



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

GENERALIDADES ESTUDIO Y TRATAMIENTO
DE LOS DIENTES RETENIDOS

T E S I S

Que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

RUBEN VAZQUEZ CASTRO

MEXICO, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

CAPITULO 1.	PAG.
INTRODUCCION	1
CAPITULO 2.	
PATOGENIA.	4
a) Causas generales	4
b) Causas locales	5
c) Causas sistematicas	5
CAPITULO 3.	
ACCIDENTES ORIGINADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS.	6
a) Accidentes mecanicos	6
b) Accidentes infecciosos	6
c) Accidentes nerviosos	7
d) Accidentes oseos	7
e) Accidentes tumorales	7
CAPITULO 4.	
HISTORIA CLINICA GENERAL. RADIOGRAFICA.	9
CAPITULO 5.	
QUIROFANO.	13
a) Comportamiento del personal quirurgico	13
b) Instrumental quirurgico	14
c) Anestesia	19
ANATOMIA GENERAL.	21
RETRACCION DEL COLGAJO.	21
CAPITULO 6.	
CLASIFICACION DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS.	23

OPERACION	25
CAPITULO 7.	
CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO.	30
a) Extracción del tercer molar superior retenido.	30
CAPITULO 8.	
POSICIONES DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.	33
a) Técnica quirúrgica correspondiente a las posiciones del tercer molar inferior retenido	43
CAPITULO 9.	
DISTINTAS VARIEDADES DE DIENTES RETENIDOS.	56
CAPITULO 10.	
CUIDADOS POSTOPERATORIOS.	58
CONCLUSIONES.	61
BIBLIOGRAFIA.	62

CAPITULO I

INTRODUCCION

HISTORIA DE LA CIRUGIA

La ciencia de la cirugía y el arte son tan antiguas como la humanidad misma, pues se supone que el hombre en sus épocas primitivas, por las condiciones de vida que lo rodeaba estaba expuesto a sufrir grandes ---- traumatismos por su constante lucha con las bestias, con la naturaleza y sus semejantes; cabe decir que no podía dejar sin curar las heridas, --- fracturas y luxaciones, el cuidado y tratamiento de éstas dió origen a la cirugía.

En el año 1200 A. C. Macaón y Podalyro ejercían la cirugía según los preceptos de su padre Esculapio. En el siglo glorioso de Pericles, aparece Hipócrates como fundador de la escuela clásica y primer maestro que dió a conocer su doctrina por medio de escritos; sus muestras nos enseñan el notable progreso en el campo de la enseñanza quirúrgica, con preceptos de gran valor jamás igualados o superados.

La obra de Hipócrates fué continuada por su hijo y su yerno, además de sus discípulos.

La escuela de Alejandría fué la heredera de la ciencia griega, Herófilo (323-346) figuró como notable anatomista; de 240 a 270, florece una nueva era con nombres como los de Apolonio, Molpis, Nifodora, Herón y algunos más; otro que destacó en esa era fué el empírico Heráclito; todos ellos supieron aplicar sus conocimientos anatómicos a la terapéutica quirúrgica, todo esto se puede apreciar por numerosas citas que hace Galeno en su trabajo.

En Roma durante los primeros cinco siglos de la medicina ésta fué empírica y según Catos, la ejercían solo los esclavos y algunos médicos empíricos griegos (año 200 A. C.) y destacaron en Roma Arcagatus y Esclepiades de Bitinea, médico amigo de Cicerón quien practicó la primera traqueotomía. En tiempo de Augusto Celso, publicó su tratado de medicina que puede decirse que es el adelanto médico quirúrgico, además de que -- dividió la medicina en tres partes:

- a) La dietética
- b) La farmacológica
- c) La cirugía

En la escuela de Celso se nota más la precisión en los conocimientos anatómicos, en relación con la de Hipócrates, por eso se toma como punto de partida en la evolución de la cirugía. En el año 131 de la era cristiana nace en Pérgamo (Asia Menor) Galeno, y abre una época memorable a la historia de la medicina por su afición a la anatomía y se forma conforme a la escuela de Alejandro, a los 34 años de edad se estableció en Roma, abandonando la cirugía para dedicarse únicamente a la medicina, siguiendo la escuela de Hipócrates.

Si bien Hipócrates es el padre de la medicina, Galeno marcó un camino seguro para la ciencia médica actual.

Pasteur cimentó con firmes pasos una escuela con principios científicos, y a partir de esa fecha fué el avance seguro de la cirugía contemporánea. Sin embargo subsistía el problema del dolor, con el fin de evitar el dolor múltiples procedimientos fueron ensayados, la compresión de carótidas para provocar el sueño, la compresión de terminales nerviosas o bien la ingestión de sustancias enervantes; pero el período científico de los anestésicos principia en el año 1795, cuando en el laboratorio químico de Beddoes, en Bristol, el joven químico Humpri Davy, encargado de experimentar la acción de los gases sobre el organismo, descubrió la propiedad analgésica del protóxido de nitrógeno o gas hilarante.

Los resultados obtenidos en Francia, Inglaterra, Alemania y Suecia con el empleo de dicho gas como anestésico fueron desfavorables, más tarde, Horacio Wells al aplicar dicho gas fracasó públicamente, no obstante, ésta fecha se considera como la iniciación de la anestésia. La acción estupefaciente y anestésica del éter era ya conocida por muchos médicos; la primera anestesia aplicada con éter para fines quirúrgicos se debió a W. C. LONG, médico de Atenas (1842); éste hecho permaneció ignorado, pero en la misma fecha Jackson había comprobado accidentalmente en si mismo la acción anestésica que producía la inhalación de los vapores del éter.

Cuatro años más tarde, el dentista Morton de Boston, utilizó este medio anestésico para practicar extracciones dentarias y el éxito fué completo y en 1846, Warren y Harvad, en América, y en 1847, Molgain y Velpau de Francia, demostraron públicamente que el grave problema de la anestesia estaba resuelto.

La adquisición de todos estos conocimientos dió como resultado el establecimiento de los tres grandes postulados:

Evitar el dolor

Prevenir la infección

Evitar la hemorragia

La enseñanza de estos principios es el dominio de la técnica quirúrgica, que nos proporciona un conjunto de reglas y conocimientos necesarios para realizar una buena intervención quirúrgica. La técnica quirúrgica proporciona la habilidad requerida para efectuar una operación en el menor tiempo posible, sin dolor, con poca o ninguna hemorragia y -- sin infección consecutiva. Estos requisitos tienen como principal objetivo restablecer el equilibrio fisiológico, pues si intervenimos en el tejido vivo no podemos de ninguna manera apartarnos de las condiciones propias de dichos elementos, así tampoco de la función característica de cada uno de ellos.

