin-Goltz, etc.

TEMA IV

ACCIDENTES Y PROBLEMAS PROVOCADOS POR PIEZAS RETENIDAS.

Todo diente retenido es susceptible de producir -- trastornos de índole diversa, a pesar de que muchas veces pasan inadvertidas y no ocasionan ninguna molestia al paciente portador. Esos accidentes pueden ser clasificados de la manera que sigue:

ACCIDENTES MECANICOS.

Los dientes retenidos, actuando mecánicamente sobre los dientes vecinos, pueden producir trastornos que se producen sobre su normal colocación en el maxilar y en su integridad anatómica.

- a) Trastornos sobre la colocación normal de los dientes. El -- trabajo mecánico del diente retenido en su intento de "des -- inclusión" produce desviaciones en la dirección de los -- dientes vecinos y aún trastornos a distancias como el que produce el tercer molar sobre el canino e incisivos, a los cuales desvía de su normal dirección, produciendo entrecru -- zamiento de dientes y conglomerados antiestéticos.
- b) Trastornos sobre la integridad anatómica del diente. La -- constante presión que el diente retenido a su saco denta -- rio ejerce sobre el diente vecino, se traduce por altera -- ciones en el cemento (rizalísis), en la dentina y aún en -- la pulpa de estos dientes. Como complicación de la inva -- sión pulpar, puede haber procesos periodónticos de diversa índole, de diferente intensidad e importancia.
- c) Trastornos "protésicos". Así denomina Maurel, de un "modo -- significativo" a los trastornos de índole protética que o -- riginan en múltiples ocasiones los dientes retenidos.

ACCIDENTES INFECCIOSOS.

Estos accidentes están dados, en los dientes reteni -- dos, por la infección de su saco pericoronario. La infección de este saco puede originarse por distintos mecanismos y por

distintas 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 vía hemática. -

La infección del saco folicular se traduce por procesos de distinta índole: inflamación local, con dolores; aumento de temperatura local, abscesos y fístula consiguiente; osteitis y osteomielitis, adenoflemones y estados sépticos generales.

ACCIDENTES NERVIOSOS.

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

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

ACCIDENTES QUISTICOS.

Tienen su comienzo indudable en la hipergénesis del saco folicular a expensas del cual se forman. Todo diente retenido es un quiste dentífero en potencia. Los dientes portadores de tales quistes emigran del sitio primitivo de iniciación del proceso, pues el quiste en su crecimiento rechaza --centrífugamente el diente originador.

ACCIDENTES TUMORALES.

Los terceros molares retenidos originan tumores odontogénicos. Estos tumores son los quistes dentíferos y los queratoquistes.

Lo que aquí contaré en relación con la exodoncia, - es que tales quistes dentígeros pueden infectarse y dar proce sos supurativos de gravedad variable, capaces de traducirse - en osteitis y osteomielitis, según se ha visto precedentemen- te, al hablar de los accidentes óseos.

Sin llegar a constituir quistes dentígeros típicos, los restos del saco dentario, ubicados en el lado mesial o -- distal del tercer molar pueden, en vez de desaparecer del to- do como debieran, originar lo que los autores franceses deno- minan granuloma posterior o anterior o quiste marginal del -- tercer molar. En tal caso, el saco pericoronario permanece ad herido al cuello del diente en la porción distal o mesial, al abrigo de las presiones que pueden resorberlo. Perduran sólo su hemisferio posterior o el anterior y durante un tiempo con servan su integridad cerrados y sin adquirir contacto con el medio bucal. Pero cuando ocurre una solución de continuidad - entre el molar y la encía, la infección del saco remanente o- rigina su transformación, que a su vez genera procesos muy pa recidos a los de la pericoronaritis (osteítis locales, proce- sos ganglionares, procesos infecciosos a distancias), actuan- do como infección focal. Introduciendo una sonda entre la co- rona del molar y la encía, se llega a una cavidad de tejidos blandos; por el surco abierto por la sonda brota un pus amari llo mal oliente.

TRATAMIENTO DE ACCIDENTES Y PROBLEMAS PROVOCADOS POR PIEZAS RETENIDAS.

Los accidentes de erupción del tercer molar infe- - rior pueden ser tratados por procedimientos médicos y quirúr- gicos. Ambos se aplican para el tratamiento de la causa y pa- ra el tratamiento de las complicaciones de erupción.

TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES NERVIOSOS.- Trastor-- nos neurotróficos y nerviosos sólo terminan con la elimina- - ción de la causa.

EL TRISMUS.- El trismus que acompaña generalmente a la erupción del tercer molar puede ser tratado por varios mé- todos.

MODIFICACION DEL ESTADO INFECCIOSO.- Desaparecidas la pericoronaritis, la úlcera debajo del capuchón y el cortejo infeccioso que acompaña la pericoronaritis, el trismus, como reacción antálgica, es dominado. Si ello no sucede, se recurrirá a otros métodos para vencerlo.

MECANOTERAPIA.- El método de la terapéutica mecánica para vencer el trismus, se realiza con aparatos apropiados, algunos muy complicados. Los más sencillos son las cuñas de madera (trozos de madera, broches para sujetar ropas) o de metal; cucharas o instrumentos de cualquier índole. La manera de actuar de estos instrumentos consiste en su acción de cuña entre las arcadas dentarias, forzando las contracciones musculares que se oponen a la normal apertura de la boca. Pueden ayudarse a esta terapéutica, que es lenta y requiere la paciente dedicación del enfermo, aplicando sobre el lado afectado compresas mojadas en agua caliente, o solución de sulfato de magnesio. El calor actúa como revulsivo y mejora las condiciones de tonicidad del músculo.

ANESTESIA.- Puede aplicarse anestesia general, con lo cual se consigue abrir la boca del paciente para poder efectuar la extracción del molar que provocaba el trismus. La apertura de la boca, en la anestesia general, debe realizarse muy lentamente para evitar el síncope o lesiones articulares o musculares que pueden existir cuando se procede con violencia.

La anestesia en el músculo masetero consigue vencer el trismus, según algunos autores.

TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES CELULARES.

Los abscesos producidos como complicación celular de la pericoronaritis deben ser incididos a bisturí o galvano cauterio. Los procesos del suelo de la boca exigen un tratamiento quirúrgico de acuerdo con la intensidad de la infección. Los flemones circunscritos pueden ser drenados por vía bucal.

TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES LINFATICOS Y GANGLIONARES.

Las adenitis simples mejoran con el tratamiento médico de la pericoronaritis. Los adenoflemones deben ser tratados y abiertos por vía externa; este tratamiento entra en los dominios de la cirugía bucal maxilofacial y general. Se hará imperiosa la administración de la anestesia general.

TEMA V

PREOPERATORIO.

HISTORIA CLINICA.

Una historia clínica adecuada deberá contener la si guiente información.

Se divide en dos grandes grupos:

- a) Parte administrativa.
- b) Parte clínica.

Parte administrativa. Nombre, edad, sexo, ocupación, lugar de nacimiento, dirección, teléfono, estado civil.

Parte clínica.

- a) Antecedentes hereditarios, familiares. Padres, - hermanos, primos, tíos, abuelos.
- b) Antecedentes diatésicos (son padecimientos endócrinos.)
- c) Neoplásicos (Padecimientos cancerosos).
- d) Fímicos (enfermedad tuberculosis).
- e) Luéticos. (Venéreos)
- f) Cardiovasculares. (Circulación, corazón).
- g) Nerviosos. Se interroga al paciente si no es ner vioso, si no padece crisis depresivas o algunas - reacciones alérgicas.

2. Antecedentes personales no patológicos.

- a) Alcoholismo.
- b) Tabaquismo.
- c) Tipo de vivienda.

3. Enfermedades patológicas. Se le preguntan todas las enfermedades padecidas desde su niñez hasta la fecha actual.

- a) Enfermedades propias de la infancia. Bronconeumonia, asma.
- b) Padecimientos corticoesteroides, hematológicos.
- c) Alérgicos.
- d) Traumáticos.
- e) Transfuncionales.
- f) Quirúrgicos. Se le pregunta si en alguna ocasión ha sido anestesiada.

4. Padecimiento actual. Cual es el problema el cual se presenta con nosotros.

5. Interrogatorio por aparatos y sistemas.

- a) Cardiovasculares.
- b) Digestivos.
- c) Genito-urinaris.
- d) Respiratorios.
- e) Sistema nervioso.
- f) Sistema endócrino.
- g) Organos de los sentidos.

6. Exploración física. Signos vitales.

7. Pruebas de laboratorios.

8. Diagnóstico presuntivo.

9. Plan de tratamiento.

10. Epicrisis. Juicio comprobatorio de nuestro tratamiento. - (Es un comentario breve si hubo o no complicaciones el tiempo en que se realizó la cirugía). Se anota la próxima cita, se debe anotar el día en que se dió de alta.

11. Indicaciones post-operatorias.

12. Indicaciones especiales.

- a) Analgésicos.
- b) Antibioterapia.
- c) Terapia Medicamentosa. (Antiinflamatorios, relajante muscular, vitaminas).

EXAMEN DE LABORATORIO.

MEDIDAS GENERALES.

Dos son las indicaciones preoperatorias más importantes, por no decir las únicas que señalo en nuestra práctica: el tiempo de coagulación y de sangría y el examen de orina.

TIEMPO DE COAGULACION Y DE SANGRIA.

Determinación del tiempo de coagulación.- El tiempo de coagulación se determina por un método sencillo y práctico: se extrae sangre del paciente; los lugares más accesibles para ello son el lóbulo de la oreja o el pulpejo de un dedo. Se lava con alcohol el sitio de punción elegido y se espera que seque espontáneamente. Se toma con la mano derecha una aguja de Francke, o una aguja simple; se punciona de manera que brote una gota de sangre. La primera se desecha; la segunda es tomada por la parte central de un portaobjetos. Este es inclinado en opuestos sentidos cada medio minuto. En cada movimiento, la gota de sangre tratará de escurrirse. Cuando no puede hacerlo más, significará que la sangre está cuagulada. Este es el tiempo de cuagulación. El normal es de 3 a 7 minutos.

Determinación del tiempo de sangría.- Se pincha nuevamente la oreja (o el dedo) del paciente y se deja manar libremente la sangre. Esta es secada cada medio minuto con un papel secante o con un papel de filtro. El tiempo que se necesita para que la hemorragia cese espontáneamente, es el tiempo de sangría; varía de 1 a 5 minutos.

Tratamiento de las diátesis hemorrágicas. Cuando -- por el examen clínico del paciente y la investigación de sus tiempos de coagulación y sangría, la normal coagulación de la sangre no esté en condiciones de producirse, será menester -- tratar las diátesis hemorrágicas por la administración de productos que actúan sobre el tejido sanguíneo dándole alguno de los elementos que faltan para la cuagulación. Tales productos son el calcio en sus distintas formas, la vitamina K, la sangre por transfusión. El estudio y método de administración de esta interesante terapéutica, nos apartaría de la índole de --

nuestro trabajo.

EXAMEN DE ORINA.

