

24. 156



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**CIRUGIA DE LOS TERCEROS MOLARES MANDIBULARES
IMPACTADOS COMO UNA FASE DE
ODONTOLOGIA PREVENTIVA**

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n

María de Lourdes Casillas Ledesma

Jorge Ricardo Obregón Sánchez



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

TEMA I	DEFINICION Y GENERALIDADES
TEMA II	ETIOLOGIA
TEMA III	OBSERVACIONES PREOPERATORIAS a) Examen Anatomo-Topográfico de la Región b) Estudio Radiográfico c) Historia Clínica
TEMA IV	ACCIDENTES PROVOCADOS POR LOS TERCEROS MOLARES MANDIBULARES IMPACTADOS
TEMA V	CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES MANDIBULARES a) Clasificación de Winter b) Clasificación de Pell y Gregory
TEMA VI	TECNICAS QUIRURGICAS a) Técnica de G. Winter b) Técnica de Wilton Cogswell c) Técnica de Pell y Gregory d) Técnica de James Stakesby Lewis
TEMA VII	CUIDADOS POSTOPERATORIOS
TEMA VIII	CONCLUSIONES

DEFINICION:

Diente Impactado es aquél que no llega a ponerse en contacto con el medio bucal, porque está impedida su erupción por dientes adyacentes, hueso, y por tejidos fibrosos de la región. Según el caso, se dice que el diente está en impactación ósea o impactación submucosa. La verdadera impactación es aquella que se produce en dientes que no han erupcionado después de su tiempo normal, generalmente manteniendo la integridad de su saco folicular.

GENERALIDADES:

El Cirujano Dentista quien es responsable de la salud oral de adultos jóvenes, y que a menudo tiene que decidir acerca del manejo de los terceros molares mandibulares impactados, y cuándo y porqué extraerlos. Frecuentemente se tiene que basar en la cantidad de espacio disponible en la región del tercer molar, y la posición angular de este diente.

Los estudios más recientes nos indican que no es recomendable retener los molares impactados cuando a la larga aparecerán problemas.

Más bien nos indican, que hay que hacer un plan de tratamiento acerca de la remoción profiláctica de un diente impactado, antes de que cause estos problemas. Considerándolo así como una fase de Odontología Preventiva.

2.

Muchos autores sugieren la idea de esperar y ver hasta que el problema se manifieste para llevar a cabo la remoción profiláctica de rutina a una edad temprana.

De lo anteriormente expuesto Hoek dice; "Sólo rara vez es justificada esa observación y espera". También dice que después de los 15-16 años de edad hay un - crecimiento apenas perceptible en la región retramolar por lo que se puede considerar que el tercer molar mandibular que está inclinado o impactado deberá ser extraído.

Costlich tiene una opinión similar; "Deben removerse profilácticamente durante la adolescencia".

Leskin tiene una idea más conservadora; "La remoción profiláctica de los terceros molares es recomendada tan pronto como sea evidente que estos no están en una posición para erupcionar normalmente. Más bien quiere decir, que esto puede ser determinado usualmente a los 16 ó 17 años de edad con un estudio radiológico.

Algunas investigaciones sugieren que la remoción profiláctica es más bien un paso, y se han desarrollado técnicas para remover el tercer molar, cuando aún es un gemín en la edad de los 7 a 10 años de edad.

Henry ha llevado a cabo esta operación desde 1929. Pero más recientemente Ricketts también describe una operación similar utilizando electrocirugía.

Las bases para recomendar la remoción profiláctica temprana de rutina de los terceros molares mandibulares impactados parece basarse en los cambios del espacio

retromolar que esencialmente cesan a la edad aproximada de los 16 y 17 años de edad.

El patrón que rige el crecimiento de este espacio debe ser considerado. De acuerdo con Sicher: "El crecimiento mandibular, toma lugar como un crecimiento cartilaginoso en el cóndilo, como un crecimiento de oposición en la superficie posterior de la rama, y como una remodelación del borde de la rama.

Sobre todos los resultados de este patrón es un movimiento de ascenso y avance del cuerpo con un movimiento posterior de la rama. El espacio retromolar es aumentado en una dimensión antero-posterior y ahí entonces, los molares permanentes son acomodados como un resultado del retro posterior de la rama.

Los terceros molares mandibulares se desarrollan en la raíz de la rama y son usualmente inclinados anteriormente como una consideración de la erupción dental. Conforme retrocede la rama, la inclinación del molar cambia y erupciona este diente.

La cantidad disponible de espacio distal para el tercer molar en varias edades ha sido medido por Ledyard; que por su trabajo se ha llegado a la conclusión que la extracción del tercer molar mandibular debe ser hecha a la edad de 16 y 17 años de edad.

Considerando generalmente que es más fácil extraer estos dientes en el individuo joven, porque el paciente tolera mejor el procedimiento y no necesita cirugía extensa como el adulto. Los jóvenes se recuperan más rápidamente y la posibilidad de complicaciones periodontales subsecuentes a la cirugía es menor.

ETIOLOGIA:

La explicación de la incidencia de dientes retenidos que parece más lógica es la reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares humanos.

Esto da por resultado maxilares demasiado pequeños para acomodar los terceros molares. En apoyo de esta teoría se puede decir que, actualmente, ha disminuido o ha faltado totalmente el estímulo que excita un desarrollo adecuado de los maxilares humanos.

Este estímulo perdido es la fuerza necesaria para la masticación del alimento duro, con el consiguiente choque. La dieta moderna no requiere un esfuerzo decidido en la masticación, y esto, de acuerdo con Nodine y otros, es la causa de la falta del estímulo de crecimiento de los maxilares y la razón por la que el hombre moderno tiene dientes retenidos.

Nodine sugiere que "las principales causas básicas de dientes retenidos son la alimentación artificial de las bebés, los hábitos de la infancia y niñez, los alimentos dulces y blandos de niños y jóvenes, mezclas desproporcionadas".

Podemos dividir las causas de retención en dos, que son:

- A) Causas locales de retención
- B) Causas sistémicas de retención

Causas Locales de Retención:

Berger da las siguientes causas locales de retención:

1. Irregularidad en la posición y presión de un diente adyacente.
2. La densidad del hueso que lo cubre.
3. Inflamaciones crónicas continuadas con su resultante.
4. Una membrana mucosa muy densa.
5. Falta de espacio en maxilares poco desarrollados.
6. Indebida retención de los dientes primarios.
7. Pérdida prematura de dentición primaria.
8. Enfermedades adquiridas tales como necrosis, debida a infección o abscesos.
9. Cambios inflamatorios en el hueso.
10. Enfermedades exantemáticas en los niños.
11. Rotación de los gérmenes dentales.

Causas Sistemáticas de Retención:

Las retenciones se encuentran, a veces, donde no existen condiciones locales presentes. En estos casos hay, según Berger:

A. Causas prenatales:

1. Herencia
2. Mezcla de razas

B. Causas postnatales: Todas las causas que pueden interferir en el desarrollo de niño, tales como:

6.

1. Raquitismo
2. Anemia
3. Sífilis congénita
4. Tuberculosis
5. Disendócrinas
6. Desnutrición

C. Condiciones raras:

1. Disostosis cleidocraneal
2. Oxicefalia
3. Progeria
4. Acondroplasia
5. Paladar fisurado

OBSERVACIONES PREOPERATORIAS:

a) Examen Anatomico Topográfico de la Región: Realizaremos primero un estudio detallado de la anatomía de la región ósea correspondiente al tercer molar inferior y de las relaciones de este diente cuando él ha hecho su erupción normalmente, luego haremos el mismo estudio cuando él se encuentre impactado.

Diente en Erupción Normal: La región del tercer molar inferior está circunscrita a la zona comprendida entre los siguientes límites.

- A) Por delante un plano que pasa por la cara distal del primer molar y que corta totalmente a la rama horizontal.
- B) Por detrás, el borde posterior de la rama ascendente.
- C) Por arriba, el plano horizontal que pasa por la espina de Spix y paralelo al plano de oclusión de los molares.
- D) Por debajo, el borde inferior de la rama horizontal de la mandíbula.

El espacio cuadrilátero comprendido entre estos planos presenta dos zonas diferentes, la correspondiente a la porción básica de la mandíbula y de la rama ascendente que es estable y la porción alveolar, cuya vida depende de los dientes; que crece y se forma de acuerdo con la erupción de ellos y que se atrofia y desaparece cuando se produce su pérdida.

La porción alveolar que ocupa toda la extensión de la rama horizontal termina en el triángulo retramolar.

Esta región presenta para su estudio dos caras; una externa y la otra interna.

Y dos bordes, uno antero-superior o alveolar, y otro postero-inferior.

Cara Externa: La cara externa, es plana en la mayor parte de su extensión; el borde anterior de esta cara corresponde al borde anterior de la rama ascendente, que en forma de arista desciende hacia abajo y hacia adelante continuándose sobre la cara externa de la rama horizontal formando la línea oblicua externa.

Esta línea o cresta divide a la cara que estamos estudiando en dos porciones: una antero-superior y otra postero-inferior. La primera, de menor tamaño presenta una depresión, principio de la fosa retramolar. La segunda o postero-inferior, es mucho más amplia, rugosa y en ella se inserta el músculo masetero.

Cara Interna: La cara interna, también es plana, pero ofrece mayores irregularidades que la externa; cerca del límite superior se encuentra el agujero dentario posterior, protegido en parte por la espina de Spix.

Este orificio corresponde a la iniciación del conducto dentario que es recorrido por el paquete vasculo-nervioso del mismo nombre. Dicho conducto se extiende más allá de los límites de la región que estamos estudiando.

Como desprendiéndose del orificio dentario posterior, se observa un surco que se dirige de arriba a abajo, y de atrás a adelante, el surco milohioideo el que es recorrido por paquete vasculo-nervioso homónimo.

En la parte antero-superior se alcanza a ver la parte inferior del borde anterior

de la apófisis coromoides que al continuarse sobre la cara externa de la rama horizontal, forma la línea oblicua interna. Entre estas dos líneas queda un espacio de forma triangular, ligeramente cóncavo, el trígono retramolar.

En la línea oblicua interna, se inserta el músculo milohioideo y la aponeurosis bucinato-faríngea, en cuyo borde posterior se inserta el músculo constrictor de la faringe y en su borde anterior el músculo buccinador. Por debajo de la línea oblicua interna se insertan los haces musculares del pterigoideo interno.

Borde Anterosuperior o Alveolar: Este borde está formado: por delante, por el reborde alveolar y el alveolo del tercer molar, por el trígono retramolar, espacio de forma triangular de vértice superior y que varía de forma en diversas circunstancias, en relación con la presencia o ausencia del tercer molar. El hueso en este sitio es menos compacto que el resto de las ramas; en su superficie se observan numerosas orificios (agujeros nutricios del hueso).

