



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**GENERALIDADES Y TECNICAS
QUIRURGICAS DE LOS DIENTES
RETENIDOS**

630

A handwritten signature, possibly 'R. Villalobos', is written in a cursive style next to the number 630.

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A N:

**ROBERTO ALEJANDRO VILLALOBOS CORDERO
RODOLFO VILLALOBOS CORDERO
JOEL ROGELIO NAVARRO MARMOLEJO**

MEXICO, D. F.

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

Pág.

CAPITULO I

Introducción	1
Breve Historia de la Cirugía	3

CAPITULO II

Dientes Retenidos	9
Dientes Impactados	
Etiología de los Dientes Retenidos	
Causas Embiológicas	
Causas Mecánicas	
Causas Generales	
Frecuencia de los Dientes Retenidos	

CAPITULO III

Accidentes originados por los dientes retenidos	15
Accidentes mecánicos	15
Accidentes infecciosos	16
Accidentes nerviosos	17
Accidentes Tumorales	18
Quistes dentígeros	19
Maloclusión traumática	19

CAPITULO IV

Accidentes de erupción del tercer molar inferior	22
Raza	22
Sexo	22
Edad	23
Patología Clínica	24
Clasificación de los accidentes de erupción del tercer molar inferior	25
Accidentes mucosos	26
Accidentes nerviosos	28
Accidentes celulares	28
Accidentes Óseos	30

CAPITULO V

Clasificación de los terceros molares inferiores retenidos	35
Clasificación de las posiciones del tercer molar inferior retenido	36
Posición Vertical	37
Posición Mesio-angular	39
Posición Horizontal	43
Posición Disto-angular	45
Posición Linguo-angular	47
Posición Buco-angular	47
Posición Paranormal	47

CAPITULO VI

Generalidades y Nociones de las Técnicas Radiográficas	49
Radiografía Periapical	50
Radiografía Oclusal	52
Radiografía Extrabucal	53
Tipos de Incisiones	55
Indicaciones para la extracción de dientes retenidos	60
Contraindicaciones	61
Tiempos operatorios	61

CAPITULO VII

Técnicas quirúrgicas correspondientes a las posiciones del tercer molar inferior	71
Posición Vertical	71
Posición Mesio-angular	78
Posición Horizontal	87
Posición Disto-angular	96
Posición Linguo-angular	100
Posición Paranormal	103
Tratamiento Post-operatorio	105

CAPITULO VIII

Tercer Molar Superior Retenido	108
Clasificación de los terceros molares superiores retenidos	108

	Pág.
Posición Vertical	109
Posición Mesio-angular	109
Posición Disto-angular	109
Posición Horizontal	111
Posición Paranormal	111
Extracción Quirúrgica del tercer molar superior retenido	111
Posición Vertical	111
Posición Mesio-angular	113
Posición Disto-angular	115
Posición Paranormal	115
Extracción de los terceros molares superiores retenidos con sus raíces Incompletas	116
Tratamiento post-operatorio	118

CAPITULO IX

Caninos Superiores Retenidos	121
Factores Etiológicos	121
Clasificación de los caninos Superiores Retenidos	123
Técnica para la extracción de caninos Superiores Retenidos por vía palatina	125
Técnica para la extracción de caninos Superiores en posición Vestibular	130
Extracción de los caninos en Maxilares Desdentados	134
Extracción de los caninos Inferiores Retenidos	135
Clasificación de los caninos Inferiores	135
Técnica para la extracción de los caninos Inferiores en posición Vestibular	138
Extracción de caninos Inferiores en posición Lingual	140

CAPITULO X

Premolares Superiores e Inferiores Retenidos	143
Complicaciones durante la extracción de los dientes Retenidos o después de ella	144
Conclusiones	148
Bibliografía	149

CAPITULO I

Introducción

Breve Historia de la Cirugía

INTRODUCCION

Los antropólogos afirman que el crecimiento del cerebro del hombre agranda su caja craneana a expensas de sus maxilares. La línea prepituitaria que se deslizaba hacia adelante desde la frente retruida al maxilar protuida en las formas prehumanas se ha vuelto casi vertical en el hombre moderno a medida que ha disminuido la cantidad de dientes.

Una dieta más blanda y refinada que requiere menos masticación favorece esta tendencia, haciendo innecesario un aparato masticatorio poderoso. Mayores cantidades de personas tienen dientes retenidos por esta razón y por otras.

En la antigüedad, se contaba con escasas indicaciones para la extracción de un diente retenido, posiblemente la única indicación fuera la de una pericoronitis de un tercer molar e impactado parcialmente, en esos tiempos el paciente soportaba los riesgos de una cirugía rudimentaria. En la actualidad se cuenta con instrumental apropiado para la extracción de cualquier diente retenido, así como la ayuda valiosa que se lleva a cabo con los Rx.

El propósito de este tema es presentar las variantes posiciones y desviaciones que existen en los dientes retenidos y la utilización de técnicas eficientes para la extracción de éstos, que podrán ser aplicadas con las variantes propias de las circunstancias en cada caso particular. En estas técnicas rea

lizamos una ostectomía y una odontosección.

Una ostectomía necesaria para abordar las caras dentarias y disminuir los riesgos operatorios, logrando la útil aplicación de la mecánica de la palanca sin traumatismo ni complicación; y la odontosección que nos permitirá eliminar fragmentariamente una pieza retenida, también sin traumatismo, sin exagerada ostectomía, siguiendo las leyes de una cirugía ingeniosa.

En un análisis final, el valor de una técnica radica en su capacidad para ofrecerle al paciente, un servicio profesional satisfactorio.

BREVE HISTORIA DE LA CIRUGIA

Etimológicamente, Cirugía tiene su origen en las palabras griegas KHEIR (mano) y ERGON (obra). La enciclopedia la define como: sección de las ciencias médicas que comprende el estudio y tratamiento de las enfermedades que más ordinariamente reclaman la intervención operatoria o manual.

La cirugía puede ser considerada en sus distintos aspectos: como medio terapéutico de urgencia, en los casos en que se requiera una intervención inmediata e inaplazable, o bien como recurso profiláctico como restauradora de las funciones orgánicas, como agente corrector de la morfología, como reparadora de pérdida de tejidos o en su aspecto conservador o mutilador.

Es tan antigua la cirugía como la humanidad misma, Homero en la Iliada hace muchas referencias quirúrgicas. En el sitio de Troya el ejército contaba con notables cirujanos, según se puede deducir de los relatos hechos a este respecto. Milsoscientos años de la era cristiana, Macaón y Podalyro ejercían la cirugía según los preceptos de su padre Esculapio.

En el siglo glorioso de Pericles, época del máximo esplendor del genio griego, aparece Hipócrates como fundador de una escuela clásica y como el primer maestro que dio a conocer sus doctrinas por medio de escritos: la obra de Hipócrates fue continuada por sus hijos y por su yerno Polibes y completada por los discípulos.

En Roma, durante los primeros cinco siglos, la medicina fue empírica y según refiere Catón, sólo la ejercían los esclavos y algunos médicos o empíricos griegos. La ciencia era suplantada por procedimientos caseros tradicionales.

En tiempos de Augusto, Celso publicó su tratado de medicina que puede considerarse el resumen del adelanto médico y quirúrgico apegado a las doctrinas de Alejandría. Celso dividió la medicina en tres partes; la dietética, la farmacología y la cirugía. En sus libros hace resaltar las indicaciones quirúrgicas acerca de la sangría, las enfermedades de las articulaciones, las heridas penetrantes de pecho y vientre, la doble ligadura y sección intermedia de los vasos y el uso de la cauterización en los derrames sanguíneos.

Hacia el año 131 de la era cristiana nace en Pérgamo --- (Asia Menor) Galeno, hijo de Nicón, senador de Pérgamo; Galeno abre una época memorable en la historia de la medicina por el gran acopio de conocimientos que legó y su dedicada adición a la anatomía. Si bien Hipócrates es el padre de la medicina, Galeno marcó un camino seguro de clasicismo puro, pedestal de la ciencia médica actual.

La evolución posquirúrgica difícil con complicaciones generalmente infecciosas, por el desconocimiento de las reglas de asepsia, fue otra causa de impedimento en el progreso quirúrgico.

Pasteur marcó una nueva ruta con sus descubrimientos y--

teorías acerca de la acción de los gérmenes como agentes patógenos. Sin embargo subsistía el problema del dolor, el período de los anestésicos principia en 1875, el químico Humphry -- Davy descubrió las propiedades anestésicas o analgésicas del protóxido de nitrógeno o gas hilarante, los resultados obtenidos fueron desfavorables. La primera anestesia por ÉTER con fines quirúrgicos se debió a W.C. Long, médico de Atenas, en la misma fecha JACKSON había comprobado accidentalmente, en sí mismo, la acción anestésica que producía la inhalación de los vapores de éter.

Cuatro años más tarde el dentista Morton de Boston, utilizó este medio para practicar extracciones dentarias, el éxito fue completo demostrando que el grave problema de la anestesia quirúrgica estaba prácticamente resuelto.

La adquisición de estos conocimientos dio como resultado el establecimiento de tres grandes postulados de la cirugía:

1. Evitar el dolor
2. Prevenir la infección
3. Cohibir la hemorragia

La enseñanza de estos principios es el dominio de la técnica quirúrgica, que proporciona un conjunto de reglas y conocimientos necesarios para realizar una buena intervención.

La técnica quirúrgica proporciona la habilidad requerida para efectuar una operación, en el menor tiempo posible sin da

lor, con poca o ninguna hemorragia y sin infección consecutiva.

Estos requisitos tienen como principal objetivo el restablecer el equilibrio fisiológico, pues si intervenimos en tejidos vivos no podemos de ninguna manera apartarnos de las condiciones propias de dichos elementos, así como tampoco de la función característica de cada uno de ellos.

Los odontólogos de la generación pasada pensaban ya en el día en que los pacientes disfrutarían de una odontología -- preventiva con suma facilidad, actualmente existen más odontólogos que antes, y éstos pueden brindar servicios dentales más perfeccionados a un mayor número de pacientes, en cuanto se admitió que la odontología era una profesión docta de salud, el diente impactado fue considerado como un problema de salud dental, cuando hace un siglo los dentistas trataban poblaciones -- inexpertas y predominantemente rurales, las indicaciones para la eliminación de los dientes impactados eran pocas, quizá la única indicación de extracción era la pericoronitis fulminante en un tercer molar parcialmente impactada siempre y cuando el paciente pudiera resistir los rigores de la cirugía de antes.

El advenimiento de la anestesia, de técnicas para dominar el dolor y la ansiedad de antibióticos, el perfeccionamiento de aparatos de radiología, la elaboración de equipos e instrumentos cortantes de alta velocidad nos han proporcionado -- los medios necesarios para poder realizar la eliminación en ca si todos los tipos de dientes impactados por medios de procedi

mientos seguros y relativamente sin dolor.

La mayor conciencia de la gente y el creciente nivel de vida han fomentado una demanda cada vez mayor de tratamientos preventivos, el objetivo de la eliminación preventiva de dientes impactados es evitar el dolor, sufrimiento, infección grave, pérdida de dientes o de partes o de todo el maxilar.

*Me atrevería a decir que la extracción de dientes impactados se reditúa con creces a lo largo de la vida si pensamos en el sin número de problemas que puede acarrear la conservación de dichos dientes.

* KRUGER.

CAPITULO II

Dientes Retenidos

Dientes Impactados

Etiología de los Dientes Retenidos

Causas Embriológicas

Causas Mecánicas

Causas Generales

Frecuencia de los Dientes Retenidos

DIENTES RETENIDOS

Dientes Retenidos. (Incluidos, impactados).

Son 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:-- cuando el diente está completamente rodeado por tejido óseo -- (retención intraósea) o el diente está cubierto por la mucosa-gingival (retención subgingival).

Impacción Parcial.

Es aquel diente cuya erupción no es completa clínicamente, el diente es visible, pero a menudo está en posición anormal y siempre se halla cubierto por tejido blando o hueso en cantidades variables.

Impacción Potencial.

Corresponde a un diente no erupcionado que conserva el potencial para erupcionar pero con toda probabilidad ocupará-- al salir posición y función anormales debido a un obstáculo, a menos de realizarse una intervención quirúrgica, esto se considera como una impacción potencial, el diente cuya posición es anormal y no realiza la función correcta en la arcada dental-- es un diente no erupcionado que se transformará en un diente-- impactado si no logra desplazarse a su posición normal y asumir la posición correcta en un tiempo razonable, generalmente se considera en un plazo de dos años después del momento pre--

visto para la erupción normal está dentro de límites normales.

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

Generalmente se utiliza la palabra inclusión para significar parcial o total de un diente, del análisis de las dos expresiones hallamos que inclusión es la acción de encerrar o comprender una cosa dentro de otra y retención es la de suspender total o parcialmente una acción, de este simple comentario se deduce que mientras inclusión tiene el significado de introducir totalmente, el de retención admite la retención total o parcial de una acción de un proceso.

Hay un número de dientes con mayor predisposición para quedar retenidos: tales son los caninos y terceros molares.

ETIOLOGIA

El diente que está destinado a hacer su normal erupción y aparecer en la arcada dentaria, como sus congéneres erupcionados, encuentra en su camino un obstáculo que impide su proceso dinámico como es la erupción.

Podemos clasificar las razones por las cuales el diente no hace erupción, de la siguiente manera:

- 1.- Por razones embriológicas.
- 2.- Por obstáculos mecánicos.
- 3.- Por causas generales.

RAZONES EMBRIOLOGICAS.

(Radasch 1927). Sostiene que la inclusión son exclusiva mente de carácter embriogénico, trastornos de las relaciones-- que normalmente existen entre el folículo dentario y la cresta alveolar, en las diversas fases de su evolución.

Estos cambios de evolución que sufren las estructuras -- producen alteraciones en la formación del tejido óseo, haciendo éste desplazar al folículo dentario.

OBSTACULOS MECANICOS.

Este factor etiológico lo podemos dividir de la siguiente manera:

a) Falta material de espacio, podemos considerar varias posibilidades: el germen del tercer molar inferior debe desarrollarse entre una pared inextensible (cara distal del segundo molar) y la rama del maxilar inferior. El germen del canino superior se encuentra en lo más elevado de la fosa canina.- Cuando se encuentre completada la calcificación del diente, y en los maxilares de dimensiones reducidas no tiene lugar para- ocupar su sitio normal en la arcada, se lo impiden el incisivo

premolar que ya están erupcionados.

hueso de tal condensación, que no pueda ser vencido-- en el trabajo de erupción (enostosis).

c) El impedimento que se opone a la normal erupción puede ser: un órgano dentario, dientes vecinos, que por hacer extracciones prematuras de dientes temporales han acercado sus coronas, constituyendo un obstáculo mecánico para la erupción de los dientes permanentes.

d) Elementos patológicos que impiden a la normal erupción dentaria: dientes supernumerarios, tumores odontogénicos. Los tumores denominados odontomas son factores que obstaculizan mecánicamente la erupción dentaria.

CAUSAS GENERALES.

En todas las enfermedades en donde exista una directa relación con las glándulas endócrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencias de dientes. Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio (raquitismo y las enfermedades que le son propias) tienen también influencia sobre la retención dentaria.

FRECUENCIA DE LOS DIENTES RETENIDOS

La frecuencia que corresponde a los dientes retenidos, según Berten-Cieszynski, es la siguiente:

lateral y el premolar que ya están erupcionados.

b) Hueso de tal condensación, que no pueda ser vencido-- en el trabajo de erupción (enostosis).

c) El impedimento que se opone a la normal erupción puede ser: un órgano dentario, dientes vecinos, que por hacer extracciones prematuras de dientes temporales han acercado sus-- coronas, constituyendo un obstáculo mecánico para la erupción-- de los dientes permanentes.

d) Elementos patológicos que impiden a la normal erup--- ción dentaria: dientes supernumerarios, tumores odontogénicos. Los tumores denominados odontomas son factores que obstaculi-- zan mecánicamente la erupción dentaria.

CAUSAS GENERALES.

En todas las enfermedades en donde exista una directa re-- lación con las glándulas endócrinas pueden ocasionar trastor-- nos en la erupción dentaria, retenciones y ausencias de dien-- tes. Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio (ra-- quitismo y las enfermedades que le son propias) tienen también influencia sobre la retención dentaria.

FRECUENCIA DE LOS DIENTES RETENIDOS

La frecuencia que corresponde a los dientes retenidos,-- según Berten-Cieszynski, es la siguiente:

Tercer molar inferior.....	35 %
Canino superior.....	34 %
Tercer molar superior.....	9 %
Segundo premolar inferior.....	5 %
Canino inferior.....	4 %
Incisivo central superior.....	4 %
Segundo premolar superior.....	3 %
Primer premolar inferior.....	2 %
Incisivo lateral superior.....	1.5 %
Incisivo lateral inferior.....	0.8 %
Primer premolar superior.....	0.8 %
Primer molar inferior.....	0.5 %
Segundo molar inferior.....	0.5 %
Primer molar superior.....	0.4 %
Incisivo central inferior.....	0.4 %
Segundo molar superior.....	0.1 %

El número de dientes retenidos en un mismo paciente es variable. Existen personas que no padecen ningún trastorno aparente, conservando sus cuatro terceros molares o estos dientes y sus caninos superiores.

CAPITULO III

Accidentes originados por
los dientes retenidos

Accidentes mecánicos

Accidentes infecciosos

Accidentes nerviosos

Accidentes Tumorales

Quistes dentígeros

Maloclusión traumática

ACCIDENTES ORIGINADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS

Todo diente retenido es susceptible de producir trastornos de índole diversa, a pesar de que muchas veces pasan inadvertidos y no ocasionan ninguna molestia al paciente portador. Esos accidentes los podemos clasificar de la manera que sigue:

ACCIDENTES MECANICOS

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

a) Trastornos sobre la colocación normal de los dientes. El trabajo mecánico del diente retenido, en su intento de desinclusión, produce desviaciones en la dirección de los dientes vecinos y aún trastornos a distancia, como el que produce el tercer molar sobre el canino e incisivos, a los cuales desvía de su normal dirección, produciendo entrecruzamiento de dientes y conglomerados antiestéticos.

b) Trastornos sobre la integridad anatómica del diente.- La constante presión que el diente retenido o su saco dentario ejerce sobre el diente vecino, se traduce por alteraciones del cemento (rizalísis), en la dentina y aún en la pulpa de estos dientes.

Como complicación de la invasión 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 protésico que originan en múltiples ocasiones los dientes retenidos. Tenemos-- la confirmación de estos trastornos con innumerables casos, -- los cuales pueden concretarse como sigue: pacientes portadores de aparatos de prótesis advierten que sus chapas basculan en-- la boca y no se adaptan con la comodidad a que estaban acostumbrados.

Haciendo un examen clínico descubre una protuberancia en la encía y una radiografía aclara el diagnóstico de una retención dentaria. El diente, en su trabajo de erupción, cambió-- la arquitectura del maxilar con las naturales molestias.

ACCIDENTES INFECCIOSOS

Estos accidentes están dados, en los dientes retenidos-- por la infección de su saco pericoronario. La infección de es te caso puede originarse por distintos mecanismos y por distin tas vías.

a) Al hacer erupción el diente retenido, su saco se abre espontáneamente al ponerse en contacto con el medio bucal.

b) El proceso infeccioso puede producirse como una complicación apical o periodóntica de un diente vecino.

c) La infección del saco puede originarse por la vía hemática.

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

Los procesos infecciosos del saco folicular, que acabamos de considerar pueden actuar como "infección focal", produciendo trastornos de las más diversas índoles y a distancia. Sobre los órganos vecinos (como ejemplo, el seno maxilar o las fosas nasales) la presencia de un diente retenido da trastornos diversos.