La cirugía en sus principios se caracterizó por ser principalmente mutiladora, pero día con día ha ido tomando un aspecto conservador y reconstructivo, pues de lo contrario el cirujano sólo sería un amputador de órganos y no un médico para curar males por medios manuales. Es obvio que la técnica quirúrgica tiene gran importancia como capítulo de la terapéutica, por medio de ella tendremos la preparación y la práctica indispensable para ejercer la cirugía.

CAPÍTULO 2

P A T O C E N T I A

El problema de la retención dentaria ante todo de índole mecánica es el diente que está destinado hacer su erupción normal y aparecer en la arcada dentaria como sus congéneres dentarios, encuentra en su camino un obstáculo que impide la realización normal del trabajo que ha de realizar, en consecuencia, la erupción normal se encuentra impedida mecánicamente por ese obstáculo.

Razones Embrilológicas. - La ubicación especial de un germen dentario es un sitio muy alejado del normal de erupción por razones mecánicas, el diente originado por tal germen está imposibilitado de llegar --- hasta el borde alveolar.

El germen dentario puede hallarse en su sitio pero en una angulación tal, que al calcificarse el diente y empezar el trabajo de erupción la corona toma contacto con un diente vecino, retenido o erupcionado, éste - contacto constituye una verdadera fijación del diente en "erupción" en posición viciosa, sus raíces se constituyen pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un eje que le permita erupcionar normalmente.

Obstáculos Mecánicos. - Falta material de espacio, se pueden considerar varias posibilidades, el germen del tercer molar inferior debe desarrollarse entre una pared inextensible (cara distal del segundo molar) y la rama montante del maxilar; el canino superior tiene un germen situado en lo más elevado de la faja canina, completada la calcificación del diente, y en maxilares de dimensiones reducidas, no tiene lugar para ir a ocupar su sitio normal en la arcada, ya que se lo impide el incisivo lateral y el premolar que ya están erupcionados.

a) Causas Generales. - Todas las enfermedades en general en directa relación con las glándulas endocrinas puede ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencias de dientes. Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio (raquitismo) y las enfermedades que le son propias tienen también influencia sobre la retención dentaria.

La explicación de la incidencia de dientes retenidos que parece más lógica es la reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares humanos, ésto da por resultado maxilares demasiado pequeños para acomodar los terceros molares superiores o inferiores, o la presencia de terceros molares rudimentarios en su lugar.

Otros dientes también presentan ausencia congénita o malformaciones,

pero no tan frecuente como en los terceros mil años. La dieta moderna no requiere un esfuerzo decidido en la masticación, y esta es la causa de la falta de estímulo del crecimiento de los maxilares y la razón por la que el hombre moderno tiene dientes retenidos.

b) Causas Locales de Retención

Irregularidad en la posición de un diente adyacente, la densidad del hueso que lo cubre, inflamaciones crónicas continuadas con su resultante, una membrada mucosa muy densa, falta de espacio en los maxilares poco desarrollados, indebida retención en los dientes primarios, pérdida prematura de la dentición primaria, enfermedades adquiridas como la necrosis debidas a infecciones o abscesos, cambios inflamatorios en el hueso por enfermedades exantemáticas en los niños.

c) Causas Sistemáticas de Retención

Las retenciones se encuentran a veces donde no existen condiciones locales presentes;

I. - Causas prenatales

a) herencia

b) mezcla de razas

II. - Causas postnatales

Todas las causas que pueden interferir en el desarrollo del niño, tales como: raquitismo, anemia, sífilis congénita, tuberculosis, desnutrición.

ACCIDENTES ORIGINADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS

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

A) Accidentes Mecánicos. - Los dientes retenidos, actuando mecánicamente sobre los dientes vecinos puede producir trastornos que se traducen sobre su normal colocación en el maxilar y en su integridad anatómica.

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

b) Trastornos sobre la integridad anatómica del diente. La constante presión que el diente retenido o su saco dentario ejerce sobre el diente vecino, se traduce por alteraciones en el cemento (rizalisis) en la dentina y aún en la pulpa de estos dientes como aplicación de la invasión pulpar, - puede haber procesos periodónticos de diversa índole, de diferente intensidad e importancia.

c) Trastornos protéticos. - Los trastornos de índole protética que originan en múltiples ocasiones los dientes retenidos, pacientes portadores de aparatos de prótesis advierten que sus chapas vasculan en la boca y no se adaptan con la comodidad a que estaban acostumbrados.

B) Accidentes Infecciosos

Estos accidentes están dados en dientes retenidos, por la infección de su saco pericoronario, puede ser nido de tumores odontogénicos y epiteliales. La infección de este saco puede originarse por distintas vías.

PERICORONITIS

La denominación pericoronitis se refiere a la inflamación de la encía que está en relación con la corona de un diente parcialmente retenido, es más frecuente en la zona de terceros molares inferiores. El espacio en-

entre la corona del diente y el colgajo de la encía que la cubre es una zona ideal para la acumulación de residuos de alimentos y proliferación bacteriana. La pericoronitis aguda se intensifica por los diferentes grados de inflamación del colgajo pericoronario y las estructuras adyacentes, así como por complicaciones generales. La zona del líquido inflamatorio y el exudado celular produce un aumento de volumen del colgajo, -- que impide el cierre completo de la encía en los maxilares.

La encía es traumatizada por el contacto con el maxilar antagonista y la inflamación se agrava, el cuadro clínico es el de una lesión supurativa, hinchada y muy roja, demasiado sensible, con dolores irradiados al oído, garganta y piso de boca. Además del dolor el paciente está muy incómodo por el gusto desagradable y la incapacidad de cerrar la boca, la hinchazón de la mejilla en la región del ángulo mandibular y la linfadenitis son hallazgos comunes: el paciente así mismo presenta complicaciones tóxicas generales como fiebre, leucocitosis y malestar.

TRATAMIENTO:

Depende de la intensidad de la inflamación, las complicaciones sistémicas y la conveniencia de conservar el diente afectado hay que sospechar de todo capuchón pericoronario. Es preciso eliminar los capuchones persistentes asintomáticos como medida preventiva contra afecciones agudas ulteriores.

C) Accidentes Nerviosos. - Producidos por los dientes retenidos son bastante frecuentes, la presión que el diente ejerce sobre los dientes vecinos, sobre sus nervios, sobre troncos mayores, es posible originar algias de intensidad, tipo y duración variables. (neuralgias del trigémino). La presión que ejerce el tercer molar sobre los dientes en sus diversas formas sobre el nervio dentario puede incidir trastornos reflejopáticos y neurotróficos que se traducen en herpes, peladas, eccemas; entre los accidentes nerviosos debe considerarse el trismus -- que es una verdadera reacción antálgica.

D) Accidentes Óseos

Los accidentes óseos que se convierten en verdaderas osteítis, osteoflemones y graves osteomielitis. La osteítis que se desarrolla entre el segundo molar y el tercero retenido en mesioversión proceso relativamente frecuente, constituye un foco óseo susceptible de propagarse y dar cuadros sépticos de osteoflemones e infecciones generales.