Cuando ha hecho erupción el tercer molar este borde es muy ancho en la porción correspondiente y forma una fuerte saliente hacia adentro, pero la lámina ósea en este sitio es sumamente delgada y frágil. El alveolo en este caso, está más cerca de la cara interna que de la externa y su forma y tamaño corresponden a los de la raíz del diente. La separación entre los alveolos de los segundos y terceros molares, es variable, también según la dirección del eje mayor del tercero, pudiendo ser un espacio virtual cuando las raíces de ambos dientes están muy próximas, o presentan una formación ósea abundante, cuando las raíces del tercer molar están en posición mesioangular o distoangular.

Borde Posteroinferior: Este borde, carece de importancia quirúrgica y sólo es digno de mención como punto de referencia.

Estructura interna: Para estudiar la estructura interna de la región del maxilar inferior, conviene realizar cortes transversales que pase por cara mesial del tercer molar, por la parte media del diente, por detrás de este último, y a la altura de la espina de Spix.

En el corte realizado a la altura de la cara mesial del tercer molar, se observa lo siguiente:

- A) Una lámina gruesa de tejido óseo compacto que forma la tabla externa.
- B) Una lámina también de tejido compacto mucho más delgada que la anterior y que corresponde a la tabla interna.
- C) Una porción de tejido esponjoso entre estas dos láminas compactas en el que se encuentra el alveolo del tercer molar y el corte del conducto dentario.
- D) Un ensanchamiento correspondiente a la línea oblicua externa.
- E) Una eminencia un poco menor que la anterior y que corresponde a la línea oblicua interna.
- F) El borde anterior de la rama ascendente conteniendo el espacio retramolar.

Las láminas compactas son de gran dureza y están poco irrigadas, siendo su principal defensa el pericostio que las cubre, en cambio el tejido esponjoso que está lleno de

areólas ocupadas por la médula, es muy ricamente irrigado, de menor dureza y por lo tanto de menos resistencia.

A consecuencia de la rica irrigación del tejido esponjoso, sus defensas son grandes y se defiende y regenera con mucha mayor facilidad. Así vemos con frecuencia que un reborde óseo compacto, desprovisto de peristio, si queda al descubierto, se necrosa y se secuestra con cierta facilidad; en cambio el tejido esponjoso correspondiente a la región alveolar se regenera con gran prontitud.

Algunas veces el conducto dentario está a una distancia bastante grande del ápice del tercer molar, pero estas relaciones pueden variar, aún en los dientes que han hecho erupción, la lámina cortical del alveolo puede estar en contacto con la lámina cortical del conducto.

En el corte a la altura de la línea media del diente, se observan características semejantes a las del corte de la estructura interna.

En el corte que pasa por detrás de la cara distal del tercer molar, se observa que el maxilar se va estrechando, es decir, que las tablas externa e interna se acercan entre sí y que por la parte superior existe una lámina bastante gruesa de tejido compacto, la que no existía en cortes anteriores.

En el corte que pasa por delante de la espina de Spix, se observa lo siguiente: las tablas externa e interna se han aproximado entre sí, el tejido esponjoso es más escaso y menos areolar, el conducto dentario está mucho más alto y muy próximo a la cara interna.

En el corte horizontal realizado a la altura de la mitad de la rama horizontal del maxilar, se ven los ápices del tercer molar, muy próximas a lámina ósea interna, la cual converge inmediatamente por detrás de aquellos hacia la cara externa produciendo un notable estrechamiento del maxilar a esa altura. Se ve también el corte del conducto dentario, el que se encuentra muy próximo a la lámina interna. Este conducto que nace a la altura de la espina de Spix, se dirige primero de arriba a abajo y de atrás a adelante, siguiendo una línea curva de concavidad anterior; sus relaciones con las raíces del tercer molar, suelen ser muy íntimas, sobre todo si éste ha quedado incluido en el maxilar. Algunas veces los ápices del diente están en contacto con el conducto, otras, éste pasa al costado de las raíces, dando la imagen radiográfica la impresión de que, las raíces están dentro del conducto; otras, las raíces se desvían hacia atrás y en la parte mesial de ellas presentan un surco que aloja al paquete vascular-nervioso, habiendo desaparecido la pared correspondiente del conducto. En estos casos al eliminar el molar el paquete vascular-nervioso queda en contacto con la cavidad bucal.

Tabique interdentario: El tabique óseo que separa la raíz distal del segundo molar de la mesial del tercero, cuando este último está en buena posición, es semejante a todos los tabiques interdentarios, es decir, tiene una forma triangular con la base a la altura de los ápices radiculares; su vértice a nivel del cuello del diente, con una delgada cortical que está en contacto con las raíces de ambos molares y el resto está formado por tejido esponjoso de aréolas pequeñas.

Cresta Interradicular: También llamado septum interradicular, es hueso que está ubicado entre las raíces de un mismo diente. Su forma varía de acuerdo con la dirección de las raíces. Su estructura es esponjosa con areólas más pequeñas que el del cuerpo del maxilar.

Algunos autores sostienen que el paquete puede pasar a través de un ojal que le formarían las raíces.

Estructura Interna de la Rama Ascendente: En condiciones normales, la parte distal de la corona del tercer molar está separada del borde anterior de la rama ascendente por una distancia que puede variar desde 1 mm. hasta 1 cm.

En un corte vertical de la rama ascendente, a un centímetro por detrás de su borde anterior de la rama, comprobamos que existe una diferencia notable en la estructura interna de la rama ascendente con las que hemos estudiado en la rama horizontal. En efecto en aquella el tejido esponjoso es muy escaso y las láminas externa e interna de tejido compacto, se acercan notablemente entre ellas.

Diente Impactado: Hemos estudiado las relaciones del diente con los elementos que lo rodean, cuando hace su erupción normalmente, corresponde ahora considerar las variaciones que se presentan cuando el diente permanece impactado.

El molar impactado puede ocupar las más caprichosas posiciones y por ello, los elementos vecinos que entran en relación con él, varían también; es por lo tanto fundamental conocer al detalle la osteoestructura que lo circunda, es decir: del

tabique que lo separa del segundo molar; del hueso que cubre parcial o totalmente la corona; de la cresta interdicular, cuando se trata de dientes multirradiculares, y por último, las relaciones del diente con los elementos vecinos.

Si el tercer molar está impactado el tabique interdentario varía de acuerdo con la posición y profundidad del molar. Si éste se encuentra en íntimo contacto con el segundo molar, el tabique puede llegar a faltar, o ser de tamaño reducido. Eso sucede cuando la corona o la raíz del tercer molar están colocadas contra la raíz del segundo.

Puede faltar también el tabique interdentario como consecuencia de un estado inflamatorio, tan comúnmente existente en las inclusiones parciales, lo que produce la destrucción de esta parte del hueso.

Otras veces el tabique tiene un tamaño mayor de lo normal; lo que se produce cuando el diente está desviado hacia la parte distal de la arcada.

La conservación del hueso interdental debe merecer especial cuidado a fin de evitar que el diente vecino quede en inferioridad de condiciones.

Si este espacio es reducido o si no existe, ello debe tenerse presente a fin de que, al aplicar los instrumentos quirúrgicos no se produzcan lesiones en la raíz distal del segundo molar que pueden ser irreparables.

Cresta interdicular: Cuando el molar es multirradicular, el espacio comprendido

entre las raíces se encuentra ocupado por hueso. Estas crestas interradiculares están de acuerdo con la forma y tamaño de las raíces. Ellos son visibles en mayor o menor grado, en las placas verticales, en casi todas las inclusiones. No lo son en las posiciones lingual o bucaangular, pues en estos casos hay superposición de la imagen coronaria con la radicular.

Si el diente se presenta con la desviación lingual o bucal, la cresta interradicular desaparece parcial o totalmente de la imagen radiográfica y muchas veces ésta parecería corresponder a un diente unirradicular o con raíces fusionadas.

Hueso que cubre la Corona del Diente: El diente puede presentarse parcial o totalmente cubierto por hueso. Este no es siempre de la misma naturaleza, pues varía según la posición del diente en relación con la ascendente de la mandíbula, con la cara externa, con la línea oblicua externa, con la cara interna y con el espacio retromolar. De acuerdo con estas diferencias estructurales varía el instrumental y la técnica de la intervención a realizar.

Para estudiar las inclusiones totales, es necesario recurrir a las radiografías intrasetales, verticales y oclusales y a veces a las extraorales.

En las inclusiones parciales, debe estudiarse la relación del hueso con cada una de las caras de la corona del molar, es decir: triturante, distal, bucal, mesial y lingual.

Cara Triturante: La cara triturante de los molares parcialmente impactados puede presentarse cubierta en parte por el hueso y en parte por la mucosa; puede también

quedar totalmente cubierta, mientras alguna otra de las caras de la carina está en contacto con la cavidad bucal. No es esto lo más frecuente y solamente se le observa en inclusiones de tipo horizontal, lingual, bucal y distoangular. La estructura del hueso que la cubre, en estos casos, será de la misma naturaleza del hueso vecino. Cuando el diente impactado ha tenido espacio suficiente para ocupar su posición correcta en la arcada, es decir, si el espacio comprendido entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente es grande, pero el diente se ha inclinado hacia mesial o ha tomado la posición horizontal, son los cúspides distales las que, quedan al descubierto.

Cuando el diente se desvía hacia bucal o hacia lingual, son los cúspides apuestas a la dirección de la desviación las que quedan expuestas.

En las inclusiones distoangulares, es la parte mesial de la cara trituyente la que queda en contacto con la cavidad bucal.

Por lo general, el hueso que cubre en parte la cara trituyente de un molar impactado, es de poco espesor y siempre entre él y los tejidos dentarios hay un espacio ocupado por saco pericoronario.

Cara Distal: Lo que hemos dicho sobre la cara trituyente se aplica para la distal, es decir que puede encontrarse libre o cubierta parcial o totalmente, por el hueso.

Cuando está totalmente cubierta, el hueso, pertenece a la rama ascendente y el diente se presenta incluído en posición distoangular.

Si la cara distal está parcialmente libre de hueso; esto es observado cuando la distancia entre la cara distal del segundo molar y la rama ascendente es suficientemente amplia.

Cara Mesial: Cuando la cara mesial aparece totalmente cubierta por hueso, este corresponde a la cresta interdientaria.

Cara Bucal: Si la cara bucal está cubierta por hueso, la estructura de éste corresponde a la de la tabla externa y de la línea oblicua. El hueso es grueso y resistente, como que se trata de hueso compacto.

La relación del hueso con el diente, tanto con su cara bucal, como con la lingual no puede ser estudiada radiográficamente, pues la corona del molar se interpone en el trayecto de los rayos e impide verlos. Únicamente se tiene una idea aproximada observando la altura de la cresta interdientaria y la imagen ósea distal de la corona. La observación directa y la investigación con instrumentos son preferibles en estos casos.

Cuando la corona está parcialmente cubierta por distal, el hueso corresponde a la rama ascendente.