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. Con-- todo, los verdaderos procesos neurálgicos por terceros molares retenidos, no son tan frecuentes como el número de tales dientes; aún en molares, que después de extraídos, un surco creado por el conducto dentario, los dolores son excepcionales.

Maurel y Cantonnet han observado un caso de ulceración-- persistente de la córnea en relación con un tercer molar retenido, en el límite de la bóveda palatina, en la fosa pterigo-- maxilar.

Glasserman observó en un caso que ataques epilépticos -- que se repetían con frecuencia, y que iban precedidos por dolores en la región nasal, desapareciendo después de la extrac--- ción de un diente retenido.

Nodine A. (aberrant teeth. "Dent. Items of int"., 66:41, 1943), presenta varios casos de trastornos mentales, que eran originados por dientes retenidos.

ACCIDENTES TUMORALES

Tienen su origen indudablemente en la hipergénesis del-- saco folicular a expensas del cual se originan. Todo diente-- retenido es un quiste dentífero en potencia.

Los dientes portadores de tales quistes emigran del si-- tío primitivo de iniciación del proceso, pues el quiste en su-

crecimiento rechaza centrifugamente el diente originador.

QUISTES DENTIGEROS

Un quiste dentífero contiene una corona de un diente no erupcionado o una anomalía dentaria tal como un odontomo. Estos quistes se desarrollan después del depósito del esmalte, y probablemente son el resultado de cambios degenerativos en el epitelio reducido del esmalte.

Si los quistes se forman cuando un diente está erupcionando, se los denomina quistes de erupción. Estos quistes interfieren con la erupción normal de los dientes.

Los quistes de erupción se encuentran más comúnmente en niños y adultos jóvenes y pueden estar asociados con cualquier diente. Si el tratamiento está indicado, todo lo que se requiere es una incisión simple y la eliminación de su techo.

Los quistes dentíferos agrandados pueden provocar un desplazamiento marcado de los dientes. La presión del líquido -- acumulado por lo general desplaza al diente en dirección apical y, frecuentemente, se detiene el desarrollo radicular.

MALOCCLUSION TRAUMATICA

Por su posición y la fuerza de la erupción de dientes---

parcialmente impactados, pueden provocar modificaciones en la forma de la arcada dental; debidas al desplazamiento de otros dientes y que provocarán la maloclusión traumática correspondiente.

Se observa desplazamiento uni y bilateral de los premolares inferiores, cuando los terceros molares inferiores, parcialmente erupcionados tratan de abrirse camino en una arcada dental demasiado pequeña para contenerlos, así mismo los dientes parcialmente impactados favorecen la erupción exagerada de sus dientes antagonistas después de estos dientes de erupción exagerada se verán involucrados en una mala oclusión traumática con trastornos periodontales en otros dientes y las consiguientes molestias y necesidad de un tratamiento adecuado.

CAPITULO IV

Accidentes de erupción del tercer molar inferior

Raza

Sexo

Edad

Patología Clínica

Clasificación de los accidentes de erupción del
tercer molar inferior

Accidentes mucosos

Accidentes nerviosos

Accidentes celulares

Accidentes óseos

ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR

En su retención, o en el intento de erupción, el tercermolar inferior produce una serie de accidentes patológicos diversos, de variado aspecto e intensidad que tienen lugar en todos los climas, en edades muy distintas, en los dos sexos y ambos lados de los maxilares.

RAZA

En individuos de raza blanca, por las razones mecánicas que serán consideradas, "la falta de sitio" desempeña un papel preponderante.

La raza negra está en general libre de todos estos procesos, su gran mandíbula permite la cómoda erupción de todos sus molares.

Los accidentes de erupción del tercer molar en la raza--blanca, y en individuos de nuestro país, aumentan en número y en intensidad en las últimas generaciones.

SEXO

Creemos encontrar un ligero predominio del sexo femenino en la producción de esta afección. Wirth da estas cifras:

Mujeres..... 101 48.4%

Hombres..... 108 51.6%

Entre los japoneses, Nishimura encuentra:

Mujeres..... 74 85 %

Hombres..... 69 %

Los estados fisiológicos femeninos exageran o despiertan los accidentes.

EDAD

La edad en que se presentan con mayor frecuencia estos procesos varía entre los 18 y 28 años. Se han tenido casos de pacientes de 15 años (niñas) y ancianos de 73, 78 y 82 años.

Wirth presenta un cuadro con las edades y su porcentaje en la producción de estos accidentes.

14 años	1	0.47%
15 a 20 años	35	17.2 %
21 a 25 años	112	53 %
26 a 30 años	34	16.3 %
31 a 35 años	13	6.7 %
36 a 40 años	4	2.4 %
41 a 45 años	3	1.4 %
46 a 50 años	1	0.47%
51 a 55 años	2	0.90%
56 años	1	0.47%
62 años	1	0.47%

PATOLOGIA CLINICA

Los accidentes de erupción del tercer molar inferior se deben a la infección del saco dentario (saco pericoronario).-- Para producirse la infección de este saco (pericoronitis), que tiene repercusiones locales, regionales y a distancia, es preciso que, por una parte, aumente la virulencia microbiana y -- disminuyan las defensas del organismo, y por otra, se establezca una puerta de entrada, la que está determinada por factores mecánicos: traumatismo sobre el *"capuchón" del tercer molar-- originados por las cúspides del diente en erupción, las cúspides de los dientes antagonistas o la acción conjunta de unas y otras.

Capdepon, explica la génesis de los accidentes del tercer molar por los siguientes mecanismos:

1. La cavidad virtual existente alrededor de la corona-- del diente retenido (cavidad del saco pericoronario, cavidad-- del saco folicular, de Capdepon), puede, por numerosas influencias patológicas, hacerse real (transformándose en quistes dentígeros) y ser el asiento de procesos infecciosos.

2. Los microorganismos basales que habitan en la cavidad bucal, por sus mecanismos de acción en cavidad cerrada, exacer

* "capuchón" es la porción de tejido gingival que cubre la cara oclusal del diente retenido y es asiento de frondosa patología.

ban su virulencia.

"Es fácil comprender, que cuando los microbios hayan penetrado entre el diente y la pared de la cavidad del saco folicular, escaparán a los diversos mecanismos de defensa de la cavidad bucal. Esta disposición anatómica, que hace posible la retencción microbiana, nos parece ser la condición primordial en la causa de los accidentes". (Capdepont).

3. La falta de sitio "ocupa todavía el primer lugar en la producción de los accidentes de los terceros molares retenidos" (reclus); el molar ha de emerger entre dos paredes inextensibles, como son la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama del maxilar; a estas razones debe agregarse la oblicuidad, en distinto grado, del tercer molar, que resulta de una disposición embriológica del folículo.

CLASIFICACION DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION

DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Los accidentes originados por el tercer molar son variados y de intensidad distinta; alcanzan todas las gamas y generan todos los cuadros clínicos: desde el proceso local de escasa importancia hasta el flemón gangrenoso del piso de la boca.

Estos accidentes se pueden clasificar clínicamente en:

1. Accidentes Mucosos.
2. Accidentes Nerviosos.

3. Accidentes Celulares.
4. Accidentes Oseos.
5. Accidentes Linfáticos o Ganglionares.
6. Accidentes Tumorales.

ACCIDENTES MUCOSOS

Comprenden las complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean el molar retenido. Su primer tipo es la pericoronitis.

Pericoronitis.- La pericoronitis es una lesión inicial y el accidente de alarma (Thibault). Se origina en la época de erupción del tercer molar, su comienzo puede ser brusco o incidioso.

a) Cuando es brusco, a nivel del capuchón que cubre el molar retenido total o parcialmente, se instala sin anuncio previo un proceso inflamatorio, con sus signos característicos: dolor, tumor, calor y rubor.

DOLOR.- Casi siempre precoz, adquiere todas las variedades. Puede quedar localizado en la región del capuchón o irradiarse en la línea del nervio dentario inferior, o tomar distintas vías. En ocasiones el dolor se ubica en el oído o a nivel del traquea.

Generalmente nocturno, aumenta con el roce de los alimentos o con su cambio de temperatura y se debe a fenómenos de -- compresión del saco pericoronario y de la mucosa inflamados, o a la existencia de una úlcera debajo del capuchón, originada-- por el roce de una cúspide del molar en erupción.

TUMOR.- La encía del molar se encuentra edematizada, aumentada de volumen "con la impresión de los dientes antagonistas". Una sonda introducida debajo del capuchón descubre la-- corona del diente retenido, cuya forma y ubicación comprobará-- la radiografía.

RUBOR.- La encía ha cambiado su color normal y se presenta rojiza o rojo violácea, y cubierta de abundante saburra, -- restos alimenticios y coágulos de sangre.

CALOR.- La vasodilatación consiguiente ocasiona un cambio en la temperatura de la región. Este cuadro inflamatorio-- no queda circunscrito al panorama local.

El estado general es rápidamente afectado: fiebre, anorexia, astenia. Los ganglios regionales son atacados (adenitis-- del ganglio de Chassaiquac). El trismus acompaña el proceso-- (reacción antárctica); la masticación está dificultada.

b) El comienzo insidioso de la pericoronitis está caracterizada por la aparición de dolores, generalmente leves; ligeros procesos inflamatorios que duran dos o tres días, trismus muy poco acentuados; entre el capuchón y el molar en erup

ción brotan unas gotas de pus y sangre y el proceso remite hacia un nuevo fenómeno inflamatorio.

ACCIDENTES NERVIOSOS

Los accidentes nerviosos originados por el tercer molar en erupción son idénticos a los producidos por los dientes retenidos, ya estudiados anteriormente. Sobre el nervio dentario pueden incidir trastornos reflejo-páticos y neurotróficos que se traducen en herpes, peladas, canicie, eccemas.

Entre los accidentes nerviosos debe considerarse el Trismus, verdadera reacción antálgica.

ACCIDENTES CELULARES

THIBAUT y BERCHER nos describen clínicamente la complicación celular (celulitis) de la pericoronitis.

ABSCESOS.- La inflamación, para constituir el absceso--- consiguiente, puede tomar varias vías:

a) Hacia adentro, arriba y atrás. La colección purulenta puede abrirse camino entre el músculo constrictor superior de la faringe y la amigdalina, produciendo abscesos del pilar anterior o subamigdalino de intensidad y gravedad variables.

b) Hacia atrás y arriba. Entre los fascículos del músculo temporal, el absceso puede abrirse camino hacia la fosa temporal.

c) Hacia adentro. Es una vía en que las disposiciones anatómicas permiten la prolongación de los procesos supurativos. Entre la cara interna del maxilar y la mucosa y los órganos de la región sublingual; el absceso puede ganar el suelo de la boca y situarse entre el músculo milohioideo y las regiones supra o subyacentes, dando procesos siempre graves, algunas veces mortales: angina de Ludwig, flemones circunscritos o difusos del piso de la boca.

d) Hacia afuera y atrás. Rodeando el borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior, el proceso infeccioso suele abrirse camino en dirección del músculo masetero. Atravesando la vaina muscular ocasionando un flemón maseterino o un absceso caracterizado por "un trismus intenso y la aparición, sobre la cara externa de la rama montante de una tumefacción a gran eje vertical, paralela a la dirección general del cuerpo del masetero" (Bercher).

e) Hacia afuera y adelante. Siguiendo también disposiciones anatómicas favorables, la colección purulenta se dirige hacia adelante, dando un absceso estudiado y clasificado por I. Chompret y C.L'Hirondel, quienes lo llamaron "migratorio del vestíbulo inferior o absceso buccinatomaxilar".

"El absceso buccinatomaxilar asiente en la parte media-- del maxilar inferior, delante del masetero. A este nivel la-- mejilla se levanta exteriormente, por una tumefacción más o me-- nos voluminosa, de tamaño aproximado al de una nuez o una man-- darina. La piel está tensa, su color permanece normal en cier-- tos casos; en otros, está roja o violeta. La palpación del pe-- queño tumor es dolorosa, pero el mentón y el ángulo del maxi-- lar son indoloros.

En la región infrahioidea lateral no hay reacción gan--- glionar ni empastamiento; la tumefacción, con la reacción ede-- matosa periférica es netamente facial".

ACCIDENTES ÓSEOS

Los accidentes óseos propiamente dichos, como complica-- ción de una pericoronitis, son sumamente raros; más aún, excep-- cionales.

CARANNE, en treinta y cinco años de práctica ha encontra-- do muy pocos casos de esta complicación ósea, pero todos, en-- general, extraordinariamente ruidosos: graves osteomielitis,-- con grandes secuestros.

Algunos autores Ombredanne entre ellos, sostienen que el tercer molar actuaría como un "bulbo óseo, fisiológicamente -- congestionado". La infección en tal caso sigue la vía hemáti--

ca. Con todo, son posibles accidentes óseos que se convierten en verdaderas osteftis, osteoflemones y osteomielitis.

Ries Centeno, reporta casos de osteftis y osteomielitis originados en pericoronitis o aún en quistes dentígeros que en volvían la corona del tercer molar retenido y como complicación inmediata de la infección del saco folicular. Característica importante fue que se trataba de terceros molares inferiores aislados en personas desdentadas totalmente o sin dientes en el sitio del accidente.

Otro proceso relativamente frecuente es la osteftis que se desarrolla entre el segundo y el tercer molar retenido en mesioversión, constituye un foco óseo susceptible de propagarse y dar cuadros sépticos de osteoflemones e infecciosos generales.

La infección del saco pericoronario que queda hacia el lado distal del tercer molar erupcionado total o parcialmente es también susceptible de dar procesos óseos locales y en algunos casos procesos óseos con repercusión a distancia (infección focal).

ACCIDENTES LINFATICOS O GANGLIONARES

Podemos decir que todas las infecciones del saco pericoronario se acompañan de su corte ganglionar. Los ganglios tributarios de la región del tercer molar son los subangulomaxila

res o sub-maxilares. Se trata por lo general de una adenitis que evoluciona de acuerdo con la marcha del proceso pericoronario y retrogada totalmente una vez terminada la afección del--saco pericoronario.

En las infecciones de gran virulencia, o cuando el estado general del paciente está resentido, la adenitis simple puede transformarse en un verdadero flemón del ganglio con repercusión sobre el estado general.

Se tiene instalado el adenoflemón: el ganglio está considerablemente aumentado de volumen, doloroso a la palpación y--espontáneamente, con tendencia a la supuración, la cual se --- abre camino por sí mismo o por intervención del cirujano.

El adenoflemón es un accidente común, su marcha y evolución se ha modificado favorablemente con los antibióticos.

ACCIDENTES TUMORALES

Los tumores originados por los terceros molares retenidos son los quistes dentígeros y los queratoquistes, estos pueden infectarse y dar procesos supurativos de gravedad variable, capaces de producir osteítis y osteomielitis.

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 todo como-

debieran, originar lo que los autores franceses denominan granuloma posterior o anterior o quistes marginal del tercer molar.

En tal caso, el saco pericoronario permanece adherido al cuello del diente en la porción distal o mesial, al abrigo de las presiones que puedan resorberlo. Perduran sólo su hemisferio posterior o el anterior y durante un tiempo conservan 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 origina su transformación en tejido de granulación, que a su vez genera procesos muy parecidos a los de la pericoronitis, actuando como una infección focal.

Introduciendo una sonda entre la corona del molar y la encía, se llega a una cavidad de tejidos blandos; por el surco abierto por la sonda brota un pus de color amarillo, maloliente.

CAPITULO V

Clasificación de los terceros molares inferiores retenidos

Clasificación de las posiciones del tercer molar inferior retenido

Posición Vertical

Posición Mesio-angular

Posición Horizontal

Posición Disto-angular

Posición Linguo-angular

Posición Buco-angular

Posición Paranormal

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

La clasificación que menciono posteriormente fue la sugerida por Pell y Gregory, incluyendo la clasificación de George B. Winter.

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 mesio-distal 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 mesio-distal de la corona del tercer molar.

Clase III:

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

B. Profundidad relativa al 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 del plano oclusal, pero por encima de la línea cervical del segundo molar.

Posición C.

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

C. La profundidad del eje longitudinal del tercer molar inferior retenido en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

- | | |
|-------------------|----------------------|
| 1. Vertical | 4. Mesio-angular |
| 2. Horizontal | 5. Disto-angular |
| 3. Invertido | 6. Vestíbulo-angular |
| 7. Linguo-angular | |

Pueden presentarse en:

- a) Desviación Vestibular
- b) Desviación Lingual
- c) Torsión

CLASIFICACION DE LAS POSICIONES DEL
TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

El tercer molar inferior retenido se presenta en distintas posiciones y en diferentes desviaciones con su cara mesial

libre o cubierta.

Estos detalles permiten estudiar una rigurosa clasificación del tercer molar, útil e indispensable para tener éxito quirúrgico.

Posición Vertical sin Desviación.

Cara mesial Accesible.

Se denomina así al tercer molar alineado detrás del segundo sin desviaciones en sentido bucal o lingual y con su cara mesial libre de hueso, o sea accesible. El hueso distal en estas retenciones puede terminar a nivel del cuello del tercer molar cubriendo su cara distal o continuarse con el hueso occlusal.

Cara mesial Inaccesible.

De características anatómicas que las del anterior, la diferencia reside en que la cara mesial está cubierta por hueso (y lo pueden estar también las otras caras del molar, haciendo que ésta se encuentre en retención ósea parcial o total). La inaccesibilidad del molar explica que no haya espacio interdentario.

Posición Vertical con Desviación Bucal.

Cara mesial Accesible.

El tercer molar está dirigido hacia afuera (lado bucal del maxilar); el hueso mesial se detiene a nivel del cuello --

del tercero y deja libre o accesible su cara mesial. Por lo-- demás, éste puede estar parcial o totalmente cubierto por la-- mucosa; en el primer caso sólo sus cúspides mesiales se hallan al descubierto.

Cara mesial Inaccesible.

La diferencia con el caso anterior estriba en que la cara mesial del retenido está cubierta por hueso mesial (no existe el espacio interdentario), y como el hueso vecino cubre a-- su vez en grado diverso las otras caras, el molar puede presentarse en retención intraósea parcial o total.

Posición Vertical con Desviación Lingual.

Cara mesial Accesible.

El molar se presenta dirigido hacia adentro, siendo su-- cara oclusal francamente lingual, (este tipo de posición puede denominarse tal, hasta cierto límite, porque cuando la corona-- está completamente dirigida hacia la lengua y sus raíces hacia la tabla externa, corresponde que se le clasifique como posición linguo-anular).

El hueso mesial deja al descubierto la cara mesial; sin-- embargo el molar puede estar cubierto en sus caras oclusal, -- distal, lingual y bucal por cantidades variables de hueso.

Cara mesial Inaccesible.

Semejante al tipo anterior, la diferencia reside en que-- la cara mesial está cubierta por hueso mesial y el hueso veci-

no puede cubrir las caras homónimas, a tal punto que por regla general estos molares son totalmente intraóseos.

Posición Vertical con desviación bucolingual.

Cara Mesial Accesible.

Si bien se presenta verticalmente colocado, el tercer molar está dirigido hacia la tabla externa (hacia bucal) y al mismo tiempo su cara oclusal está desviada hacia el lado lingual. La cara mesial, libre de hueso mesial, estando desviada hacia el lado bucal, la parte media del ángulo mesio-oclusal está en contacto con el ángulo distobucal de la corona del segundo molar y aún con la raíz de éste. Clínicamente se presentan totalmente cubierto por la mucosa, o sólo asoma la cúspide mesio-bucal.

Cara Mesial Inaccesible.