El examen de orina nos informa de la existencia de los elementos normales o anormales. Algunos de estos últimos, tales como la albúmina, la glucosa y la acetona, exigen un --tratamiento previo.

TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES TUMORALES.

Quistes dentígeros.- Los granulomas y quistes marginales posteriores o anteriores deben ser eliminados, si no se desprenden en el acto de la extracción dentaria. La resección puede efectuarse con cucharillas para hueso. El raspado debe llegar profundamente hasta percibirse la sensación del hueso.

Algunos autores sostienen la absoluta necesidad de la extirpación de los procesos marginales, para evitar así la producción de afecciones más serias (adamantinomas, parte no-vena). Los sacos pericoronarios, pueden ser nidos de tumores odontogénicos y epiteliales. En el estudio de cien casos pericoronarios, efectuados con Cabrini, encontramos toda la gama de estos procesos.

EXAMEN RADIOGRAFICO.

LA REGION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

La región del tercer molar (fig. 13-108) constituída por el hueso maxilar, el molar retenido y las partes --blandas que lo cubren y revisten, presenta una forma cúbica --y por lo tanto seis caras: una anterior, correspondiente a la cara distal del segundo molar; una posterior, paralela, dada por un plano trazado aproximadamente a 1 cm. por detrás del --punto más distal del tercer molar; una superior prolongación del plano oclusal o triturante del primero y segundo molares; una externa o bucal, correspondiente a la cara externa del --maxilar con sus elementos anatómicos; una interna, dada por --la cara homónima del maxilar y una inferior, paralela al pla--no oclusal y trazada por debajo del punto más inferior del mol

lar retenido.

Interesa, por las proyecciones quirúrgicas en el -- hueso —maniobras de ostectomía facilitadoras de la extracción del molar retenido— , definir y describir someramente, aunque con precisión, el hueso perialveolar o pericoronario de la región. Su estudio anatomorradiológico está referido a la cara del molar que cubre.

EL HUESO MESIAL.— Es la porción ósea que se encuentra entre la cara distal del segundo molar y la cara mesial — del tercero, dispuesta de tal modo que cubre parcial o totalmente ésta última, haciéndola accesible al instrumento de la exodoncia. (Este detalle es, precisamente, al que se refiere la denominación clasificatoria del tercer molar: cara mesial accesible o inaccesible.) La exodoncia, dicho sea de paso, — que exige efectuar la ostectomía del hueso pericoronario, se logra, en el caso del hueso mesial, tras la eliminación de la porción bucal y el vértice de este hueso mesial, para permiti— tir en un tiempo posterior el apoyo en ellos del instrumental quirúrgico. El hueso mesial, cuya intimidad sólo puede ser investigada mediante examen radiográfico y que es llamado por — Winter interseptum, tiene la forma de una pirámide, en ocasio nes truncada, de base truncada, de base inferior cuatro ca— rras (externa o bucal, de interés quirúrgico, interna, mesial y distal) y vértice superior (también de interés quirúrgico). El vértice puede ser cortante, presentar el saco pericorona— rio o ser asiento de algún tipo de patología (osteítis, granu— loma mesial).

EL HUESO BUCAL.— Es la porción ósea que cubre la cara bucal del molar retenido. Puede considerarse como una an— cha planicie extendida entre la cara distal del segundo molar y la cara distal del cubo quirúrgico; sumamente sólida y re— sistente, y de distinto espesor, según el tipo de retención — del tercer molar, su eliminación exige el empleo de escoplos filosos o fresas redondas No. 8 de carburo de tungsteno.

El estudio radiográfico presta menos utilidad que — en el caso del hueso mesial, pues la mayor densidad radiográ— fica de la corona del molar retenido resta nitidez y exacti— tud a su imagen. Solamente es visible, con relativa exactitud,

la altura del borde superior del hueso bucal (el borde alveolar). Según el tipo de retención, llega hasta el ángulo bucooclusal de la corona del tercer molar o se continúa con el hueso oclusal. La radiografía oclusal proporciona mayores detalles, que se refieren más al espesor que a la estructura del hueso bucal. Son también visibles en este tipo de radiografía común aparecen como una muesca de mayor radiolucidez sobre el borde alveolar.

HUESO DISTAL.— Clave de la cirugía del tercer molar inferior retenido, porque es principalmente a sus expensas que se practica la extracción del molar, el hueso distal cubre la cara homónima del diente, y de su conocimiento cabal mediante estudio radiográfico que determina su forma, dimensión, extensión y consistencia variables según la posición del tercer molar dependerá el éxito de las manipulaciones quirúrgicas.

Análogamente al hueso mesial, se lo considera una pirámide truncada; la cara posterior de esta pirámide puede describirse como una ancha planicie deprimida en su centro; el borde anterior, vértice truncado de la pirámide, termina a nivel del ángulo distooclusal del tercer molar o se continúa con el hueso oclusal.

El estudio radiográfico, en todos los tipos de retención, con excepción de la distoangular, informa correctamente acerca de las características de esta importante región. La radiografía permite conocer el tipo óseo, la extensión y condiciones clínicas del hueso distal. Suele ser, como el bucal, un hueso de sólida arquitectura, pero en pocas oportunidades está conservado en su integridad. Numerosos procesos patológicos, originados casi siempre en el saco pericoronario, asientan en esta región ósea, modificando su estructura, y, felizmente para nuestros propósitos quirúrgicos, restándole resistencia, lo que aprovechamos para lograr una de las vías necesarias para la extracción del tercer molar retenido. La ostectomía que debe practicarse en el hueso distal permite dirigir el molar en dirección de la rama montante. Por eso hemos dicho, al ocuparnos de su anatomía, que es clave de la cirugía del tercer molar retenido.

EL HUESO LINGUAL.- Es la porción ósea que cubre la cara lingual del tercer molar, su corona y raíces en las retenciones totales o sólo sus raíces en el molar erupcionado.- Se extiende, como el hueso bucal, desde la cara distal del segundo molar hasta la porción más distal del tercero, pero no tiene su consistencia, pues por lo general es un hueso de escaso espesor y poca resistencia, tanto que, muestra una protuberancia en relación con las cúspides o las raíces del diente retenido, o bien débil a la fractura, presenta en ocasiones una perforación o ventana que deja el descubierto alguna variable porción del tercer molar, según el tipo de retención.- En otras oportunidades, como consecuencia de procesos patológicos, el hueso lingual ha desaparecido, estando reemplazado, por el saco pericoronario o por tejido de granulación. Este adelgazamiento o fragilidad del hueso lingual explica las posibles huidas de raíces o del tercer molar al suelo de la boca por debajo de la inserción del músculo milohioideo según casuística, en los intentos de extracción del tercer molar.

Todo el alveolo del tercer molar está proyectado hacia la cara lingual del hueso, formando lo que se ha denominado "balcón del tercer molar". Una vertical, tirada desde el borde superior del hueso lingual, cae aproximadamente un centímetro por dentro del borde inferior del hueso.

EL HUESO OCLUSAL.- Denomínase así la porción ósea que cubre la cara oclusal o triturante del molar retenido y que se continúa con los demás huesos estudiados. En varios tipos de retención el hueso oclusal sólo cubre la mitad distal o la mitad lingual de la corona del retenido. Su forma, consistencia, extensión, deben ser estudiadas radiológicamente.- Está formado por dos delgadas tablas del hueso compacto, que encierran una variable cantidad de hueso esponjoso. Entre el hueso oclusal y la cara triturante hay un espacio radiolúcido en la imagen ocupado por el saco pericoronario, de espesor variable, del molar retenido. Eliminado quirúrgicamente el hueso oclusal, nos enfrentamos con ese saco pericoronario, que es un elemento sangrante que cubre la cara oclusal del diente en estudio. Por otra parte, el ángulo óseo distooclusal debe ser estudiado, porque allí reside la dificultad para la extracción.

El hueso oclusal puede estar íntegro, o sea, cubrir totalmente el molar, o bien, estar abierto en parte, en cuyo caso presenta una fenestración u opérculo, que relaciona el -saco con el tejido gingival. El opérculo no siempre es visible o identificable radiográficamente.

EL HUESO BASAL.- Es la porción ósea subyacente al -molar retenido; dos planos verticales, tirados uno desde la -parte mesial del diente, y el otro desde la distal, limitan -en este sentido el hueso basal, cuya cara superior es un plano horizontal tangente al punto o cara inferior del molar retenido, y la inferior, el propio borde basal del hueso maxilar. Este hueso basal de consistencia y extensión variable, -según la posición del molar retenido, está constituido por --hueso esponjoso de mallas amplias, asiento a veces de proce--sos diversos, dependientes de infecciones del saco pericoronario o de procesos apicales del tercer molar; está además, surcado de distal a mesial a altura variable por un elemento anatómico importante, el conducto dentario inferior, que guarda distinta relación con el molar retenido.

EL SEPTUM Y EL INTERSEPTUM.- Ambas entidades anatómicas han sido denominadas así por Winter. El séptum es la --porción ósea situada entre las raíces del tercer molar infe--rior retenido. Constituida por hueso esponjoso de caracterís--ticas similares a las del hueso mesial, su forma es sumamente variable y está en relación directa con la posición del molar y la disposición de sus raíces. A pesar de esta variabilidad morfológica, puede afirmarse que en los terceros molares verticales y con raíces recta el séptum adquiere la forma de un prisma triangular cuyas bases se confunden con las tablas ex--ternas e interna del maxilar inferior; el ángulo diedro supe--rior es agudo y se relaciona con el espacio interradicular --del tercer molar; sus ángulos inferiores están a la altura de los ápices radiculares están a la altura de los ápices radiculares.

De todas maneras, su forma y disposición deben estudiarse previamente a la extracción, pues siendo un sólido anclaje del molar, es menester considerar si será posible fracturarlo o se deberá abandonar todo intento en tal sentido y -proceder en cambio a dividir y separar las raíces del molar -

(odontosección).

EL INTERSEPTUM.- Es el espacio, de forma variable, situado entre el tercero y el segundo molar.

EL SACO PERICORONARIO.- El saco pericoronario normal se presenta como una nítida línea radiolúcida que rodea la corona del tercer molar retenido. Puede en algunas ocasiones (la mayoría a nivel del tercer molar) comunicar con el medio bucal e infectarse. Además, restos epiteliales pueden modificar su estructura y adquirir características tumorales. Los procesos patológicos reciben, como se comprende, distintos nombres, pero es síntesis priva un tejido de granulación. Interesa señalar que una vez infectado este saco pericoronario, debe ser considerado un elementos de infección focal.

EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR.- Este importantísimo elemento anatómico, que aloja el paquete vásculonervioso dentario inferior, se inicia en la cara interna del maxilar a nivel de la espina de Spix y recorre el hueso hasta la altura de los premolares inferiores, o sea hasta el denominado agujero mentoniano. El conducto dentario está protegido por una cortical, que le es propia, perfectamente identificable en el estudio radiográfico como dos líneas radioopacas, lo que habla de su estructura y consistencia.

Sicher ha señalado tres tipos de relación del conducto con las raíces del molar:

1. Primer tipo: el conducto está en contacto con el fondo del alvéolo del tercer molar.
2. Segundo tipo: Existe una franca distancia entre el conducto y los ápices de los molares inferiores.
- 3.-Tercer tipo: todos los molares inferiores se relacionan con el conducto.