Cara Lingual: Como se dijo anteriormente, el hueso que está en relación con la cara lingual del molar no puede ser observado en la radiografía.

En muchos casos ello puede hacerse por exploración directa.

Relación del Diente Impactado con el Conducto Dentario: El tercer molar en posición normal, se encuentra en una distancia variable del conducto dentario, pero por lo general está alejado de él. Cuando el diente permanece impactado esta relación suele ser mucho más íntima.

El estudio de las radiografías verticales nos permite observar las siguientes variedades:

1. El molar no está en íntima relación con el conducto y la distancia que los separa hace difícil la lesión de su contenido. Estas cosas son más favorables y por lo general se trata de dientes impactados superficialmente.
2. El conducto dentario está en relación más o menos íntima con el diente impactado. En este caso pueden presentarse las siguientes variedades:
 - a) el ápice radicular aparece en el interior del conducto.
 - b) una o más de las raíces llegan hasta la cortical del conducto.
 - c) la raíz del diente desciende por debajo del conducto y deja éste hacia bucal o hacia lingual.
 - d) en caso de dientes multirradiculares, las raíces se juntan por debajo del conducto o éste pasa por el espacio interradicular del molar. Este caso no ha sido comprobado, por lo que todavía se niegan creer muchos autores.

Radiográficamente, es difícil diagnosticar con precisión si el conducto está por dentro o por fuera de las raíces.

Cuanto más profundamente se encuentre impactado el diente en el maxilar, mayores son las probabilidades de que sus raíces estén en relación con el conducto.

Estas consideraciones explican la vinculación de los procesos dolorosos con los dientes impactados, así como la necesidad de tomar toda clase de precauciones cuando se va a realizar una extracción de este tipo, a fin de evitar la posible traumatización del paquete vasculo-nervioso.

Relación del Diente con las Tablas del Maxilar: Cuando el diente está en erupción normal, se encuentra más próximo a la tabla interna que a la externa del maxilar.

Con frecuencia aquélla se presenta unida a la cortical del alvéolo; otras veces, separada por una pequeña zona de tejido esponjoso.

En muchos casos, cuando el diente está incluído, la lámina ósea interna es tan delgada que deja al descubierto una parte de la raíz. Debe tratarse de comprobar esta circunstancia, pues el diente en tales condiciones, puede ser introducido en el piso de la boca durante las maniobras operatorias de la extracción, lo que constituye un accidente peligroso.

Cuando se muestra un maxilar con el tercer molar impactado y cuyos ápices no están recubiertos por hueso, no basta estudiar esta relación únicamente con radiografías oclusales y verticales; ya que el único medio de diagnóstico es el examen clínico directo y la palpación digital. Para ello el operador colocará el dedo índice por dentro de la boca del paciente a la altura del tercer molar y notará

si el diente hace relieve sobre la tabla interna del maxilar.

En caso de que las raíces no se encuentren cubiertas por hueso, será necesario tomar toda clase de precauciones durante el acto quirúrgico.

Otras veces el diente se desvía hacia vestibular alejándose de la tabla interna.

Hueso Enfermo: Hasta ahora, al hablar del hueso que rodea al diente hemos supuesto que aquél estaba sano, pero es frecuente encontrar en los dientes incluídos parcialmente y que han sufrido inflamaciones pericoronarias, que el hueso ha intervenido también en el proceso, que se halla inflamado y ha sido destruído en proporciones variables. Estas destrucciones se producen de preferencia en el espacio comprendido entre la cara distal del segundo molar y la mesial del tercero, y por detrás de la cara distal del tercer molar. No hay que confundir las sombras radiográficas producidas por estos procesos destructivos con las sombras producidas por la persistencia del saco coronario, lo que se observa en dientes incluídos totalmente; es decir, que no han estado ni están en comunicación con la cavidad bucal.

Cuando la infección del hueso ha llegado a su médula, es decir, cuando se ha producido una osteomielitis, la extracción del tercer molar pasa a segundo término, pues ella se realiza con facilidad al extirpar los sequestras producidos por aquélla.

Indiscutiblemente todo estado infeccioso local, en el sitio que se va a realizar una intervención constituye un peligro para que se propague la infección, en este caso puede dar lugar a osteomielitis, a adenitis cervical, a inflamaciones de los pilares

del velo, a flemas del suelo de la boca o a lo que es más común, a alveolitis localizada, de menos gravedad que los procesos mencionados anteriormente, pero muy molesta por los dolores que produce. Desde el punto de vista de la intervención misma, las osteítis con su consecutivo reblandecimiento y destrucción de hueso, la facilitan en la mayoría de los casos.

b) Estudio Radiográfico: Una vez terminado el estudio anatómico de la región que nos interesa, debemos pasar al estudio radiográfico, el conjunto de los datos nos permitirá establecer con precisión los siguientes datos de imprescindible necesidad:

1. La existencia del diente impactado.
2. Su posición en la mandíbula.
3. Las características de la estructura ósea que lo rodea.
4. Las relaciones con los elementos que lo rodean.
5. Las características del segundo y primer molar.

Para poder realizar el estudio radiográfico completo a que nos hemos referido, es necesario seguir una técnica precisa para que las imágenes radiográficas no nos conduzcan a error.

Debemos tener en cuenta que la extracción del tercer molar mandibular impactado es una de las operaciones más difíciles y de mayor riesgo que realiza el cirujano oral. En la época actual sería imperdonable realizar una de estas intervenciones sin un estudio radiográfico completo, como hacerla sin observar los preceptos de asepto que ya son clásicos.

El estudio radiográfico cuidadoso completará el examen anatómico y nos permitirá decidimos por la técnica más adecuada para cada caso, al mismo tiempo que realizar esta técnica con el menor riesgo para el paciente y el menos esfuerzo para el cirujano.

En la mayoría de los casos, radiografías intraorales periapicales y oclusales son no solamente suficientes, sino las más indicadas.

Sin embargo, a veces no es posible obtener esta clase de radiografías; estados patológicos, tales como trismo, anquilosis de la mandíbula o intolerancia del paciente a consecuencia de reflejos, nos obliga a decidimos por las radiografías extraorales, las que si bien es cierto, no nos dan los detalles de las intraorales, nos permiten orientarnos sobre la existencia y posición del molar.

En algunos casos, no muy frecuentes, cuando el diente está alojado ya sea en la rama ascendente de la mandíbula, o en las proximidades de su ángulo, las películas intraorales no alcanzan las proximidades de la imagen total del diente, razón por la cual, en estos casos, debemos recurrir a las radiografías extraorales.

Técnica Radiográfica. Radiografías intraorales. Para obtener este tipo de radiografías, el paciente será colocado de manera que el plano de oclusión de la arcada inferior, con la boca entreabierta, se encuentre horizontalmente.

La película radiográfica estará ubicada de tal manera que en ella queden incluidas en su totalidad: el tercero y el segundo molares y el hueso que los rodea. El

borde superior de la placa debe ser paralelo al plano de oclusión y estará a una altura variable, de acuerdo con la profundidad del molar en el hueso. El borde anterior estará, en la mayoría de los casos, en el espacio entre el primer molar y el segundo premolar.

Si el tercer molar estuviera colocado muy atrás en la rama horizontal, el borde anterior de la película, deberá también ser ubicado más atrás.

Colocada la placa en posición, el paciente la sostendrá firmemente en su sitio, con su dedo índice del lado opuesto. Esta maniobra se facilita con la correcta posición del brazo. Este procedimiento tiene el inconveniente de que si la película se humedece con la saliva, aquélla puede desplazarse con facilidad hacia la garganta.

La dirección de los rayos será incidente a la línea vertical que pasa por la cara distal del segundo molar con una inclinación de -5 grados, para que sea perpendicular a la bisectriz del ángulo formado por la prolongación del eje mayor del segundo molar y el plano de la película colocada por dentro de la boca. Si la posición de los dientes y la dirección del rayo son las correctas, la imagen radiográfica también lo será, reproduciendo exactamente, su punto de contacto.

Radiografías Oclusales. Cuando se trata de inclusiones totales, la radiografía oclusal es el único elemento de juicio capaz de dar a conocer la relación buco-lingual del molar con respecto al segundo y a las tablas interna y externa del maxilar inferior.

Para tomar este tipo de placa, la cabeza del enfermo debe colocarse francamente hacia atrás e inclinada en dirección opuesta a la región a radiografiarse y se mantendrá la película en posición, con el auxilio del índice del lado opuesto, o apretando suavemente la placa ubicada en su lugar, cerrando la boca.

El cono localizador del aparato se colocará sobre el borde inferior de la mandíbula a la altura del ángulo, para dirigir los rayos de abajo a arriba, de manera que lleguen perpendicularmente a la película. Esta será colocada horizontalmente, con la cara sensible a los rayos, puesta sobre el plano oclusal de la arcada, llevándola lo más atrás posible hasta tomar contacto con la rama ascendente de la mandíbula.

Radiografías Extraorales. Cuando no pueden obtenerse las radiografías intraorales por las causas mencionadas o en el caso de que éstas resulten insuficientes está indicado recurrir a las extraorales, menos precisas que las anteriores, pero capaces de proporcionar los datos requeridos para orientarnos sobre las características de la Impactación.

Para obtener este tipo de placas, el paciente debe ser colocado haciéndole apoyar la mejilla opuesta sobre el "chassis" con su pantalla reforzadora. Los rayos se dirigen casi perpendicularmente a ésta, con una suave inclinación de arriba a abajo para evitar la superposición de las piezas dentarias de una y otra arcada. El cono localizador y el filtro son retirados del aparato de rayos y debe darse una distancia focal de 40 cms.

A pesar de que este tipo de radiografías ofrece imperfecciones, tales como

alargamiento o acortamiento de los dientes, muchas veces es el único a los que se puede recurrir.

Las medidas de las placas para este uso son de 12 por 18 cms.

Técnica del Dr. Per-Lennart Westesson y colaboradores, para la comparación entre la apariencia radiográfica y la observación clínica.

El propósito del estudio de este autor fue para presentar una técnica radiográfica para el estudio del tercer molar mandibular, y para investigar la extensión que corresponde entre la apariencia radiográfica y la apariencia clínica, o sea la verdadera anatomía del diente, y su relación con estructuras adyacentes. Cuarenta y cuatro terceros molares mandibulares fueron examinados radiográficamente y subsecuentemente removidos. Esta investigación mostró que el estudio radiográfico de terceros molares mandibulares, utilizando películas intraorales en 3 diferentes proyecciones, dieron un conocimiento verdadero de la anatomía real del diente. Los pocos ejemplos de mala interpretación se pueden clasificar en dos grupos:

- 1) Dilataciones radiculares, que paralelos al rayo no aparecieron siempre en las radiografías.
- 2) El grado de fusión entre raíces falsas, no fueron bien definidas en la radiografía.