E) Accidentes TumORAles. - Tienen su comienzo indudablemente en la hipergénesis del saco folicular a expensas del cual se forman, -- estos tumores son los quistes dentígeros y los queratocistes; dichos quistes dentígeros pueden infectarse y dar procesos supurativos de gravedad variable, capaces de traducirse en ostítis y osteomielitis.

a) Quistes dentígeros. - Este quiste sucede a la corona de un diente - no erupcional. Probablemente tiene su origen en una alteración del epitelio reducido del esmalte, después de haberse formado por completo la corona hay acumulación de líquidos entre éste epitelio y la corona del diente.

Es necesario distinguir el quiste folicular agrandado y el quiste dentígero. El 37% de los terceros molares impactados son del maxilar inferior, y el 15% son del maxilar superior. Radiológicamente tiene una zona de radiotransparencia pericoronar.

Las localizaciones usuales son el tercer molar superior y el segundo premolar inferior, aunque también aparece en cualquier otro diente sin salir.

b) Quiste primordial. - En un quiste derivado del órgano dentario - del esmalte antes de la formación de los tejidos. La degeneración del retículo estrellado da lugar a un espacio quístico limitado por el epitelio interior y exterior del esmalte, que sufre un cambio y se convierte en epitelio de tipo escamoso estratificado; éste tipo de quiste se encuentra con más frecuencia en el lugar del tercer molar del maxilar o por detrás del mismo en el reborde de la rama ascendente del maxilar inferior.

c) Quistes multiloculares. - Son variantes de los quistes dentígeros, proceden de varios gérmenes dentarios que desarrollan simultáneamente una degeneración quística, o bien de la lámina dentaria que forman varios folículos adyacentes, cada uno de los cuales se convierte en un quiste separado. Estos quistes suelen ocupar la zona de los terceros molares, pero pueden extenderse anteriormente por las ramas ascendentes.

HISTORIA CLINICA GENERAL - FAMILIAR

A) DATOS GENERALES:

Nombre

Edad

Dirección

Ocupación

Estado Civil

Lugar de nacimiento (nos orienta en el diagnóstico para sospechar ciertas enfermedades con predominio racial)

B) ANTECEDENTES . - Nos proporciona una explicación más -- fiel del estado real del paciente.

C) ANTECEDENTES HEREDITARIOS-FAMILIARES. - Los antecedentes familiares como personales facilitan el diagnóstico y permiten la observación, evolución y respuesta al tratamiento. Los padecimientos que más interesan son los que tienen un caracter hereditario bien demostrado a los que traducen una tendencia familiar definida a un cierto tipo de patología.

D) DIABETES MELLITUS. - Al rededor del 2% de la población general es diabética en este grupo se encuentran personas de edades de entre los 30 y los 60 años en promedio general. La diabetes se debe a la producción inadecuada de insulina, que a su vez es necesaria para el consumo normal de cuerpos cetónicos (metabolitos en los lípidos).

E) ENFERMEDADES HEMORRAGICAS. - Con sus características peculiares de transmisión (hemofilia) constituye un grupo de interés --- práctico especial por el riesgo de sangrado que tienen estos pacientes, la hemofilia obedece a una deficiencia específica de los factores VIII, llamado también factor antihemofílico, factor IX deficiencia de tromboplastica deficiencia del factor XI.

La hemofilia aparece en los hombres y lo trasmite la mujer, ya que es de caracter hereditario.

Es necesario investigar las enfermedades de tipo luetico, finicos, -- neoplasicos, cardiovasculares, renales, hepáticos y la obesidad.

F) ANTECEDENTES PERSONALES NEUROLOGICOS. - Todos

los datos correspondientes al medio de vida de cada paciente y de sus hábitos de nutrición, balanceada o no; tabaquismo. Finalmente de esta personal indicar si la vivienda cuenta con todos los servicios, etc.,.

G) ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS. - Obtener la enumeración de las enfermedades padecidas durante la infancia hasta la actualidad, así como las inmunizaciones. Las enfermedades de tipo traumático, quirúrgico, anestésicos, alérgicos y transfuncional.

H) PADECIMIENTO ACTUAL. - En los casos en que exista una enfermedad en evolución (infección crónica o malestar); el odontólogo debe obtener un pequeño resumen que incluya el tratamiento y los medicamentos que esté tomando actualmente.

I) INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

I. - Aparato digestivo. - Señalaremos: Apetito (aumentado, disminuido, pervertido), secreción salival (aumentada o disminuida), sensaciones de dolor en la cavidad oral (dolor continuo o intermitente), sensaciones anormales motivadas por la llegada de los alimentos al estómago; sensación de peso, plenitud, náuseas, vómitos. Dolor y sus caracteres: intensidad, tiempo de aparición, eructos, regurgitaciones.

Funcionamiento intestinal. - Se preguntará si hay estreñimiento, diarrea, dolor en forma de cólico, retortijón o tenesmo (tiempo de aparición), ventosidades.

Caracteres de las evacuaciones intestinales. - Color, dolor, número cantidades, constancia, consistencia, presencia de elementos extraños, parásitos, alimentos sin digerir, moco, pus, etc.,.

J) APARATO RESPIRATORIO. - Se preguntará si se tiene: tos -- seca, o flemosa, se presenta por accesos, hace que tiempo empezó. Evolución que ha tenido, caracteres de la expectoración, si es fácil o difícil, cantidad, color, olor, constancia, aereación y si contiene sangre, si hay hemoptisis, la abundancia en caso de que haya frecuencia, y si viene con tos, si persiste esputos hemoptóticos.

Sensación de presión, dificultad para respirar, dolor torácico, si hay fiebre y de que tipo, sudores vespertinos.

K) APARATO CIRCULATORIO. - Se preguntará lo siguiente: --- hay disnea de decúbito o de esfuerzo, edema, dolor precordial, aprensión, palpitación, cianosis, cefalea, vértigo con los cambios bruscos de posición, epitaxis, hipertensión, lipotimias, hemorragias, otras.

L) APARATO GENITOURINARIO. - Se harán las siguientes preguntas. Emisión de orina, número de micciones, dificultad en la micción, cantidad de orina, olor, color, sedimentos (su color). Presencia de sangre (si es al principio de la micción, al final de ella o mezclada íntima--

mente en la orina, si hay coágulos, presencia de eritrocitos; función renal del hombre.

Funcionamiento en la mujer. - Estado de la menstruación, periodicidad, cantidad, color, duración, presencia de coágulos, dolor uterino, abortos, flujos (sus características: color, olor, abundancia, consistencia), menarca, menopausia.

M) SISTEMA NERVIOSO. - Se presentará, insomnio (su causa), cambio de carácter, percepción de las sensaciones, estado de la sensibilidad (disestesias, parestesias, hormigueos, entumecimientos, adormecimientos, etc.,), cefaleas, vértigos, movilidad, incontinencia, esquizofrenia, etc.,.