Se diferencia del tipo anterior en que la cara mesial está cubierta por hueso mesial, y el hueso vecino puede extenderse sobre las distintas caras, hasta el extremo de ofrecer molares en retención intraósea total.

Posición Mesio-angular sin Desviación.

Cara Mesial Accesible.

El eje mayor del tercer molar forma con el del segundo un ángulo agudo abierto hacia abajo; sus caras bucal y lingual coinciden con los planos homónimos de los molares anteriores y la cara mesial está libre de hueso mesial.

Los huesos bucal, lingual y oclusal pueden cubrir, en -- parte, las caras respectivas; lo común es que las dejen libres. La mucosa puede cubrir todas las caras del molar, dejando libre la oclusal.

Cara Mesial Inaccesible.

La diferencia con el tipo anterior reside en que la cara mesial se presenta protegida por hueso; las caras vecinas pueden estar parcial o totalmente cubiertas por hueso. El hueso oclusal cubre la cara homónima del molar retenido.

Posición Mesio-angular con Desviación Bucal.

Cara Mesial Accesible.

La angulación del tercer molar es la ya estudiada, pero su masa está dirigida hacia el lado bucal. El hueso mesial de ja libre la cara respectiva. En este tipo de retención el hueso distal se comporta de manera distinta con respecto a la cara distal del molar retenido, como que llega insensiblemente-- hasta su cuello o cubre la cara distal y se continúa en grado variable con el hueso oclusal. Clínicamente el molar se presenta por lo general con su cara oclusal, libre de mucosa o -- bien ésta cubre su tercio distal.

Cara Mesial Inaccesible.

Este tipo que es más frecuente que el anterior presenta como detalle diferencial el hueso mesial cubriendo la cara homónima del molar, que por otra parte puede encontrarse en completa retención ósea y por lo tanto cubierto también por la mu

cosa.

Posición Mesio-anular con Desviación Lingual.

Cara Mesial Accesible.

Con la angulación ya estudiada, la cara oclusal está dirigida hacia el lado lingual. En estas condiciones la cúspide mesiobucal del tercero, está colocada aproximadamente a nivel del centro de la cara distal del segundo molar; el plano lingual de los molares vecinos corta al tercero, a nivel mesial--deja libre la cara mesial; el extremo mesial del hueso bucal--deja también al descubierto esta cara, el hueso distal puede--proteger la cara distal del molar.

Clínicamente se presenta cubierto totalmente por mucosa, es raro que alguna cúspide, la distobucal o parte del ángulo--disto-oclusal puedan emerger en la cavidad bucal.

Cara Mesial Inaccesible.

A diferencia del tipo anterior, la cara mesial está recubierta por el hueso homónimo; el hueso bucal puede llegar hasta el ángulo buco-oclusal o rebasarlo para continuarse con el hueso oclusal, hueso que, por su parte cubre parcial o totalmente la cara oclusal (retenciones intraóseas totales); el distal protege la totalidad de la cara distal del retenido, pudiendo continuarse o no con el hueso oclusal. Clínicamente es es los molares están totalmente cubiertos por la mucosa.

Posición Mesio-angular con Desviación Bucolingual.

Cara Mesial Accesible.

Raros en la práctica, dado que por regla general los mesioangulares y los horizontales, en desviación bucolingual, -- presentan su cara mesial inaccesible, estos molares están dirigidos de atrás adelante, de abajo arriba y de afuera adentro. -- Por lo tanto su cara oclusal está desviada hacia el lado lingual, de tal forma que el punto medio del ángulo diedro mesio-occlusal de su corona está en contacto con el ángulo distobucal de la corona del segundo molar. Clínicamente se presentan totalmente cubiertos por la mucosa o alguna cúspide, queda al -- descubierto.

Cara Mesial Inaccesible.

Naturalmente, la diferencia con el tipo anterior reside en que la cara mesial está cubierta por hueso mesial. Las angulaciones son semejantes. El punto medio del ángulo mesio-occlusal del tercero puede ponerse en fuerte contacto con distintas porciones del segundo molar: con el ángulo distobucal-- de la corona con el cuello, por debajo de la curvatura de la-- cara distal o con el ángulo disto-bucal de la raíz distal, detalles que prestan un sólido anclaje al molar retenido. El -- hueso mesial cubre la cara mesial y los demás huesos protegen parcial o totalmente las caras respectivas. Estos molares pueden presentarse en total retención intraósea, y clínicamente-- en su mayoría están cubiertos por la mucosa.

Posición Horizontal sin Desviación.

Cara Mesial Accesible.

Situado horizontalmente en el maxilar, su eje mayor, forma con el del segundo, un ángulo recto abierto hacia abajo y-- atrás. Como corresponde a un molar sin desviación, la cara bucal y la lingual no sobrepasan los planos homónimos de los molares vecinos. Su cara mesial está libre de hueso mesial.

Cara Mesial Inaccesible.

La diferencia con el tipo anterior reside en la altura-- en que se encuentra la cara mesial por debajo de la línea cervical del segundo molar y en la presencia de hueso sobre esta cara, lo cual la hace inaccesible. Los molares en estas condiciones presentan las caras restantes cubiertas parcial o totalmente por hueso, de modo que ofrecen una retención intraósea-- total o bien dejan sus cúspides distales al descubierto.

Posición Horizontal con Desviación Bucal.

Cara Mesial Accesible.

El tercer molar se presenta con la angulación similar o-- la del tipo anterior, pero su masa está dirigida hacia el lado bucal. En estas condiciones un trozo de la corona del tercero se superpone a un segmento de la corona del segundo. Su cara-- mesial, libre de hueso homónimo, se ubica por lo general debajo del plano cervical de los molares vecinos.

Cara Mesial Inaccesible.

La diferencia con el tipo anterior reside en que el mo--

lar más profundamente colocado, presenta su cara distal por debajo del plano oclusal de los molares vecinos y su cara mesial cubierta por el hueso homónimo se encuentra próxima, a nivel o por debajo de los ápices del segundo molar. El tercero puede presentarse parcial o totalmente cubierto por los huesos vecinos y por las partes blandas.

Posición Horizontal con Desviación Lingual.

Cara Mesial Accesible.

El tercer molar forma con el segundo el ángulo que le corresponde, pero el eje mayor de aquel se presenta dirigido detrás adelante y de afuera adentro, detalle que permite que su cara oclusal, desviada hacia el lado lingual. La cara mesial se encuentra libre de hueso homónimo.

Cara Mesial Inaccesible.

En estos molares, con su cara mesial, cubierto por hueso homónimo, la mayor parte de las restantes están cubiertas por hueso.

Posición Horizontal con Desviación Buco-lingual.

Cara Mesial Accesible.

El molar retenido, con su anulación propia de su posición, está dirigido hacia el lado bucal y su cara oclusal, desviada hacia el lado lingual, esta cara oclusal se pone en íntimo contacto con el ángulo buco-distal del segundo. La cara mesial libre de hueso, esto es accesible. Esta forma de reten--

ción no es común; casi todos los molares mesio-angulares y horizontales se presentan con la cara mesial inaccesible.

Cara Mesial Inaccesible.

La cara mesial se encuentra cubierta por hueso mesial.-- Por regla general la retención intraósea es total y hay también, por lo tanto, cubierta mucosa. Su cara mesial puede estar a la altura o por debajo del ápice distal del segundo molar.

Posición Disto-angular sin Desviación.

Cara Mesial Accesible.

El eje mayor del tercero, forma con el segundo un ángulo agudo abierto hacia atrás y arriba, en tanto que la corona del retenido, está dirigida hacia la rama ascendente, el ángulo -- disto-oclusal de esta corona se sitúa en plena rama ascendente y la cara mesial está libre de hueso homónimo; el hueso distal cubre la cara distal, pero con interposición del saco pericoronario (normal o patológico).

Cara Mesial Inaccesible.

Presentación frecuente y serio problema quirúrgico, la diferencia con el tipo anterior radica en la cubierta ósea de toda la cara mesial; son además, en su mayoría, molares en retención intraósea total.

Posición Disto-angular con Desviación Bucal.

Cara Mesial Accesible.

Estos molares presentan una doble inclinación en su eje mayor; en efecto, este último forma, con el eje mayor del segundo un ángulo abierto hacia arriba y atrás tal como en el caso anterior, pero al mismo tiempo se desvía hacia afuera (hacia bucal), porque el tercer molar no se desplaza en bloque hacia el vestíbulo, sino que sus ápices están aproximadamente en la línea curva que une los ápices del primero y segundo molar.

Cara Mesial Inaccesible.

La diferencia con el tipo anterior reside en la falta de acceso a la cara mesial, cubierta por hueso homónima. Por lo general el molar se encuentra en retención intraósea total.

Posición Disto-angular con Desviación Lingual.

Cara Mesial Accesible.

Además de angulación correspondiente, el tercer molar -- presenta su eje mayor desviado hacia el lado lingual, y así su cara oclusal se dirige hacia la lengua. Es una presentación-- relativamente común. La cara oclusal y la cara mesial se encuentran libres de cubierta ósea.

Cara Mesial Inaccesible.

La diferencia con el tipo anterior reside en que estos-- molares están cubiertos por hueso (retención intraósea total)- y lo están también por la mucosa.

Posición Linguo-angular.

Cara Mesial Accesible o Inaccesible.

Bastante frecuente en la práctica diaria, estos molares-retenidos presentan su eje mayor horizontal, pero dirigido de afuera adentro, de modo que la cara oclusal que es vertical está dirigida hacia el lado lingual. Por regla general estos molares tienen sus raíces incompletamente formadas.

Posición Buco-angular.

Cara Mesial Accesible o Inaccesible.

El tercer molar retenido en posición buco-angular es una forma excepcional; su eje mayor horizontal como en el caso anterior, pero dirigido de adentro afuera, permite que la cara-oclusal esté dirigida hacia la cara externa o vestibular del maxilar en general, tales molares están en retención intraósea total, con la cara mesial inaccesible.

Posición Paranormal (invertida, ectópica, heterotópica).

El tercer molar inferior puede presentarse en posiciones que no encuadran en la clasificación que antecede; se consideran fuera o apartados de los tipos normales de retención y por eso se les denominan paranormales. Se encuentran por lo general de procesos patológicos.

CAPITULO VI

Generalidades y Nociones de las Técnicas
Radiográficas

Radiografía Periapical

Radiografía Oclusal

Radiografía Extrabucal

Tipos de Incisiones

Indicaciones para la extracción de
los dientes retenidos

Contraindicaciones

Tiempos operatorios

GENERALIDADES Y NOCIONES DE LAS TECNICAS RADIOGRAFICAS

Existen dos técnicas para exponer radiografías intrabucales y son: la técnica de la bisección y la técnica del paralelismo. La técnica del paralelismo es la superior de las dos por la exactitud y el detalle de imagen. Sin embargo, la técnica de la bisección definitivamente cumple su propósito, porque también permite radiografiar con exactitud los tejidos periféricos y una razonable detalle de imagen.

Los fracasos registrados en una intervención quirúrgica se deben a una falta o insuficiente 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.

En el caso del tercer molar inferior retenido, el borde anterior de la película debe estar colocado a la altura de la cara mesial del primer molar, o más distalmente si las condiciones anatómicas lo permiten, en la radiografía debe verse -- con precisión el diente a extraer en toda su extensión, las -- partes óseas vecinas y el segundo molar, muchos fracasos en la extracción del tercer molar inferior se deben a que no fueron señaladas con precisión las condiciones del diente retenido, -- por insuficiencia de imagen radiográfica debida a las fallas -- en la colocación de la película, película movida, insuficien-

te exposición y revelación de la misma.

No advirtiendo de antemano los detalles que exige una radiografía perfecta, la operación quirúrgica no puede ser planeada con exactitud ni realizada con éxito.

En el canino retenido, debe ubicarse bien el diente; es imprescindible ver la cúspide y el ápice, y conocer las relaciones de vecindad de estas porciones y de todo el diente con los órganos vecinos. La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo (densidad, rarefacción, presencia del saco pericoronario, existencia de procesos óseos pericoronarios).

Antes de encarar un problema quirúrgico de esta especie debemos verificar, con absoluta precisión, la clase a que pertenece el canino retenido (posición vestibular, o palatina, -- distancia de los dientes vecinos, número de caninos retenidos), u otra pieza dentaria para imponer el tipo de operación necesaria (vía de acceso, incisión, etc.). Sólo así evitaremos operaciones mutilantes, traumáticas y llenas de inconvenientes.

RADIOGRAFIA PERIAPICAL

Posición del paciente. Sentado en el sillón, cuyo respaldo estará perpendicular al piso.

Posición de la cabeza. Se orientará el maxilar de manera que quede paralelo al piso mediante el ajuste del cabezal.-

En el caso de la mandíbula la cabeza estará ligeramente inclinada hacia atrás, de manera que la línea oclusal se encuentre horizontal al piso.

Posición de la película. Se coloca en el interior de la boca con su eje mayor en posición vertical en dientes anteriores, en caso de los dientes posteriores su eje mayor, estará en forma horizontal. La película deberá sobresalir de la línea incisal u oclusal de dos a tres milímetros.

Debe instruirse al paciente para que sostenga la película en su posición exacta con el dedo pulgar, ejerciendo una ligera pero firme presión contra la superficie interior o lingual de la corona, revisando que el maxilar o la mandíbula esté paralelo al piso.

Posición del aparato de rayos x. El cono del aparato debe estar colocado perpendicular a la película. Se debe bisectar el ángulo para establecer la angulación vertical correcta.

La angulación horizontal se establece dirigiendo los rayos centrales a través de la línea media de la cara del paciente. El rayo central debe ser dirigido al centro de la película.

Las angulaciones Verticales en los dientes superiores --
son:

<u>1 1</u>	=	40° - 45° +
<u>2 3</u>	=	40° - 45° +
<u>4 5</u>	=	30° - 35° +
<u>6 7 8</u>	=	20° - 250° +

Las angulaciones Verticales en los dientes inferiores --
son:

<u>1 1</u>	=	20° - 15° -
<u>2 3</u>	=	20° - 15° -
<u>4 5</u>	=	15° - 10° -
<u>6 7 8</u>	=	0° - 5° -

RADIOGRAFIA OCLUSAL

Posición del paciente. El respaldo del sillón se inclinará hacia atrás.

Posición de la cabeza. La cabeza reclinada descendiendo el cabezal todo lo que le permita la comodidad del paciente.-- Luego se rotará la cabeza hacia el lado opuesto al del molar a radiografiarse.

Posición de la película. La película debe ser colocada entre ambas arcadas dentarias, lo más distalmente posible.

El paciente morderá con suavidad la película. Su ángulo disto-bucal ha de encontrarse ligeramente hacia arriba, con el

fin de permitirse insinuarse sobre la rama ascendente del maxilar inferior y la tuberosidad del maxilar superior, de esta ma-nera la película gana un poco de terreno y puede ser llevado-- más hacia atrás.

Posición del Aparato de Rayos x. El cono del aparato se coloca por debajo del borde inferior de la mandíbula, de mane- ra que el rayo central sea perpendicular a la película y pase- a través del maxilar y del eje mayor del molar retenido.

La radiografía oclusal dará la ubicación del tercer mo-- lar en su relación buco-lingual, la cantidad de hueso existen- te del lado bucal y del lado lingual, la relación del molar -- con la rama ascendente y la dirección antero posterior del mo- lar. Es necesario relacionar las radiografías periapicales y- oclusales con el objeto de precisar las relaciones anatómicas- y las condiciones del hueso que rodea el molar retenido.

RADIOGRAFIA EXTRABUCAL

Cuando existen ciertas condiciones que impiden la toma-- de la película intraoral (trismus, procesos inflamatorios, to- lerancia del paciente) está indicada la radiografía extraoral, a pesar de que los detalles y precisión de esta última nunca-- logran los efectos y la exactitud de la radiografía intraoral.

Posición del paciente. Sentado, el respaldo del sillón- verticalmente colocado.

Posición de la cabeza. Ligeramente inclinada hacia atrás y en ángulo de 20° ó 30° , respecto al eje central hacia el lado de radiografiar.

Posición de la película. La película para radiografía--extraoral se guarda dentro del chasis, con pantalla reforzada, el chasis se coloca con el eje mayor vertical apoyado sobre la cara del lado a radiografiarse, tomando amplio contacto con la región de la rama ascendente.

El paciente sostiene el chasis con la palma de la mano.- La nariz debe guardar con el chasis las siguientes distancias:

- a) Región Molar. Nariz 2.5 cm del chasis.
- b) Región Bicuspídea. Nariz 1.25 cm del chasis.
- c) Región Canina. Nariz tocando el chasis.
- d) Región Incisiva. Nariz y mentón tocando el chasis.
- e) Rama Ascendente. Colocar la película de plano, al lado de la cara.

Posición del Aparato de Rayos x. El tubo en ángulo de 0° . Se coloca, por debajo del ángulo de la mandíbula, opuesto al que se va a radiografiar, con el objeto de evitar la superposición de las ramas del hueso que restan nitidez a la película.

El rayo central atraviesa de esta manera las regiones --blandas del piso de la boca y lengua, cruza la cara interna de la mandíbula, el órgano dentario a radiografiar, siendo sensi-

blemente perpendicular a la película.

Resultados de la Radiografía Extrabucal.

Los resultados no pueden ser comparados con los resultados de la radiografía intrabucal. La extracción del tercer molar inferior retenido exige una cantidad de datos radiográficos, cuya exactitud sólo la da la película intraoral.

TIPOS DE INCISIONES

Festoneado palatino. (Fig. 1)

Puede ser unilateral o bilateral, se realiza para extracciones de caninos, dientes supernumerarios, mesiodents. En el festoneado palatino nunca deberá terminar en una incisión terminal.

Wassmund. (Fig. 2)

Se puede realizar en donde existan dientes ausentes, o en maxilares desdentados para la extracción de dientes retenidos, eliminación de quistes y curetajes periapicales.

Partsh. (Fig. 3)

La incisión de Partsh la podemos utilizar para la eliminación de quistes, curetajes periapicales e incluso para dientes retenidos. Su forma es semi-lunar.

Newman. (Fig. 4)

Esta incisión se utiliza para la eliminación de quistes,

curetajes periapicales. Esta incisión se identifica por tener dos incisiones terminales.

Semi Newman. (Fig. 5)

La podremos utilizar para la eliminación de quistes, curetajes múltiples y legrados periapicales. Este tipo se identifica por tener una incisión terminal.

La de la Fig. 6 la podemos clasificar en este tipo por su forma, ésta se encuentra expensas del borde libre y es la clásica para la eliminación de terceros molares inferiores retenidos.

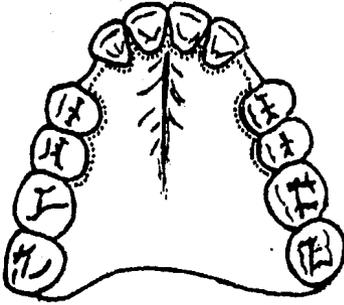


Fig. 1.- Festoneado palatino.

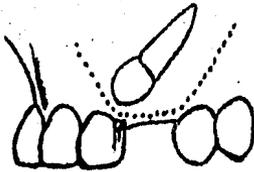


Fig. 2.- Wassmund.

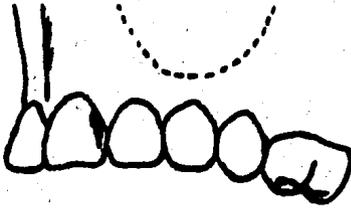


Fig. 3.- Partsh.

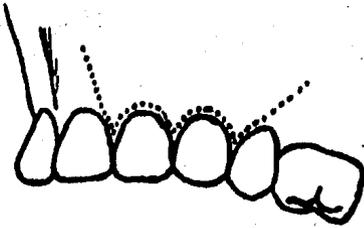


Fig. 4.- Newman.