La remoción de los terceros molares mandibulares es uno de los procedimientos más comunes en cirugía oral. Las amplias variaciones en la anatomía de este diente y su proximidad con estructuras vulnerables en el canal mandibular, hacen

un conocimiento completo de su anatomía. Un requisito para el tratamiento quirúrgico sin complicaciones postoperatorias.

Howe y Poyton apuntan que la técnica quirúrgica usada se debe planear de acuerdo a la anatomía dental individual de cada paciente, para evitar una injuria permanente.

Un examen radiográfico completo es esencial antes de remover un tercer molar mandibular si la operación quiere ser efectiva, y que el riesgo de trauma y subsecuente empeoramiento sea atenuado.

Varios métodos han sido descritos para el examen radiográfico de los terceros molares mandibulares. Entre estas sugerencias, están las tomografías panorámicas, y las proyecciones laterales-oblicuas extraorales, y las radiografías intraorales.

Pocos autores han evaluado sistemáticamente su técnica de examinar por medio de comparar la apariencia radiográfica y la real anatomía del diente. Siguiendo sus investigaciones de 932 terceros molares mandibulares, utilizando una radiografía estandar periapical de cada diente, Van Gool estableció que: "existe una discrepancia entre lo observado por los rayos X y lo que puede ser observado clínicamente", observando el número de raíces y la anatomía radicular.

Examinar en una sola proyección no permite la interpretación tridimensional. Es por eso nuestro hincapié en que varias exposiciones intraorales tomadas en diferentes proyecciones, en combinación con una interpretación sistemática, nos debe dar un diagnóstico más considerable, que el de una sola vista.

El estudio del Dr. Per-Lennart W., ha sido mencionado para hacer lo siguiente:

- 1) Presentar un método de examen radiográfico de los terceros molares mandibulares, usando tres radiografías intraorales en tres diferentes proyecciones.
- 2) Investigar la anatomía de la radiografía, si corresponde a la del diente.
- 3) Demostrar situaciones en que ha habido discrepancias entre la radiografía y la apariencia clínica, y enfatizar ciertas estructuras anatómicas que pueden dar lugar a una mala interpretación radiográfica.

Materiales y Métodos:

Cuarenta y cuatro terceros molares mandibulares fueron examinados en un total de cuarenta y un pacientes, quienes en un periodo de 10 meses fueron referidos al Departamento de Radiología Oral, Hospital General, Universidad de Lund, Escuela de Odontología del departamento de Cirugía Oral. En una edad aproximada de los pacientes, desde 18 años hasta los 61 años, siendo la edad promedio de 27 años.

Un mínimo de tres radiografías intraorales fueron hechas para cada diente investigado, usando tres diferentes proyecciones:

- A) Isamétricas
- B) Sobreaxiales
- C) Axiales

Las proyecciones isométricas y las sobreaxiales fueron modificadas de un método que originalmente fue descrito por Clark y Frank, para determinar la relación entre el diente y el canal mandibular.

Las películas peritapicales ultra-rápidas que miden 3,2 cm. por 4,1 cm. fueron usadas, excepto en casos especiales, donde fue difícil colocar la película lo suficientemente atrás, donde fue usada la película de alata mandible ultra-rápida posterior, 5,4 cm. por 2,7 cm. Usando un aparato Siemens Roentgen-Kugel (60 K vp).

La distancia del foco-película fue de 35 cm.

En circunstancias cuando las primeras tres radiografías revelaban problemas de diagnóstico, se hacían una o más exposiciones intraorales. La exposición y la proyección fueron usadas de diferente forma. Las películas fueron desarrolladas en un procesador automático.

Interpretación:

La interpretación fue hecha por Per-Lennart-Estesson, en óptimas circunstancias, usando un mirador especial. El propósito fue dar una detallada y completa descripción de la anatomía y posición del diente. La posición del canal mandibular en relación a las raíces fue determinada por un desplazamiento paralelo. La posición del canal mandibular en relación al diente fue definido primero en la proyección sobreaxial. Las radiografías fueron comparadas y la diferencia en relación entre el diente y el canal mandibular fueron notables. Un reporte escrito fue hecho para cada diente investigado.

Tratamiento Quirúrgico:

Todos los dientes examinados radiográficamente fueron removidos por Leary-Eris-Carlsson. Las partes del diente que fueron de interés para la investigación fueron removidos con el mayor cuidado posible. Ya removido el diente fue limpiado mecánicamente, secado y guardado.

Comparación entre Radiografía y Apariencia Clínica:

Se comparó la anatomía del diente y los reportes pre-operatorios. Cada diente fue registrado, y el reporte, la radiografía, y el diente fueron comparados para determinar las estructuras anatómicas no apreciadas en la radiografía.

Resultados:

De las 44 radiografías examinadas y dientes removidos, seis fueron cubiertas totalmente por hueso. De los 38 restantes habían penetrado hueso a un mayor o menor grado.

En varios casos, las radiografías preoperatorias de los terceros molares mandibulares dieron una completa comparación de la verdadera anatomía del diente y las estructuras circundantes. Fuera de los 34 examinados, 38 mostraron que no había diferencia entre la anatomía del diente y el reporte escrito preoperatorio. Los 6 dientes restantes difirieron en algunas estructuras, de las de la apariencia radiográfica.

El grado de fusión entre raíces en posición cercana fue mal interpretada en 3 casos.

El número de ápices separados fue sobrestimado en dos casos; raíces dilaceradas en dirección de la tabla no se observaron en la radiografía, en 2 casos, consecuentemente uno de los seis dientes dió lugar a una mala interpretación en dos aspectos. Las malas interpretaciones pueden ser resumidas y clasificadas en dos grupos:

- 1) El grado de fusión entre las raíces no aparece en la radiografía. Ocasionalmente las radiografías muestran un espacio periodontal entre las raíces que se encuentran fusionadas. En otros casos hubo dientes con una raíz accesoria, que no se veía en la radiografía.
- 2) Las dilaceraciones de las raíces que fueran paralelas a la dirección de la tabla, generalmente no fueron observadas en la radiografía.

En 42 de los 44 dientes examinados la posición del canal mandibular en relación a las raíces de los terceros molares mandibulares se pudieran observar y definir en la radiografía.

Discusión:

Esta investigación muestra que una radiografía preoperatoria en los terceros molares mandibulares, da un detallado y exacto conocimiento en la real anatomía del diente, 38 de los 44 casos. La técnica consiste en tres exposiciones introrales del diente por examinar, usando tres diferentes proyecciones.

Van Gool, con su material de 932 terceros molares mandibulares encontró que:

"hay una discrepancia entre los que se encuentran en los rayos X y lo que se puede

observar clínicamente". El amplió este conocimiento como: "El número de curvaturas anormales en las raíces (19.6%) fue bastante más que el doble de lo que se pudo observar en la radiografía (9.1%), radiográficamente, muchas dientes son clasificadas como simples o con doble raíz, y muy pocas con tres y cuatro raíces".

Los resultados de la presente investigación están en completo acuerdo con lo encontrado por Van Gool. Ocasionalmente, la radiografía dará la impresión de varias raíces separadas, que en realidad están completamente fusionadas y que desde un punto de vista quirúrgico pueden ser observados como una sola raíz. Comúnmente raíces que en la radiografía aparecen como completamente fusionadas, se probó que estaban separadas clínicamente. Terminada esta investigación se mostró que las raíces dilaceradas paralelas a la dirección de la tabla no fueron observadas en la radiografía.

Existe una diferencia entre la presente investigación y lo que observó Van Gool en su técnica, de examen radiográfico. Para los propósitos de su estudio, sólo usó una radiografía intraoral para cada diente, a lo que en la investigación se usaron tres radiografías intraorales para cada diente, en tres proyecciones diferentes. Esto puede explicar la diferencia para interpretar la anatomía de la raíz. Obviamente las raíces dilaceradas pueden ser mejor observadas si la dirección de la proyección es variada. Como siempre, algún otro problema habría de surgir, y fue el determinar cuando las raíces falsas en cercana proximidad deben ser tratadas quirúrgicamente como raíces simples o separadas.

En este caso el aumento en el número de proyecciones diferentes no contribuye para una información diagnóstica necesaria. El resultado de esta investigación muestra que el diagnóstico radiográfico de los terceros molares mandibulares debe consistir en varias exposiciones intraorales en diferentes proyecciones combinadas con una interpretación sistemática y completa.

El beneficio de esta información diagnóstica por radiografía depende de varios factores, por ejemplo, la extensión de la examinación, la calidad de las radiografías, condiciones al tiempo de interpretación y la experiencia del investigador. La frecuente comparación entre dientes removidos y las radiografías preoperatorias, deben aumentar la posibilidad de reconocimiento de la verdadera estructura anatómica del diente, como la indicada en la radiografía. La cooperación en este campo, entre radiólogos orales y cirujanos orales debe promover un diagnóstico exacto y mejorar el tratamiento quirúrgico de los terceros molares mandibulares.

Conclusión:

La información diagnóstica es de gran importancia cuando se usan tres exposiciones intraorales, usando tres diferentes proyecciones para los terceros molares mandibulares, son mejores que una sola radiografía intraoral. La posibilidad de mejorar el diagnóstico es mayor y compensa el incremento de radiación al paciente causado por extenso examen.

c) Historia Clínica: Antes de proceder a la intervención quirúrgica, debemos tener un perfecto control del paciente en cuanto a su estado general, y para ello, se requerirá de la historia clínica completa.

Nombre	Sexo	Edad
--------	------	------

Dirección _____

Teléfono Altura Peso

Fecha _____ Ocupación _____ Estado Civil _____

Instrucciones:

Conteste todas las preguntas indicando con un círculo alrededor de "SI" o alrededor de "NO", según sea el caso, y responda en los espacios en blanco cuando se le indica.

Las respuestas de las siguientes preguntas son para archivo, y serán considerados como confidenciales.