N) ANALISIS DE LABORATORIO. - El análisis sistemático de la sangre y de la orina, algunas veces nos revela estados que pueden complicar el procedimiento quirúrgico, por ejemplo: la glucosuria debe tratarse antes de emprender la operación.

Débe ser sistemático el exámen de la sangre y de la orina de todos los pacientes por intervenir. El exámen de la sangre debe incluir valor hematócrito, la cifra normal para los hombres de 40 a 50 años, para las mujeres de 35 a 45 años. Cuenta de leucocitos que debe estar dentro de los 4000 a 6000 células por cm^3 de sangre. Puede ser indispensable llevar a cabo otras pruebas de laboratorio, según las necesidades del paciente, como tiempo de sangrado, tiempo de coagulación, tiempo de protombina puede variar de 9 a 30 seg., según la actividad de las soluciones (tromboplastina).

Es de suma importancia incluir en cada historial clínico los signos vitales de cada paciente. Eje. presión normal es de 80 a 120, el pulso es de 80 pulsaciones por minuto, temperatura normal es de $36\frac{1}{2}$ a 37°C , etc.,.

EXAMEN RADIOGRÁFICO DENTAL

Es un informe sobre una película fotográfica de densidades radiolúcida (negra) y radiopaca (blanca). El uso está destinado en ciertas condiciones como las de dientes retenidos, supernumerarios y no erupcionados, fracturas, quistes, raíces y cuerpos extraños.

En los casos en que es necesario esperar, es imperativo se determine la causa exacta y la localización del diente, como ayuda para el operador la localización por medio de radiografías dentales debe ser interpretada por comparación de vistas, tomada de distintos ángulos de proyección, más un conocimiento anatómico de la región radiografiada.

TIPOS DE EXAMENES RADIOGRÁFICOS

Estos son usados en la localización de los síntomas y son las siguientes: Periapical, Oclusal (topográfica) sección transversal, maxilar lateral, y postero anterior.

Los métodos de localización son los siguientes: desplazamiento del objeto. La técnica del procedimiento consiste en exponer y revelar dos o más radiografías periapicales de la misma zona, moviendo el tubo en dirección horizontal, el diente no erupcionado se mueve hacia mesial o distal en relación con los otros dientes o puntos de contacto. La regla que gobierna el método de desplazamiento es la siguiente: si el diente no erupcionado se mueve en la misma dirección en aquel tubo será desplazado, dicho diente o cuerpo está localizado en el lado lingual. Si el diente se mueve en dirección opuesta a la cual el tubo se desplaza, está por vestibular.

METODO OCLUSAL

Las vistas topográficas oclusales se indican para observar una zona quística o un diente retenido que no ha sido orientado completamente en una película periapical.

La porción vertical del hueso frontal es la obstrucción más grande que se encuentra en las radiografías oclusales (corte transversal) de la porción anterior del maxilar superior, donde es paralelo al eje largo de los anteriores.

METODO EXTRABUCAL

Las radiografías extrabucales se utilizan para suplementar los exámenes periapicales y oclusales, para localizaciones o aspectos que no se pueden obtener intrabucalmente. Este tipo de radiografías son necesarias para completar el estudio y la información de un diagnóstico en casos de dientes retenidos.

CAPÍTULO II

QUIRÓFANO

En el quirófano no debe haber exceso de muebles, y sobre todo debe estar limpio y arreglado de manera que se pueda mantener limpio con facilidad. En un quirófano moderno no debe haber cuadros colgados en la pared, ni tampoco cortinas ni tapetes, pues acumulan gran cantidad de polvo. La limpieza se facilita en un cuarto con piso y paredes de mosaico, es esencial para los procedimientos quirúrgicos una buena luz artificial. El gabinete para guardar los instrumentos no debe estar en un quirófano, pues todos los que van a emplearse se colocan en una mesa cubierta con una toalla estéril o en un braquet de acero inoxidable esterilizada.

La escupidera no es necesaria, ya que se pueden emplear pequeños receptáculos manuales, tampoco se necesita la unidad dental, de este modo el sillón o la mesa operatoria quedan libres de equipos que obstaculicen la movilidad del cirujano y de sus ayudantes.

En el quirófano debe haber un aparato de respiración con aspiradores de varios tamaños, es necesario el esfigmomanómetro. En todo momento debe estar a mano un aparato portátil de oxígeno aunque no se administre anestesia general, el oxígeno debe ser considerado tan necesario como el aparato de anestesia general.

A) COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL QUIRÚRGICO

Organización, preparación y comportamiento del equipo.

Nos referimos al equipo quirúrgico como al conjunto de individuos trabajadores del área de salud que intervienen directamente en el trabajo del quirófano.

En términos generales coincidiremos que dicho equipo debe estar integrado por elementos no más de seis, a saber; el anestesiólogo, cuya función es dar anestesia al paciente y mantener sus signos vitales en correcto estado, además de ser jefe del quirófano; el cirujano que será el encargado de dirigir, planear y ejecutar las técnicas quirúrgicas que el considere pertinente; el primer ayudante, que tiene como función asistir a las maniobras quirúrgicas al cirujano; el segundo ayudante, que asiste al cirujano, y al primer ayudante (en cirugía bucal no siempre es necesario) el instrumentista, que bien puede ser un médico o una enfermera especializada, encargada de suministrar el instrumental, material y el equipo que se requiera en cada operación, además será el enlace -

entre cirujanos y circulantes - tendrá como función suministrar al instrumentista todo lo necesario no incluido en los paquetes originales. El -- circulante es la única persona que no usa ropa estéril, pero sí es necesario que use gorro y cubre-boca, así como botas quirúrgicas al igual que - toda persona que entra al quirófano, ya sea un técnico en RX, un hemató- logo, etc., .

Al cirujano, los ayudantes y el instrumentista, antes de ingresar al -- quirófano habrán de cumplir ciertas normas para poder estar presentes - en el acto quirúrgico; para empezar, cambiarán su ropa de calle por el - uniforme de cirujano (pijama, gorro, cubre-boca y botas), así pasarán a la zona de lavado, en donde realizarán el lavado de sus manos y antebra- zos, hasta arriba cinco centímetros del codo. Éste lavado es muy impor- tante y se inicia por los dedos hasta terminar en los codos, el lavado de- be durar como mínimo de 8 a 10 minutos, se emplean cepillos especiales y cepillos antisépticos; posteriormente hay que bañar con alcohol las mis- mas regiones ya lavadas, se pasan al quirófano, donde se vestirán con - ropa estéril y por último se colocarán los guantes.

La exodoncia sistemática y sin complicaciones se puede llevar a cabo cubriendo al paciente con un babero grande de plástico, flojo en el cuello, en la cintura y cubierto a la vez por una toalla estéril.