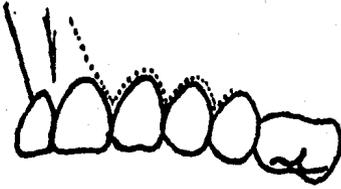


Fig. 5.- Semi Newman.

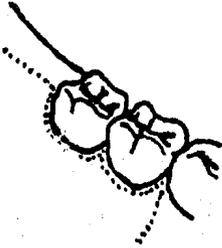


Fig. 6.- Incisión clásica para terceros molares inferiores retenidos.

INDICACIONES PARA LA EXTRACCION
DE DIENTES RETENIDOS

1. Disparidad entre el número de dientes y el tamaño de los maxilares, la falta de espacio es la indicación más común para la extracción de dientes incluidos en todos los tipos.
2. Infecciones, Pericoronitis infecciosa, abscesos alveolares crónicos o agudos, osteítis supurativa crónica, necrosis,--osteomielitis.
3. Diente incluido asociado con un tumor odontogénico.
4. Dolor que puede ser ligero y localizado en el área inmediata del diente incluido. Puede ser grave y aún agudísimo e incluir todos los dientes superiores e inferiores.
5. Daño a los dientes adyacentes. El diente incluido puede---destruir el soporte óseo del diente funcional inmediatamente adyacente a él.
6. Se recomienda eliminar los dientes incluidos en maxilares-- aparentemente edéntulos antes de construir el aparato protésico.
7. Cuando determine el médico que el diente incluido no realiza o realizará una función útil en la cavidad bucal.
8. Durante un tratamiento ortodóntico la eliminación de dientes permanentes no erupcionados está indicada cuando se considere que la extracción facilitará el tratamiento completo.

CONTRAINDICACIONES

1. Si la extracción de una inclusión asintomática nos conduce a la pérdida de dientes adyacentes, el diente incluido no debe extraerse.
2. El estado físico del paciente. Este es uno de los factores más importantes que han de tomarse en cuenta cuando se piensa extraer un diente incluido. El estado físico del paciente y su esperanza de vida.
Pacientes con enfermedades cardiovasculares graves o antecedentes de infarto grave o reciente del miocardio no deben ser sometidos a las tensiones de una intervención quirúrgica, si ésta puede evitarse.
3. Cuando se descubre un diente incluido asintomático, totalmente empotrado en hueso y quizá unido al hueso en un paciente de cierta edad con pocas probabilidades de formación de quiste y en el cual no se prevee la necesidad, en el futuro de construir una prótesis.
4. Cuando el diente incluido puede ser elevado en posición normal por procedimientos quirúrgicos o combinación de cirugía y ortodoncia.

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--manobra, eliminar el hueso que protege el molar retenido.

Extraer el molar y terminar la operación procurando que sobrevenga la restitución y la integridad de los tejidos afectados por las maniobras quirúrgicas. Por lo tanto la opera---ción consta de los tiempos siguientes: 1. Anestesia; 2. Incisión; 3. Preparación de los colgajos; 4. Ostectomía; 5. Opera---ción propiamente dicha (extracción de la pieza dentaria reteni---da); 6. Tratamiento de la cavidad ósea; 7. Sutura de los colga---jos; 8. Tratamiento post-operatorio.

Anestesia.

Para obtener éxito, el anestésico local debe tener una--capacidad de difusión a través de los tejidos a tal punto que se inhiba el paso de la conducción de los impulsos nerviosos,--aún cuando se deposite el anestésico a cierta distancia del --nervio. Para la realización de la extracción de los terceros--molares superiores se procede a anestesiar el nervio dentario--posterior reforzándola con el bloqueo del N. palatino poste---rior. En casos de los caninos superiores puede bloquearse el--N. infraorbitario o el nervio dentario anterior, reforzándola--con el bloqueo del nervio nasopalatino.

Para la extracción de los terceros molares inferiores re--tenidos se anestesia el nervio dentario inferior, reforzándola--con el nervio bucal y lingual. Para la extracción de premola--

res y caninos inferiores se anestesia el N. mentoniano reforzándola con anestesia local infiltrativa por lingual. La anestesia debe prever la longitud de la operación.

Incisión.

Para la extracción del tercer molar inferior se inicia con un bisturí de Parker, en la parte más alta de la cresta distal por detrás de la cara distal del segundo molar, con trazo enérgico, que permita percibir debajo del instrumento la sensación el hueso o de la cara dentaria. La longitud de la incisión estará dada por el tipo de retención del tercer molar; por lo tanto, se funda en detalles que se obtengan del examen radiográfico.

Al llegar a la cara distal del segundo molar contornea su cuello y continúa después "festoneando" la encía en su adaptación al cuello del segundo y primer molar, en tanto que su profundidad llega también hasta el hueso y secciona en su penetración los ligamentos correspondientes; esta incisión se detiene en el espacio interdentario del primer molar y segundo premolar.

En los casos de ausencia del segundo molar, la incisión se realiza sobre la cresta alveolar, se detiene en el centro de la cara distal del primer molar y prosigue hacia el cuello de este diente, contorneándolo.

En caso de ausencia de todos los dientes de la arcada, la incisión corre por el borde hasta aproximadamente 2 cm del-

límite mesial del molar retenido y puede eventualmente prolongarse hacia la cara vestibular del reborde alveolar de la mandíbula.

Preparación de los colgajos.

Después de realizada la incisión, se insinúa el periostó^o tomo o legra en la brecha quirúrgica, progresando desde el lado distal al mesial. El periostó^o tomo toca francamente el hueso y apoyándose en él y merced a suaves movimientos de lateralidad y de giro del instrumento se desprende el labio bucal de la incisión en toda la extensión que va del tercer molar al espacio situado entre el primer molar y el segundo premolar y -- aún al espacio interdentario subsiguiente. Desprendido el colgajo, se lo mantiene con el mismo periostó^o tomo o con el separador de Austin.

Ostectomía.

El objeto de ella es reseca^r la cantidad necesaria de -- hueso como para tener acceso al molar y disminuir la resistencia. Tiempo importante en la cirugía del tercer molar, la ostectomía junto con la odontosección, simplifican extraordinariamente un problema que de otra manera será altamente traumatizante.

Ostectomía con Escoplo. Se emplean los escoplos rec-- tos indicados en técnicas quirúrgicas. El hueso pericoronario es sumamente sólido sobre todo los huesos bucal y distal y exige efectuar maniobras precisas con instrumentos afilados.

° Ostectomía con fresas. La fresa es un instrumento muy útil para realizar la ostectomía; su empleo es simple y su función puede ser realizada con éxito con sólo evitar su calentamiento por el excesivo y prolongado fresado, esto se logra operando bajo un chorro de suero fisiológico. Se procurará que no se emboten por las partículas óseas que se depositan entre sus dientes.

Son sumamente útiles las fresas de carburo de tungsteno, que resecan el hueso con precisión y rapidez. Se ha sugerido el empleo de altas velocidades.

° Regiones óseas que deben eliminarse. Para realizar la extracción del tercer molar inferior retenido, el hueso que lo cubre parcial o totalmente debe ser eliminado. El grado y extensión, cantidad de hueso por resecar depende del tipo de retención, la forma radicular y cantidad de hueso son detalles que se deben estudiar previamente con el apoyo del examen radiográfico.

Operación Propiamente Dicha.

La extracción del molar retenido, término y finalidad de la operación en estudio, se realiza después de eliminar o disminuir los factores de la resistencia.

Se aplica sobre la cara mesial del tercer molar un elevador que siguiendo los principios mecánicos de la palanca de -- primero y segundos géneros, con punto de apoyo sobre el borde óseo mesial y mesio-bucal, eleva al molar, dirigiéndolo hacia-

distal y hacia arriba.

Este es un enunciado general, como se comprende; modalidades anatómicas y clínicas, imponen la necesidad de recurrir a nuevas maniobras que permiten disminuir aún más e inclusive anular los factores de la resistencia: obrar sobre el mismo cuerpo del molar y dividirlo (odontosección), para que de la unidad estructural que es el molar retenido resulten varias porciones, las cuales se eliminarán por separado.

° Odontosección. La odontosección en molares retenidos simplifica y agiliza una operación que de otra manera sería traumática, lacerante e improductiva. Requiere un menor sacrificio de un tejido útil como es el óseo y se realiza sobre un tejido que va a ser eliminado como es el diente.

El método de la división del diente tiene innumerables ventajas, que hacen al éxito de la operación y al bienestar del paciente.

La odontosección puede realizarse en dos formas distintas: según su eje mayor o según su eje menor. Ambas maniobras pueden efectuarse con varios tipos de instrumentos: escoplos y fresas (fisura o de bola).

° Uso del Escoplo. El golpe destinado a seccionar el molar debe ser de tal intensidad, que logre el propósito de un solo intento; el borde cortante del escoplo se coloca sobre la cara oclusal, del molar a seccionarse o sobre un surco de la

misma cara. El golpe de martillo, sobre el escoplo, debe ser rígidamente y exacto y con la violencia necesaria para lograr el objeto. Además molesta menos al paciente un solo golpe, aunque éste sea intenso.

° Uso de la Fresa. La odontosección con fresa se hará-- según el eje menor, se realiza a nivel del cuello del molar ba-- jo una irrigación de suero fisiológico para evitar el recalenta-- miento del molar, la división permitirá que la parte distal-- de la corona del molar seccionado sea mayor que la parte me--- sial, con el objeto de que la corona pueda ser elevada cómoda-- mente.

Tratamiento de la Cavidad Osea.

Se procederá a efectuar una regularización ósea mediante una lima para hueso con el fin de contornear los bordes óseos-- y alizándolos con una cureta. Posteriormente se efectúa un--- aseo mecánico de la región intervenida mediante irrigación de-- solución fisiológica en forma enérgica.

Suturas de los Colgajos.

El cierre con sutura es el ideal quirúrgico, aunque sus-- resultados no sean felices en todos los casos. Se realiza con una aguja curva e hilo, seda o nylon, catgut, pueden realizar-- se un punto, dos o un punto cruzado. También es necesario --- afianzar el colgajo: atravesado con la aguja a nivel de la len-- güeta entre el primero y segundo molar, se sutura el espacio-- interdentario, se toma la porción lingual de la encía y des---

pués de un recorrido en sentido inverso, se anuda el hilo sobre la cara bucal del maxilar.

Tratamiento post-operatorio.

Terminada la operación, la cavidad bucal será irrigada con solución fisiológica, con el objeto de eliminar sangre, saliva y elementos extraños.

Paciente con una impacción difícil es casi seguro que tendrá dolor probablemente intenso, durante seis a ocho horas después de la extracción al cabo de las ocho horas la intensidad del dolor irá disminuyendo pero será necesaria la administración analgésica especialmente de tipo narcótica, durante las primeras 24 horas después de la intervención, algunos autores indican que el uso general o local de esteroides modifica la reacción inflamatoria, reduciendo la hinchazón y el dolor post-operatorio.

El edema y el trismus consecutivos al procedimiento quirúrgico son manifestaciones del proceso inflamatorio (fase inicial) y necesarias de la cicatrización de heridas.

La tumefacción es debida a una eliminación insuficiente del líquido linfático, destrucción celular y acumulación de líquidos extracelulares, en la mayoría de los casos, a la diapedesis de los elementos sanguíneos a través de las paredes intactas de los vasos.

Durante años se ha recomendado a los pacientes aplicar--

compresas frías para disminuir la hinchazón, estas compresas-- eran aplicadas durante 30 minutos con intervalo de 30 minutos-- durante las primeras seis u ocho horas después de la interven-- ción, pero en realidad el frío de la bolsa de hielo no penetra más allá de 2 a 3 mm de la superficie cutánea, por lo tanto es ta aplicación de frío es de valor dudoso.

La misma observación es válida para el empleo de irriga-- ciones bucales con solución fisiológico salino tibio después-- de la operación. Seguramente la penetración de calor en las-- áreas afectadas es mínima y su efecto para disminuir el edema-- es discutible, pero estos enjuagues ayudan a eliminar restos-- de tejidos del sitio operado.

Todos los pacientes que son sometidos a intervención qui-- rúrgica deben ser examinados cuidadosamente antes de salir del consultorio, para detectar una posible hemorragia post-operato-- ria. El cirujano dentista después de quitar la compresa de -- gasa, debe de inspeccionar la región operada en busca de hemo-- rragia activa, si la región parece seca o sea resumiendo sólo-- ligeramente, sin hemorragia activa, se vuelven a colocar las-- compresas húmedas para ejercer presión máxima por lo menos du-- rante 30 minutos, cuando la hemorragia no se detiene el pacien-- te debe volver al consultorio para realizar un examen y el tra-- tamiento adecuado.

Posteriormente se le indica al paciente los medicamentos adecuados para prevenir la infección, inflamación, etc.

CAPITULO VII

Técnicas quirúrgicas correspondientes a
las posiciones del tercer molar inferior

Posición Vertical

Posición Mesio-angular

Posición Horizontal

Posición Disto-angular

Posición Linguo-angular

Posición Buco-angular

Posición Paranormal

Tratamiento Post-operatorio

TÉNICAS QUIRÚRGICAS CORRESPONDIENTES A LAS POSICIONES
DEL TERCER MOLAR INFERIOR

POSICIÓN VERTICAL

Posición Vertical sin Desviación.

Cara mesial accesible.

1. Incisión.- Es suficiente una incisión mínima de profundidad tal, que el bisturí toque el hueso o la corona dentaria; se inicia sobre el tejido gingival que cubre la cara occlusal del molar retenido, por la cara distooclusal de su corona y se detiene a nivel de la lengüeta entre el segundo y primer molar. La incisión se puede completar con la sección a tijera recta y fina de las inserciones del saco a la mucosa, que permite descubrir la cara distal del molar y el hueso distal.

2. Desprendimiento del Golgajo.- Con el periostótomo o legra, se desprende el colgajo en toda su extensión, dejando correctamente libres las correspondientes caras dentarias y -- las estructuras óseas.

3. Ostectomía.- Está regida como siempre por la cantidad de hueso que protege el molar retenido. Se indican, el escoplo recto o fresa redonda No. 8 de carburo de tungsteno.

La ostectomía distal se ajustará a la conformación y -- disposición de las raíces, para que la extracción siga las leyes de la cirugía atraumática y pueda desplazar el molar en -- sentido distal por aplicación de una fuerza suficiente en su-

cara mesial que ha de vencer únicamente las resistencias propias, y no también las estructuras óseas, porque el empleo de una fuerza indiscriminada se traduce en fracturas óseas parciales o totales.

4. Operación Propiamente dicha.- Se coloca el elevador de Winter, en el espacio interdentario de tal modo que su cara plana se adapte a la cara mesial del molar retenido y se gira el mango del instrumento en el sentido de las agujas del reloj para el lado derecho, desarrollando así la fuerza suficiente para desplazar el molar hacia arriba y hacia distal.

El molar ya luxado hacia el lado distal, puede ser eliminado con una pinza para molaes inferiores o con un elevador de aplicación bucal colocado entre las dos raíces.

Cara mesial inaccesible.

1. Incisión y Desprendimiento del Colgajo.- En el inicio de la incisión se siguen las normas anteriores. Generalmente se necesita un amplio colgajo que llegue hasta el primer molar. La ostectomía mesial permitirá aplicar el elevador, y de las otras caras, efectuar maniobras quirúrgicas subsiguientes.

2. Ostectomía.- Se indica el escoplo recto o fresa redonda de carburo de tungsteno del No. 8. Se recordará que debe obtenerse un amplio acceso a la cara mesial, para poder aplicar con comodidad y eficacia el elevador. La cantidad de hueso y la disposición radicular serán factores a considerar.

3. Operación propiamente dicha.- El elevador aplicado-- sobre la cara mesial, hecha accesible, con la técnica dada en el tipo anterior, luxará el molar hacia el lado distal. La extracción se completa con el elevador de Winter, de aplicación-- bucal.

Posición Vertical con Desviación Bucal.

Cara mesial accesible.

1. Incisión y Desprendimiento del Colgajo.- Se realiza-- siguiendo el surco de la cara oclusal del segundo molar sobre-- el reborde alveolar, se festonea alrededor de la encía vestibular del segundo molar y al llegar al nivel del primer molar se realiza una incisión terminal, con el periostótomo o legra se-- procede al desprendimiento completo del colgajo a todo lo lar-- go de la incisión.

2. Ostectomía.- El grado de ostectomía se regirá por el-- examen radiográfico y más exactamente por la inspección, des-- pués de retirado el colgajo, suele ser de consistencia sólida-- la encrucijada ósea formada por el hueso bucal y distal, en -- proximidad con la línea oblicua externa; es preciso eliminar-- esta zona de protección de la cúspide bucodistal o del ángulo-- bucodistal de la corona, y ello se consigue por la ostectomía-- buco-disto-oclusal o por la odontosección; esta última para se-- parar por lo menos el trozo distal de la corona.

3. Operación Propiamente Dicha.- Se aplica el elevador--

sobre la cara mesial; pero se crea un problema, por estar el molar en proyección bucal, lo cual produce un grado de superposición de un segmento de la corona del tercero sobre la del segundo; queda así un espacio interdentario de reducidas proporciones, que dificulta la penetración de la hoja del elevador, una vez luxado el molar la extracción se completa con el elevador de Winter o con una pinza para molares.

Cara Mesial Inaccesible.

1. Incisión y Desprendimiento del Colgajo.- Se inicia en la parte más alta de la cresta distal por detrás de la cara distal del segundo molar, de un solo movimiento, hasta percibir el hueso o la cara dentaria del molar al llegar al segundo molar se continúa la incisión por la cara vestibular, a nivel del primer molar se realiza una incisión liberatriz, con una legra o periostótomo se desprende el colgajo en toda su extensión para permitir la ostectomía.

2. Ostectomía y Odontosección.- Por la posición del molar, parte o toda la cara oclusal y también la mesial, pueden hallarse cubiertas por hueso. Se comienza la ostectomía por la cara mesial. Por su parte, la ostectomía bucal elimina el hueso bucal necesario, dejando al descubierto el mayor diámetro del molar retenido, y la ostectomía distal reseca la cantidad de hueso distal suficiente, para permitir el desplazamiento hacia el lado distal.

Especial énfasis damos a la ostectomía del ángulo disto-

ocluso-bucal, que cubre la cúspide buco-distal. Si la ostectomía fuera insuficiente es útil el empleo de la odontosección, para eliminar por lo menos la cúspide bucodistal o el ángulo buco-distal.

En retenciones profundas exigen una ostectomía cuidadosa e intensa con el fin de lograr el acceso al molar retenido.

3. Operación Propiamente Dicha.- Suprimidas las estructuras óseas que pudieran dificultar la operación, se aplica el elevador, introduciéndolo en el espacio interdentario, el elevador debe iniciar su cometido en función de cuña, para actuar después como palanca para lograr la luxación y la extracción del molar retenido.

Posición Vertical con Desviación Lingual.

Cara Mesial Accesible.

1. Incisión y Desprendimiento del Colgajo.- Presentándose el molar con sus caras libres de cubierta mucosa, la incisión se inicia en la cara distal del tercero, hasta llegar al segundo molar, se continúa por la cara vestibular festoneando la papila interdentaria, a nivel del primer molar se practica una incisión liberatriz o terminal, realizando posteriormente el desprendimiento del colgajo con la legra dejando el hueso expuesto.

2. Ostectomía.- Se realiza por medio de escoplo recto o fresa de carburo, se procede a eliminar hueso en la cara dis-

tal o bucal dejando al descubierto la pieza dentaria retenida.