- | | | | |
|----|---|----|----|
| 1. | Se encuentra en buen estado de salud? | SI | NO |
| | a) Hubo algún cambio en su salud general | | |
| | durante el año pasado? | SI | NO |
| 2. | MI último examen médico fue en: _____ | | |
| 3. | Está ahora bajo el cuidado de algún médico | SI | NO |
| 4. | El nombre y la dirección de mi médico es: _____ | | |

- | | | | |
|-------|--|-------|----|
| 5. | Ha tenido usted alguna enfermedad u operación seria? | SI | NO |
| a) | Si la hubo, cuál fue esa enfermedad u operación | <hr/> | |
| <hr/> | | | |
| 6. | Ha sido hospitalizado, o ha tenido alguna enfermedad seria durante los pasados cinco años? | SI | NO |
| 7. | Tiene o ha tenido alguna vez alguno de los siguientes enfermedades o problemas? | | |
| a) | Fiebre reumática o enfermedad reumática del corazón? | SI | NO |
| b) | Enfermedades congénitas del corazón. | SI | NO |
| c) | Enfermedades del corazón (molessias en corazón, ataques al corazón, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, alta presión, arteriosclerosis) | SI | NO |
| 1. | Tiene dolor en el pecho después de un esfuerzo? | SI | NO |
| 2. | Le falta la respiración después de moderado ejercicio? | SI | NO |
| 3. | Se le hinchan los tobillos? | SI | NO |
| 4. | Respira bien durante el sueño, o necesita almohadas extras? | SI | NO |
| d) | Alergias | SI | NO |
| e) | Astma | SI | NO |
| f) | Urticarias o erupciones | SI | NO |
| g) | Destmayas o morecos | SI | NO |

h) Diabetes	SI	NO
1. Toma agua más de seis veces al día?	SI	NO
2. Está sediento la mayor parte del día?	SI	NO
3. Se le reseca la boca frecuentemente?	SI	NO
i) Hepatitis, ictericia, o enfermedad de hígado?	SI	NO
j) Artritis	SI	NO
k) Reumatismo Inflamatorio	SI	NO
l) Úlcera estomacal	SI	NO
m) Tuberculosis	SI	NO
n) Problemas del riñón	SI	NO
o) Tiene una tos persistente o sangra al toser?	SI	NO
p) Baja presión sanguínea	SI	NO
q) Enfermedades venéreas	SI	NO
r) Otras _____		
8. Ha tenido un sangrado anormal asociado con extracciones previas, cirugía o trauma?	SI	NO
a) Se recuperó fácilmente?	SI	NO
b) Ha requerido alguna vez transfusiones?	SI	NO
Si fue así, explique las circunstancias _____		
9. Tiene alguna alteración sanguínea, como anemia	SI	NO
10. Ha sido tratado quirúrgicamente, o radiado por algún tumor, crecimiento anormal, u otra condición en la cabeza o cuello?	SI	NO

11. Está tomando alguna medicina o droga? SI NO
- a) Si es así, cuál es? _____
12. Se encuentra tomando alguno de los siguientes?
- | | | |
|--|----|----|
| a) Antibióticos o sulfas? | SI | NO |
| b) Anticoagulantes | SI | NO |
| c) Medicina para alta presión | SI | NO |
| d) Corticosteroides | SI | NO |
| e) Tranquilizantes | SI | NO |
| f) Aspirinas | SI | NO |
| g) Insulina, tolbutamida o algún similar | SI | NO |
| h) Digitales o drogas para problemas del corazón | SI | NO |
| i) Nitroglicerina | SI | NO |
| j) Antihistamínicos | SI | NO |
| k) Anticonceptivos orales, u otro tratamiento hormonal | SI | NO |
| l) Otros _____ | | |
13. Es usted alérgico, o ha reaccionado agresivamente a:
- | | | |
|--|----|----|
| a) Anestésicos locales | SI | NO |
| b) Penicilinas u otros antibióticos | SI | NO |
| c) Sulfas | SI | NO |
| d) Barbitúricos, sedantes o píldoras de dormir | SI | NO |
| e) Aspirinas | SI | NO |
| f) Yodo | SI | NO |

37.

- g) Codeína u otros narcóticos SI NO
- h) Otras _____
14. Ha tenido algún problema serio asociado a tratamientos
dentales previos? SI NO
- SI los hubo, explíquelos _____
15. Tiene usted algún padecimiento que no haya aparecido en esta
historia clínica, y considera que lo debemos saber? SI NO
- a) SI lo hay, por favor explíquelo _____
- _____
16. Es usted empleado de algún lugar donde esté expuesto a
los rayos X u otras radiaciones ionizantes? SI NO
17. Usa lentes de contacto? SI NO
18. Está usted embarazada? SI NO
19. Tiene problemas con su periodo menstrual? SI NO

Firma del paciente

Firma del dentista

ACCIDENTES PROVOCADOS POR LOS TERCEROS MOLARES MANDIBULARES IMPACTADOS.

Todo diente impactado es susceptible de producir trastornos de índole diversa, a pesar de que muchas veces pasan inadvertidos y no ocasionan ninguna molestia al paciente.

Estos accidentes pueden ser clasificados de la siguiente manera:

1. Accidentes Mecánicos:

Los dientes impactados, 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 normal colocación 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 más 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) La constante presión que el diente impactado o su saco dentario ejerce sobre el diente vecino, se traduce por alteraciones en el cemento, en la dentina y aún en la pulpa de estos dientes.

Como complicación de la invasión pulpar, puede hacer procesos periodonticos

de diversa índole, de diferente intensidad e importancia.

c) Trastornos protésicos:

Así se denomina a los trastornos de índole protésica que originan en múltiples ocasiones los dientes retenidos. Tenemos la confirmación de estos trastornos con innumerables casos, los cuales pueden concretarse como sigue:

Pacientes portadoras de aparatos de prótesis advierten que estos vasculan en la boca y no se adaptan con la comodidad a la que estaban acostumbradas.

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, cambia la arquitectura del maxilar con los naturales molestias.

2. Accidentes infecciosos:

Estos accidentes están dados en los dientes impactados por la infección de su saco pericoronario. La infección de este saco puede darse por distintos mecanismos y por distintas vías.

- a) Al hacer erupción el diente impactado, su saco se abre espontáneamente al ponerse en contacto con el medio bucal.
- b) El proceso infeccioso puede producirse como una complicación apical o periodontica 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 distintas índoles, inflamación local, absceso y fístula consiguiente, osteítis osteomielitis, adenoflemones y estados sépticos y generales.

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

3. Accidentes Nerviosos:

Los accidentes nerviosos producidos por los dientes impactados son bastante frecuentes. La presión que ejerce el diente sobre los dientes vecinos; sobre sus nervios o sobre troncos mayores, es posible que originen neuralgias de intensidad, tipo y duración variables.

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

4. Accidentes Tumoraes:

Todo diente impactado es un quiste dentífero en potencia. Los dientes portadores de tales quistes emigran del sitio primitivo de iniciación del proceso, pues el quiste en su crecimiento rechaza centrífugamente el diente originador.

También se les puede considerar a los quistes dentígeros como factores predisponentes para la formación de ameloblastomas.

Actualmente muchos reportes se han encontrado en literaturas recientes de carcinomas de células escamosas desarrollados de quistes odontogénicos.

Los accidentes originados por el tercer molar mandibular impactado son de variedad clínica e intensidad distinta; alcanzan todas las gamas y también todos los cuadros clínicos.

Desde el proceso local de escasa importancia hasta el fleumón gangrenoso del piso de la boca.

Los accidentes del tercer molar mandibular impactado pueden clasificarse clínicamente en:

1. Accidentes mucosos.
2. Accidentes nerviosos.
3. Accidentes celulares.
4. Accidentes óseos.
5. Accidentes linfáticos o ganglionares.
6. Accidentes tumorales.

Accidentes mucosos:

Se denominan accidentes mucosos las complicaciones que ocurren en las partes blandas del molar impactado. Su primer tipo es la pericoronitis.

La pericoronitis es la lesión inicial y el accidente de alarma. Su comienzo puede ser brusco o incidiioso.

Brusco.- Aparece sin anuncio previo, a nivel del capuchón que cubre el molar

Impactado, total o parcialmente, se instala un proceso inflamatorio, con sus signos característicos: dolor, tumor, calor y rubor.

Dolor.- Casi siempre precoz; adquiere todas variedades. Puede quedar localizado a la región del capuchón o irradiarse en línea del nervio dentario inferior o tomar distintas vías.

En ocasiones el dolor se ubica en el oído o a nivel del tragus. Este nivel generalmente nocturno, aumenta con el roce de los alimentos o con el cambio de temperatura.

El dolor se debe a fenómenos de compresión del saco pericoronario y de la mucosa inflamada o la existencia de una úlcera debajo del capuchón originada por el roce de una cúspide del molar en erupción.

Tumor.- La encía que cubre al molar se encuentra edematizada, aumentada de volumen.

Rubor.- La encía ha cambiado su color normal y se presenta de color rojizo o rojo violáceo o cubierta de restos alimenticios o coágulos de sangre.

Calor.- La vasodilatación consiguiente ocasiona un cambio en la temperatura de la región. El cuadro inflamatorio no queda circunscrito al panorama local. El estado general es prontamente afectado; se presenta fiebre, anorexia y astenia.

Los ganglios regionales son atacados y el trismus acompaña el proceso de la masticación

con dificultad, teniendo todo este conjunto de manifestaciones una fisonomía particular.

El comienzo insidioso de la pericoronitis está caracterizado por la aparición de dolores generalmente leves; ligeras procesos inflamatorios que duran 2 ó 3 días, trismus muy poco acentuado, entre el capuchón y el molar en erupción brotan unas gotas de pus y sangre, y el proceso remite hasta un nuevo proceso inflamatorio.

Accidentes nerviosos:

Los accidentes nerviosos originados por el molar en erupción sobre el nervio dentario pueden incidir trastornos reflejo-páticos y neuro-tróficos que se traducen en herpes, canicie, eczemas, etc. La presión que ejerce el diente sobre los dientes vecinos; sobre sus nervios o sobre troncos mayores, es posible que originen neuralgias de intensidad, tipo y duración variables.

Accidentes celulares:

La inflamación y absceso consiguiente pueden tomar varias vías:

- a) Hacia adelante, arriba y atrás
- b) Hacia atrás y arriba
- c) Hacia adentro
- d) Hacia afuera y atrás
- e) Hacia afuera y adelante

Accidentes óseos:

Los accidentes óseos propiamente dichos como complicación de una pericoronitis son excepcionales.

Accidentes linfáticos y ganglionares:

La recuperación ganglionar en el curso de una pericoronitis es un hecho frecuente y común.

Podemos dejar que todas las infecciones del saco pericoronario se acompañe de su cortejo ganglionar. Los ganglios tributarios de la región del tercer molar mandibular impactado son los subángulos maxilares o submaxilares.

Este accidente ganglionar se trata, por lo general, de una adenitis que evoluciona de acuerdo con la marcha del proceso pericoronario.

El ganglio vuelve a sus normales proporciones y estado, una vez terminada la afección del saco pericoronario.

Pero en las afecciones de gran virulencia, o, cuando el estado general del paciente está resentido, la adenitis simple puede convertirse en un verdadero flemón del ganglio, con el cuadro clínico correspondiente. Se tiene instalado el adenoflemón; en estas circunstancias, el ganglio está considerablemente aumentado de volumen, doloroso a la palpación, y espontáneamente el proceso tiene repercusión sobre el estado general.

El ganglio en tales condiciones tiende a la supuración, que se abre camino por sí solo, o el ganglio es abierto por el cirujano oral.

Accidentes tumorales:

Los terceros molares impactados originan tumores odontogénicos. Estos tumores son los quistes dentígeros.

Todo diente impactado es un quiste dentífero en potencia. Los dientes portadores de tales quistes emigran del sitio primitivo de iniciación del proceso, pues el quiste en su crecimiento rechaza centrifugamente el diente originador.

También se les puede considerar a los quistes dentíferos como factores predisponentes para la formación de ameloblastomas.