La contaminación puede evitarse limpiando bien los labios y la piel - adyacente mediante una gasa con alcohol, la cabeza y el tórax del pacien- te deben cubrirse con una sábana estéril cuando en el consultorio se van - a hacer procedimientos quirúrgicos más complicados.

B) INSTRUMENTAL QUIRURGICO

Bisturí

El bisturí consiste en un mango y una hoja. Las hojas vienen de --- acuerdo a su diseño y los número más cómodos y comunes son 15, 11 y 10 (usados en odontología). Las hojas se encuentran anguladas en sus - proporciones no cortantes, de tal manera que encajan en el ángulo corres- pondiente sobre el mango, las hojas son desechables y deberán utilizarse solamente en un paciente, nunca deberán colocarse o retirarse las hojas de bisturí con los dedos, debido a que son muy peligrosas, se utiliza por lo general un porta agujas el mejor instrumento para llevar a cabo este - procedimiento, debido a que da un buen control sobre la colocación y re- moción de la hoja.

Elevador de Perastio

Una vez que se ha realizado la incisión se levanta el mucoperiostio -- con un elevador de perastio. Existen diferentes tipos e diseños de elevador

res el No. 9 de Moanlt, el cual tiene un extremo ancho y un más estrecho y el elevador de periostio de un solo extremo de Handum, el cual es más ancho que el elevador de Moanlt.

Alveolotomos

Existen alveolótomos con diferentes diseños, los cuales tienen como función primaria el corte o pellizcamiento. Los dos más comúnmente usados son los de punta roma (extremo redondeado) el cual corta solo por el extremo, y los de corte lateral que son los alveolótomos que cortan -- por un lado.

La Función de un alveolótomo es:

1. - Recortas y alisar el alveolo.
2. - Efectuar aberturas en el lado del alveolo cuando se intenta exponer un ápice radicular.
3. - Agrandar una ventana ósea hacia un quísteo o el seno maxilar.
4. - Ocasionalmente, retirar una porción de dientes de un alveolo -- cuando el diente o las raíces no se encuentran firmemente adheridas, esto provocará que la porción cortante del alveolótomo se doble y embote.
5. - Asir y sostener ciertos tejidos como son las membranas quísticas o el tejido fibroso que deben retirarse del hueso.

Cíncel y Martillo

Existen muchos diseños de cinceles, pero están divididos en los que tienen un solo bisel y los que tienen dos.

El cíncel de bisel único es usado para retirar hueso, en tanto que el bicelado es utilizado para cortar dientes en secciones, las superficies cortantes de éstos siempre deberán mantenerse afiladas, los cinceles son golpeados por algunos de los diferentes tipos de martillos que existen.

Fresas Quirúrgicas

La utilización de fresas quirúrgicas, ya sean con pieza de mano de velocidad convencional. Básicamente éstas fresas son largas de físuras estriadas que sean grandes, si se desea que las fresas corten eficientemente, deberán mantenerse limpias de residuos durante los procedimientos quirúrgicos.

Elevadores.

Existen diferentes tipos de elevadores, los más comúnmente utilizados son:

1. - Elevador recto.
2. - Elevador de barra T; de bandera (este-oeste) .
3. - Juego de elevadores de ápices.
4. - Pico de cigüeña.
5. - Elevador No. 22 de Winter.

Lima para Hueso

Este instrumento es utilizado para atravesar el alveolo antes de dejar el sitio quirúrgico. Las elevaciones o puntas de trabajo de éste instrumento deben mantenerse afiladas. Los surcos entre las partes funcionales de éstos dientes deberán mantenerse libres de desechos, el manejo de la lima se lleva a cabo en un solo sentido.

Legras

Existen muchos diseños de legras y éstas varían en tamaño y angulación. Son utilizados para retirar el tejido de granulación de los alveolos, enucleación de quistes y para extirpar astillas de hueso de la zona quirúrgica.

Pinzas para tejido y para curación

El diseño global de éstas dos pinzas puede ser esencialmente el mismo, con la principal diferencia de que la pinza de tejido, tiene diferentes filos para que el tejido pueda ser sostenido y aproximado al suturar.

Pinzas Hemostáticas

El propósito primario o principal de unas pinzas hemostáticas es el de utilizarlas para aprisionar los vasos sanguíneos sangrantes, las tres más usuales son las pequeñas pinzas hemostáticas curvas, llamadas -- pinzas mosquito; la providente, la cual tiene el mismo diseño, pero es un poco mayor; y una pinza hemostática aún más grande llamada pinza - Kelly.

Portaagujas

Las porta-agujas vienen también en otros formatos y tamaños y a simple vista, parecen ser muy similares a las pinzas metálicas, pero no lo son.

Cuando al algún procedimiento quirúrgico requiera suturas, se coloca la sutura en el porta-agujas sobre la bandeja. La aguja deberá estar en un ángulo recto con respecto a la punta, de tal manera que esté lista para su uso inmediato por el dentista.

Tijeras

Existen varios diseños de tijeras y se clasifican según sus partes cortantes: en redondeadas (romas) o puntiagudas (agudas) ambas hojas pueden ser agudas o romas, o pueden ser una roma y una aguda. Si ambas son agudas pueden llamarse A & A; si ambas son romas pueden llamarse R & R; si son aguda-roma serán A & R.

Cuatro usos primarios de las tijeras en cirugía dental:

1. - Recorte de los márgenes en la herida, estas tijeras poseen una de sus hojas ligeramente aserradas, con el objeto de impedir que el tejido se resbale mientras que es cortado, una de las tijeras más populares para estas funciones es la llamada de Dean.

2. - La disección roma o el acabado de tejido. El operador inserta las tijeras por debajo del tejido blando con ambas hojas de las tijeras cerradas, al abrirlas producen un efecto socavante, las tijeras Metzenbaum son las más utilizadas.

3. - Corte de la sutura durante los procedimientos quirúrgicos, dependiendo de la técnica propia del operador.

4. - Remoción de las suturas.

Jeringas

Hay tres tipos de jeringas.

1. - La jeringa para la anestesia dental, la cual tiene una zona en la que se inserta el cartucho que contiene el agente anestésico local.

2. - Jeringas de vidrio.

3. - Jeringas desechables de plástico. Para evacuación de líquidos de lesiones quísticas, abscesos, etc., y para el lavado con líquido de la zona quirúrgica.

Agujas

El diámetro de una aguja se expresa en calibres, mientras más grande es el calibre, más delgada será la aguja. En odontología el calibre varía de 23 a 30.

La longitud de la aguja se mide en cm., siendo las longitudes más comunes de 2.5 a 4.6.

Agujas de Sutura

Toda aguja para sutura tiene tres dimensiones físicas, las cuales permiten que esta sea clasificada como sigue:

1. - La forma global de la aguja, es decir recta, de media curva, 3/4 de curva, etc.,.

2. - Su forma en corte transversal, cónica o redonda (no cortante). - Una aguja cortante es triangular en la primera tercera parte de su longitud, de tal manera que pueda penetrar a través del duro fondo mucoperiostico.