EL TERCER MOLAR INFERIOR.- Organo terminal de la serie dentaria, el tercer molar tiene características morfológicas propias y diferenciales. Es el diente que presenta mayores variedades de forma, tamaño, disposición y anomalías.

En la exposición que sigue, tras una breve referencia a la corona y una más detallada de las raíces complementada con su estudio radiográfico, pasaremos a ocuparnos de las posiciones del tercer molar en un enfoque anatomorradiológico que necesariamente irá precedido de generalidades y nociones de la técnica radiológica pertinente.

LA CORONA.

La corona del tercer molar inferior presenta una variedad de forma, tamaño y estado que será menester conocer, -- porque en esta porción del diente reside gran parte de nuestra labor quirúrgica. La corona puede ser normal, pequeña o -- grande; con un número normal de cúspides o sea multicuspídea y poseer lóbulos, tubérculos o cúpides adicionales. Puede, -- por otra parte, presentar caries, obturaciones, prótesis, -- fracturas.

LAS RAICES.

Ningún molar tiene características parecidas a las que presenta el tercer molar inferior, en lo que respecta a -- número, norma, tamaño, disposiciones y anomalías de las raí-- ces.

En su conjunto las raíces del tercer molar pueden -- asemejarse a un cono de base superior, que coincide con el -- cuello dentario. Dentro de este cono se dibujan todas las pre sentaciones posibles de las raíces del tercer molar, excep-- ción hecha de las dirigidas en el sentido de sus nombres y -- las raíces divergentes.

Por lo general, el tercer molar es birradicular. La raíz mesial que puede ser bífida, es aplastada en sentido mesiodistal y algo más ancha en su porción bucal que en la lingual. La raíz distal tiene características parecidas, aunque por lo general su dimensión mesiodistal es menor que la de la raíz mesial.

Son frecuentes los molares con tres, cuatro y cinco raíces; correlativamente, resulta una disposición radiocular caprichosa, pues escapa a toda norma particular. En muchas o-

casiones, la bifidez de la raíz mesial hace al molar trirradicular; en otros casos, raíces supernumerarias, con enanismo o gigantismo, se acoplan a cualquiera de las raíces. Puede así mismo haber molares con sus raíces fusionadas (disposición cónica), pudiendo ser variable el número de conductos radicales.

Radiográficamente, la dirección y tamaño radicular configuran el problema más importante de entre todos los otros, puesto que las maniobras destinadas a eliminar el molar retenido, teniendo que vencer por procedimientos mecánicos el anclaje de las raíces en el hueso, deberán adaptarse a dichas características a fin de que, las fuerzas y movimientos aplicados en la extracción, le haga recorrer a esta porción del molar la vía de menor resistencia.

Con el objeto de ilustrar el problema de la disposición radicular, del tercer molar inferior, la descripción de las cuales será de utilidad para realizar la interpretación correcta y la cirugía exitosa del tercer molar inferior.

ERRORES EN LA INTERPRETACION RADIOGRAFICA DE LAS RAICES DEL TERCER MOLAR.

Al comienzo de la descripción que acabamos de hacer, habíamos advertido ya de la necesidad de contar con detalles radiculares radiográficos precisos, claros y diferenciales -- que orientaran la interpretación diagnóstica y el plan quirúrgico. Una buena técnica radiológica es, pues, imprescindible y ella es el tema que nos ocupará en seguida. Para un mayor aprovechamiento de las nociones que siguen, mencionaremos antes los factores que inducen a error interpretativo, posibles de evitar.

a).- TECNICA RADIOGRAFICA INSUFICIENTE: A una incorrecta aplicación de las técnicas radiográficas pueden corresponder incorrectas interpretaciones; las imágenes, al alargarse o achicarse, modifican la realidad, y así, las raíces aparecen con distinta forma, tamaño, estructura y relaciones (fusión, desviaciones, cementosis, etc.).

b) INSUFICIENTE PROYECCION DISTAL DE LA PELICULA.--

Si ésta no alcanza distalmente a cubrir toda la anatomía del molar, pueden dejar de verse problemas que asienten en la extremidad radicular.

c).- ANOMALÍAS RADICULARES NO VISIBLES EN LA RADIOGRAFIA.- Algunas de ellas dilaceraciones hacia el lado bucal o lingual, curvatura de los ápices pueden no estar exactamente reproducidos en la radiografía, por superposición de planos o porque las distorsiones tienen lugar en la misma dirección en que fueron proyectados los rayos y originan, por lo tanto, muy pocas variantes en la imagen radiográfica.

GENERALIDADES Y NOCIONES DE TECNICA RADIOLOGICA.

En tanto que los fracasos registrados en la intervención quirúrgica del tercer molar inferior retenido, se deben a una falta o insuficiencia de información previa, gran parte del éxito depende de un correcto examen radiográfico efectuado sobre bases normativas y sistematizadas, de procedimientos que permitan obtener en primer término una imagen precisa y en segundo lugar, conclusiones semejantes para todas las películas radiográficas.

Las películas deberán ser intrabucales, comunes, sujetas a técnicas que consideraremos en seguida, y han de mostrar, con absoluta corrección, la región del tercer molar sujeto de la intervención, el segundo molar, el hueso distal y la zona ósea subyacente a los ápices del tercero.

Sólo en casos de excepción (ciertos procesos inflamatorios, trismus), debemos valernos de la radiografía extrabucal, la que, empero, no proporciona con precisión los detalles que se necesitan para interpretar las imágenes y no son lo suficientemente útiles para conducir a la exitosa intervención del molar retenido.

TECNICA DE LA RADIOGRAFIA INTRABUCAL.

Posición del paciente.- Debe ser tal que, sentado en el sillón dental y con apoyo en el respaldo y el apoyacabeza, permita, una vez abierta su boca, que el plano de oclusión de los dientes del maxilar inferior sea horizontal.

POSICION DE LA PELICULA. En casi todas las bocas, la película puede colocarse verticalmente, con su eje mayor horizontal; en otras, por el espesor de los tejidos de la cara interna de la arcada, la película estará inclinada, formando con la vertical un ángulo agudo abierto hacia abajo, y en otras bocas, la exiguidad de los tejidos, la forma del maxilar o la proyección hacia el lado de los tejidos, la forma del maxilar o la proyección hacia el lado lingual de los molares inferiores harán que la película forme con el eje vertical un ángulo abierto hacia arriba. Este detalle deberá tenerse en cuenta para dirigir el rayo central perpendicular a la película. También en relación con la forma de la arcada, el plano de la película será sensiblemente paralelo a ella o formará con la arcada un ángulo abierto hacia adelante o hacia atrás, según sea la forma y disposición del arco mandibular. En otros casos habrá que colocar forzosamente la película, con el objeto que el tercer molar a radiografiarse, se reproduzca en su totalidad sobre aquella; esto sucede en los casos en retenciones muy profundas, muy distales o en los terceros paranormales o invertidos.

El borde anterior de la película deberá quedar a nivel del espacio interdentario, de segundo premolar, y primer molar. Estas indicaciones tienen aplicación en los terceros molares verticales y en algunos mesioangulares; en los distoangulares, mesioangulares y horizontales, el borde anterior de la película deberá hallarse a nivel del espacio interdicular del primer molar. En muchos casos no es posible deslizar la película todo lo distalmente que se requiere, pues lo impide el pilar anterior, contra el cual va a detenerse aquella.

COLOCACION DEL APARATO DE RAYOS X. La proyección ideal del rayo central del aparato radiográfico es la que va dirigida perpendicularmente a la película. Pero como múltiples factores se oponen a ello, el rayo central debe llegar perpendicularmente a la bisectriz del ángulo formado por el eje vertical de la película. La imagen ideal obtenida es aquella en la cual, siendo el segundo y el primer molar verticales, las cúspides linguales y bucales coincidan en su contorno o se superpongan; en otras palabras, radiográficamente no debe verse la proyección de la cara triturante de estos mola-

res sobre la placa radiográfica; para obtener este tipo de imagen, los rayos deben ser paralelos a las líneas que unen -- las cúspides de referencia.

El procedimiento será éste: cuando la película puede colocarse verticalmente, el rayo central será dirigido a 0° ; si la película tiene su borde inferior desviado hacia la lengua, para obtener un rayo perpendicular a la película éste debe ser desviado a -5° (aumentando la graduación de acuerdo con la desviación del eje vertical de la película); si la película está en ángulo abierto hacia arriba, el cono será colocado en $+5^\circ$ (aumentando la graduación de acuerdo con la mayor desviación del eje vertical de la película).

RADIOGRAFIA OCLUSAL.

Como se ha dicho en párrafos anteriores, no siempre es suficiente la radiografía intrabucal para establecer la posición del tercer molar retenido y para la aplicación correcta de la técnica quirúrgica. La radiografía intrabucal permite obtener con perfección todos los puntos de interés anatómico quirúrgico situados en el plano vertical. Pero da relación -- bucolingual y los detalles de los elementos que se encuentran orientados en esta dirección sólo pueden lograrse merced al empleo de la radiografía oclusal.

La radiografía oclusal se obtiene colocando una película radiográfica común sobre la arcada dentaria a radiografiarse y dirigiendo los rayos perpendiculares a la película; el cono del aparato de rayos X se ubica por debajo del borde inferior del maxilar.

ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.

Reiterando que el estudio radiográfico de dicho molar, o con más precisión de la zona del tercer molar, debe proveernos los detalles útiles para la aplicación exitosa de las técnicas exodóncicas. Insistiré en que la radiografía debe ser correcta. Se estudiarán prolijamente la corona, la porción radicular, las estructuras vecinas. Sólo entonces podrá planearse el procedimiento quirúrgico.

CONSIDERACIONES SOBRE LA TRADUCCION RADIOGRAFICA DE LAS IMAGENES.

En el estudio radiográfico se observan imágenes distintas en relación con la posición de la película, la dirección de los rayos y la posición de los molares. Suponiendo -- que los tres molares inferiores se presentan clínicamente ver ticales, sin desviación en ningún sentido, la imagen radiográf fica de estos dientes los mostrará con sus puntos de contacto correspondientes.

Si el tercer molar se encuentra desviado hacia el -- lado bucal (en desviación bucal), superponiéndose una parte -- de la estructura de este diente sobre una porción de la coro-- na del segundo molar, la imagen radiográfica resultante mos-- trará esta superposición o cabalgamiento, lo cual indica des-- viación bucal del tercero.

Lo mismo ocurre cuando el tercero y el primero están normalmente ubicados y el segundo está desviado hacia el lado bucal o el lingual; la imagen radiográfica, en estas circuns-- tancias, muestra la cara oclusal del molar desviado.

Estos y otros detalles importantes en el estudio ra-- diográfico del tercer molar se obtienen cuando la radiografía está correctamente realizado con cono largo; si se emplea el cono común, será menester interpretar y corregir la radiogra-- fía valiéndose del examen clínico y de un estudio comparativo para establecer la posición y el tipo de desviación que pre-- senta el tercer molar.