Actualmente muchos reportes se han encontrado en literaturas recientes de carcinomas de células escamosas desarrollados de quistes odontogénicos.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES MANDIBULARES

La posición del tercer molar mandibular puede ser variable, por este motivo es necesario estudiarlo tomando como puntos de referencia los elementos que lo rodean de acuerdo con:

1. La dirección de eje longitudinal del diente comparada con la del segundo molar, o en ausencia de éste, con la posición que el debería ocupar en la arcada (Clasificación de Winter).
2. La relación del diente con la rama ascendente y su profundidad relativa en la mandíbula (Clasificación de Pell y Gregory).

a) Clasificación de Winter.

Considera Winter las siguientes posiciones:

1. Vertical
2. Mesioangular
3. Distoangular
4. Horizontal
5. Vestibuloangular
6. Linguoangular
7. Invertido

Todas estas posiciones pueden ir acompañadas de:

Desviación bucal

Desviación lingual

Torsión del diente sobre su eje

1. Posición vertical:

Se entiende por posición vertical, aquella en que, el eje mayor del diente es perpendicular al plano de oclusión; la superficie trituyente aparece paralela a este plano.

2. Posición mesioangular:

Es aquella en que el eje mayor del diente está dirigido de adelante a atrás, de arriba a abajo y no es por lo tanto perpendicular al plano de oclusión. La cara trituyente no es paralela a este plano y forma un ángulo agudo con abertura hacia arriba con la cara distal del segundo molar.

3. Posición distoangular:

Es aquella en que el eje mayor del diente está dirigido de atrás a adelante y de arriba a abajo; la cara trituyente en esta posición, mirará hacia la rama ascendente. En esta posición la cara mesial del tercer molar se halla separada de la distal del segundo, por espacios variables.

4. Posición horizontal:

Se considera que el diente impactado está en posición horizontal, cuando su eje mayor es paralelo al plano de oclusión y por lo tanto perpendicular

al eje mayor del segundo molar. La cara triturante estará en relación con la cara distal del molar anterior.

5. Posición vestibuloangular:

En esta posición el eje mayor del diente se presenta inclinado de arriba a abajo y de afuera hacia adentro, es decir de bucal a lingual; la cara triturante mirará hacia vestibular o bucal.

6. Posición linguaangular:

El eje del diente se dirige de arriba a abajo y de adentro a afuera, es decir, de lingual a bucal. La cara triturante mira hacia la lengua.

Si el eje mayor del diente en posición vestibulo o linguaangular es perpendicular al eje mayor del segundo molar, la inclusión es totalmente bucal o lingual.

7. Posición invertida:

Cuando el molar se presenta con la cara triturante mirando hacia abajo, hacia el borde inferior de la mandíbula y al canal dentario en su recorrido horizontal, se dice que está en posición invertida. La raíz generalmente única, puede ser también doble y está dirigida hacia arriba. Cuando esto ocurre se trata siempre de inclusiones totales.

8. Desviación bucal y lingual:

Las inclusiones verticales, mesioangulares, distoangulares, y horizontales

pueden tener además desviaciones hacia la cara vestibular o a la lingual.

Todas estas variedades de la posición del diente pueden presentarse en grados variables y pueden diagnosticarse a simple vista y a la exploración, en los casos de inclusiones parciales. Cuando se trata de inclusiones totales se hace imprescindible la radiografía oclusal.

Cuando la desviación es bucal, el molar se pone en relación con la línea oblicua externa y el borde anterior de la rama ascendente, elementos de naturaleza compacta que tienen un valor particular, como se ve al considerar los factores favorables y desfavorables con respecto al tratamiento quirúrgico del diente.

9. Inclusiones con torsión del eje mayor del diente:

Cualquiera de las posiciones y desviaciones ya descritas, pueden ir acompañadas de giroversión en el sentido del eje longitudinal del molar. En estos casos las caras anatómicas de la corona y de la raíz ocupan un lugar que no les corresponden.

b) Clasificación de Pell y Gregory:

Pell y Gregory clasifican en tres variedades, cualquiera que sea la posición del diente con relación al eje mayor del segundo molar.

Clase I:

A esta categoría corresponden todas aquellas impectaciones en las cuales el

espacio que existe entre la cara distal del segundo molar y el borde de la rama ascendente, es mayor que el tamaño de la corona del tercer molar. En estos casos el diente ha tenido suficiente lugar para hacer su correcta erupción y se trata más bien de una mala posición.

Clase II:

Es aquella en que la distancia entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente es un poco menor que la medida mesio-distal de la corona del molar impactado.

Se trata de impactaciones muy frecuentes y debe pensarse que ellas son debidas a falta de desarrollo de la mandíbula lo que impide la ubicación correcta de la pieza dentaria.

En estos casos el diente está por lo menos en parte, impactado en la rama ascendente.

Clase III:

Es aquella en que espacio resulta mucho menor que en caso anterior y la mayor parte del molar está en la rama ascendente.

Hemos descrito anteriormente la relación del molar con la rama ascendente y con el eje mayor del segundo molar, es necesario considerar ahora la profundidad que pueda encontrarse aquí en el hueso.

Se establecen tres posiciones a saber:

Posición A.- El diente está en posición cuando la cara triturante se encuentra a la misma altura o por encima del plano oclusal.

Posición B.- La posición "B" corresponde a todas aquellas cosas en que la cara triturante del diente está por debajo del plano de oclusión, pero por encima de la línea cervical del segundo molar.

Posición C.- La posición "C" está representada por todas aquellas cosas en que la cara triturante del diente se encuentra por debajo de la línea cervical del segundo molar.

TECNICAS QUIRURGICAS

a) Técnicas de G. Winter:

Esta técnica se basa principalmente en un estudio clínico y radiográfico del tercer molar mandibular impactado y de sus adyacencias, y de ambas ramas de la mandíbula, tanto en su configuración externa como en su estructura interna.

G. Winter realiza la extracción del molar en un solo bloque, pero su técnica se diferencia fundamentalmente, por ser conservadora del hueso en todo lo posible; para la realización de la cual, diseñó un instrumental especial.

Lo divide en dos grupos: botadores y osteótomas. Los botadores son 28: 14 para el lado izquierdo y 14 para el lado derecho, y las osteótomas 24, destinadas también para ambas lados de la mandíbula.

El autor diseñó el mango de sus instrumentos del antiguo mango de la llave de Gorangest.

El tallo tiene distintas ángulos y curvaturas como para poder salvar todas las dificultades de posición que pueden presentarse. La hoja, por último está diseñada anatómicamente y se aplica al diente en las diversas posiciones en que éste se encuentre y además se conforma con las estructuras que deben servir de punto de apoyo.

La técnica aconsejada por Winter es la siguiente:

1. Se incidirá la encía paralelamente al eje de la rama horizontal de la mandíbula; unas veces en la línea media, otras, a lo largo del borde bucal, completando estas incisiones con otra que corte verticalmente a las primeras y que extienda hacia la cara bucal, en las proximidades del segundo molar.
2. Se desprenderá el colgajo, utilizando un elevador de peristia.
3. Se realizará la osteotomía en la extensión conveniente, utilizando los osteótomos indicados.
4. Se aplicará la hoja del batador cuidadosamente elegido, de acuerdo con el examen radiográfico previo.
5. El batador es el instrumento que movilizará al diente y con el cual en todas las cases, se terminará la operación.

b) Técnica de Wilton Cogswell:

Cogswell, fue uno de los primeros autores que aconsejó fraccionar el tercer molar para sacrificar menor cantidad de hueso, y al mismo tiempo facilitar la ulterior eliminación del diente.

La divide en la siguiente forma:

1. Incisión y colgajo de la encía.

2. Descubrimiento del diente.
3. Fraccionamiento del mismo.
4. Extracción.

Incisión y colgajo de la encía:

La incisión varía de acuerdo con la posición del diente impactado y sus relaciones anatómicas.

Para las inclusiones de clase I, se realizará una incisión que comienza en el ángulo distolingual del segundo molar, se dirige hacia atrás hasta el extremo de la rama horizontal y se inclina luego hacia el lado bucal. La incisión cantamea la cara distal del segundo molar y se prolonga hacia su cara bucal y a la altura de la mitad de la corona se dirige hacia abajo y adelante.

Si el estado del segundo molar indica que también hay que extraerlo, la incisión se prolonga un poco más.

Descubrimiento del diente:

Levantado el colgajo, se elimina el hueso que cubre la corona del diente, para lo cual se emplea una fresa para hueso con cabeza de diamante, pero en la actualidad se prefieren las fresas de carburo, con la cual se hacen varias perforaciones y con un cincel se penetra en estas perforaciones y se levanta la lámina ósea que cubre la corona hasta dejar a ésta completamente visible.

Fraccionamiento del diente:

Durante muchos años, dice Cagarell, intentamos realizar el corte de la corona desde bucal a lingual, horizontalmente con el objeto de dividir a aquélla en dos partes. Empleamos el ángulo recto y el contrángulo y las fresas correspondientes. No obtuvimos buen resultado. Felizmente muy pronto nos convencimos que era imprudente emplear piedras con este objeto. Nunca ni en ningún caso se debe emplear piedras en cirugía. Llegamos a la conclusión que respetando lo más posible al hueso y eliminando al diente en varias trazas se obtenían mejores resultados.

Esto llevó a los autores a abandonar el procedimiento de dividir el diente en dos trazas y por lo tanto dejaron a un lado el corte recto bucolingual y adaptaron el corte oblicuo.

Para ello, emplearon la fresa de fisura número 703 y la fresa para hueso, con cabeza de diamante. Esta última al cortar el esmalte facilita el trabajo de la primera.

Extracción:

Una vez realizado el corte oblicuo, se introduce en la ranura por él dejada, la hoja del botador delgado y con pequeño movimiento de rotación se obtiene la división de la corona, lo que permite eliminar una parte de ella y a veces un trazo de la raíz. Es frecuente que la parte remanente del diente pueda ser sacada en un solo trazo, pero hay casos en que será necesario separar también las raíces, para sacarlas una a una.

c) Técnica de Pell y Gregory:

Pell y Gregory, describen su técnica para la extracción de los terceros molares mandibulares impactados en la siguiente forma:

"El primer objetivo en cualquier forma de cirugía, es plantear la operación para realizarla con éxito y tan rápidamente como sea posible con el mínimo de traumatismo y de destrucción de los tejidos vecinos".

Durante los últimos años han practicado la técnica de la fractura del diente, la cual explicaremos a continuación:

1. Se expone la corona del molar en la forma corriente, se elimina suficiente cantidad de hueso en el ángulo mesio cervical del tercer molar para poder introducir un botador pequeño.
2. Se utiliza un cincel mecánico o un cincel y martillo para ramper la porción distal del diente. El cincel se coloca sobre el diente en línea con su mayor eje y generalmente en el surco bucal. Una vez colocado el cincel, un solo golpe será suficiente para ramper la corona del diente. No se intenta ramper las raíces, sin embargo éstas se rompen frecuentemente. Es suficiente fracturar la parte distal de la corona y cualquier cantidad de la raíz distal. Si se emplea un cincel y un martillo es aconsejable mantener el martillo firmemente entre el pulgar y el índice. El golpe necesario para partir un diente en línea con el eje mayor es despreciable; pero es necesario emplear siempre un cincel cantante.