3. - Presencia o ausencia de ojo en la aguja.

Material de Sutura

El cirujano bucal utiliza muchos materiales de sutura, el más usado para cerrar incisiones intrabucales es el hilo de seda negro, de tamaño del tres ceros al cuatro ceros. El hilo de seda negro estéril llena todos los requisitos de la sutura intrabucal, no irrita la lengua y su color se distingue perfectamente para poder retirarlo fácilmente.

Para cerrar incisiones intrabucales son preferibles los puntos separados a la sutura continua, pues los primeros pueden quitarse fácilmente sin perturbar toda la línea de sutura.

De los materiales absorbibles, el catgut es el más usado, ya que este material se hace de la capa serosa del intestino de borrego, se fabrica simple y crómico en muy diversos calibres.

De las suturas atraumáticas, absorbibles e inabsorbibles, se venden en ampolletas cerradas que contienen un líquido esterilizador.

Pinzas para la Extracción Dentaria

Existen cientos de fórceps o pinzas para la extracción dentaria con diferentes diseños, pero sería poco práctico para un dentista poseer todos ellos, por lo tanto durante el entrenamiento que recibe el estudiante durante su residencia de cirugía bucal, se le instruye para lograr el manejo y conocimiento de algunos de ellos.

C) ANESTESIA

Muchas de las operaciones técnicas dentales que en la actualidad se llevan a cabo, deben su existencia al estado de analgesia (ausencia de dolor) que permite el desarrollo de la anestesia local.

Un anestésico local puede ser definido como medicamento, el cual al ponerse en contacto con el tejido nervioso, torna a ese tejido incapaz de transmitir un impulso. Esto es cierto para cualquier tejido nervioso, ya sea el encéfalo, médula espinal y nervios motores o sensoriales. A pesar de que otros agentes químicos pueden lograr este resultado (alcohol, agua caliente), ninguno es capaz de hacerlo sin la destrucción de los nervios mismos o del tejido que lo rodea. Por ésta razón, los anestésicos locales se han hecho extremadamente importantes en el campo del paciente.

Agentes Específicos

Los anestésicos locales específicos son usualmente comparados con la cocaína o la procaína (novocaína) en sus grados de efectividad, toxicidad, dosificación, tiempo de instalación y duración de la acción.

Xilocaina (Lidocaina)

Este es el anestésico local más frecuentemente usado en la odontología actual, difiere de la procaína en su estructura química y por lo tanto no tiene una sensibilidad cruzada con la procaína, esto significa que si una persona ha sido sensibilizada o ha tenido reacciones alérgicas a novocaína, puede que no sea alérgica a la xilocaina. Este produce anestesia rápida, intensa y de larga duración, es utilizado para bloqueo, infiltración y técnicas de anestesia tópica. Su concentración habitual varía de 0.5 a 2% y puede ser utilizado con o sin un vasoconstrictor.

La solución es altamente estable, no irritante y puede ser sometida al autoclave, su uso en solución es al 2%, habitualmente con epinefrina en una concentración de 1.100.000 a pesar de que otras concentraciones de epinefrina pueden ser utilizadas.

Carbocaina (Clorhidrato de Mepivacaina)

Este agente tiene un efecto rápido, es de mayor duración que la novocaína.

caina y que la xilocaína, es utilizado en concentraciones de 1 a 2%. --
Tiene propiedades farmacológicas muy similares a la xilocaína y tam-
bién puede ser utilizado con agentes vasoconstrictores, usualmente --
Neo-Cobefrina 1.20.000, puede ser también utilizado como una solución
al 3% sin vaso-constrictor.

Este también es un miembro del grupo de las amidas, su tiempo de
duración y de efecto es mayor en relación a la xilocaína, se utiliza en
concentraciones de 1 a 14%, y habitualmente se vende con epinefrina al
1.200.000, así como sin vaso-constrictor.

ANATOMÍA GENERAL

Este capítulo no trata la anatomía detallada del campo quirúrgico bucal. Fundamentalmente los vasos faciales principales en cuanto a las incisiones de cirugía bucal siguen un trayecto que es:

1). - profundo en relación con los músculos superficiales de la expresión (incluyendo el cutáneo del cuello y excluyendo los músculos canino y buccinador).

2). - Superficial a los músculos de la masticación y, desde luego, a los huesos faciales profundos. En un sentido general la vena facial anterior drena las regiones alimentadas por la arteria maxilar externa (facial), y la vena facial posterior drena las regiones faciales más profundas regadas por las ramas terminales de la arteria carótida externa. El nervio sensitivo principal de la cara es el quinto par craneal.

El nervio motor más importante de la cara (además del trigémino o quinto par, que inerva los músculos de la masticación) es el séptimo par craneal.

El trauma quirúrgico del quinto par craneal puede considerarse de importancia secundaria, pues la secuela más importante es una parestesia, y la posibilidad de regeneración es buena. Sin embargo la lesión quirúrgica del séptimo par craneal y la pérdida subsecuente de función de los músculos faciales de la expresión, son un problema estético importante y sin gran esperanza de regeneración espontánea y funcional.

Es imprescindible tener un conocimiento completo de las relaciones anatómicas de los tejidos que van a operarse.

RETRACCIÓN DEL COLGAJO

Este procedimiento es necesario para extraer las raíces retenidas, los quistes residuales para exponer exostosis y dientes retenidos.

Es conveniente practicarla, porque hace más rápida la operación -- al permitir la extirpación dirigida del hueso y de las raíces en visión directa.

La retracción cuidadosa de un colgajo bien diseñado también reduce el trauma de los tejidos y por consiguiente contribuye a prevenir las mo-

lestias post-operatorias, el edema y el retraso de la curación.

Todo colgajo ha de tener el tamaño suficiente para exponer una zona adecuada con el fin de poder realizar la intervención sin lesionar los tejidos adyacentes. Los instrumentos utilizados para retraer el colgajo se han de apoyar sobre el hueso siempre que sea posible y no sobre el tejido blando.

El tipo de colgajo preferible es el de forma de sobre, a base de una incisión gingival hendida y retracción del colgajo. Si no es posible -- una exposición adecuada con este método sin ejercer tensión sobre el colgajo se hace una incisión oblicua por delante del campo operatorio.

La base del colgajo debe ser más ancha que el borde libre con el fin de mantener una buena irrigación del borde. Todas las incisiones oblicuas han de hacerse al menos un diente más allá de la región en -- que se ha de extirpar el hueso, para cuando se vuelva a poner el colgajo en su sitio de corte oblicuo descansen en una superficie ósea y no -- caiga en el defecto óseo.

La papila debe conservarse intacta en el espacio interdental. El colgajo debe hacerse de tal forma que se evite que la incisión lesione -- estructuras anatómicas vitales, como el nervio mentoniano, o los grandes vasos y nervios palatinos.