La interpretación y elaboración diagnósticas se cen-- tran en tres detalles radiográficos indispensables; posición del molar, desviación y acceso a su cara mesial.

POSICION DEL TERCER MOLAR.- Son diversas y su estu-- dio no puede dissociarse del de las desviaciones; los términos que las identifican: vertical, mesioangular, horizontal, dis-- tangular, bucoangular y paranormal o invertida.

a).- Posición vertical.- En ella el eje mayor del -- tercero es paralelo al eje mayor del segundo molar.

b).- Posición mesioangular.- El eje mayor del tercero forma con el eje mayor del segundo un ángulo agudo abierto hacia abajo.

c).- Posición horizontal.- El eje mayor del tercer molar es perpendicular al eje mayor del segundo.

d).- Posición distoangular.- La corona del tercer molar apunta en grado variable hacia la rama ascendente y el eje mayor forma con el eje mayor del segundo, un ángulo agudo abierto hacia arriba y atrás.

e).- Posición linguoangular.- La corona del tercer molar se dirige hacia la lengua y sus ápices hacia la tabla externa.

f).- Posición bucoangular.- La corona del tercer molar se dirige hacia la tabla externa y sus raíces hacia la interna a lingual. Se trata de una presentación rara.

g).- Posición invertida (paranormal).- La corona -- del tercer molar se dirige por regla general hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia el cóndilo. Los terceros molares en este tipo de posición adquieren un sinnúmero de variedades y por lo común se encuentran asociados a procesos patológicos (quistes dentígeros).

DESVIACION DEL TERCER MOLAR.- Creo preciso aclarar el alcance de la terminología con que se las define y después referirme al concepto radiográfico.

En cada una de las posiciones que acabo de mencio--nar, el molar retenido puede aparecer sin desviación o presentar distintos tipos de desviaciones dentro de su arcada dentaria; en sentido bucal (hacia afuera o hacia el lado bucal); - en sentido lingual (hacia adentro o hacia el lado lingual), o combinar ambos, variedades todas que deberán considerarse al clasificar el tercer molar.

Imaginemos dos líneas: una trazada por la cara bu--cal y otra por la lingual del primer y segundo molar inferior. Sobre ellas asentarán de este modo un plano bucal y un plano lingual.

Esquemáticamente diré que el tercer molar se presenta:

- Sin desviación: las caras bucal y lingual no so--

brepasan los planos respectivos.

- Con desviación bucal: toda la corona o parte de ella sobrepasa el plano bucal y se dirige hacia afuera.

- Con desviación lingual: el desplazamiento coronario parcial o total se cumple hacia el lado lingual del maxilar.

Con todo, la realidad anatomoclínica no siempre es tan simple y esquemática, porque las distintas posiciones y desviaciones pueden combinarse y originar en consecuencia nuevos tipos de retención del tercer molar inferior, según veremos seguidamente.

Desviación bucolingual.- Variante de ambas desviaciones (bucal y lingual), es una de las formas más frecuentes de retención de los terceros molares. El molar está dirigido, naturalmente, hacia el lado bucal, pero presenta además otro tipo de desviación, que hace que la corona esté inclinada hacia el lado bucal, pero presenta además otro tipo de desviación, que hace que la corona esté inclinada hacia el lado interno o lingual. Esta disposición permite que la cara oclusal del tercer molar (en los mesioangulares y horizontales), no esté proyectada íntegramente hacia mesial y contacte con la mitad bucal de la cara distal del segundo, como en la desviación bucal, sino que se dirija hacia adelante y adentro (hacia el lado lingual) y el centro de esta cara oclusal (en su dimensión vertical) o el punto medio del ángulo mesiooclusal se encuentren en contacto con el ángulo distobucal de la corona o raíz distal del segundo molar. Este contacto vertical de la cara oclusal del tercero con el ángulo bucodistal del segundo, además de dividir al tercero en dos regiones —la externa, por fuera del ángulo bucodistal del segundo, y la interna, por dentro de éste ángulo—, origina por lo general un sólido anclaje del tercero sobre el segundo, lo que origina posibilidades de encontrar lesiones de distinto tipo del esmalte y del cemento del segundo molar, a causa de la presión ejercida por el tercero y por la retención de alimentos, a ese nivel.

Las raíces del tercer molar están, en este tipo de retención, dirigidas hacia el lado bucal. Los ápices se hallan situados por debajo del borde anterior del maxilar o aún desplazados más hacia afuera (hacia el lado bucal del borde -

anterior).

Radiográficamente podemos anotar respecto de las -- desviaciones lo siguiente:

- Sin desviación.- Recordando que la cara vestibular y la lingual del tercero están al mismo nivel del plano -- bucal y lingual de los molares anteriores (suponiéndolos también verticales). Veamos que nos depara la imagen radiográfica. El rayo central tomará contacto con las cúspides bucales y linguales de los tres molares, que están situados sobre un mismo plano oclusal y reproducirán, por lo tanto, las imágenes de los molares, con sus cúspides superpuestas; en otras -- palabras, sólo se verá el perfil de los molares, sin que sea notable ninguna porción de la cara oclusal de estos dientes.- Pero si el rayo central está desviado de adelante atrás o de atrás adelante, como atraviesa porciones de los tres molares, dará falsas superposiciones radiográficas.

- Desviación bucal.- La traducción radiográfica de esta desviación estará dada por la presencia de superposición coronaria (un segmento de la corona del tercero se superpone sobre la del segundo) y la ausencia de las caras oclusales de los tres molares.

- Desviación lingual.- La imagen radiográfica mostrará, conservación de los puntos de contacto entre los tres molares, ausencia de superposición coronaria, ausencia de la cara oclusal del primero y segundo molares y presencia neta -- de la cara oclusal del tercero, de un tamaño radiográfico proporcional al grado de desviación del tercero.

- Desviación bucolingual.- Podrá observarse conservación de los puntos de contacto entre segundo y primer molares, ausencia de las caras oclusales de estos molares, superposición coronaria (un segmento de la corona del tercero sobre un segmento del segundo) y cara oclusal del tercer molar visible, en virtud de estar dirigida hacia lingual.

Acceso a la cara mesial del tercer molar inferior.- Para la extracción del tercer molar inferior, interesa que la cara mesial pueda ser alcanzada por el instrumento destinado

a tal fin. Esta disposición de la cara mesial (accesible o in accesible) debe estudiarse desde el punto de vista anatómico, radiográfico y quirúrgico.

Cada mesial accesible.- Del punto de vista anatomo-quirúrgico, la cara mesial accesible es aquella que no está - cubierta por hueso; por su parte, en los molares de esta naturaleza, el límite mesial del hueso bucal no es un escollo pa-ra la introducción del instrumento destinado a practicar la - extracción del diente.

Radiográficamente, la cara mesial accesible se tra-duce por un espacio radiolúcido de distinto aspecto y tamaño, de acuerdo con la posición del tercer molar en el hueso.

TEMA VI

TRANSOPERATORIO.

TIEMPOS OPERATORIOS.- La extracción del tercer molar inferior retenido exige abrir por medios quirúrgicos la encía que tapiza la región de este diente, preparar los colgajos resultantes de la primera maniobra, eliminar el hueso que protege el molar retenido, extraer el molar y terminar la operación, procurando que sobrevenga la restitutio ad integrum de los tejidos afectados por las maniobras quirúrgicas. Por lo tanto, la operación consta de los tiempos siguientes: 1°: anestesia, 2°: Incisión; 3°: Preparación de los colgajos; 4°: Ostectomía; 5°: Operación propiamente dicha (extracción del molar retenido); 6°: Tratamiento de la cavidad ósea; 7°: Sutura de los colgajos y 8°: Tratamiento postoperatorio.

1° : ANESTESIA TRONCULAR.- Denomínase troncular o regional, la que se realiza llevando la solución anestésica en contacto con un tronco o rama nerviosa importante.

ANESTESIA TRONCULAR DEL NERVIO DENTARIO INFERIOR.

a) Nervio a anestesiar. Se trata del nervio dentario inferior, rama terminal del maxilar inferior, que continúa la dirección de la rama original.

b) Fisiología del nervio.- El dentario inferior - - inerva el hueso maxilar inferior, su perioteo y la encía, y los dientes en cada hemiarcada, a excepción de un trazo de encía, y periostio que cubre la cara externa del maxilar entre el tercer y primer molar, zona inervada por el nervio bucal, rama del maxilar inferior, que en algunos casos requiere una anestesia aparte.

c).Sitio de abordaje.- El nervio dentario inferior penetra en el orificio superior del conducto dentario del maxilar inferior, En las vecindades de este orificio debe depositarse la solución anestésica.

d) Vía de acceso.- Al nervio dentario inferior puede llegarse por dos vías; la interna o intrabucal, y la externa o extrabucal.

VIA INTERNA O INTRABUCAL.

Para alcanzar el nervio dentario inferior es menester llegar, con la aguja, a las proximidades del orificio del conducto dentario; para lograr este objeto debemos valernos de reparos anatómicos que nos permitan una vía fácil y segura para la introducción de la aguja.

Recordemos que el orificio superior del conducto dentario se encuentra ubicado en la cara interna de la rama montante.

Tiene una forma triangular a vértice inferior, y su borde anterior en forma de llingula se denomina espina de Spix. Este orificio se halla situado a las siguientes distancias aproximadas de los bordes de la rama ascendente; del borde anterior (prolongación de la línea oblicua externa), 18 mm. del borde posterior, 6 mm., del borde inferior, 22 mm. del borde de la escotadura sigmoidea, 12mm., y de la línea oblicua interna, 8 mm. La proyección del orificio sobre la cara externa de la rama, o dicho con fines quirúrgicos, sobre la cara del paciente está dada, según Finochietto, por la intersección de dos líneas imaginarias, perpendiculares entre sí; una vertical trazada desde el punto medio de la escotadura sigmoidea hasta el borde del maxilar, y otra línea que une ambos bordes de la rama, trazada en el punto medio de la línea vertical.

Prolongado hacia atrás el plano oclusal de los molares, el orificio en cuestión está situado a un centímetro por encima de él.

La cara interna de la rama ascendente del maxilar inferior se dirige hacia adelante y adentro, de manera que la prolongación de esta cara cortaría el borde anterior del maxilar a nivel del incisivo lateral.

Como dijimos en la parte primera, el nervio denta--

rio inferior rigoideo interno, en el espacio plérigomandibu--
lar, espacio angular abierto hacia adelante. El nervio y sus
acompañantes recorren el trayecto en un tejido celular laxo.-
Para llegar hasta él desde la cavidad bucal, es menester atra--
vesar la mucosa bucal, el músculo buccinador, el tejido celu--
lar laxo, y deslizándose entre el pterigoideo interno y la ca--
ra interna de la rama, llegar por encima del orificio del con--
ducto dentario.

REPAROS ANATOMICOS.- Los reparos que acabamos de re--
ferirnos son los siguientes: borde anterior del músculo mese--
tero, borde anterior de la rama ascendente (línea oblicua ex--
terna, línea oblicua interna, triángulo retromolar) ligamento
ptérigomaxilar. Estos reparos en el hueso aislado y en la bo--
ca del paciente. El borde anterior de la rama, dice TESTUT, -
oblicuo de arriba a abajo y de atrás a adelante, representa -
un canal cuyos dos bordes se separan a medida que descienden,
continuándose con las líneas oblicuas externa e interna.