3. Operación Propiamente Dicha.- Libres sus caras de hueso (la cara mesial es accesible), se aplica el elevador 1 ó 2-R o L de Winter o sus similares sobre la cara mesial y se dirige el molar hacia arriba, adentro y hacia el lado distal.

Cara Mesial Inaccesible.

El procedimiento quirúrgico en este tipo de retención,--varía sólo en detalles respecto del anterior, referentes a la osteotomía mesial para hacer accesible la cara mesial y a la mayor cantidad de resección ósea bucal, distal y oclusal.

Posición Vertical con Desviación Bucolingual.

Cara Mesial Accesible.

1. Incisión y Desprendimiento del Colgajo.- El trazo debe coincidir en lo posible con el centro de la cara oclusal;-- será por lo tanto ligeramente oblicuo en el sentido bucolingual, acorde con la angulación que presenta el centro de la cara oclusal del molar retenido y se prolongará hacia la cara bucal del segundo hasta llegar a nivel del primer molar, con un periostótomo o legra se procede a desprender completamente el colgajo, obteniendo descubierto totalmente las caras del molar retenido.

2. Osteotomía.- Se deberá realizar una osteotomía bucal, distal, oclusal y lingual, con escoplo recto o fresa redonda--

No. 8 de carburo, de acuerdo con la circunstancia y las características del hueso pericoronario.

Un amplio colgajo facilitará la maniobra de resección ósea sobre todo a nivel del ángulo disto-bucal de la corona y su cúspide, en donde se encuentra el mayor escollo para eliminar el molar.

3. Operación Propiamente Dicha. - Se aplica un elevador de Winter o un elevador de hoja angosto sobre la cara mesial accesible y se dirige el molar hacia arriba y hacia el lado distal. A veces es útil la eliminación del tercio distal de la corona o la división según el eje mayor o menor del molar.

Cara Mesial Inaccesible.

La técnica para su extracción varía, con respecto al tipo anterior, en la necesidad de efectuar la ostectomía mesial y una mayor osteotomía bucal, distal y oclusal, dada la mayor profundidad del molar. La incisión en cambio es la misma, entanto que la ostectomía mesial, provee suficiente espacio para la colocación de los elevadores, la ostectomía disto-buco-oclusal facilita las maniobras de la extracción.

Para ésta hay dos posibilidades de realización: la primera consiste en dirigir el molar retenido, con el elevador aplicado sobre la cara mesial, hacia arriba y al lado distal; si esto no es posible por la dureza de la pared ósea distal o la disposición radicular, que exige la división del diente, debe-

recurrirse a la segunda, que es la odontosección practicada -- con un escoplo recto, sobre la cara oclusal del retenido y la extracción de los segmentos por separado.

POSICION MESIO-ANGULAR

Posición Mesio-angular sin Desviación.

Cara Mesial Accesible.

La extracción del tercer molar inferior retenido en posición mesio-angular, en cualquiera de sus desviaciones, debe -- ajustarse a una serie de requisitos, impuestos por la posición, cantidad de hueso distal y disto-oclusal y el posible contacto o anclaje del ángulo mesio-oclusal de su corona, con la corona, cuello o raíz del segundo molar.

1. Incisión.- Se requiere una amplia, que permite la preparación de un colgajo útil. Se inicia sobre la mucosa, a nivel de la cara distal del molar retenido y se continúa por la cara distal, bucal del segundo y primer molar terminando con una incisión liberatriz terminal.

2. Desprendimiento del Colgajo.- Siguiendo las normas anteriores se realiza el desprendimiento del colgajo con un periostótomo o legra de tal modo que se descubra la cara distal del molar y los huesos vecinos.

3. Ostectomía.- Se elimina el hueso distal con un esco-- plo recto o con una fresa redonda del No. 8, en la cantidad ne-- cesaria y de acuerdo a los límites y extensión del hueso, indi-- cados por la radiografía.

4. Operación Propiamente Dicha.- La extracción de este-- tipo de molares se realiza aplicando un elevador sobre su cara mesial y dirigiéndolo hacia arriba y hacia distal o mediante-- la odontosección, reservada para molares con hueso pericorona-- rio abundante o con alguno de las anomalías radiculares.

En la odontosección según el eje mayor se aplica un esco-- plo de hoja ancha sobre la cara oclusal y con un golpe seco de martillo se divide el molar. La porción distal seccionada se-- elimina introduciendo un elevador recto en el espacio creado-- por la odontosección y haciéndolo actuar como cuña a fin de -- desplazar hacia distal la porción distal seccionada. La por-- ción mesial se extrae introduciendo el elevador por debajo de-- la cara mesial.

En la odontosección según el eje menor se secciona el--- molar a nivel del cuello, con una fresa de fisura o redonda -- No. 8 seccionando la corona, se introduce un elevador recto en el espacio seccionado para verificar la realidad del corte. -- Se aplica posteriormente un elevador de Winter por debajo de-- la cara mesial y se desplaza la corona, luego se realiza un --- orificio de apoyo sobre el borde óseo distal, desplazar con él la raíz hacia el espacio que ocupaba la corona.

Cara Mesial Inaccesible.

La extracción exige, en esta posición, una ostectomía de abordaje a la cara mesial y la resección de los distintos huesos que pueden cubrir el tercer molar.

1. Incisión y Desprendimiento del Colgajo.- Como en el caso anterior se requiere de una amplia incisión, que se inicie desde la cara distal del molar retenido continuándose hasta la cara distal, vestibular tanto del segundo como del primer molar hasta una incisión terminal. Desprendiendo el colgajo con una legra.

2. Ostectomía.- Se necesita una rigurosa ostectomía mesial, para permitir la aplicación del elevador. Por su parte la ostectomía distal es importante para lograr el desplazamiento del molar hacia el lado distal.

3. Operación Propiamente dicha.- Eliminadas las estructuras que se oponen a la aplicación de la fuerza sin traumatismo, se procede a la extracción del molar como en el caso anterior, en la extracción fragmentaria, ajustada al grado de retención, cantidad de hueso pericoronario y disposición radicular, se siguen las técnicas señaladas para el caso anterior.

Posición Mesio-angular con Desviación Bucal.

Cara Mesial Accesible.

En este tipo de molares en desviación bucal, el problema

de la extracción puede estar dado por el hueso distal o disto--
oclusal y el hueso bucal.

1. Incisión, Desprendimiento del Colgajo y Ostectomía.--

Se inicia en el tejido gingival que cubre el molar retenido,--
llegando en la cara distal del segundo y siguiendo un festonea
do vestibular, del segundo y del primer molar hasta llegar a--
una incisión terminal, posteriormente se desprende el colgajo--
con un periostótomo o legra. Por lo general sólo es necesario
efectuar la ostectomía distal y bucal.

2. Operación Propiamente Dicha.- Practicadas las resec--
ciones óseas y no habiendo problemas radiculares particulares,
se realiza la extracción con un elevador, al que, aplicado so--
bre la cara mesial y con apoyo sobre el borde óseo mesial o me--
siobucal, se le aplican los movimientos ya indicados para ca--
sos similares. Si se presentan raíces con anomalías diversas,
se puede recurrir a la odontosección y la extracción de cada--
segmento por separado.

Cara Mesial Inaccesible.

Los terceros molares de este tipo se presentan parcial o
totalmente rodeados por hueso. La cirugía se adapta a estas--
condiciones.

1. Incisión y Desprendimiento del Colgajo.- Siguen las--
normas señaladas anteriormente.

2. Ostectomía.- Es importante lograr una cara mesial qui

rúrgicamente accesible. La resección del hueso mesial se realiza según la técnica habitual.

3. Operación Propiamente Dicha.- Una vez realizada la ostectomía se procede a la extracción de la pieza retenida, con un elevador No. 2 R o L aplicado sobre la cara mesial, más particularmente sobre el extremo mesial del hueso bucal. Para dirigir el molar hacia arriba y hacia distal.

Posición Mesio-angular con Desviación Lingual.

Cara Mesial accesible.

Clinicamente se presenta cubierta totalmente por mucosa, y es raro que cúspide, la disto-bucal o parte del ángulo distooclusal puedan emerger en la cavidad bucal. Radiográficamente además de la angulación señalada se observa la falta de superposición coronaria, pero es variable la cara oclusal del tercer molar.

1. Incisión y Desprendimiento del Colgajo.- El trazado de la incisión y el desprendimiento del colgajo son los habituales.

2. Ostectomía.- Por regla general esta posición exige una vigorosa ostectomía por la cara distal para permitirle al molar retenido ser desplazado hacia el lado distal y lingual.- La ostectomía la podemos realizar por medio de escoplo recto y martillo manual o con fresa quirúrgica.

3. Operación Propiamente Dicha. - Realizada plenamente la ostectomía se procede a la extracción del molar retenido, con un elevador No. 2 R o L, ubicado con su cara plana sobre la cara mesial, a favor de su accesibilidad, extrae el molar tras-- hacerle efectuar a éste, un recorrido en consonancia con su tipo de retención y con la disposición radicular debiéndose im-- primir al instrumento un ligero movimiento de giro y luego de elevación y dirección hacia el lado distal; esta suma de acciones permite al molar desplazarse hacia el lado distal, hacia-- arriba y hacia el lado lingual.

Cara Mesial Inaccesible.

Profundamente situado el molar en el hueso y con la cara mesial inaccesible, este tipo de retención existe por regla general mayor y gran solidez del hueso distal, hueso oclusal y hueso lingual.

1. Incisión y Desprendimiento del Colgajo. - Siguiendo--- las normas señaladas anteriormente se realiza el trazo de la-- incisión y el desprendimiento del colgajo.

2. Ostectomía. - Será menester eliminar suficientemente-- hueso mesial, para dejar al descubierto esta cara y permitir-- cómoda entrada al elevador. Después se continúa con la bucal-- distal y eventualmente lingual, resección ósea que se ajustará al grado de profundidad del molar en el hueso y la disposición radicular.

3. Operación Propiamente Dicha.- Sigue las normas del tipo de retención anterior. Con un elevador No. 2 R o L, colocando su cara mesial, se le aplica al instrumento un ligero movimiento de giro y luego de elevación y dirección hacia el lado distal; esta suma de acciones permitirá al molar desplazarse hacia el lado distal, hacia arriba y hacia el lado lingual.

Posición Mesio-angular con Desviación Buco-lingual.

Cara Mesial Accesible.

1. Incisión.- La incisión, que sigue las normas ya estudiadas, se superpone a la dirección del molar; por lo tanto,-- se dirige de atrás adelante y de afuera adentro y luego se fagonea hacia bucal la corona retenido y de los otros dos molares realizando una incisión terminal a nivel del surco vestibular del primer molar.

2. Desprendimiento del Colgajo.- El colgajo se desprende en toda su extensión requerida, para dejar libres toda la cara disto-oclusal y la cara lingual.

3. Ostectomía.- La resección ósea está regida por la profundidad del molar y la disposición radicular. La ostectomía-bucal debe proveer el espacio necesario para que se desplace-- el mayor diámetro buco-distal sigue las normas señaladas y debe eliminar lingual de la corona del molar retenido.

4. Operación Propiamente Dicha.- Sujeta a las normas ya expuestas, puede realizarse con elevadores aplicados sobre la-

cara mesial accesible cuando el diente presenta poco hueso pericoronario y la disposición radicular (raíces fusionadas recta, ambas dirigidas hacia distal, raíz distal recta y mesial--dirigida hacia el lado distal), permite que por la aplicación de la fuerza en la cara mesial, el molar sea dirigido hacia---arriba, hacia lingual y hacia el lado distal.

Pero si el molar se encuentra situado profundamente, la extracción se hará por el método de la odontosección, según su eje mayor y con las normas ya conocidas.

Cara Mesial Inaccesible.

El tercer molar en este tipo de retención teniendo su cara mesial cubierta por hueso y en la gran mayoría de los casos en retención intraósea total, presenta un problema quirúrgico de difícil solución, sobre todo por la profundidad en que se encuentre por la circunstancia de que el ángulo mesio-oclusal de su corona está ubicado por debajo de la línea cervical de los molares vecinos, lo cual le presta un sólido anclaje. Por lo tanto será preciso efectuar en la mayor parte de los casos una pródiga exéresis ósea y la odontosección según el eje mayor del molar retenido.

1. Incisión.-- Se inicia sobre el tejido gingival que cubre el molar retenido algunos mm por detrás del ángulo disto--oclusal de su corona, siguiendo el surco de la cara oclusal---del segundo molar sobre el reborde alveolar se festonea alrede--dor de la encía vestibular hasta llegar al surco vestibular --

del primer molar donde se realiza una incisión terminal.

2. Desprendimiento del Colgajo.- Se realiza siguiendo -- las normas dadas para los tipos anteriores. Dejando completamente descubierta la zona del molar retenido, permitiendo una visibilidad adecuada para la intervención.

3. Ostectomía.- La extensión de la ostectomía está regida por la cantidad y consistencia del hueso pericoronario y -- por la forma y disposición radicular. Por lo general la carmesial se encuentra profundamente colocada; deberá eliminarse bastante cantidad de hueso mesial para lograr un buen acceso.

Tampoco se debe reducir la ostectomía bucal, destinada -- como está a permitir el paso del mayor diámetro bucolingual -- del molar retenido. Los demás huesos pericoronarios deben resecarse en la cantidad suficiente.

4. Operación Propiamente Dicha.- Se puede realizar con -- elevadores, aplicando la fuerza sobre la cara mesial, el molar será dirigido hacia arriba y hacia lingual y hacia el lado dig -- tal, cuando las condiciones lo indican (relativa cantidad del -- hueso pericoronario y disposición radicular que permite el des -- plazamiento del molar retenido).

La mayor parte de los molares de este tipo requieren sin embargo la odontosección según el eje mayor del diente.

POSICION HORIZONTAL

Posición Horizontal sin Desviación.

Cara Mesial accesible.

Problemas quirúrgicos importantes presentan los terceros molares horizontales, sobre todo en las distintas desviaciones mucho más cuando tienen su cara mesial inaccesible. Las técnicas de ostectomía y odontosección deben complementarse para lograr el éxito. Los procesos subyacentes a la cara mesial son frecuentes.

1. Incisión.- La incisión es la clásica ya señalada; debe permitir obtener un amplio colgajo que descubra la cara distal del molar y el hueso. Se inicia por detrás del ángulo disto-oclusal del segundo molar, siguiendo un festoneado de la mucosa gingival vestibular del segundo como del primer molar hasta llegar al surco vestibular de éste, donde se realiza una incisión terminal.

2. Desprendimiento del Colgajo.- Se realiza con una legra o periostótomo, desprendiendo toda la mucosa obteniendo completamente al descubierto el hueso y cara distal del segundo molar.

3. Ostectomía.- Será menester la resección del hueso bucal, hueso que surge a la vista después de la separación del colgajo y la del hueso distal, esta última, que quedará sujeto a lo que indiquen la radiografía y la inspección clínica, po--

drá realizarse con escoplo o con fresa quirúrgica.

4. Operación Propiamente Dicha.- Los molares de este tipo, si no hay problemas en su porción radicular, pueden extraerse colocando un elevador No. 2 R o L, por debajo de la carmesial, el giro del mando del instrumento elevará el molar hacia arriba y hacia el lado distal.

En otras circunstancias, de raíces divergente o con cementosis, se debe seccionar el molar a nivel de su cuello para poder extraerlo. Si hay acceso fácil a la cara oclusal, se podrá realizar la odontosección según el eje mayor del molar retenido, realizando por lo tanto la extracción.

Cara Mesial Inaccesible.

En este tipo de retención, la cara distal del retenido se encuentra a nivel o por debajo del plano oclusal de los molares vecinos y en algunas oportunidades por debajo del plano cervical; esta modalidad hace que la cara mesial se localice por debajo del plano cervical y aún a la altura del ápice distal del segundo molar.

Por lo tanto el plan quirúrgico en este tipo de retención exige una amplia ostectomía para abordar la cara mesial y eliminar las distintas regiones óseas que protegen al molar. En algunos casos puede emplearse la técnica de aplicación de los elevadores, sin recurrir a la división del diente; en la mayoría, sin embargo, deben ser resueltos por ostectomía y ---

odontosección, según el eje menor o el eje mayor, de acuerdo-- con el acceso a la cara oclusal y a la disposición radicular.

1. Incisión.- Es preciso lograr un amplio colgajo que--- descubra todas las regiones óseas, a resecar. La incisión sigue las normas anteriores.

2. Desprendimiento del Colgajo.- Se realiza con una le-- gra o periostótomo, se desprende a todo lo largo y ancho de la incisión dejando completamente descubierto el ángulo distal -- donde se realizará la ostectomía; es preciso lograr un amplio colgajo que descubra todas las regiones óseas por resecar.

3. Ostectomía.- Se puede realizar mediante el escoplo -- recto aplicado en la cara mesial, bucal y distal, ésta puede-- estar combinada con el uso de la fresa quirúrgica, la ostectomía se extenderá tanto como sea necesario para facilitar la ex-- tracción de la pieza retenida.

4. Operación Propiamente Dicha.- Puede realizarse la ex-- tracción con elevadores; es tarea complicada si no se procede-- por una abundante exéresis ósea.

La técnica de la odontosección según el eje mayor puede-- efectuarse sólo cuando es posible colocar el escoplo sobre la-- cara oclusal del retenido; con las demás retenciones debe em-- plearse la división según el eje menor.

Posición Horizontal con Desviación Bucal.

Cara Mesial Accesible.

Estos molares muestran condiciones favorables para la cirugía destinada a su extracción.

1. Incisión.- Se realiza sobre el tejido gingival que cubre la cara oclusal del molar retenido, algunos mm por detrás del ángulo disto-oclusal de su corona, siguiendo el surco de la cara oclusal del segundo molar sobre el reborde alveolar,-- se festonea alrededor de la enca vestibular del segundo y primer molar hasta llegar al surco vestibular de éste; se realiza una incisión terminal.

2. Desprendimiento del Colgajo.- Este se realiza con una legra o periostótomo, se desprende a todo lo largo y ancho de la incisión hasta dejar completamente descubierto el ángulo -- distal donde se va a realizar la ostectomía.

3. Ostectomía.- Realizada con escoplo o fresa redonda -- No. 8, la cantidad de hueso que el operador juzgue necesario,-- para aplicar la técnica del elevador u odontosección. A pesar de tener la cara mesial accesible, es menester en estos casos-- realizar una mayor brecha para la fácil colocación del elevador.

4. Operación Propiamente Dicha.-- Cuando el hueso pericoronario es escaso y la disposición radicular favorable, emplea a manera de palanca, de un elevador No. 2 R o L solucionará el

problema; se rotará el mango del instrumento o se dirigirá hacia abajo y de esta manera, apoyado el borde inferior de la hoja sobre la cara mesial del retenido, ésta resultará desplazada hacia arriba y hacia distal.

En cambio cuando se presente gran cantidad de hueso distal a más de ello consistente, en molares con raíces divergentes o con cementosis y en casos de pronunciado contacto del ángulo mesio-oclusal del retenido con la cara distal y línea cervical del segundo molar, se optará por la odontosección. La división según su eje mayor se realiza como en los casos anteriores; la división según su eje menor se efectuará con fresa de fisura, las coronas y raíces se eliminan según los métodos de los casos anteriores.

Cara Mesial Inaccesible.

Estos molares se encuentran más profundamente situados que los del tipo anterior. Su cara mesial puede ubicarse a la altura o por debajo de la línea de los ápices del segundo molar. Es frecuente la retención intraósea total.

1. Incisión.- Igual que en el caso anterior se siguen -- las normas ya expuestas.

2. Desprendimiento del Colgajo.- Se realiza con una legra o periostótomo desprendiendo el tejido gingival a todo lo largo y ancho de la incisión, hasta dejar completamente al descubierto el hueso distal donde se realizará la ostectomía.