Es innecesario mencionar que es extraordinariamente difícil partir un diente después que él ha sido movilizado. No se debe intentar movilizar al diente hasta que se haya roto en la forma indicada.

En algunos casos es imposible colocar el cincel en la línea exacta de "clivaje".

Cuando se presenta esta circunstancia puede emplearse una fresa en punta de lanza para taladrar un agujero en el cuello del diente o en cualquier punto accesible de su corona. Una punta especial montada en el escopio automático y colocada en el agujero, rampea el diente. Un instrumento similar puede ser empleado con el martillo.

3. En este momento se elimina la porción rota de la corona. En algunos casos es necesario quitar una pequeña cantidad de hueso en la parte distal para dar salida a aquella parte de la corona. En las inclusiones verticales y mesioangulares todo lo que queda por hacer es colocar un botador en la parte bucal, para empujar el diente hacia atrás hacia el espacio obtenido por la eliminación de la pieza fracturada. En las inclusiones horizontales es necesario frecuentemente separar la mitad de la corona remanente de las raíces a la altura del cuello. Esto se consigue haciendo uno o dos agujeros en la corona terminando de separarla con un botador o cincel.
4. Se retira este resto de corona y las raíces son llevadas al espacio que primeramente estaba ocupado por aquélla.

Las ventajas de este método son evidentes:

1. La incisión es menos extensa, puesto que solamente se trabaja hasta la línea distal de la corona del diente.
2. Se elimina o por lo menos se reduce extraordinariamente el corte del hueso.
3. Se evita la lesión de los tejidos circundantes y especialmente del nervio dentario, desde que son innecesarios los grandes esfuerzos para retirar el diente.
4. Se acorta considerablemente el tiempo de la operación, se reduce la hinchazón y casi no hay trismus. Los resultados obtenidos por estos autores al emplear este método han sido altamente satisfactorios.

d) Técnica de James Stokesby Lewis:

Una evaluación de las técnicas de cincel y fresa para remover los terceros molares mandibulares impactados nos revela una gran incidencia de complicaciones. Ambas se aproximan a crear un defecto bucal inmediatamente distal al segundo molar por la inserción de el elevador, que son la causa de depresiones que ocurren post-operativamente. El método que aquí se describe disminuye el reflejo perióstico, casi completamente se evita la pérdida de hueso, y efectivamente reduce el uso de instrumental rotatorio.

La planeación del colgajo y de los cortes de hueso se atienden en un cierre a

primera intención, hay obliteración del espacio muerto y reducción de alteraciones postoperatorias.

Técnica:

La incisión se realiza de la base de la rama de la mandíbula a lo largo del margen lingual en la encía adherida alrededor de la cúspide distolingual del tercer molar o del segundo molar, dependiendo ya sea, que el tercer molar esté parcialmente erupcionado.

Utilizando una incisión profunda de bisel inclinado, el surco epitelial del tercer molar es dividido sobresaliendo la encía adherida cuando el tercer molar está parcialmente erupcionado, o cuando la comunicación definitiva con el alveolo se presente.

La incisión es extendida hacia adelante en el surco gingival que incluye la papila entre el primero y el segundo molar. El límite bucal del colgajo fomenta el evitar una innecesaria eliminación de peristio.

El colgajo es distalmente abierto, exponiendo el hueso en línea recta de la cúspide bucal del último diente visible del borde posterior del alveolo, por decir, en curvas laterales hasta encontrarse con la rama de la mandíbula.

El surco lingual gingival es incidido de la parte distal del segundo molar hasta el segundo premolar. Un colgajo lingual es levantado hasta distal del premolar, el

cual, da un adecuado acceso a el plano lingual, lo más atrás del borde posterior de la raíz distal del segundo molar. Esto no desgasta el peristio del plano alveolar lingual adyacente al tercer molar.

Un corte vertical es entonces hecho con cincel en el plano alveolar lingual inmediatamente distal al segundo molar. Para el acceso, es conveniente un cincel de ángulo.

En el lado bucal, el corte con cincel es hecho corréndolo hacia atrás del lado distabucal del segundo molar (o sobre el mismo punto en el tercer molar, si éste está parcialmente erupcionado), hasta encontrar el margen posterior del alveolo. El cincel es tomado lo más lateral que sea posible y apoyándose lingual y paralelo al borde anterior de la rama, de tal manera localizándolo directamente sobre el espacio periadantal bucal del tercer molar.

En el plano sagital, el cincel es tomado lo más paralelo posible a lo largo de la cara axial del segundo molar, previniendo que el instrumental sea manejado hacia el espacio pterigomandibular. Unas pequeñas perforaciones con el martillo sentaría el cincel, y entonces un buen golpe dividirá la lámina lingual. Cuando el cincel perfora la lámina lingual, éste actuará como un elevador, eliminando el peristio y desplazando el nervio lingual, el cual tiene un extracto protector de hueso entre éste y el cincel. Un elevador entonces se puede utilizar en el espacio periadantal bucal para hacer palanca con el diente en una dirección lingual. Cuando el diente es parcialmente erupcionado, el cincel se puede colocar en la estría bucal para

dividir al tercer molar entre las raíces, y el golpe del mazo resultaría para esta ejecución o desalojar al diente y la lámina lingual unida con una porción estrecha del colgajo en una dirección media.

Cuando el diente está totalmente cubierto por hueso, para conservar la cresta alveolar del segundo molar, una trepanadora de hueso o una fresa de hueso puede ser utilizada para exponer el diente fundamental, por lo menos unas 5 mm. debajo de la cresta alveolar. Inicialmente, esto fue hecho por vía del colgajo bucal, pero más recientemente se ha encontrado que la perforación de fresa puede ser hecha a través de una pequeña lesión sobre la lámina bucal adyacente al tercer molar. Un cincel o un elevador puede ahora dividirlo. En estas circunstancias, la operación toma un curso como el que describe el Dr. Davis, donde hay fragmentos de la lámina lingual pero todo el hueso unido está retenido.

Después de que el diente es removido, la raíz del segundo molar se debrida, si está indicado. El colgajo osteoplástico es regresado a su lugar. Ocasionalmente cuando está indicado la clausura de hueso, el filo, distal o mesial de la lámina lingual puede ser acondicionado con unas pinzas cortantes de hueso para facilitar la reposición. El fragmento de hueso debe hacerse estallar detrás de la lámina lingual alveolar del segundo molar. Para estabilizar el fragmento de hueso, se puede hacer pasar sutura a través del periostio bucal (o a través de la trepanación, cuando se presenta) y, alrededor del colgajo de hueso lingual antes mencionado. Los tejidos blandos suturados con exactitud para reemplazar la unión del colgajo de la encía y tejido subcutáneo alrededor del lado distal del segundo molar. Esto

puede necesitar una incisión dentro del peristio en la base del proceso coronado para permitir el progreso del colgajo en casos de que el tercer molar se encuentre parcialmente erupcionado.

Frecuentemente, se presenta exceso de tejidos blandos en el cual el colgajo lingual abultado es reducido en altura. Estos evitan la existencia de la encía adherida al colgajo bucal. Esto también acarrea que la línea de sutura pase a mayor distancia del lado de la cavidad ósea.

Conclusión:

Esta técnica nueva modifica la operación de división lingual, para dirigir las circunstancias del problema encontrado en aproximación y nueva reducción de complicaciones que siguen a la remoción de los terceros molares mandibulares impactados. El procedimiento planeado para seguir los máximos quirúrgicos y periodontales, para evitar el desarrollo de bolsas distales al segundo molar, especialmente, en las impacciones que han mostrado una predisposición a esta complicación. Hay evidencia de que esto es preferible operarlo cuando las radiografías indican proximidad de las raíces del tercer molar con el canal alveolar neurovascular.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Los cuidados postoperatorios de los pacientes en cirugía bucal es muy importante. A diferencia de heridas de piel, las heridas intrabucales no pueden mantenerse secas, y el hecho de que el paciente tiene que comer, dificulta más aún mantener la herida limpia. Pero, afortunadamente, el abundante aporte sanguíneo de los tejidos bucales es una ayuda en el proceso de curación, a pesar de las características que en cualquier otro sitio serían muy pocas favorables, con la condición de que no se descuide el buen cuidado postoperatorio. Además de la atención de la herida, el dentista debe considerar al paciente en su totalidad -bienestar-, nutrición, descanso y actividades.

Apósitos de gasa:

Al terminar la operación, deben colocarse apósitos de gasa húmedos para ocluir el alveolo abierto y en su caso ejercer presión sobre las membranas mucosas que han sido reflejadas. Esto evita la acumulación de sangre bajo el colgajo y limita la sangre al alveolo mientras se efectúa el proceso de coagulación. Un hematoma bajo un colgajo retarda la curación y proporciona un sitio favorable a la infección; puede licuarse y descargarse, resorberse u organizarse y posiblemente calcificarse, produciendo una protuberancia molesta.

El paciente debe dejar los apósitos en su sitio durante 30 a 45 minutos después de abandonar el consultorio. Si el escurrimiento continúa después de quitar los apósitos,

deben colocarse nuevos apósitos húmedos durante otras 30 a 45 minutos. Esto puede repetirse cuatro veces, pero si el sangrado aún continúa, debe consultarse al dentista. Debe informársele, al paciente, antes de despedirlo que muchas heridas intrabucales, en forma semejante a los cortes en las nudillas, puedan abrirse debido al movimiento de los tejidos y presentar escurrimiento periódicamente, pero que este escurrimiento no es grave.

Compresas calientes y frías:

Debe aconsejarse al paciente que coloque hielo envuelto en tela o compresa fría sobre la cara durante las ocho horas siguientes a la operación. El hielo debe aplicarse a la cara durante 20 minutos y quitarse durante otras 10, en forma alternada. A veces, si se ha extraído un diente con absceso agudo, el dentista puede prescribir la aplicación continua de compresas húmedas calientes a la cara, según sea necesario. El frío es para reducir al mínimo la inflamación, el calor se supone que aumenta la circulación. Cualquiera de ellos puede proporcionar bienestar al paciente y con toda seguridad le sirve de terapéutica ocupacional.