Cuando la intervención quirúrgica se realiza para alcanzar las -- -- -- áreas periapicales de los dientes, los colgajos han de invertirse por medio de incisiones en la hendidura gingival, con lo cual se proporciona el colgajo mucoperióstico al margen del colgajo que se invierte. -- Como el periostio no es deformemente por encojimiento y se puede -- reponer en su sitio y sutura con facilidad, la cicatrización es más rápida con éste método.

CAPÍTULO 6

CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

La retención de caninos superiores puede presentarse de dos maneras; retención intraósea, siendo la pieza dentaria está por dentro cubierta de hueso, y retención subgingival cuando parte de la corona emerge del tejido óseo, pero está cubierta por la fibromucosa.

Los caninos se clasifican de acuerdo con:

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

1. - La retención puede ser simple o doble, presentandose ambos caninos retenidos. (fig. "1").

2. - Caninos situados en el lado palatino o situados en el lado vestibular. (fig. " 2 ").

3. - Caninos en maxilares dentados o en maxilares sin dientes.

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

A) CLASIFICACION

Clase I. - Maxilar dentado, diente ubicado del lado palatino, retención unilateral, cerca de la arcada dentaria y también puede ser lejos - del arcada dentaria. (fig. "1").

Clase II. - Maxilar dentado, diente ubicado de lado palatino, retención unilateral. (fig. "2").

Clase III. - Maxilar dentado, dientes ubicados en el lado vestibular, retención unilateral. (fig. "2").

Clase IV. - Maxilar dentado, dientes ubicados en el lado vestibular, retención bilateral. (fig. "3").

CLASIFICACION DE CANINOS RETENIDOS

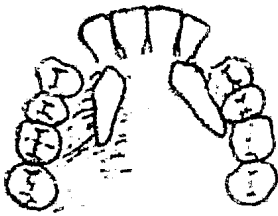


FIGURA No. 1



FIGURA No. 2

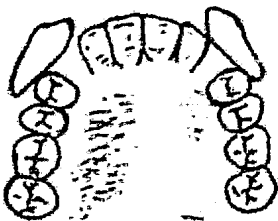


FIGURA No. 3

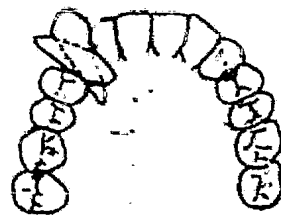


FIGURA No. 4

Clase V. - Maxilar dentado, dientes ubicados del lado vestibular palatino, es más frecuente en los dientes que van a presentar con la corona o raíz hacia el lado vestibular. (fig. "4").

Clase VI. - Maxilar desdentado, dientes ubicados en el lado palatino, retención unilateral o bilateral.

Clase VII. - Maxilar desdentado, dientes ubicados del lado vestibular, retención unilateral o bilateral.

B) EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS POR VIA PALATINA

Anestesia. - Como en toda intervención quirúrgica, la anestesia es fundamental. La extracción de dientes retenidos es una operación larga y molesta, la anestesia debe proveer la longitud de la operación.

Retención unilateral. - Anestesia infraorbitaria del lado a operarse. Anestesia local infiltrativa de la bóveda palatina a nivel del agujero palatino posterior del lado a operarse.

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

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

C) OPERACION

Incisión. - Para extraer un canino retenido en la bóveda palatina es necesario desprender parte de la fibromucosa, dejando al descubierto la bóveda ósea, es decir preparar un colgajo que permita un amplio descubrimiento del lugar donde está el diente por extraer. Este colgajo debe dar una amplia visión del campo operatorio y debe ser dispuesto de tal modo, que no sea traumatizado en el curso de la intervención.

La forma de incisión ideal para este tipo de retención es la que tiene por objeto, desprender el telón palatino, después de haber hecho lo propio con la fibromucosa palatina del cuello de los dientes. (fig. "5").

Esto se realizará de la siguiente manera; Se usa un bisturí de hoja corta (No. 11, 12, 15) el cual se insinua entre los dientes y la encía, dirigida en sentido perpendicular a la bóveda, llegando hasta el hueso. El desprendimiento se inicia en el límite ya referido (cara distal del segundo premolar, cara mesial del primer molar), y se extiende en sentido --

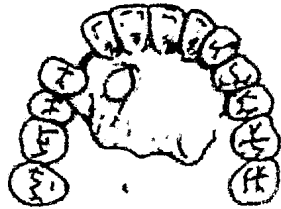


FIGURA No. 5

DESPRENDIMIENTO DEL TELON PALATINO

anterior hasta los incisivos centrales o molar del lado opuesto, según sea el sitio que ocupe el canino o caninos retenidos.

La pequeña lengüeta que resulta de ésta incisión será utilizada con provecho al realizar la sutura. Si existe un canino temporario la incisión lo rodea por su cara palatina.

En caso de un canino situado más posteriormente, no es necesario que la incisión pase la línea media, respetando por lo tanto al desprenderse el colgajo, los elementos que se relacionan con el agujero palatino anterior. Esta incisión tiene el peligro de seccionar vasos palatinos que discurren desde el agujero palatino posterior hacia adelante, en lo posible debe evitarse éste tipo de incisión.

Desprendimiento del colgajo. - Practicada la incisión, el desprendimiento del colgajo se realiza con un instrumentoromo (espatula de freer o periostótomo). Este instrumento se insinúa entre la arcada dentaria y la fibromucosa palatina hasta dejar al descubierto el hueso de la bóveda palatina. Este colgajo deberá permanecer inmóvil durante el curso de la operación, se pasa un hilo de sutura por un punto de la fibromucosa, y de preferencia a nivel de la lengua gingival del espacio del canino, el hilo se anuda a un molar del lado opuesto, se cohibe la posible hemorragia ósea, o de los vasos palatinos, sin cuyo requisito la visión no es correcta.

Ostectomía. - Para eliminar el hueso que cubre el canino incluido puede el cirujano valerse de varios métodos. Los instrumentos usados son; la fresa quirúrgica, y el escoplo usado a golpes de martillo.

Cantidad de huesos a eliminarse. - Es importante especificar la cantidad de huesos a eliminarse, deben quedar ampliamente descubiertas en la ostectomía toda la corona retenida y parte de la raíz.

La fresa es el instrumento de elección, elimina el hueso limpia y rápidamente, sin molestar al operador, es útil irrigar el hueso con suero fisiológico esterilizado y tibio.

Extracción propiamente dicha. - Realizada la resección ósea, esta parte de la operación consiste en eliminar un cuerpo duro inextensible (el diente), Esta parte de la operación exige criterio, habitualidad y firmeza para no traumatizar o luxar los dientes vecinos o fracturar las paredes alveolares, esta maniobra solo puede realizarse con palancas, que al apoyarse en el hueso vecino más sólido y más protegido (el hueso del lado interno) eleva el diente siguiendo la brecha ósea creada. Esta maniobra exigirá extraordinario refuerzo, ya que hay que facilitar por algún medio la eliminación de este cuerpo inextensible dentro del otro -

cuerpo inextensible. Este método se realiza por dos procedimientos: se amplía la ventana ósea por dónde debe salir el diente y se disminuye el volumen del diente por extraer.