Este canal, de forma triangular, constituye el tri--
ángulo retromolar.

Con el dedo índice de la mano izquierda se investi--
gan los elementos anatómicos estudiados: el borde anterior --
del mesetero fácilmente reconocible por ser una franja ancha
y depresible, que desaparece haciendo cerrar la boca del pa--
ciente y que se pone tensa en la abertura exagerada. Por den--
tro de este primer reparo e inmediatamente, el dedo percibe -
un filo óseo que se prolonga de arriba a abajo y que se puede
seguir hasta las proximidades del primer molar; es la línea -
oblicua externa, importante reparo, llave para las maniobras
posteriores. Siguiendo la palpación hacia adentro, el índice
cae en la excavación que representa el triángulo retromolar y
que por los tejidos que la recubren se presenta muelle al tac--
to. Por dentro del triángulo se percibe la línea oblicua in--
terna, no con tanta nitidez como la línea oblicua externa. Al
lado de la línea oblicua interna y paralela a ella se nota u--
na bandeleta fibrosa, que puede ponerse tensa en la abertura
exagerada de la boca y hacerla desaparecer al cerrarla ligera--
mente; es el ligamento ptérigomaxilar, o aponeurosis buccina--
tofaríngea, cuya superficie de inserción superior se encuen--
tra en el ganto del ala interna de la apófisis pterigoides. -

En esta aponeurosis se inserta, sobre su borde anterior, el músculo buccinador y sobre el posterior, el constrictor superior de la faringe. Individualizada la línea oblicua externa, se busca con el dedo su punto más profundo, que está situado un centímetro por encima de la cara triturante de los molares inferiores. En este punto, el dedo se detiene. El pulpejo está apoyado sobre la línea oblicua externa y el borde de la uña sobre la interna. Seldin aconseja la siguiente maniobra: -- desde el lugar donde se ha detenido el índice de la mano izquierda, rotar el dedo hasta que el borde radial se ponga en contacto con el ángulo bucooclusal de los molares; la cara -- dorsal del dedo se dirige hacia la línea media.

INSTRUMENTAL.

Para realizar esta inyección se necesita una jeringa de vidrio Luer de 3 c.c. de capacidad, y una aguja de 4 o 5 centímetros y de un diámetro 6. Puede efectuarse la inyección con la jeringa Carpule, colocándole una aguja de las dimensiones señaladas.

POSICIONES.

Del paciente.-- Sentado; su cabeza ligeramente inclinada hacia atrás; el maxilar inferior, horizontal; la cavidad bucal, a la altura de nuestro hombro derecho (Seldin).

Se pincela el sitio a inyectarse con tintura de yodo diluída o tintura de mertiolato.

Posición del Operador: inyección en el lado derecho del operador, debe colocarse a la derecha y delante del paciente; los dedos de la mano izquierda sirven de guía y para la búsqueda de las líneas de referencia; la mano derecha esgrime la jeringa.

Inyección en el lado izquierdo.-- La posición varía según que el operador realice la inyección con la mano derecha o con la izquierda.

Algunos autores aconsejan practicar la inyección -- con la mano izquierda, siendo la derecha la que busca las lí-

neas de referencia. En este caso, el índice de la mano derecha realiza iguales maniobras que las que señalaremos al dedo índice de la izquierda.

Los que así actúan deben colocarse delante y un poco más cerca de la línea media del paciente que en el caso de la inyección en el lado derecho.

Nosotros preferimos usar siempre la derecha como mano activa, portadora de la jeringa. La palpación de las líneas de referencia la hacemos con la mano izquierda, rodeando, naturalmente, la cabeza del paciente. Por lo tanto, nos colocaremos a la derecha y muy próximos al paciente.

LA INYECCION. BUSQUEDA DE LOS REPAROS ANATOMICOS.- Ya fueron señalados los reparos anatómicos más importantes. - Volvamos otra vez donde se encuentra ubicado nuestro dedo índice izquierdo, e iniciemos la anestesia.

Se toma la jeringa cargada con 3 c.c. de la solución anestésica estudiada, y se lleva a la boca del paciente, hasta que la punta de la aguja, con su bisel dirigida hacia a fuera, coincide con el punto medio de la uña del operador. La jeringa, paralela a la arcada dentaria. A este nivel debe -- realizarse la punción. Se perfora la mucosa, el músculo buccinador, la rama ascendente y la cara ánteroexterna del ptérido interno. Se avanza, descargando pequeñas cantidades de so lución anestésica, un centímetro y medio.

Con esto se logra la anestesia del nervio lingual, que está por delante y adentro del dentario.

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

La exodoncia 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 con fabula 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.

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

Incisión. La incisión está condicionada por el tiempo de retención.

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.

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

Osteotomía.- La eliminación del hueso puede hacerse con los instrumentos de Winter (osisectores según la técnica de Winter) o escoplos o 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 es- - tructuras óseas vecinas o en la cara distal del segundo molar.

La palanca. Ya fue considerada esta máquina. Para la extracción del molar retenido puede emplearse los siguientes instrumentos 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. Del ancho y disposición - de este triángulo, según los distintos tipos de retenciones, - depende la forma como se aplica el elevador.

Otras porciones óseas, en otros tipos de retencio-- nes, pueden servir como puntos de apoyo. Tales pueden ser el borde bucal del maxilar, el borde distal y el segundo molar.

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

La resistencia.- Para la eliminación del "cubo con -- tenido", del "cubo continente", se necesita vencer los facto -- res que para ello se oponen: forma y disposición del molar -- (de su corona y raíces); cantidad de hueso que cubre el molar retenido.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION VERTICAL.

El tercer molar inferior retenido en posición verti -- cal puede estar colocado en distintas formas, con respecto a la curvatura de la arcada; normal (sin desviación), desvia -- ción bucal, desviación lingual o en desviación bucolingual. - En las desviaciones bucal, lingual y bucolingual, la varia -- ción en las técnicas reside en la mayor o menor osteotomía -- del hueso mesial y bucal, en el punto de aplicación del eleva -- dor, 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.

RETENCION VERTICAL. SIN DESVIACION.
CARA MESIAL ACCESIBLE.

A) Técnica de Winter.

a) Incisión. En este tipo de retención, Winter, -- cuando solo 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. En el caso de valerse de la cara bucal para aplicar el elevador, realiza una incisión perpendicular con el borde bucotriturante de la corona del tercer molar y que se extiende hacia distal.

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. Este tipo de incisión lo aplicamos en todos los casos de retenciones, para no lacerar la lengüeta interdental. Después de la incisión, el colgajo es separado con un periostótomo. La lengüeta interdental 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 desarrollar una caries.

Osteotomía. El movimiento que el tercer molar inferior retenido debe efectuar para abandonar el alvéolo donde está alojado, como ya se dijo, 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 vertical, debe ser eliminado para que el diente pueda desarrollar este arco de círculo.

La forma de raíces indica el movimiento del molar y

la cantidad de hueso a resecarse, de la siguiente manera, según Winter:

Ambas raíces dirigidas hacia distal: la cantidad de hueso a resecarse 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 rec
ta:

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 resecado 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 elimi
nación de hueso distal. Con la aplicación del elevador en la cara mesial se dirige el diente en sentido distal.

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 paredes óseas que cubren los terceros molares retenidos. Estos instrumentos constan de tres partes: el mango, el tallo y la hoja.

El mango: del mismo tipo que el mango de los elevadores se adapta cómodamente a la palma de la mano del operador.

El tallo: implantado sólidamente 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 destinados a resecar el hueso distal. Existe un instrumento para el lado derecho y otro para el izquierdo. Los osteótomos números 2L y 2R, 3L y 3R y 4L y 4R.

Técnica del manejo del osteótomo. El osteótomo se empuña sólidamente con la mano derecha, dirigiendo el bisel de la hoja hacia el hueso a resecar. 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 (supóngamos la porción ósea distal) "el borde cortante descansando en la osiestructura, se ejerce suficiente presión para resecar esta porción ósea. La cantidad de escisión debe ser suficiente como para poder dirigir el 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).

Extracción propiamente dicha. 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.

Elección del elevador: el elevador debe estar de acuerdo con el ancho del espacio interdentario. Cuando el espacio es exiguo o están en contacto el segundo y tercer molar. El número 2 es el de más común aplicación, porque permite su colocación en espacios reducidos. Los otros tipos se usan 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.

Introducción del elevador: elegido el elevador se--

gún las dimensiones del espacio interdentario, se introduce suavemente en el espacio interdentario, entre los labios de la incisión de la mucosa. Este instrumento actúa en su primer tiempo como cuna. En esta función penetra en el espacio interdentario; esta penetración permite, en algunos casos, el desplazamiento del molar hacia el lado distal, elevando y luxando el molar retenido.

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.

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. Un nuevo movimiento del mango del elevador hacia distal permite un desplazamiento en un grado mayor del molar retenido en esa dirección.

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

Como la hoja del elevador resulta 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.

Eliminación del molar: luxando el diente, éste puede ser extraído del alvéolo con piza para extracciones o con

el mismo elevador. También puede ser eliminado con el elevador núm. 10 (X L o R) de aplicación bucal, colocamos este instrumento en la cara bucal del molar, a nivel de la bifurca- -ción 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.

Extracción por osteotomía a fresa. El uso de la fresa dental para realizar la osteotomía me parece excelente. La fresa es un instrumento poco traumatizante usándola con la --prevenciones debidas. Estas se refieren al empleo de un ins--trumento nuevo y constantemente renovado en la misma extrac--ción, y su refrigeración con agua esterilizada o suero fisiológico para evitar su recalentamiento. Empleando así, no existirán problemas de necrosis ni mortificaciones 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 núm. 560, colocada en el ángulo recto.

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.

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

Osteotomía. La osteotomía se practica como en la retención vertical, con la cara mesial accesible. Con los osteo--tomos 1R y 1L se extirpa el hueso distal. Para la aplicación del elevador en la cara mesial del molar, es necesario rese--car parte de la osiestructura mesial. Para tal fin se emplea

el osteótomo núm. 8R o 8L.

Extracción propiamente dicha. Uso del elevador.

Extracción por osteotomía a fresa. 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 la preparación de una vía de acceso a la cara mesial, para aplicar el elevador, puede ser realizada a fresa (fresa redonda No. 6 a 8) montada en el ángulo.

Se realizan, sobre la tapa ósea a eliminarse, una serie de perforaciones que lleguen profundamente hasta el molar retenido. 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.

Resección ósea en distal: con una fresa de fisura núm. 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.

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 No. 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 el segundo molar por el lado distal y bucal.

Extracción propiamente dicha. Aconsejamos el mepleo de los elevadores de Winter núms. 1, 2, 3, o elevadores de hojas finas. El instrumento penetra con una angulación de 45° - respecto al eje del molar. El elevador se abre camino en la vía ósea creada por la osteotomía mesial y va al encuentro de la cara mesial del tercer molar. Llegando a ésta y con apoyo en los 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. Esta luxación hacia distal está condicionada por la forma radicular.