3. Ostectomía.- La casi totalidad de estos molares deben ser extraídos por ostectomía y odontosección; algunos, menos--profundos, con la cara mesial situada a nivel o por encima del plano cervical y disposición radicular favorable, podrán resolverse con el empleo de elevadores. La ostectomía ha de interesarse, en la medida liberadora necesaria, la cara mesial (en--rigor es aquí ostectomía oclusal), la bucal y la distal.

4. Operación Propiamente Dicha.- Estos molares pueden extraerse, previa ostectomía, con elevadores o por división del molar; según se eje mayor o según el eje menor. La extracción con elevadores sólo es exitosa cuando se ha realizado suficiente eliminación ósea distal y las raíces presentan disposición favorable.

Pero dada la profundidad de la mayoría, deben ser seccionados con una fresa de fisura a nivel del cuello de la corona para poder extraerlo.

Posición Horizontal con Desviación Lingual.

Cara Mesial Accesible.

Los terceros molares desviados hacia el lado lingual poseen una abundante meseta de hueso bucal y el hueso oclusal cubre las cúspides mesiales.

1. Incisión.- Se inicia sobre el tejido gingival que cubre la cara oclusal del molar retenido, algunos mm por detrás del ángulo disto-oclusal de su corona, siguiendo el surco de--

la cara oclusal del segundo sobre el reborde alveolar, se efectúa un festoneado alrededor de la encía vestibular del segundo molar como del primer molar hasta llegar al surco vestibular-- del primer molar realizando una incisión terminal.

2. Desprendimiento del Colgajo.- Siguen las normas expuestas anteriormente; sin embargo, el colgajo lingual debe ser desprendido en una mayor extensión que la que se realiza-- en las otras formas de retenciones horizontales, con el objeto de permitir cómodas maniobras a nivel del hueso distal.

3. Ostectomía.- Se realiza con escoplo o fresa redonda-- No. 8, es importante reseca el hueso distal del molar retenido, para permitir el desplazamiento del molar hacia esa zona.

4. Operación Propiamente Dicha.- Estos molares pueden extraerse por medio de elevadores, aplicándolos por la cara mesial del diente retenido, esto resultará desplazado hacia arriba y hacia distal.

Los molares que se presentan con abundante hueso distal-- y disposición radicular no favorable para el empleo de la técnica con elevadores, deberán ser divididos (odontosección), según la técnica mencionada anteriormente y así poder extraer el molar retenido.

Cara Mesial Inaccesible.

Estos molares presentan mayor profundidad en el hueso y-- el problema de la falta de acceso a la cara mesial.

1. Incisión y Desprendimiento del Colgajo.- Semejantes-- al tipo anterior siguiendo las normas de la técnica.

2. Ostectomía.- Se realiza una ostectomía amplia mediante la fresa redonda No. 8 o con escoplo y acorde con la falta de acceso mesial se requiere la eliminación de hueso mesial para obtener un buen acceso para poder aplicar los elevadores.

3. Operación Propiamente Dicha.- Los elevadores tienen-- escasas aplicaciones en este caso si no se hace una ostectomía del hueso mesial y de los huesos de cubierta y así poder aplicar la útil fuerza de palanca. •El éxito reside en la división del diente, según el eje mayor o menor, de acuerdo con las circunstancias.

Posición Horizontal con Desviación Buco-lingual.

Cara Mesial Accesible.

El problema que plantean estos molares es difícil de ser concebido anatómicamente y de ser debidamente interpretado radiográficamente. El factor resistencia se acrecienta por la-- posición del molar, la cantidad y la consistencia del hueso pericoronario, la disposición radicular y el sólido anclaje que-- la cara oclusal del molar retenido se forja por su contacto--- con la cara distal y más exactamente con el ángulo buco-distal del segundo molar, contacto que se realiza por encima de la lí nea cervical (cara mesial accesible) o por debajo de ella (ca-- ra mesial inaccesible).

1. Incisión.- Se inicia sobre el tejido gingival que cubre el molar retenido, algunos mm por detrás del ángulo distal de su corona, siguiendo el surco de la cara oclusal del segundo molar, se efectúa un festoneado vestibular del segundo como del primer molar hasta llegar al surco vestibular para hacer una incisión terminal.

2. Desprendimiento del Colgajo.- Se realiza con una legra o periostótomo desprendiendo el colgajo a todo lo largo y ancho de la incisión hasta dejar un descubierto total del hueso y hacer una ostectomía accesible a posición del molar.

3. Ostectomía.- Se realiza una ostectomía amplia mediante escoplo o la fresa quirúrgica redonda No. 8, obteniendo un buen acceso para la aplicación de la odontosección; y así disminuir los factores de resistencia.

4. Operación Propiamente Dicha.- La extracción puede realizarse por aplicación de elevadores o por odontosección. Nos inclinaremos por el método de la odontosección que es el indicado para la mayoría de estos casos. La odontosección se realiza con una fresa de fisura, según el eje menor del diente retenido, se emplea un elevador No. 2 R o L, sobre la cara mesial del diente haciendo la fuerza de palanca que éste desplazará la corona seccionada hacia arriba y hacia distal y posteriormente extraer el otro segmento del diente retenido (la raíz).

Cara Mesial Inaccesible.

El problema quirúrgico supera al del tipo anterior. --- Ello se debe a que por la mayor profundidad del molar retenido el factor resistencia es mayor; el anclaje de la cara oclusal del molar retenido en el ángulo buco-distal del segundo molar comúnmente por debajo del plano cervical de este último, es un problema difícil de resolver.

POSICION DISTO-ANGULAR

Posición Distoangular sin Desviación.

Cara Mesial Accesible.

En la posición distoangular el problema quirúrgico agrega una dificultad a los factores comunes de toda retención. -- El hueso distal, sólida muralla que impide el normal desplazamiento hacia el lado distal del molar retenido, cuando le es aplicada una fuerza sobre su cara mesial.

El obstáculo puede ser vencido suprimiendo en cantidad suficiente el hueso distal o restando volumen a la porción coronaria del molar retenido, para que pueda realizar el movimiento eliminatorio.

1. Incisión.- Se inicia sobre el tejido gingival que cubre la cara oclusal del molar retenido, algunos mm por detrás del ángulo distal de su corona, siguiendo el surco de la cara

oclusal del segundo molar, se efectuará un festoneado vestibular sobre la encía del segundo y primer molar hasta llegar al surco vestibular del primer molar para terminar en una incisión terminal.

2. Desprendimiento del Colgajo. - Se realiza con una legra siguiendo las normas anteriores, desprendiendo el colgajo a lo largo y ancho de la incisión, el colgajo tiene una fuerte adherencia con el saco pericoronario, a nivel de la cúspide buco-distal del molar retenido.

3. Ostectomía. - En estas retenciones el hueso oclusal cubre variables porciones de la cara oclusal, el distal puede continuarse con el oclusal o detenerse a nivel del ángulo disto-oclusal del tercero y el hueso bucal por lo general es sólido y de compacta consistencia, por su vecindad con la línea oblicua externa; todas estas regiones óseas deben ser cuidadosamente resecaadas.

El hueso mesial deja libres variables porciones de la cara homónima, es sin embargo una sólida meseta, cuya dimensión anteroposterior está en relación con el grado de desviación distal del molar retenido; como punto de aplicación de la fuerza, no es de gran valor.

Es de importancia resecaar el hueso distal para permitir el desplazamiento del molar retenido, la ostectomía se realiza con escoplo o con fresa redonda No. 8.

4. Operación Propiamente Dicha..- Realizada la ostectomía mediante el escoplo recto o la fresa, se procede a la realización de la extracción del molar retenido, con elevadores No. 2 R o L, aplicando el elevador por su cara mesial del molar retenido para emplear la fuerza de palanca, se rotará el mango del instrumento, esto resultará que el molar retenido se desplace hacia arriba y hacia distal.

Cara Mesial Inaccesible.

En un todo semejante con el tipo anterior, la extracción de estos molares enfrenta, como aspecto diferencial, la presencia de hueso mesial (y eventualmente la cubierta ósea pericoronaria total); además, una mayor profundidad en el maxilar. -- Los tiempos operatorios son iguales a los del tipo anterior:-- las mismas normas para la incisión y el desprendimiento del -- colgajo, igual la ostectomía, aunque con mayor amplitud por la mayor cantidad de hueso de cubierta y una operación propiamente dicha que no puede intentarse con elevadores, sino con odontosección según el eje menor. La eliminación de los segmentos, sigue las normas anteriores.

Posición Distoangular con Desviación Bucal.

Cara Mesial Accesible.

Los molares en esta disposición presentan condiciones -- desfavorables para la extracción; la fuerza ejercida sobre la cara mesial desplaza al molar hacia distal y le da un mayor an

claje. Habrá que emplear métodos que resten valor de contención al hueso distal o, más eficazmente aún, realizar la odontosección según su eje menor.

1. Incisión.- Siguiendo las mismas normas. Haciendo una incisión en el tejido gingival que cubre el molar retenido, -- unos mm atrás de su cara disto-oclusal, siguiendo el surco --- oclusal del segundo molar se procede a hacer un festoneado vestibular de la encía del segundo como del primer molar, hasta-- llegar al surco vestibular para hacer una incisión terminal.

2. Desprendimiento del Colgajo.- Se inicia igual que las técnicas anteriores mediante la legra o periostótomo, se desprende el colgajo a lo largo y ancho de la incisión y obtener al descubierto tanto hueso como el molar retenido, ya que esto nos dará un buen acceso para la ostectomía y de la extracción del molar retenido.

3. Ostectomía.- Realizando con escoplo recto o fresa redonda No. 8, resecaendo hueso distal, obteniendo una ostectomía amplia.

4. Operación Propiamente Dicha.- Después de haber realizado la ostectomía habrá que emplear la técnica de odontosección del molar retenido según su eje menor, con una fresa de-- bola y extraer los segmentos por separado.

Cara Mesial Inaccesible.

Los problemas son mayores en este tipo por la inaccesible sigue los alineamientos señalados para la extracción, sigue -- las normas señaladas para la posición vertical, sin desviación bucal. Después de la ostectomía necesaria, podrá intentarse-- aplicar un elevador No. 14 entre la cara bucal del molar retenido y el hueso homónimo y con giros de su mango desplazar el molar. Pero la técnica de la odontosección con una fresa de-- fisura resolverá el problema más fácilmente. Las porciones coronaria y radicular se extraerán por separado.

Posición Distoangular con Desviación Lingual.

Cara Mesial Accesible o Cara Mesial Inaccesible.

Estas presentaciones originan situaciones semejantes a-- las del caso anterior; por lo tanto se seguirán, técnicas seme-- jantes, con todas sus normas ya señaladas.

POSICION LINGUO-ANGULAR

Cara Mesial Accesible o Cara Mesial Inaccesible.

En estos molares, su cara oclusal está dirigida hacia el lado lingual, sus raíces hacia el bucal. En una radiografía-- nos mostrará una forma discoidea o de moneda del molar, la --- gran mayoría no tiene aún sus raíces completamente formadas.

1. Incisión. - Para abordar este tipo de molar, con su cara mesial accesible o inaccesible, debe trazarse una incisión de acuerdo con tales modalidades del ángulo buco-oclusal de la corona del molar retenido y después sigue el contorno coronario de costumbre, festoneando la cara vestibular del segundo como del primer molar trazando la incisión terminal.

2. Desprendimiento del Colgajo. - Se realiza con una legra o periostótomo de manera que no se desgarre el tejido mucoperióstico.

3. Ostectomía. - La ostectomía se realiza con escoplo recto o con la fresa quirúrgica, aplicada sobre la cara mesial, - vestibular, distal del molar retenido, para la introducción de los elevadores.

4. Operación Propiamente Dicha. - Los molares que tienen su cara mesial accesible pueden ser extraídos tras la ostectomía necesaria, con un elevador No. 2 R o L, aplicado sobre su cara mesial. Los otros requieren, además de una rigurosa ostectomía, la división del molar con una fresa de fisura a nivel del cuello dentario.

Será preciso vigilar celosamente la existencia y estado del hueso lingual, para evitar la fractura de dicho segmento óseo. La corona se extrae con un elevador No. 14, aplicado en el surco de la odontosección, las raíces con un elevador de Clev-dent, se luxan hacia distal.

POSICION BUCOANGULAR

Cara Mesial Accesible o Cara Mesial Inaccesible.

Presentación de excepción Generalmente se trata de exageradas desviaciones bucales de las posiciones vertical, mesial o distoangular. La imagen radiográfica, como en el caso de la retención linguoangular, presenta la forma discoidea o de moneda; para el diagnóstico diferencial la radiografía oclusal es definitiva.

1. Incisión.- Se inicia una incisión sobre el tejido gingival que cubre el molar retenido, algunos mm por detrás de éste, siguiendo el surco disto-oclusal del segundo, se procede a hacer el festoneado vestibular del segundo y del primer molar para luego terminar con una incisión liberatriz.

2. Desprendimiento del Colgajo.- Se realiza con una legra o periostótomo, haciendo movimientos ligeros pero uniformes para evitar que se desgare el colgajo, dejando completamente al descubierto el hueso y el molar retenido.

3. Ostectomía.- Sigue las normas de los casos anteriores teniendo que realizar una ostectomía bastante amplia en la cara mesial, distal y lingual del molar retenido, donde facilitará la entrada de los instrumentos (elevadores) y la realización de la odontosección.

4. Operación Propiamente Dicha.- Estos molares deben ser divididos en tres segmentos, con una fresa de fisura: una por-

ción coronaria por sección a nivel del cuello dentario, un segmento medio y segmento radicular. Ello permite enuclear en -- primer término el segmento medio con un elevador de Clev-dent o uno del número 14 R o L, y en segundo lugar la porción coronaria, severamente retenida a nivel del hueso que la protege, para lo cual ésta se desplaza con un elevador de Clev-dent o uno del No. 14 R o L, aplicado contra la cara oclusal y el hueso-- oclusal, hacia el espacio libre obtenido por la extracción del segmento medio. La porción radicular restante se extrae por-- los métodos de los casos anteriores dirigiéndolo hacia el espa- cio libre.

POSICION PARANORMAL

(invertida, ectópica, heterotópica)

Esta forma de retención se presenta en múltiples y variadas disposiciones que se apartan de los tipos considerados anteriormente y son por ello de difícil y aún imposible suje--- ción a intento alguno de sistematización didáctica.

No es factible por lo tanto, dar para cada caso un esquema quirúrgico, aunque sí normas generales que podrán ser aplicadas con las variantes propias de las circunstancias en cada caso particular y que se sintetizan no obstante en un enunciado común: ostectomía y odontosección; ostectomía necesaria para obtener el abordaje de las caras dentarias y disminuir los riesgos operatorios, logrando la útil aplicación de la mecáni-

ca de la palanca sin traumatismo ni complicaciones; odontosección que permitirá eliminar fragmentariamente una pieza retenida, también sin traumatismo, sin exagerada ostectomía, siguiendo las leyes de una cirugía ingeniosa.

1. Incisión. - Se inicia desde el punto apical del molar retenido, hasta realizar el festoneado vestibular y la incisión terminal. Persigue, como en todos los casos, la obtención de un amplio colgajo, que facilitará las maniobras operatorias.

2. Desprendimiento del Colgajo. - Se realiza con una legra o periostótomo, dejando al descubierto la superficie ósea.

3. Ostectomía. - Debe atender en su extensión y alcance a la posición del molar paranormal y procurará descubrir las caras dentarias útiles para realizar la odontosección y aplicación de los elevadores. La ostectomía se realiza mediante los escoplos rectos o fresa quirúrgica.

4. Operación Propiamente Dicha. - Se cumple mediante la división sistemática del molar en tres segmentos como la técnica de la posición bucoangular y así facilitará la extracción. - La parte resultante de la sección es fácilmente extraído con un elevador de Clev-dent aplicado entre el hueso bucal y la cara bucal radicular, se hace la extracción primeramente del segmento medio. La corona se elimina con un elevador aplicado alternativamente sobre sus caras mesial y oclusal hacia el espacio obtenido por la eliminación del segmento central. El maci

zo radicular se extrae, previo orificio realizado con una fresa redonda en su cara accesible, desplazándola hacia abajo y-- adelante.

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

Terminada la operación, la cavidad bucal será irrigada-- con solución salina o fisiológica, con el objeto de eliminar-- sangre, saliva y elementos extraños.

Se coloca un trozo de gasa en la zona intervenida, comprimiendo y manteniendo adosada la mucosa. Con una gasa mojada se limpia la cara del paciente. Se anotan las indicaciones que deberá seguir el paciente:

- Al llegar a su casa el paciente deberá guardar reposo-- durante algunas horas.

- Coloque una bolsa con hielo en la cara, sobre la zona-- intervenida durante 15 minutos con intervalos de 15 minutos de descanso, por el término de varias horas.

- No realice ninguna clase de enjuagatorios.

- La alimentación en las primeras 6 horas deberá ser líquida, posteriormente será dieta blanda.

- Tomar sus medicamentos de acuerdo a lo indicado en su-- receta.

- Regresar al día siguiente de la intervención, para la-
inspección de la evolución de la herida y posteriormente al --
tercer día para retirar los puntos de sutura, control radiográ
fico y valoración del paciente.

CAPITULO VIII

Tercer Molar Superior Retenido

Clasificación de los terceros molares superiores retenidos

Posición Vertical

Posición Mesio-angular

Posición Disto-angular

Posición Horizontal

Posición Paranormal

Extracción Quirúrgica del tercer molar superior retenido

Posición Vertical

Posición Mesio-angular

Posición Disto-angular

Posición Paranormal

Extracción de los terceros molares superiores retenidos con sus raíces Incompletas

Tratamiento post-operatorio

TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO

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

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

Este accidente se caracteriza por la ulceración de la mucosa del carrillo. Esta úlcera se encuentra continuamente --- traumatizada por las cúspides del molar, produciendo dolores de gran intensidad; los tejidos blandos se inflaman produciendo una celulitis de las partes blandas acompañada de trismus y ganglios infartados, la masticación está impedida y la fonación dificultada.

El proceso no termina hasta que no realizamos la extracción del molar, o se suprime el factor traumático. La úlcera puede a veces pasar inadvertida, porque queda escondida tras el molar, o el profesional la oculta con el espejo al hacer el examen.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS

Como el tercer molar inferior, el superior es suscepti--

ble de una clasificación con fines quirúrgicos. La retención del molar puede ser intraósea o submucosa. En este último término pueden estar total o parcialmente retenidos.

Las posiciones que el tercer molar superior retenido pueden ocupar en el maxilar superior (Fig. 7), son las siguientes:

- a) Posición Vertical.
- b) Posición Mesioangular.
- c) Posición Distoangular.
- d) Posición Horizontal.
- e) Posición Paranormal.

Posición Vertical.

El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar. El diente puede estar parcialmente o totalmente cubierto por hueso.

Posición Mesioangular.

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

Posición Distoangular.