Higiene bucal:

El paciente no debe escupir ni enjuagarse la boca durante las primeras doce horas después de la operación. Esto es difícil de cumplir, pero la advertencia evitará que el paciente escupa y se enjuague en forma excesiva. La lengua y los dientes no afectados por la operación, deben cepillarse a la hora de acostarse. Se recomienda el cepillo de cerdas recortadas en forma plana o algún otro cepillo semejante

de cerdas suaves y pulidas. Esto limpia la boca de sangre y proporciona una sensación de fresca limpieza que hará que el paciente se sienta más cómodo. El cepillo suave no lesiona los tejidos y así puede el paciente hacer una limpieza a fondo. Al día siguiente puede el paciente o empezar a enjuagarse la boca, empleando cualquier enjuague que él mismo escoja, o la cuarta parte de una cucharada de sal en aproximadamente 180 mililitros de agua caliente, o una parte de agua oxigenada diluida en tres partes de agua simple. El enjuague no debe ser vigoroso.

Dieta:

El paciente debe recibir instrucciones explícitas acerca de mantener una ingestión adecuada de alimentos y líquidos. Alimentos para bebé, gelatinas, flanes, natillas, polvos para preparar bebidas que contengan alimentos, preparaciones de dieta líquida son elementos que pueden sugerirse al paciente.

Las bebidas carbonatadas son refrescantes, las toleran estómagos irritados y tienen valor calórico cuando la ingestión del paciente estaría de otra manera limitada. A veces, una pequeña cantidad de sangre ingerida produce náuseas y vómito.

Algunos sorbos de bebida carbonatada son útiles para estos episodios. La náusea produce salivación profusa y hace escupir, lo cual estimula el sangrado. Esto puede volverse un círculo vicioso y debe suprimirse pronto.

Obviamente, la extensión del área quirúrgica afectará la capacidad del paciente

para comer tanto como su tolerancia a la operación.

La tolerancia es variable y la afectan edad, sexo, educación, experiencia previa y muchos otros factores. Puede sugerírsele al paciente que varias comidas pequeñas son más agradables al paladar que unas pocas más grandes. La ingestión de bebidas alcohólicas no se recomienda. El alcohol es un vasodilatador, de modo que aunque su valor calórico sea alto y a pesar de que es líquido y tranquiliza, es un sustituto deficiente de los alimentos mencionados anteriormente. El paciente puede seguir a su dieta normal tan rápidamente como le sea posible.

El factor importante que debe tenerse en mente es que debe mantener la ingestión adecuada de líquidos y alimentos de acuerdo con su edad, peso, estatura y actividad.

Sueño:

El paciente debe dormir sobre dos almohadas cubiertas con una toalla o alguna otra cosa de altura equivalente que le mantenga la cabeza elevada en un ángulo de aproximadamente 30 grados. La herida puede producir un pequeño esudado durante la noche y, debido a que las heridas intrabucales estimulan la salivación con frecuencia, puede haber escurrimiento de saliva teñida de sangre durante la noche. Con la cabeza elevada pueden deglutirse las secreciones esto ayuda a reducir la pérdida de líquidos, ya que es posible perder hasta 500 mililitros de líquido por escurrimiento durante la noche.

Actividad física:

Los pacientes creen que los efectos debilitantes de la cirugía bucal son mínimos y reciben estímulo en ello gracias a la tendencia de muchos dentistas de considerar los procedimientos quirúrgicos con ligereza quizá como medio para tranquilizar al paciente y llevar adelante el procedimiento. No hay duda de que el paciente se recupera y regresa más rápidamente a sus niveles de actividad normal si se le aconseja que descanse durante uno o más días después de la operación, según la extensión de la cirugía.

Debe advertirse de antemano cuanto tiempo necesitará para descansar y recuperarse.

Deben evitarse el trabajo físico extenuante y los deportes. No deben intentarse inmediatamente después de la operación realizar trabajo sedentario que haga necesarias precisión mecánica o un alto grado de concentración. Se cometerían tantos errores que no se justificaría el intento de trabajar.

Medicación postoperatoria:

Requiere -

Todo paciente debe recibir una receta para analgésico o narcótico. El dolor no es del todo previsible e incluso procedimientos simples y rápidos pueden ser extremadamente dolorosos. El paciente puede emplear primero su compuesto de aspirina acostumbrado, pero puede tener necesidad también de un medicamento más fuerte y apreciar tenerlo al alcance. La receta debe ser para una cantidad de droga que baste para 48 horas. El dolor que persiste más allá de ese tiempo y hace necesario

un medicamento más fuerte justifica la valoración por parte del dentista.

Antes de escribir la receta, el dentista debe volver a revisar el expediente del paciente respecto a la hipersensibilidad a los drogas.

Los antibióticos pueden recetarse como medicación sistemática en el periodo postoperatorio en pacientes en los cuales sea aconsejable la profilaxia. Por supuesto, si hay infección presente, su uso puede ser necesario.

Muchas preparaciones pueden recetarse como medicación enzimáticas, como hialaridina, estreptocinasa, tripsina y enzimas proteolíticas vegetales, han sido recomendadas como útiles para prevenir o reducir edema y acelerar la absorción de hematomas. Sin embargo, no existen pruebas publicadas de que estos productos tengan algún valor.

Inflamación y trismo:

El grado de incapacidad postoperatoria es variable y a veces inesperado. Inflamación y trismo durante las primeras 48 horas después de la operación suelen atribuirse al traumatismo asociado con la cirugía. Retractores y separadores bucales empleados durante la operación pueden causar excoriaciones de las comisuras labiales y a veces producen ulceraciones de la mucosa bucal por instrumentos o compresas. El paciente puede notar que su temperatura corporal se eleva a 37.8 grados centígrados. Esto es habitual después de una cirugía y puede reflejar un cierto grado de deshidratación. Estas observaciones pueden dar por resultado una llamada telefónica al dentista.

La persistencia de cualesquiera de los estados arriba mencionados, sin mejoría,

justifica una visita para valorar la situación. Si los signos y síntomas empeoran a las 48 horas, debe considerarse la posibilidad de infección. El aumento de la temperatura y la inflamación que estira el tejido duro a la palpación son prueba de infección, y debe pensarse en administrar tratamiento antibiótico.

Citas postoperatorias:

El paciente debe entender claramente su asistencia postoperatoria. Si se han colocado suturas o apósitos, deben establecerse fecha y hora definidas para su próxima visita, con el fin de retirarlos. Si el dentista desea valorar el proceso de curación o alguna otra respuesta, debe establecer también un tiempo definido para volver a ver al paciente. Si hay duda acerca de que el paciente cumpla una cita postoperatoria, la presencia de suturas, aún cuando no sean necesarias, proporcionará un incentivo para que lo haga.

Siempre que el dentista no pueda ver a los pacientes, debe hacer los arreglos necesarios para que un colega se haga cargo de sus llamadas. Esto significa que el paciente debe saber quien es el sustituto y tener su número de teléfono. Si no puede proporcionarse este requisito para la buena atención postoperatoria, el paciente debe ser enviado a un dentista que haga la operación y que esté constantemente a la disposición, para cualquier atención de urgencia.

CONCLUSIONES.

La terapia que actualmente se acepta nos dice que el cirujano dentista, debería examinar cuidadosamente a todos sus pacientes con terceros molares mandibulares impactados.

Los terceros molares que no son funcionales y que es difícil que erupcionen adecuadamente en un futuro, debe considerárseles para extracción. Las dificultades, las complicaciones de la cirugía, y los accidentes provocados por terceros molares mandibulares impactados en personas adultas, indican que la extracción debería ser en personas jóvenes, cuando aún no hayan aparecido problemas mayores.

El incremento de la edad complica todos los aspectos de la cirugía y su postoperatorio. La cirugía es por lo general más difícil. Con la edad, el hueso se pone más denso y muy mineralizado, convirtiéndose más quebradizo y osteoporótico.

Esta clase de hueso es más difícil removerlo, que uno más elástico, menos mineralizado como es el hueso de personas jóvenes.

Con el paso de los años ocurre la estrechez de espacios foliculares y algunas veces resulta anquilós. Lo que provoca que se remueva más hueso para que nos permita el acceso al tercer molar, lo que no sería necesario en personas jóvenes cuyo hueso es más elástico.

Los procesos patológicos en personas adultas nos llevan más tiempo para ampliar y requieren de una extensa cirugía.

La evolución de lesiones quísticas grandes son asociadas a terceros molares, los que pueden ser desplazados a áreas inaccesibles de la mandíbula.

Además, el volumen de la mandíbula puede ser reducido en tamaño; lo que nos conduce a más pérdida de hueso durante la cirugía.

Una cirugía más difícil requiere de mayor tiempo de operación, lo cual solamente puede incrementar la probabilidad de complicaciones.

Una cirugía complicada sólo aumenta el riesgo de dañar nervios, y en personas adultas, es mucho menor la posibilidad de recuperarse después de una injuria.

Esto nos hace ver también que la incidencia de osteitis alveolar después de una cirugía de tercer molar es mucho mayor en personas adultas.

La cicatrización es comúnmente tardía después de una cirugía de tercer molar con el incremento de la edad.

Los pacientes adultos toleran muy poco los procedimientos operatorios físicos y psicológicamente. Y como resultado ellos tienen más malestar postoperatorio, más visitas postoperatorias y mucho tiempo para que se vuelvan asintomáticas.

Esto es una interferencia desagradable para sus actividades diarias que no se puede resolver si su situación postoperatoria continúa. Las personas adultas regeneran su hueso más lentamente y en menor extensión, provocando un defecto por distal del segundo molar o en otras sitios cuando la pérdida de hueso es mayor por destrucciones patológicas.

Los defectos de hueso predisponen a problemas periodontales, y pueden provocar fracturas espontáneas. Actualmente en literatura reciente se ha encontrado carcinomas de células escamosas originados por quistes odontogénicos.

Finalmente, las personas adultas por la cantidad de problemas que presentan por lo general necesitan de hospitalización, lo que en una persona joven se considera como un procedimiento de rutina en el consultorio.

Las dificultades quirúrgicas y complicaciones posquirúrgicas se pueden reducir bastante si nosotros realizamos la cirugía de los terceros molares mandibulares impactados en personas jóvenes considerándola así como una fase de Odontología Preventiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Accepted Dental Therapeutics.
37th Edition. Published by American Dental Association. 1977.
2. W.H. Archer; Cirugía Bucodental
Tomo I, Editorial Mundí, 1974.
3. D. Avellanad; Cirugía Odontomaxilar,
Tomo II, Editorial Edier, 1949.
4. E.R. Costich y R.P. White; Cirugía Bucal,
Editorial Interamericana, 1974.
5. K.H. Thoma y H.M. Goldman; Patología Oral,
Tomo I, Editorial UTEHA, 1955.
6. W.R. Shiller, Change In Impacted Third Molars,
Journal of American Dental Association. September 1979.
7. P.L. Westesson and Carlsson; Anatomy of Mandibular Third Molars,
Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Published by
The C.V. Mosby. January 1980.

8. J.E. Lewis; Modified Lingual Split Technique,
Journal of Oral Surgery, August 1980.
9. E.C. Hinds and Frey; Hazards of Retained Third Molars in
older persons.
Journal of American Dental Association. August 1980.