Luxado el molar, se elimina el 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 tresa redonda una muesca u orificio en la parte media del hueso bucal. Esta nueva vía facilita la colocación del elevador y la extracción del molar.

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 prótesis, sientan molestias originadas por los terceros molares retenidos. Su eliminación se impone.

El tercer molar puede presentarse de varios modos: la retención puede ser parcial o total y totalmente intraósea o subgingival. La técnica para la extracción debe 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 elevadores.

Incisión. En caso de retención total, prefiero la - incisión angular. 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 atiende a las indicaciones hechas para los casos de arcada normal.

Osteotomía. El hueso que cubre el molar es resecado con escoplos (osteótomos de Winter, escoplos a mano) o fresas (redondas núms. 5, 6 u 8).

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.

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

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION MESIOANGULAR.

En la extracción del tercer molar inferior retenido, en posición mesioangular, se aúnan 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, constituye uno de los más sólidos anclajes del molar retenido. La eliminación de tejido dentario y la odontosección, son sabias medidas que evitan traumatismos y sacrificios óseos inútiles.

El molar retenido para ser elevado de su alvéolo de be trazar 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 eliminado 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. Resulta en estas ocasiones, un problema mecánico insalvable elevar un diente en tales condiciones, si no se suprime el obstáculo que presentan las cúspides mesial (superficie mesial de contacto).

RETENCION MESIOANGULAR. SIN DESVIACION. CARA MESIAL ACCESIBLE O INACCESIBLE.

Técnica de Winter. Incisión. Se practica una incisión que, partiendo de la cara distal del molar retenido, se extiende en sentido distalen una distancia aproximada de un centímetro. Si hay necesidad de usar los elevadores aplicados a la cara mesial, se practica una incisión sobre el borde bucal del molar retenido y en las mismas proporciones que la anterior. 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 adelante.

Osteotomía. El triángulo óseo distal es eliminado con un osteótomo núm. 2R y 2L. 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. 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.

Extracción propiamente dicha. Uso de los elevadores.

Elección del elevador: la forma y tamaño del espacio grande necesita un elevador de hoja ancha. Colocando un

elevador de hoja chica en un espacio grande, el trabajo es im productivo, debido a que no se logra el punto de apoyo necesario.

Introducción del elevador. El elevador se introduce en el espacio interdntario, dirigido hacia abajo y en sentido lingual, actuando en este primer tiempo como cuña. Con lige--ros movimientos giratorios del mango del instrumento dirigi--dos hacia mesial y distal, el elevador ocupa el espacio.

Aplicación del elevador. La parte plana de la hoja del elevador es aplicada contra la cara mesial del tercer molar; su borde inferior, sobre el borde superior del espacio - interdentario.

Movimientos del elevador. Dirigiendo el mango del - instrumento en sentido mesial, y de acuerdo con la disposi--ción y forma radicular, se gradúa la fuerza necesaria para e- levar 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 infe- riores o con el mismo elevador.

Extracción por osteotomía. A fresa. Osteoromía. La fresa está 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 perfección el instrumen- to), se practican algunos pequeños orificios en el hueso, los cuales deben llegar hasta el molar retenido. El tacto nos da- rá la sensación necesaria, que entonces nos advertirá la pre- sencia 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 bi sel dirigido hacia distal, tratando de insinuarse entre la ca ra distal y el hueco a reseca. Con un golpe de escoplo se ha ce saltar esta porción -osea distal.

La cantidad de hueso a reseca 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.

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

RETENCION MESIOANGULAR. AUSENCIA DE DIENTES VECINOS.

Puede presentarse en algunas ocasiones. 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 al molar. 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 originarse fácilmente la fractura del maxilar. La odontosección -- por lo tanto, es una útil indicación.

Incisión. En caso de retención completa, preferimos la incisión angular.

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

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

Osteotomía a fresa. La fresa reseca idénticas por--

ciones 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.

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

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.

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 técnica de Winter. La técnica de Winter es aplicable para esta clase de retención. El tercer molar en distoversión se halla poderosamente anclado al maxilar y cubierto por una gran cantidad de hueso por sus caras distal y triturrante, 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, este 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.

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

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. El hueso que cubre la cara triturante es resecado 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. 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.

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. Si la cantidad de hueso distal resecado 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.

Extracción por osteotomía a fresa y escoplo.

La extracción del tercer molar en distoversión generalmente existe el sacrificio de una considerable cantidad de hueso.

Incisión. Existiendo o no el segundo molar, debe -- realizarse una larga incisión que permita un colgajo amplio -- que descubra perfectamente el campo operatorio. Esta incisión parte 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 cara bucal y desde la lengüeta interdientaria entre el segundo y primer molar se dirige hacia abajo, afuera y adelante. Se separan los labios de la incisión y se mantienen -- los colgajos para permitir una perfecta visión del hueso a resecar.

Osteotomía. Resección del hueso distal: con un escoplo rector se practica la osteotomía de la porción distal y -- de la que cubre la cara triturante del molar retenido. La cantidad de hueso a resecarse, 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. Con fresa redonda puede aumentarse, en dirección distal, el nicho óseo que el escoplo crea.

Osteotomía mesial: con una fresa redonda, número 6 o 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. Con este modo de proceder -- se habrá suprimido toda resistencia ósea que se oponga a la -- extracción y disminuído 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 fuerzas).

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, tratando de moverlo. Igual operación se efectúa en distal (apoyando sobre la cara triturante) y en lingual.

Estas sucesivas aplicaciones luxan el diente retenido, cuya elevación se completa con un elevador fino colocado en el lado distal, entre la cara triturante y el hueso. Girando el mango del instrumento hacia delante, se eleva el molar, cuya extracción es completada con un instrumento número 10, -- de aplicación bucal.

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, ya realizada la extracción de este último.

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 fue considerada.

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

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

La odontosección se realiza, como en las otras retenciones, con fresas o con escoplos automáticos. En la retención distoangular es necesario cortar el 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.

Extracción de la corona: para poder efectuarla se introduce un instrumento delgado en el espacio creado por la

fresa, y se comprueba si se ha realizado la separación de los 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 menos resistencia, se eleva la corona del molar.

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. Se hace una ligera osteotomía en el tabique interdentario con una fresa de fisura. En esta cavidad se introduce el elevador número 1 de Winter, 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 dirección.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION HORIZONTAL.

Los métodos de odontosección disminuyen el esfuerzo 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 a la altura del tercio 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 los fórceps o elevadores a la parte del diente que queda".

Técnica de Winter. Cara mesial accesible. Incisión angular.

Osteotomía. Con una técnica parecida a la empreada en la retención mesioangular, con los osteótomos 2 y 4 (R o -

L) se elimina la cantidad de hueso distal necesaria.

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

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

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.

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

Extracción propiamente dicha. Empleo de 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.

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

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. El molar retenido debe trazar 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 aplicado en maxilares jóvenes. El molar retenido en posición horizontal, se debe considerar colocando entre una pared inextensible (la cara distal del segundo molar) y otra pared prácticamente inextensible (el hueso distal).

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

Osteotomía. Con una fresa redonda número 5 o 6 se -- reseca el hueso distal.

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

Extracción propiamente dicha. Con un elevador de -- Winter número 2 (R o L), o con un elevador recto colocado en -- tre la cara mesial del molar y el borde ósea, se dirige el mo -- lar hacia arriba y hacia el lado distal.

Sutura.- Eliminando el molar, se cubre el alvéolo -- con el colgajo, que se mantiene con dos o tres puntos de sutu -- ra.

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

Extracción del molar seccionado según su eje menor: La técnica se encuadra a la ya estudiada p-ra la retención me

sioangular. Se corta el diente a la altura del cuello, con una fresa de fisura, montada en el ángulo recto. Y se efectúa la extracción de las partes seccionadas.

Extracción del molar seccionado según su eje mayor: este método es aplicable cuando la corona del tercer molar es tá 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 tritu--rante. 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 caso es útil separar en dos partes la porción mesial, seccionándola con una -- fresa de fisura.

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

RETENCION HORIZONTAL. AUSENCIA DE DIENTES VECINOS.

El molar puede encontrarse en total retención ósea, o ser ésta subgingival. 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.

Los fundamentos del éxito y la preservación de los peligros, residen en la aplicación de la ley del menor traumatismo, que en los casos de estos molares aislados, se cumple

con los métodos de osteotomía y odontosección.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION LINGUOANGULAR.

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

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

El molar puede encontrarse cubierto por hueso, en cantidad variable. Para realizar la extracción debe eliminarse el hueso que cubre la cara 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.

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.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION BUCAL.

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

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

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 fisura, según el eje mayor del diente, y dividiendo a éste en dos elementos. Según la posición del molar se puede efectuar de la siguiente manera:

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.

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 a 11 (R o L) el hueso de la cara lingual que cubre — la cara superior se elimina con osisectores números 2, 3 o 5.

La osteotomía puede también efectuarse o con escoplos o con fresas (redondas 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.

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

Extracción por osteotomía a fresa. Se elimina el hueso con fresa redonda número 6 u 8, 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 una cara oclusal (cuando se trate de corona sin raíces) se elimina cada fragmento con un elevador de Clev-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.

Extracción. La extracción del tercer molar inferior retenido en posición bucal sigue los principios ya mencionados. La sección del diente, en el sentido de su eje menor, di

vidiendo 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.

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 fisura, 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 expensas del - espacio creado se elimina la porción que queda.

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

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

La ortodoncia indica, muchas veces, la necesidad de extraer prematuramente (como profilaxis) o en otra oportunidad (como terapéutica) el tercer molar inferior, con sus raíces incompletamente formadas, que puede producir o produce -- desviación de los dientes o desarrollo de los tratamientos ortodóncicos.

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, la boca del paciente; - por otra parte, después de la osteotomía, y durante las maniobras

bras de extracción estos gérmenes rotan en el interior de su cavidad ósea, como más arriba señalamos.

Nosotros acostumbramos a extraer los cuatro terceros molares en una sesión (bajo anestesia general); 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 expendas de la fuerza, sino de la útil y juiciosa aplicación de los elevadores, eliminando el molar retenido, siguiendo el camino de menor resistencia. "Es preferible resecar hueso en mayor cantidad que la necesaria, disminuyendo de este modo la -- resistencia, que eliminar demasiado poco y usar la fuerza traumática como compensación".

Eliminando el hueso necesario, la criteriosa aplicación de los elevadores resolverá el problema. Es preferible -- dividir al molar en dos porciones, con fresa redonda o con escoplos, y extraer cada parte por separado, con elevadores de Clev-dent o con piza de Kocher curva. El saco pericoronario debe ser cuidadosamente eliminado, desde "que su epitelio tiene posibilidades de crecimiento y puede formar un tumor quístico".

La operación se termina bajo sutura, rellenondo la cavidad ósea con las sustancias preconizadas a ese efecto. Este problema qu-rúrgico, es uno de los más arduos que nos dejará 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.

SUTURA.

La sutura es la maniobra que tiene por objeto reu--

nir los tejidos separados por la incisión.