El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara triturante del tercer molar mira ha-

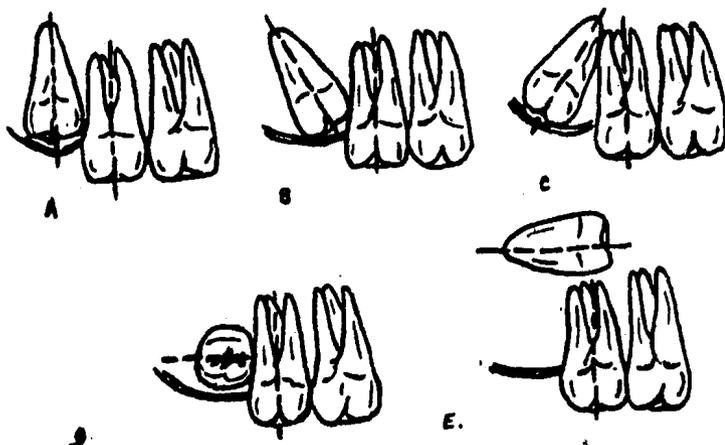


Fig. 7.- Variaciones en el eje mayor del tercer molar superior retenido. A. retención vertical; B. retención mesio-angular; C. retención disto-angular; D. retención horizontal (corona hacia el lado bucal); E. retención paranormal (distintas disposiciones).

cia la apófisis pterigoides, con la cual puede estar en contacto.

Posición Horizontal.

1. El molar está dirigido hacia el carrillo, con el cual la cara triturante puede ponerse en contacto, dando los accidentes ya mencionados.

2. La cara triturante del molar suele también dirigirse hacia la bóveda palatina o presentarse horizontal, forma rara, paralelo a la arcada dentaria, con su cara oclusal hacia mesial o distal, el molar puede erupcionar en la bóveda.

Posición Paranormal.

El molar retenido puede ocupar diversas posiciones, que no se encuadran en la clasificación dada.

EXTRACCION QUIRURGICA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO

POSICION VERTICAL

1. Incisión.- Puede usarse la incisión de dos ramas, que es llamada bucal y antero-posterior (ries centeno). La rama anteroposterior se traza próxima a la cara palatina del diente, paralelamente a la arcada y en una longitud de un centímetro.

La incisión bucal parte del extremo anterior de la primera incisión y se dirige hacia afuera, rodea la tuberosidad del

maxilar y asciende las proximidades del surco vestibular donde termina. La incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso o corona del molar y en sentido anterior hasta el cuello -- del segundo molar.

2. Desprendimiento del Colgajo.- Se realiza el desprendimiento del colgajo con el periostótomo o legra, siguiendo las normas conocidas, el colgajo se sostiene con un separador.

3. Ostectomía.- El hueso que cubre la cara triturante se elimina con escoplos rectos o fresas quirúrgicas, siguiendo -- las indicaciones dadas para la intervención del tercer molar-- inferior retenido.

La ostectomía es una maniobra importante; es menester, -- en todos los tipos de terceros molares superiores, ver, por lo menos, la cara bucal y mesial del diente retenido.

4. Extracción Propiamente Dicha.- Empleo de elevadores.- Tipos de elevadores: cualquiera de los elevadores rectos pueden ser usados para la extracción del tercer molar retenido.

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

Aplicación del elevador. El elevador recto, se aplicará por su parte de la cara plana, sobre la cara anterior del diente.

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

Movimiento del elevador. Aplicado el elevador, separado el labio y carrillo con un espejo se inicia suavemente el movimiento de luxación del molar retenido. Para abandonar su alvéolo, el molar retenido, debe desplazarse el mango del elevador hacia arriba, adentro y adelante, con un punto de apoyo en la cara distal del segundo molar. Luxado el molar y si la fuerza aplicada no ha logrado extraerlo, puede ser tomado con una pinza para extracciones y eliminarlo con la misma técnica de extracción del tercer molar superior normal.

5. Sutura.- Extraído el molar, se procede a revisar los bordes óseos, en especial el tabique externo y posterior, retirado el saco pericoronario con una pinza gubia, se aplica el colgajo en su sitio y se practican uno o dos puntos de sutura.

POSICION MESIO-ANGULAR

La extracción del tercer molar en posición mesioangular debe estar condicionada por la dirección del molar y la cantidad de hueso distal. Algunos problemas pueden presentarse en esta extracción: la cantidad de hueso permite movilizar el mo-

lar, sin necesidad de seccionar el diente retenido.

El contacto mesial está vencido por la posibilidad de mover el diente hacia distal. Por lo tanto, el problema en este tipo de retención reside en la ostectomía distal y triturante y en la preparación de la vía de acceso para el elevador.

Esta vía de acceso necesita una mayor ostectomía en el lado mesial, que en la retención vertical, porque el punto de aplicación del elevador ha de ser más alto. Para lograr este fin es menester también eliminar parte de la tabla ósea vestibular, que cubre la cara bucal del molar retenido.

La incisión es igual que para el tipo anterior. La ostectomía se realiza con fresa quirúrgica o escoplo rectos, requiriendo sólo una mayor escisión de hueso distal, para descubrir al diente hasta el nivel de su cuello.

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

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

POSICION DISTO-ANGULAR

La rama anteroposterior de la incisión debe dirigirse -- más distalmente que en los casos anteriores para evitar desgarreros de la encía, en el desprendimiento del colgajo.

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

Empleo de los elevadores. Se coloca el elevador sobre la cara mesial del tercer molar y éste se dirige hacia abajo y atrás. Especial cuidado hay que tener en este tipo de retención, con la tuberosidad y la apófisis pterigoides, movimientos bruscos pueden fracturarlas.

Se emplearán elevadores rectos, estos instrumentos, que actuarán en su función de cuña o de palanca, cumplirán su objetivo si pueden introducirse fácilmente entre la cara distal -- del segundo molar y la cara mesial del tercero.

Terminada la intervención se procede a la revisión de -- los bordes óseos, se aplica el colgajo en su sitio normal y se realizan los puntos de sutura.

POSICION PARA-NORMAL

Las distintas y variadas posiciones que puede ocupar el tercer molar en ubicación paranormal, no permiten fijar una regla para su extracción.

Como maniobra previa será menester realizar radiografías intraorales y una extraoral de perfil. La técnica estará dada por la disposición que presenta el molar en el hueso y su relación con los molares vecinos.

Algunos casos, son los menos, indican la extracción del segundo molar y aún del primero. Los molares colocados por encima de los ápices del segundo son mejores intervenirlos practicando una incisión parecida a la que se emplea en la operación de Caldwell-Luc, como que la intervención a realizarse tiene muchos puntos de contacto con la operación radical del seno maxilar.

EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS CON SUS RAICES INCOMPLETAMENTE FORMADAS

En el maxilar superior, del mismo modo que en el inferior, se presentan terceros molares con sus raíces incompletamente formadas, que ubicados en diferentes posiciones, pueden producir accidentes mecánicos sobre la serie dentaria, siendo indicada su extracción.

Como ocurre con el tercer molar adulto, el germen puede disponerse en las distintas posiciones estudiadas para aquél. Su extracción acondiciona una serie de problemas, que es menester resolver; la incisión debe permitir un amplio colgajo, que descubra en gran extensión el hueso, para abordar el molar (su

corona) que por lo general está ubicada muy alta, en algunas--
oportunidades, a nivel de los ápices del segundo molar.

La ostectomía debe hacerse con escoplo, a presión manual
o impulsado con martillo, en una extensión suficiente como pa-
ra descubrir las caras oclusal, mesial y bucal.

En la posición distoangular será menester reseca~~r~~ tam-
bién el hueso distal; la ostectomía de acceso a la cara mesial,
debe ser lo suficiente extensa, como para permitir la introduc-
ción de un elevador de Clev-dent, que es el instrumento ideal-
para este tipo de exodoncia, por la fineza de su hoja; ésta se
aplica sobre la cara mesial del germen a extraerse, y girando-
vigorosamente el mango del instrumento, se logra desplazar el-
molar hacia distal y hacia abajo. El germen en posición para-
normal, requiere un prolijo trabajo de disección, para libera~~r~~
lo de sus paredes óseas.

El éxito en la extracción de estos gérmenes del tercer--
molar, es realizar una prolija ostectomía, que permita al ope-
rador, ver, por lo menos, la cara mesial y bucal del retenido.
En algunas oportunidades, no es suficiente la ostectomía bucal
con este fin, sino que habrá que buscar una puerta de entrada-
para los elevadores de Clev-dent, realizando con escoplo, a --
presión manual o con fresa redonda la eliminación del hueso --
que cubre la cara mesial, en la extensión y amplitud suficien-
te como para permitir la colocación de los elevadores.

Debe ser efectuada con prudencia, pero con firmeza, para

que el instrumento logre su efecto, hay que recordar la proximidad de la apófisis pterigoides y del seno maxilar, para evitar la fractura de la primera o la introducción intempestiva-- del tercer molar en el seno maxilar, accidente común cuando no se procede con la debida cautela.

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

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

Terminada la operación, la cavidad bucal será irrigada-- con solución salina o fisiológica, con el objeto de eliminar-- sangre, saliva y elementos extraños.

Se coloca un trozo de gasa en la zona intervenida, comprimiendo y manteniendo adosada la fibromucosa. Con una gasa-- mojada se limpia la cara del paciente. Se anotan las indicaciones que deberá seguir el paciente.

- Al llegar a su casa el paciente deberá guardar reposo-- durante algunas horas.

- Coloque una bolsa con hielo en la cara, sobre la zona-- intervenida durante 15 minutos con intervalos de 15 minutos de descanso, por el término de varias horas.

- No realice ninguna clase de enjuagatorios.

- La alimentación en las primeras 6 horas deberá ser líquida, posteriormente será dieta blanda.

- Tomar sus medicamentos de acuerdo a lo indicado en su receta.

- Regresar al día siguiente de la intervención, para la inspección de la evolución de la herida y posteriormente al tercer día para retirar los puntos de sutura, control radiográfico y valoración del paciente.

CAPITULO IX

Caninos Superiores Retenidos

Factores Etiológicos

Clasificación de los caninos Superiores Retenidos

Técnica para la extracción de caninos Superiores Retenidos por vía palatina

Técnica para la extracción de caninos Superiores en posición Vestibular

Extracción de los caninos en Maxilares Desdentados

Extracción de los caninos Inferiores Retenidos

Clasificación de los caninos Inferiores

Técnica para la extracción de los caninos Inferiores en posición Vestibular

Extracción de caninos Inferiores en posición Lingual

CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

FACTORES ETIOLOGICOS

Además de los factores etiológicos generales responsables de los dientes retenidos, hay otros factores etiológicos-causantes de la retención de los caninos superiores. Damos un resumen del estudio de Dewell sobre estos factores:

1. Los huesos del paladar duro ofrecen mayor resistencia que el hueso alveolar a la erupción de los caninos mal ubicados hacia lingual.

2. La mucosa que cubre el tercio anterior del paladar es tá sujeta a repetidos esfuerzos y presiones durante la masticación, por la cual se vuelve gruesa, densa y resistente. Está adherida más firmemente a la estructura ósea que ningún otro tejido blando de la cavidad bucal.

3. La erupción de los dientes depende hasta cierto punto de un aumento asociado al desarrollo apical. Esta ayuda a la erupción de los caninos está disminuida porque su raíz se halla normalmente más formada en el momento de la erupción que la de cualquier otro diente permanente.

4. Cuanto más grande es la distancia que un diente debe recorrer desde su punto de desarrollo hasta la oclusión normal, tanto mayores son las posibilidades de que se desvíe su curso normal y se produzca la retención consiguiente. El canino debe recorrer la distancia mayor de todos los dientes para lle-

gar a la completa oclusión. Es igualmente cierto que cuanto menor es la distancia que un diente debe recorrer, tanto menores son las posibilidades de retención. Los primeros molares permanentes son los que recorren la distancia más corta y los que rara vez son retenidos.

5. Durante el desarrollo, la corona de los caninos permanentes está colocada por lingual del largo ápice de la raíz -- del canino primario. Cualquier cambio en la posición o condición de este último, causado por caries o pérdida prematura--- de los molares primarios, se refleja a lo largo de su altura-- completa, hasta el extremo de la raíz, pudiendo causar fácilmente una desviación en la posición y dirección del crecimiento del germen del canino permanente.

6. Reabsorción retardada de las raíces de los caninos -- primarios.

7. Los caninos son los últimos dientes en erupcionar, -- por lo cual están expuestos a las influencias ambientales desfavorables.

8. Los caninos erupcionan entre dientes que ya están en oclusión y entran en competencia, por el espacio, con los segundos molares, generalmente también en erupción.

9. El canino está precedido por un canino primario, cuyo diámetro mesio-distal es mucho menor que el permanente.

Rohner, demostró que los caninos superiores retenidos --

son veinte veces más frecuentes que los inferiores. La retención por palatino es tres veces más frecuente que por vestibular.

La gran mayoría de los casos de retención se encuentran en las mujeres, a causa de que los huesos del cráneo y los maxilares son, término medio, más pequeños que en el hombre.

El canino inferior, en contraste con el superior, presenta menos retenciones, y cuando se presenta hace, generalmente por vestibular, y muy rara vez por lingual.

CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

La retención de los caninos superiores puede presentarse de dos maneras, de acuerdo con el grado de penetración del diente en el tejido óseo: retención intraósea, cuando la pieza dentaria está por entero cubierta de hueso, y retención subgingival, cuando parte de la corona emerge del tejido óseo, pero está recubierta por la fibromucosa.

Los caninos pueden ser clasificados de acuerdo:

1. Con el número de dientes retenidos.
2. Con la posición que estos dientes presentan en el maxilar.
3. Con la presencia o la ausencia de dientes en la arcada.

De acuerdo con estos tres puntos se puede ordenar una --
clasificación que corresponda a todos los casos de estas reten-
ciones.

Clase I:

Maxilar dentado. Dientes ubicados del lado palatino.

Retención unilateral.

a) Cerca de la arcada dentaria.

b) Lejos de la arcada dentaria.

Clase II:

Maxilar dentado. Dientes ubicados del lado palatino.

Retención bilateral.

Clase III:

Maxilar dentado. Diente ubicado del lado vestibular.

Retención unilateral.

Clase IV:

Maxilar dentado. Dientes ubicados del lado vestibular.

Retención bilateral.

Clase V:

Maxilar dentado. Caninos vestibulopalatinos (con la co-
rona o raíz hacia el lado vestibular).

Clase VI:

Maxilar desdentado. Dientes ubicados del lado palatino.

a) Retención unilateral.

b) Retención bilateral.

Clase VII:

Maxilar desdentado. Dientes ubicados del lado vestibular.

a) Retención unilateral.

b) Retención bilateral.

**TECNICA PARA LA EXTRACCION DE CANINOS
SUPERIORES RETENIDOS POR VIA PALATINA**

1. Anestesia.- Retención unilateral. Anestesia infraorbitaria del lado a operarse.

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

Retención bilateral. Anestesia infraorbitaria de ambos lados. Anestesia infiltrativa local en la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y de ambos agujeros palatinos posteriores.

Anestesia general. Los caninos retenidos pueden ser operados, bajo anestesia general, para esto es conveniente hacerse la intervención en una clínica u hospital y no en el consultorio dental.

2. Incisión.- Se realiza con un mango de bisturí No. 3-- Bard Parker y una hoja de bisturí No. 12 ó 15. La forma de incisión ideal, para este tipo de retención es la de festoneado-

palatino, a como se ilustra en la Fig. 8, iniciándose de la ca ra distal del premolar hasta los incisivos centrales del lado a operarse.

3. Desprendimiento del Colgajo.- Se desprende el talón-- palatino del hueso mediante un periostótomo o legra, con movi-- mientos, sin herir ni desgarrar la encía, se desprende la fi-- bromucosa hasta al descubierto del hueso de la bóveda palatina. Procurando obtener un colgajo tal que nos permita un área de-- trabajo adecuada.

4. Ostectomía.- La ostectomía se debe realizar con fre-- sas quirúrgicas de bola números 4, 5 ó 8, la ostectomía debe-- realizarse con previa irrigación continua para evitar sobre ca lentamiento del hueso y así evitar su deshidratación.

Se utilizará además aspirador quirúrgico, el cual nos -- permitirá una visibilidad mayor del campo operatorio. La os-- tectomía se continúa uniendo entre sí los orificios creados, -- seccionando el hueso que los separa con una fresa de fisura fi na del número 568, hasta descubrir la corona del diente por ex traer.

5. Extracción Propiamente Dicha.- Una vez descubierta la corona, se procede a realizar la luxación, utilizando un eleva-- dor recto.

Se ampliará la ventana ósea hasta descubrir el tercio an terior de la raíz del canino, se procederá a hacer la odonto--

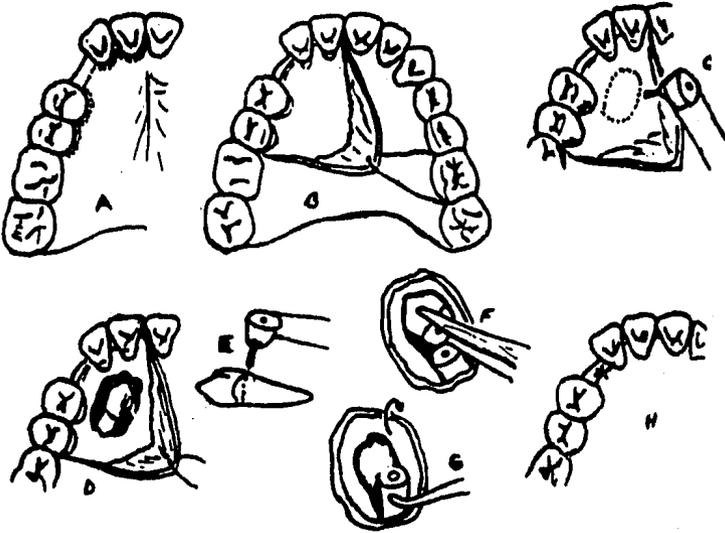


Fig. 8.- Extracción de un canino Superior derecho retenido en el lado palatino. A, Incisión; B. desprendimiento del colgajo, sosteniéndolo con un hilo a un molar; C. realización de la osteotomía con fresa quirúrgica; D. vista del canino retenido; E. sección del canino a nivel del cuello; --- F. extracción de la corona del canino con un elevador o pinza de disección; G. extracción del fragmento radicular; H. sutura del colgajo palatino.

sección para disminuir el volumen del diente a extraer, permitiendo la extracción de la corona y posteriormente la extracción de la porción de la raíz.

6. Tratamiento de la Cavidad Ósea.- Extraído el canino-- debe inspeccionarse cuidadosamente la cavidad ósea y extraer-- las esquirlas de hueso mediante una irrigación de solución fisiológica en forma enérgica.

Se extirpa el saco pericoronario del diente retenido; égte se extirpa con una cucharilla filosa. La omisión de esta-- medida puede traer trastornos infecciosos y tumorales. Se efectúa un contorneado de los bordes óseos agudos y prominentes -- con limas para hueso.

7. Sutura.- El colgajo se vuelve a su sitio, readaptándolo perfectamente de manera que las lengüetas interdentarias -- ocupen su normal ubicación.

Se realiza el cierre de la herida con puntos de sutura-- separados colocados a través de los espacios interdentarios,-- los cuales se anudan sobre la porción labial.

El material de sutura que se emplea es seda negra 000.

Prótesis de Contensión.

Es una férula palatina pre-fabricada de material de acrílico, la cual se usa en sustitución de la sutura, o en combinación con ésta.

Sirve para evitar la formación de hematoma y mantener -- adosado el colgajo palatino al hueso.

POST-OPERATORIO

Terminada la operación, la cavidad bucal será irrigada-- con solución salina o fisiológica, con el objeto de eliminar-- sangre, saliva y elementos extraños.

Se coloca un trozo de gasa en la bóveda palatina, compri-- miendo y manteniendo adosada la fibromucosa. Con una gasa mo-- jada se limpia la cara del paciente. Se anotan las indicacio-- nes que deberá seguir el paciente:

- Al llegar a su casa el paciente, deberá guardar reposo durante algunas horas.

- Coloque una bolsa con hielo en la cara, sobre la zona-- intervenida durante 15 minutos con intervalos de 15 minutos de descanso, por el término de varias horas

- No realice ninguna clase de enjuagatorios.