TECNICAS DE LAS SUTRAS.

Cuando se la toma con la mano, se sostiene la aguja fuertemente entre la cara palmar del dedo pulgar y los dedos índice y medio.

La cirugía bucal se acostumbra a iniciar la sutura en la cara palatina o lingual del maxilar y terminarla en la bucal. En la incisiones situadas en una sola cara, la aguja - debe ser dirigida desde lo más complicado a lo más simple, es to es, de distal a mesial.

Manera de tomar el portaagujas. Se maneja con la ma no derecha. Cómodamente aplicado en el hueco de la mano y dirigido por el pulgar por un lado, y los tres últimos dedos en el lado opuesto; el índice apoyado contra el instrumento sirve de director.

Este instrumento toma la aguja aproximadamente en - el centro de su arco; la aguja debe estar enhebrada antes de iniciar la maniobra.

La aguja perfora la fibromucosa (puede tomarse este elemento con una pinza de disección a dientes de ratón), se - la ve entre los labios de la herida y perfora nuevamente la - fibromucosa del colgajo opuesto y aparece en la superficie. - En este momento el portaagujas abandona la aguja de su lugar de toma y vuelve a asirla ya del otro lado para ayudar al pa - so de la aguja. En este momento el portaagujas tracciona y ha de describir a la aguja el último tramo de su recorrido.

Este procedimiento no es siempre aplicable en la ca vidad bucal. Por dificultades inherentes al sitio donde se e - fectúa la operación, la maniobra debe realizarse en dos tiem - pos. En el primero, la aguja atraviesa el colgajo palatino - y aparece entre los labios de la incisión; de allí la toma el portaagujas por el extremo emergente y le hace recorrer un -- nuevo trayecto introduciéndose entre los labios de la herida, perforando el colgajo desde adentro a fuera y siendo extraída por el portaagujas con una maniobra parecida a la anterior.

MÉTODOS DE SUTURA.

Dos son los métodos para realizar las suturas; por puntos separados o sutura continua. Ambos serán considerados.

Sutura a puntos separados. Es el método más usado - en cirugía bucal, consiste como su nombre lo indica en realizar puntos independientes uno de otro. Con la aguja enhebrada con el material de sutura (hilo, seda, excepcionalmente catgut) y manejada por el portaagujas o a mano, se perfora la fibromucosa del lado lingual a una distancia aproximada a medio centímetro del borde de la incisión. La aguja recorre su trayecto y aparece en el colgajo bucal, a una misma distancia -- del borde libre y frente a la perforación lingual. Se retira la aguja y el hilo recorre todo el trayecto que necesita hasta quedar tenso; se toman ambas extremidades, se afrontan los labios de la incisión y se anuda el hilo. Sucesivos pases de agujas siguiendo las mismas indicaciones completarán el procedimiento. Cada punto estará colocado a una distancia aproximada de un centímetro. Ciertos tipos de sutura se pueden realizar con espacios mayores (sutura en paradentosis, sutura para colgajos palatinos) o más aproximadas (suturas en plásticas).

Nudos. El material de sutura con el cual se han afrontado los labios de la herida ha de ser asegurado por medio de nudos.

Estos nudos pueden ser de dos clases:

- a) Nudos simples.
- b) Nudos de cirujano.

a) Nudos simples. Tenso el material de sutura (su-- pongamos un trozo de hilo de 20 centímetros de longitud), se toma el cabo bucal (que es el que ha perforado el colgajo homónimo) con la mano izquierda y el palatino o lingual con la mano derecha. Cuando se trata de colgajos bucales, la mano derecha coge el hilo derecho y la izquierda el izquierdo. El hilo se fija entre las caras palmares de los dedos pulgares e índice de cada mano; estas, con las dichas caras dirigidas hacia el operador. Los dedos índice y pulgar de la mano izquierda se flexionan entre sí mismos, de manera que los tres res-- tantes queden separados de los dos primeros. El hilo izquier--

do curza en diagonal por su cara dorsal, los tres dedos exten-
didos; el hilo derecho rodea el borde cubital del meñique, --
 cruza la cara palmar de éste y la del anular y medio y rodea
 el borde radial del dedo medio a una altura se pone en contact
o con el hilo izquierdo. Con los dedos pulgar e índice se in-
sinúa la extremidad del hilo izquierdo, entre los dedos medio
 y anular, de manera que ella queda colocada dentro del círcu-
 lo ya formado con el hilo; esta extremidad del hilo izquierdo
 es fuertemente sujetada por los dedos antedichos; pulgar e ín-
dice sueltan el cabo izquierdo, y los tres dedos unidos (me--
 dio anular y meñique), se retiran del círculo llevando entre
 los dos primeros el cabo izquierdo, ya está efectuado el pri-
 mer nudo. Todos los nudos deben efectuarse de un mismo lado.
 No deben efectuarse muy apretados ni muy flojos.

INDICACIONES DEL POSTOPERATORIO.

Se entiende por postoperatorio, el conjunto de ma--
 niobras que se realizan después de la operación con el objeto
 de mantener los fines logrados por la intervención, reparar -
 los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, colabo--
 rar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de sa--
 lud.

El tratamiento postoperatorio es la fase más impor-
 tante de nuestro trabajo. Tanto es así que la vi-
gilancia, cuí-
dado y tratamiento del paciente, una vez terminada la opera--
 ción puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgi--
 dos en el curso de la intervención quirúrgica.

Desde luego que el postoperatorio en cirugía bucal
 no puede tener la trascendencia del mismo en una operación de
 cirugía general. En otros términos, nuestra cirugía es la ci-
 rugía sobre un paciente ambulante, y salvo excepciones que se
 fundan más bien el tipo de anestesia usado que en la opera- -
 ción misma (esto último también tiene sus excepciones) el en-
 fermo no necesita ser hospitalizado.

Los cuidados postoperatorios deben referirse a la -
 herida misma (y al campo operatorio que es la cavidad bucal),
 y al estado general del paciente.

La cavidad bucal será irrigada con una solución tibia de irrigación o mejor aún, proyectada ésta con un atomizador que limpiara así y eliminará sangre, saliva, restos que eventualmente pueden depositarse en los surcos vestibulares, - debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios. Estos elementos extraños entran en putrefacción y colaboran en el aumento de la riqueza de la flora microbiana bucal.

INSTRUCCIONES PARA LOS PACIENTES.

Una operación realizada en la cavidad bucal requiere una serie de cuidados postoperatorios. Parte de éstos debe -- realizarlos el paciente; otros los realiza el profesional. La colaboración entre el odontólogo y el enfermo llevarán a buen éxito la intervención.

Cuando llegue a su casa, después de la operación -- (aún una simple extracción dentaria) conviene guardar reposo por algunas horas, con la cabeza en alto.

Colocar una bolsa de hielo en la cara, sobre la región operada, durante quince minutos de descanso por el término de varias horas.

No realizar ninguna clase de enjuagatorios a menos que se hubiera prescrito lo contrario, por el término de tres horas. Si se hubiera dejado en la boca alguna gasa protectora retirarla al cabo de una hora.

Después de transcurridas las tres horas, realizar - enjuagatorios que se repetirán cada dos horas.

En caso de sentir dolor, tome una tableta del medicamento indicado. Se puede repetir una tableta cada tres horas si el dolor no cesa.

Si tuviera una salida de sangre mayor que lo normal el paciente puede realizar un taponamiento de urgencia colocando sobre la herida un trozo apreciable de gasa esterilizada sobre la cual se deberá morder durante treinta minutos. -- Llamar por teléfono a su odontólogo.

La alimentación durante las primeras seis horas deberá ser líquida (te con leche, naranja, caldo tibio, después de estas horas puede tomarse el siguiente menú: extracto de carne, caldo con jugo de carne, puré de papas, gelatina, jugo de tomates, fideos con manteca, huevos pasados por agua, etc.

EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA.

Al cuarto o quinto día se extraen los puntos de sutura. La técnica es la siguiente: se pasa el hilo a extraerse, un algodón mojado en tintura de yodo o de merthiolate, con el objeto de esterilizar la parte del hilo que estando en la cavidad bucal se encuentra infectado. Se toma con una pinza de disección o pinza de algodón (manejada con la mano izquierda), un extremo del nudo que emerge sobre los labios de la herida, y se tracciona el hilo, como para permitir obtener un trozo de éste por debajo del nudo para poder cortarlo a este nivel.

Con una tijera tomada con la mano derecha se corta el hilo. La mano izquierda sigue traccionando el hilo o lo vuelve a tomar próximo al punto que emerge por el extremo opuesto al de la sección y lo tracciona para extraerlo del interior de los tejidos. Es importante procurar que la menor cantidad de hilo infectado pase por el interior de los tejidos; las razones son obvias.

De esta manera se eliminan todos los puntos de sutura, procurando no lastimar la encía, ni entreabrir los labios de la herida. En algunas ocasiones, el nudo, por hipertrofia de las partes vecinas se encuentra alojado en el fondo de un embudo, del cual es difícil desalojarlo. En tales ocasiones conviene extirparlo cuanto antes; demostrar su extracción significa mantener la causa irritativa de la hipertrofia (que es el hilo) y las dificultades de la extirpación aumentan con el tiempo.

TEMA VII

COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO DE LAS MISMAS.

HEMORRAGIA.

La salida de sangre en el curso de una operación -- es un suceso lógico; la cantidad de sangre puede hallarse disminuída por acción de la anestesia local (vasoconstrictor). - Cohibir la hemorragia en el acto operatorio es obra de la hemostasis, que ya fue considerada; nos referimos ahora a la hemorragia postoperatoria, que aparece intempestiva e inmediatamente a la operación (hemorragia primaria) o un tiempo des- -pués (hemorragia secundaria).

Hemorragia primaria. El tratamiento de la hemorra--gia primaria en cirugía bucal se realiza por dos procedimien--tos: uno, instrumental, que tiene su aplicación en la ligadu--ra o en el aplastamiento del vaso que sangra; la ligadura so--lamente tiene escasas aplicaciones, como ya fue dicho; el a--plastamiento se practica comprimiendo brusca y traumáticamen--te el vaso óseo sangrante con un instrumento romo.

El otro procedimiento actúa mecánicamente y se lo--gra por el taponamiento y la compresión que se realiza con un trozo de gasa. Generalmente, volviendo el colgajo a su sitio y suturando, la hemorragia cesa, por compresión de la cavidad ósea por la sangre que al coagularse obtura los vasos sangran--tes. A expensas de este coágulo se realiza el proceso de osi--ficación. Si la hemorragia no cede y continúa brotando sangre entre los labios de la herida, en un tiempo y en cantidad desusados habrá que llenar la cavidad quirúrgica con una mecha --de gasa que debe reunir ciertas condiciones para este objeto: para aumentar su acción hemostática la gasa puede ser impreg--nada en los medicamentos que ya indicamos: agua oxigenada, a--drenalina, percloruro de hierro; para evitar que la gasa se --adhiera a la cavidad ósea uede ser impregnada previamente con vaselina (gasa vaselinada). Existen ciertas gasas que tienen propiedades estípticas como el Clauden o Stripnon.