- La alimentación en las primeras 6 horas deberá ser lí-- quida, posteriormente será dieta blanda.

- Tomar sus medicamentos de acuerdo a lo indicado en su-- receta.

- Regresar al día siguiente de la intervención, para la-- inspección de la evolución de la herida y posteriormente al -- tercer día para retirar los puntos de sutura, control radiograf

fico y valoración del paciente.

EXTRACCION DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS
EN POSICION VESTIBULAR Y CANINOS PALATINOS

La vía vestibular para la extracción de los caninos retenidos en el lado vestibular y los palatinos próximos a la arca dentaria, con espacio suficiente dado por diastemas o dientes ausentes, es más sencilla que la palatina. La eliminación es más fácil y el acceso del diente retenido es más directo.

Si por algunas circunstancias no se logra hacer la extracción del canino por la intervención de la vía vestibular se puede completar la intervención por la vía palatina, según la técnica de la Fig. 9.

1. Anestesia.- Por medio de anestesia local infiltrativa se bloquea el nervio infraorbitario y se completa con anestesia del paladar a nivel del agujero palatino anterior y una anestesia distal a la altura del ápice del canino.

2. Incisión.- Se emplea la incisión en arco (Partsch) o la incisión hasta el borde libre (Newmann), realizándola con un mango de bisturí Bard Parker No. 3 y una hoja de bisturí No. 11, 12 ó 15. Debe estar lo suficientemente alejada del sitio de implantación del diente, como para que no coincida con brecha ósea; al reponer el colgajo en su sitio.

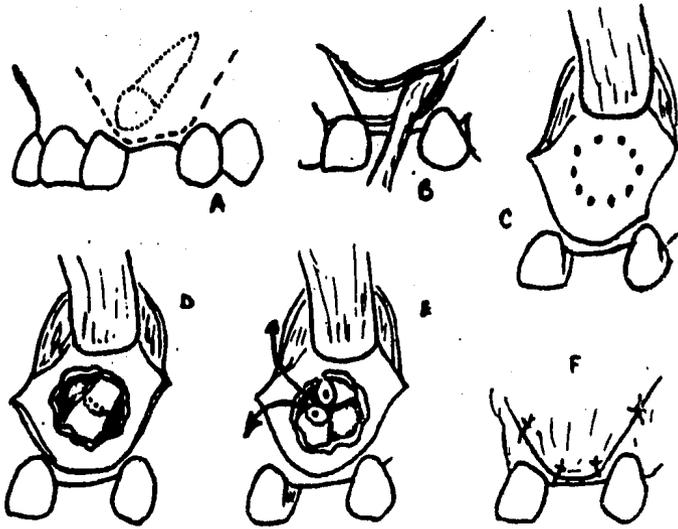


Fig. 9.- Extracción de un canino superior, por vía ves-
tibular. A. incisión; B. desprendimiento del colgajo;
C. ostectomía con una fresa redonda; D. sección del ca-
nino retenido a nivel de su cuello; E. extracción de-
ambos elementos por separado; F. sutura.

3. Desprendimiento del Colgajo. Se desprende del hueso mediante un periostótomo o legra, procurando obtener un colgajo de tal manera que nos permita un área de trabajo adecuada-- así como la localización de la estructura dentaria que pretendemos extraer.

Este debe mantenerse levantado durante el curso de la -- operación con un separador romo que no traumatice. Hay que -- evitar tironeamiento que repercuta sobre la vitalidad del teji-- do gingival.

4. Ostectomía.- Se elimina hueso con fresa quirúrgica de carburo, bajo irrigación continua para evitar sobre calenta--- miento del hueso.

La ostectomía se continúa hasta descubrir la corona del-- diente por extraer. La tabla externa no tiene la dureza y so-- lidez de la bóveda palatina y permite la ostectomía más fácil-- mente.

5. Extracción Propiamente Dicha.- Los caninos vestibula-- res, después de enucleada la tapa ósea, pueden ser extraídos-- enteros, luxándolos previamente con elevadores rectos que se-- aplican entre el diente y la pared ósea, en los sitios más só-- lidos. Luxado el diente, se toma con una pinza recta y se ex-- trae.

En los caninos palatíno también pueden ser intervenidos por la vía vestibular, en caso de ausencia del incisivo late--

ral o del primer premolar, para hacer posible su extracción,-- es necesario realizar la odontosección a nivel del cuello de-- la corona, ésta se extrae con un elevador recto. En el espacio creado por la corona extraída se proyecta la porción radicular.

6. Tratamiento de la Cavidad Osea.- Terminada la extracción del diente retenido se efectúa realizando un contorneado de los bordes óseos con una lima para hueso, se inspecciona la cavidad ósea, se extirpa el saco pericoronario. Se efectúa la lvado mecánico de la zona intervenida mediante solución fisiológica para proyectar las esquirlas óseos o dentarios.

7. Sutura.- El colgajo se vuelve a su sitio, de manera-- que las papilas interdientarias ocupen su posición normal. Se utilizan puntos separados, el material de sutura que se emplea es seda negra 000.

POST-OPERATORIO

Terminada la operación la cavidad bucal será irrigada -- con solución fisiológica, con el objeto de eliminar sangre, sa liva y elementos extraños. Cuando se interviene por vfa pala tina se utiliza la prótesis de contención en sustitución de la sutura o combinación con ésta.

Se limpia la cara del paciente y se anotan las indicacio nes que deberá seguir el mismo.

- Al llegar a su casa guarde reposo por algunas horas.
- Coloque una bolsa con hielo en la cara, sobre la zona-

intervenida, durante 15 minutos alternados con 15 minutos de--descanso, por el término de varias horas.

- No realice ninguna clase de enjuagatorios.

- La alimentación en las primeras 6 horas deberá ser lí-
quida, posteriormente será dieta blanda.

- Tomar sus medicamentos de acuerdo a lo indicado en su-
receta.

Regresar al día siguiente de la intervención, para la--
inspección de la evolución de la herida y posteriormente al--
tercer día para retirar los puntos de sutura, control radiográ
fico y valoración del paciente.

EXTRACCION DE LOS CANINOS EN MAXILARES DESDENTADOS

La vía de elección para la extracción de caninos en maxi-
lares desdentados, es realizando la incisión en la vía vesti--
bular, la ausencia de dientes, facilita el problema.

Prácticamente todos los casos pueden resolverse por esta
vía, a no ser los colocados muy profundamente, lejos de la ta-
bla externa y próximos a la bóveda. Para estos últimos, el ca-
mino más corto es la extracción por vía palatina. Las normas-
para la extracción de estos dientes se ajustan a las señaladas
para los otros tipos de caninos retenidos.

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

EXTRACCION DE LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS

Los caninos inferiores retenidos existen en número mucho menor que los superiores. Estos dientes generalmente se encuentran retenidos en posición vertical y cerca de la superficie vestibular. A veces están localizados bajo los ápices de los incisivos inferiores situados transversalmente en ángulo de 45° hacia el borde inferior de la mandíbula, muy rara vez se encuentran horizontales y cerca del lado lingual, las posiciones vestibulares o linguales de estos dientes serán determinadas por una película radiográfica oclusal.

CLASIFICACION DE LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS

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

Clase I:

Maxilar dentado. Retención unilateral.

Diente ubicado en el lado lingual.

- a) Posición Vertical.
- b) Posición Horizontal.

Clase II:

Maxilar dentado. Retención unilateral.

Diente ubicado en lado bucal.

- a) Posición Vertical.
- b) Posición Horizontal.

Clase III:

Maxilar dentado. Retención bilateral.

Dientes ubicados en lado lingual.

- a) Posición Vertical.
- b) Posición Horizontal.

Dientes ubicados en lado bucal.

- a) Posición Vertical.
- b) Posición Horizontal.

Clase IV:

Maxilar desdentado. Retención unilateral.

- a) Posición Vertical.
- b) Posición Horizontal.

Clase V:

Maxilar desdentado. Retención bilateral.

- a) Posición Vertical.
- b) Posición Horizontal.

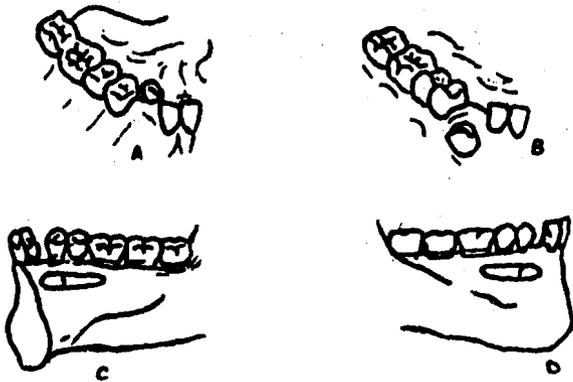


Fig. 10.- Caninos retenidos en el maxilar inferior. -- A. canino colocado hacia lingual (ubicación extremadamente rara); B. canino colocado hacia el lado vestibular; C. posición lingual (horizontal); y D. posición--vestibular (horizontal).

EXTRACCION DE LOS CANINOS INFERIORES
RETENIDOS EN POSICION VESTIBULAR

1. Anestesia.- Se realiza el bloqueo del nervio dentario inferior mediante anestesia regional y reforzamos con bloqueo del nervio mentoniano.

2. Incisión.- Las incisiones que se prefiere para esta--intervención son las de: en arco de Partsch y la incisión de--Semi Newmann. La incisión se realiza con un mango de bisturí No. 3 de Bard Parker y una hoja de bisturí No. 11, 12 ó 15.

3. Desprendimiento del Colgajo.- Como para los caninos--superiores, de acuerdo con el tipo de incisión, se desprende--mediante el periostótomo o legra fina para hueso. Obteniendo un colgajo de tal manera que nos permita una área de trabajo--adecuada así como la localización del diente retenido que se--pretende extraer.

4. Ostectomía.- La realizamos con fresa redonda No. 8 de bola, previa irrigación continua, para evitar el sobrecalentamiento del hueso, hasta descubrir la corona del diente retenido.

5. Extracción Propiamente Dicha.- Para facilitar el problema quirúrgico, la odontosección se impone. Como el maxilar superior, la escasa elasticidad del hueso maxilar inferior, en su porción basilar, exige la disminución del volumen del diente retenido.

La odontosección puede realizarse con fresa quirúrgica, las porciones seccionadas se extraerán por separados, con elevadores rectos o angulares, según la posición y facilidad de acceso.

6. Tratamiento de la Cavidad Ósea.- Se efectúa aseo mediante irrigación de solución fisiológico, en forma enérgica para arrastrar las esquirlas de hueso o del diente retenido.

Se realizará la regulación del borde óseo mediante una lima para hueso, para que no queden bordeos agudos.

7. Sutura.- Se vuelven los colgajos a su sitio, readaptándolo perfectamente a su posición normal. La sutura se realizará por puntos separados. El material que se emplea es seda negra 000.

POST-OPERATORIO

Finalizada la intervención se irriga la cavidad, con el objeto de eliminar sangre, saliva y elementos extraños. Se anotan las instrucciones para el paciente.

- Al llegar a su casa, guarde reposo por algunas horas.

- Coloque una bolsa con hielo en la cara, sobre la zona intervenida durante 15 minutos, con intervalos de 15 minutos de descanso, por el término de varias horas.

- No realice ninguna clase de enjuagatorios.

- Si se hubiera dejado en la boca alguna gasa retírela--

al cabo de una hora.

- La alimentación en las primeras 6 horas deberá ser líquida, posteriormente será dieta blanda.

- Tomar sus medicamentos de acuerdo a lo indicado en su receta.

- Regresar al día siguiente de la intervención, para la inspección de evolución de la herida y posteriormente regresar al tercer día para retirar puntos de sutura, control radiográfico y valoración del paciente.

EXTRACCION DE CANINOS INFERIORES LINGUALES

Tal posición es relativamente rara, la intervención puede realizarse por vía vestibular, cuando exista espacio entre los dientes vecinos.

La extracción por el lado lingual es muy laboriosa, por las dificultades de acceso inherentes a la ubicación del diente retenido y la mala iluminación y visibilidad a este nivel, por eso es preferible, aún riesgo de sacrificar dientes, elegir la vía vestibular.

El método de la odontosección disminuye los riesgos de lesiones sobre los dientes vecinos y presión o fuerza excesiva que puede comprometer la integridad del maxilar. Aquí también la vía de menor resistencia y el control de la fuerza deben dirigir el acto operatorio.

Existe, como en el maxilar superior, una forma de presentación de los caninos inferiores retenidos, que se denominó -- trans-alveolares a los superiores y que pueden llamarse así o vestibulo-linguales a los inferiores. En éstos, la raíz o parte de ella se encuentra en lado vestibular y la corona a lingual.

En estos casos debe realizarse la alveolectomía vestibular, la sección del canino a nivel de su cuello y la extracción de los dos elementos por la vía en que están ubicados: la corona por el lado lingual y la raíz por el vestibulo.

CAPITULO X

**Premolares Superiores e Inferiores
Retenidos**

**Complicaciones durante la extracción
de los dientes Retenidos o después de ella**

Conclusiones

Bibliografía

PREMOLARES SUPERIORES E INFERIORES RETENIDOS

Es relativamente común su presencia en ambos maxilares,-- la retención está próxima a la bóveda palatina y a la cara lingual respectivamente. La extracción de los premolares reteni-- dos, sigue también el plan indicado en páginas precedentes.

Los premolares superiores retenidos se pueden extraer -- con la misma técnica para la intervención de caninos retenidos por palatino, se admite que sin embargo el acceso es mucho más difícil.

Se deberá tener cuidado para no omprometer la cavidad nasal o el seno maxilar. Pueden provocarse pequeñas aperturas-- sin peligro para estos, porque cuando el colgajo palatino es-- reubicado y suturado en su lugar, sigue una cicatrización normal.

Los premolares inferiores son de un tipo especial de pro**blemas**, por la ubicación en que se encuentran, que es por la -- vía lingual con escaso o ningún espacio en la arcada entre los-- dientes erupcionados, ya que la extracción por vía lingual es-- sumamente dificultosa que con frecuencia se traduce por fracaso.

La técnica de extracción precisa para el premolar lingual (o vestibulo-lingual), deberá ser una combinación de vías, la-- vestibular y la lingual; el abordaje y la incisión se realizan por vía vestibular; se secciona el diente retenido, a nivel -- del cuello, con una fresa de fisura; la corona se elimina por--

la vía lingual, con un elevador recto, introducido por vía vestibular; se completa la ostectomía para liberar el tercio superior de la raíz, que se extrae con elevadores rectos y angulares, introducida por vía vestibular y aplicados en una de las caras radicales más accesibles o, previo orificio con fresaredonda, en la cara vestibular de la raíz, donde se introduce un elevador recto, dirigiéndola casi siempre hacia el lado lingual.

COMPLICACIONES DURANTE LA EXTRACCION DE LOS DIENTES RETENIDOS O DESPUES DE ELLA

Existen muchas complicaciones que pueden presentarse en la intervención quirúrgica del diente retenido o bien después de ella, de las cuales se mencionan las siguientes:

1. Exposición del conducto dentario inferior.
2. Corte del nervio dentario inferior, lo que da como resultado una insensibilidad prolongada o parestesia del labio.
3. Trismu agudo que impide la masticación.
4. Fractura de raíces, las raíces del tercer molar superior pueden ser forzadas hacia el seno maxilar. Las del inferior pueden ser dislocadas a través de la delgada o ausente cortical lingual hacia el espacio submaxilar. Si el conducto dentario inferior está en contacto con los ápices del tercer molar inferior, una pequeña fractura del ápice puede ser impulsa

da dentro del conducto cuando se hacen los intentos de extracción a menos que se tomen grandes cuidados.

5. Desgarramientos de los vasos sanguíneos por lesión o por compresión de la arteria y vena dentaria inferior. Interrupción del aporte sanguíneo al colgajo palatino durante mucho tiempo, lo que puede ser una secuela para la necrosis de la misma.

6. Fractura importante de la apófisis alveolar.

7. Traumatismo o desplazamiento de los dientes vecinos, lo cual puede hacerles perder su vitalidad y originar procesos infecciosos periapicales.

8. Decoloración de los tejidos blandos, por debajo y por encima de la mandíbula, debajo del ojo, mejillas o labio inferior; esto depende del sitio operado, y el resultado de una equimosis producida por una hemorragia postoperatorio.

9. Lesiones en los labios, mejillas y mucosas por el uso de instrumentos.

10. Apertura del seno maxilar.

11. Caída de un diente dentro del Seno Maxilar.

12. Empujar un tercer molar superior dentro de la fosa Pterigomaxilar.

13. Comunicación con la cavidad nasal.

14. Pérdida de gran parte de la apófisis alveolar por necrosis debido al mal planeo de la técnica para la extracción del diente retenido, lo que se produce generalmente por un gran traumatismo del hueso, por exceso de presión con elevadores, escoplo, quemaduras del hueso por la fresa usada a mucha velocidad, carente del filo y sin previa irrigación.

15. Fracturas del maxilar superior o inferior.

16. Extensas laceraciones y gran traumatización de los tejidos blandos.

17. Exposiciones exageradas de las raíces de los dientes vecinos que pueden dar por resultado la pérdida de estos dientes.

18. Dolor que puede ser el dolor normal por un trauma normal o el dolor intenso de la alveolitis (llamado alvéolo seco).

19. Un ápice empujado a la región sub-maxilar o al seno-maxilar o al conducto dentario inferior.

Durante la operación con anestesia local en la mandíbula si se ejerce mucha presión con las raíces o con los instrumentos, sobre el nervio dentario inferior el paciente experimentará dolor, lo que es cierto a pesar de que él siente insensibilidad del labio y se ha observado muchas veces cuando el anestésico usado era clorhidrato de procaína al 4%, con epinefrina 1:50 000; del mismo modo, cuando hay exposición pulpar como re

sultado de la técnica por seccionamiento los tejidos pulpa-
res son dolorosos al contacto de la punta del aspirador.

El dolor como resultado del contacto o de la compresión-
del nervio dentario inferior, o de una pulpa expuesta es la re
gla más bien que la excepción.

.CONCLUSIONES

1. Para realizar la extracción de numerosas variedades-- de dientes retenidos se seguirán los principios quirúrgicos.

2. Se tendrá conocimiento previo del área por intervenir y así prevenir complicaciones o traumatismo.

3. El examen radiográfico debe ser tan perfecto, ya que-- éste nos dará la exacta ubicación del diente retenido y su re-- lación con los órganos, cavidades y dientes vecinos.

4. Se deberá traumatizar lo menos posible, realizando -- las resecciones óseas necesarias y la odontosección para que-- el diente retenido pueda abandonar su lecho óseo.

5. Cualquier diente retenido es siempre susceptible de-- causar una atrofia de la zona en que se localiza y de los órga-- nos vecinos.

BIBLIOGRAFIA

1. Archer William Harry
Atlas paso por paso de técnicas quirúrgicas
Buenos Aires, Segunda Edición
Editorial Mundi, 1968
2. Clínicas Odontológicas de Norte América
Diente Impactado, sus complicaciones y tratamiento
Editorial Interamericana, 1979
3. H. Birn, J.E. Winter
Atlas de Cirugía Oral
Editorial Salvat, 1974
4. Krugger, Gustavo
Tratado de Cirugía Bucal
Quinta Edición, México
Editorial Panamericana
5. Manual Ilustrado de Odontología
Productos Astra
6. R. C. O' BRIEN
Radiología Dental
Cuarta Edición
Editorial Interamericana, 1985
7. Ries Centeno, Guillermo A.
Cirugía Bucal con Patología Clínica
y Terapéutica
Octava Edición. Buenos Aires, 1979
Editorial El Ateneo