El taponamiento que se realiza después de las operaciones de los quistes de los maxilares o de algunos tumores, tiene por objeto en primer término, evitar la hemorragia.

Hemorragia secundaria. Aparece algunas horas o algunos días después de la operación; puede obedecer a la caída del coágulo, luego de un esfuerzo del paciente, o por haber cesado la acción vasoconstrictora de la anestesia. A estos factores locales puede agregarse una causa general que favorezca la hemorragia. Estas hemorragias adquieren características e intensidad variable.

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

Métodos locales. Se lava la región que sangra con agua hervida tibia o se hace practicar al enfermo un enjuagatorio bucal para retirar los restos del coágulo y la sangre que dificulta la visión. Investigando el lugar por donde mana la sangre, la hemostasis se realiza por taponamiento a presión, con gasa (simple o con medicamentos). Encima de la herida y comprimiendo sus bordes, se deposita una gasa grande seca a la cual se mantiene con los dedos, o mejor aún, bajo la presión masticatoria.

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

En muchas ocasiones, no es fácil realizar cómodamente las maniobras para cohibir una hemorragia, porque el paciente está adolorido o el mismo acto es doloroso. En tales casos será utilísimo realizar una pequeña anestesia local, a nivel del lugar donde se localiza la hemorragia. Además de las ventajas que se obtienen por el poder vasoconstrictor del líquido anestésico, el empleo de este procedimiento permitirá realizar con comodidad las maniobras y al final pasar un hilo de sutura para aproximar los labios de la herida sangrante, con colocación o no de spongostan, oxycel o fibrinfcam en el interior de la cavidad ósea.

Métodos generales.- Según la cantidad de sangre perdida, será el estado del paciente. En general, las hemorragias en cirugía bucal no son mortales, aunque conocemos algunas alarmantes.

Se mejorará el estado general (pulso, tensión, corazón), administrando tónicos cardiacos (aceite alcanforado, --cardiazol) y se tratará de reemplazar la sangre perdida por --la inyección de suero glucosado, transfusión sanguínea y medicamentos coagulantes (ergotina, coaguleno).

Hematoma. Accidente frecuente, que escapa la mayor parte de las veces a nuestras mejores previsiones, consiste --en la entrada, difusión y depósito de sangre en los tejidos --vecinos al sitio de la operación. El "tumor sanguíneo" puede adquirir un volumen considerable, con el consiguiente cambio de coloración del lugar de la operación, la piel y sus vecindades.

La encía que cubre la región operatoria se pone turgente y dolorosa. Las regiones vecinas acompañan la tumefac--ción sanguínea y el todo adquiere un aspecto inflamatorio.

El hematoma puede llegar a supurar, dando en estas ocasiones repercusión ganglionar, escalofríos y fiebre.

La conducta en semejantes casos debe ser expectante. Después de un tiempo variable y con suma lentitud el hematoma se reabsorbe: cuando supura, se trata como un absceso, inci--diéndolo a bisturí o galvanocauterío. Algunas veces puede intentarse disminuir la tensión absorbiendo con una jeringa la sangre, todavía líquida, del hematoma.

El hematoma puede originarse también por desgarramiento o ruptura de un vaso, en las maniobras de anestesia.

INFECCION. A pesar de las condiciones sépticas del campo operatorio, la infección no es común.

Puede sobrevenir a raíz de una operación, flemones, abscesos, celulitis y aún procesos de mayor intensidad e im--portancia, tales como el flemón circunscripto o el flemón di-

fuso del suelo de la boca, muy graves en la época prepenicilina.

DOLOR.— El dolor postoperatorio, que se presenta a causa del tratamiento operatorio, debe ser calmado por medicamentos preconizados para tal objeto: excepcionalmente morfina. El frío colocado a intervalos, sobre la región operada. Calma en las primeras horas, los dolores operatorios.

Cuando sea necesario (náusea postanestésica o dolor a la deglución que impidan medicar al paciente por vía oral), pueden administrarse los analgésicos por vía rectal, en forma de supositorios, que se expenden en el comercio bajo distintas fórmulas.

ALVEOLITIS.

La alveolitis, es decir, la infección pútrida del alveolo dentario después de una extracción, es una complicación frecuente, la más molesta y más engorrosa de la exodoncia. Para su producción intervienen diversos factores; la con ju nción de algunos de ellos desatan esta afección, que en muchas oportunidades adquiere caracteres alarmantes, por la intensidad de uno de sus síntomas: el dolor.

Cabanne considera que este proceso se presenta de maneras diversas: "a) Formando parte del cortejo de inflamaciones óseas más extendidas, osteítis óseas, flemones perimaxilares, etc.; b) inflamación a predominio alveolar, con un alvéolo fungoso, sangrante y doloroso, alveolitis plástica y c) Alveolitis seca, alvéolo abierto, sin coágulo, paredes óseas expuestas, dolorosas, tejido gingival poco infiltrado, muy doloroso también, sobre todo en los bordes.

"En el primer tipo, la lesión alveolar forma parte de una gran lesión inflamatoria, sería aveces porque su exten sión llega a desbordar los límites de la odontología. Sin embargo, es necesario hacer notar que existe dentro del conjunto de estas lesiones, la posibilidad de los casos siguientes de alveolitis (b y c).

"En el segundo, (b), se trata en general de reaccio

nes ante cuerpos extraños, sobre todo esquirlas óseas y a veces esquirlas dentarias de dientes fracturados.

La clase (c) es típica. Generalmente después de una extracción laboriosa, sin lesión previa alveolar y con más razón si la hubo, se nos presenta una lesión en que por falta - inmediata o por desaparición prematura del coágulo, el alvéolo abierto queda en comunicación con la cavidad bucal, con -- sus paredes óseas desnudas y sus bordes gingivales separados. Las paredes óseas tienen un color grisáceo, parecen de piedra pómez, no se ven los puntos rojos del tejido aerolar; las -- areolas parecen deshabitadas. Sin embargo, no se forma secuestro y pasan 8, 15, 20 y más días antes que el proceso cicatrizal se revele y durante ese tiempo el síntoma dolor acompaña la lesión con una tenacidad continua".

Este es el cuadro clínico de esta complicación. Una verdadera alveolalgia, que se irradia por las ramas del trigémino y para cesar la cual los tratamientos son a veces insuficientes.

Acabamos de decir que para la producción de las alveolitis intervienen una cantidad de factores; el principal -- es el traumatismo operatorio, el cual debe actuar junto con -- otros:

a) Anestesia local: los productos químicos que se -- emplean en la anestesia local tienen un indudable poder tóxico sobre los tejidos perialveolares. Al ser extraído bajo anestesia local un diente portador de un proceso apical, de una lesión del periodonto y de una alveolitis, las condiciones infecciosas se exageran y se instala una alveolitis postoperatoria.

b) El estado general del paciente, debilitado por -- una enfermedad general o con trastornos metabólicos varios.

c) Entre los factores traumáticos hay que mencionar la excesiva presión sobre las trabéculas óseas realizada por los elevadores, las violencias ejercidas sobre las tablas alveolares, la elevación de la temperatura del hueso, debida al uso sin medida y sin control de las fresas; por eso es verdad

la frase de Zimmer: "A mayor trauma quirúrgico, mayor cuidado postoperatorio". Recordamos a este propósito, la importancia - del trauma y la manera de evitarlo por el empleo de las técnicas de la extracción por alveolectomía y odontosección.

d) Los factores bacterianos tienen importancia en - alveolitis.

SCHROFF Y BARTELS dicen que los principales invasores son los del tipo anaerobio, especialmente bacilos fusiformes y espiroquetas. Esta bacteria, por efecto de sus toxinas y por una acción sobre las terminaciones nerviosas del hueso alveolar, sería la productora del dolor alveolar.

Para ORLEANS, las causas de dolor postoperatorio se deberían a las siguientes razones:

- a) Irritación debida a bordes cortantes de hueso.
- b) Trozos de hueso que irritan e inflaman el alvéolo; secuentros.
- c) Traumatismo en el alvéolo, debido a raspado con cucharillas que pulen el hueso. Por el mismo mecanismo, extracciones laboriosas bruñen la superficie interna de los alvéolos.
- d) Permanencia en los alvéolos de raíces, cuerpos - extraños, restos de granulomas, quistes, etc.
- e) Estados generales que condicionan dificultades - en la cicatrización; diabetes, fiebres.
- f) La anestesia local.

Para SCHERMAN, la acción de salivar causa una presión negativa, la cual a su vez libera el alvéolo de su coágulo protector.

Sobre la localización de la alveolitis, se puede decir que en el maxilar inferior es muchísimo más frecuente que en el superior. Los alvéolos más atacados son los de los molares; entre estos, el del tercer molar.

KROGH, sobre 6,403 dientes, extraídos en 2110 pacientes, hace un cuadro sobre la localización de esta afección.

La sintomatología de la alveolitis (dry-socket) es variada e intensa; como dijimos, el dolor, con las características anotadas, domina el cuadro.

El alvéolo donde se localiza la afección se presenta con sus bordes tumefactos: las paredes bucal y lingual ligeramente rojizas y edematizadas. Todo el alvéolo recubierto de un magma gris-verdoso, maloliente. En ocasiones, y ésta es la característica que le ha dado el nombre de alvéolo seco, -son las paredes alveolares sin coágulo.

CONCLUSIONES.

Los problemas de impactaciones en los Terceros Molares Inferiores, es muy frecuente en nuestra población; causan do molestias muy engorrosas a nuestros pacientes.

En la Cirugía Maxilofacial he llegado a la conclu-- sión que para obtener éxito en nuestro diagnóstico y trata-- miento, es muy importante lograr una buena y completa histo-- ría clínica, un perfecto estudio radiográfico; tomar muy en - cuenta las medidas de asepsia y antisepsia para nuestro tratamiento.

La experiencia me ha demostrado que la extracción - exitosa de un tercer molar inferior retenido con un mínimo de trauma, depende de una técnica operatoria aplicable al tipo - de caso presentado.

A través del presente trabajo trato de dar un enfo-- que general sobre la importancia de las impactaciones y los - problemas que causa. Esto me hizo conocer más a fondo su ori-- gen, y que mejor forma que realizar mi tesis a ese fin.

Por medio de esta tesis se pueden guiar los profe-- sionistas y estudiantes de odontología, llevando a cabo las - indicaciones y contraindicaciones que menciono; y así lograr una exitosa cirugía.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.
Cuarta Edición.
Gustavo Kruger
Interamericana.
- 2.- CIRUGIA BUCAL
Tomo I
Sterling U. Mead
Washington
Traducción al castellano de la tercera Edición
en inglés por Oscar G. Carrera.
Unión Tipográfica Editorial.
Hispano-Americana, México.
- 3.- ODONTECTOMIA
IMPACTACIONES
Walter C. Guralnick
- 4.- CIRUGIA BUCAL.
Walter C. Guralnick
Editorial Salvat.
- 5.- CIRUGIA BUCAL
Walter C. Guralnick
Editorial Salvat.
- 6.- EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.
Ries Centeno.
- 7.- CIRUGIA BUCAL PRACTICA
Daniel Waite
Editorial C.E.C.S.A.