El primer procedimiento exige el sacrificio estéril del tejido óseo vecino, porque para extraer sin traumatismo un diente inclinado será necesario extirpar una cantidad considerable de hueso.

El segundo procedimiento es sencillo rápido y elegante, es la aplicación del clásico método de odontosección. Se corta el diente en el número de trozos que sean necesarios, y se extraen sus partes por separado, y a expensas de los espacios creados por las partes desalojadas se completa la extracción de trozos que quedan.

Existen algunos casos, en que el diente está dirigido en un sentido -- próximo al vertical, en los cuales la sección no es aplicable. En tal posición, se crea un espacio con fresa, al rededor de la corona del canino, y siempre que la cúspide no se encuentre enclaustrada puede ser extraído con un elevador recto, introducido entre la cara del retenido que mire a la línea media y la pared ósea contigua. Con movimientos de rotación se introduce el instrumento con el cual se consigue imprimir al diente -- cierto grado de luxación, la extracción en tales casos, se termina tomando el diente a nivel de su cuello (en los casos accesibles) con una pinza de premolares superiores y ejerciendo nuevos movimientos de rotación y -- tracción en dirección del eje del diente, dificultad a estos movimientos -- significan dilatación radicular.

En estas circunstancias hay que ser muy parco en el esfuerzo empleado, por los peligros de la fractura de un ápice dilacerados, cuya eliminación es muy difícil.

La odontosección puede realizarse con dos instrumentos;

fresa y escoplo

Uso de la fresa. - Exige como condición necesaria, una perfecta visión del diente y su fácil acceso, el diente debe ser cortado a nivel del cuello, con fresa de fisura dirigida perpendicularmente al eje mayor del diente. Si la región cervical no es accesible, habrá que cortar el diente a nivel de su corona.

Seccionando el diente se introduce un elevador recto en el espacio -- creado por la fresa, y se imprime al instrumento un movimiento rotativo, con el cual se logrará separar definitivamente corona y raíz, con -- esto se logra al conectar la cúspide del retenido de su alojamiento óseo y de su contacto con los dientes vecinos.

Uso del escoplo. - La odontosección puede realizarse a merced del escoplo. Este tiene que ser dirigido perpendicularmente al eje mayor del diente. Dos o a lo sumo tres golpes, son suficientes para realizar la odontosección.

Extracción en los partes seccionadas. - La extracción de la corona, se logra introduciendo en un elevador angular, de hoja delgada, entre la cara del diente que mira hacia la línea media y la estructura ósea, con un punto de apoyo en el borde óseo y girando el instrumento se desciende la corona.

Extracción de la raíz. - Eliminada la corona, hay un amplio espacio para dirigir la raíz hacia la cavidad ósea vecina. Cuando la estructura es escasa, la raíz puede luxarse introduciendo el mismo elevador angular que se usó para la corona, entre la pared angular que mira hacia la línea media y el hueso subyacente, dirigiendo la raíz hacia abajo y hacia la línea media.

Tratamiento de la cavidad ósea. - Extraído el canino, debe inspeccionarse cuidadosamente la cavidad ósea y extraer las esquirlas de hueso o de diente que puedan quedar y eliminar el saco pericoronario del diente retenido, éste se extirpa con una cucharilla filosa y los bordes óseos agudos y prominentes deben ser alisados con una fresa redonda o con escofinas o limas para hueso.

Sutura. - Es una acción importante e imprescindible, el colgajo se devuelve a su sitio de manera que las lengüetas interdientarias ocupen su normal ubicación.

En los caninos unilaterales, generalmente dos puntos de sutura son suficientes, se colocan a nivel del espacio. Terminada la operación, se coloca un trozo de gasa en la bóveda palatina, comprimiendo y manteniendo adosada la fibromucosa.

TERCER MOLAR SUPERIOR

Clasificación de los terceros molares superiores.

como el tercer molar inferior, el superior es susceptible de una clasificación con fines quirúrgicos. Las variaciones en la posición del molar son menores en el maxilar superior que en el inferior. La retención del molar puede ser intraósea o submucosa, en éste último término puede estar total o parcialmente retenido.

Posiciones del tercer molar retenido. - Las distintas posiciones que el tercer molar puede tener en el maxilar superior, son las siguientes:

a) Posición vertical. - El eje mayor del tercer molar se encuentra paralelo al eje del segundo molar. El diente puede estar parcialmente o totalmente cubierto por hueso.

b) Posición mesio-angular. - El eje del molar retenido está de vecina con la apófisis pterigoideas, esta posición y el contacto de las cúspides mesiales del molar superior retenido, pueden impedir su normal erupción, son frecuentes las caries en la cara distal de la raíz o de la corona del segundo molar superior.

c) Posición disto-angular. - El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara triturante puede ponerse en contacto con la apófisis pterigoidea.

d) Posición horizontal. - El molar está dirigido hacia el carrillo, con el cual la cara triturante puede ponerse en contacto dando los accidentes mencionados. La cara triturante del molar suele dirigirse también hacia la bóveda palatina o presentarse horizontal, forma rara, paralelo a la arcada dentaria, con su cara oclusal hacia mesial o distal, el molar puede erupcionar en la bóveda.

e) Posición paranormal. - El molar retenido puede ocupar diversas posiciones que no se cuadran en la clasificación dada.

A) EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO

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

Inci-sión. - Puede usarse la incisión de los terceros que formaremos bucal y anteroposterior, se traza primero a la cara vestibular del diente, paralelamente a la arcada y en una longitud de un centímetro, la incisión bucal parte del extremo anterior de la primera incisión y se dirige hacia afuera, rodea la tuberosidad del maxilar y rodea hasta las proximidades del surco vestibular donde termina. La incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso o corona del molar en sentido anterior hasta el cuello del segundo molar. El colgajo se debe desprender según se ha señalado con un periostótomo y se sostiene con un separador.

Osteotomía. - El hueso que cubre la cara triturante se elimina con escoplos rectos o con fresa, en ciertos casos el hueso a nivel de la cara triturante es tan frágil que puede ser eliminado con una cucharilla para hueso o con el mismo elevador. La osteotomía es una maniobra importante, es menester, en todos los tipos de terceros molares superiores, ver, por lo menos, la cara bucal y mesial del retenido.

Vía de acceso a la cara mesial. - La cara mesial será la superficie sobre la cual se aplicará el elevador para extraer el molar retenido. La osteotomía a ese nivel se realiza con un escoplo recto o una fresa redonda.

Extracción propiamente dicha. - Empleo de elevadores, cualquiera de los elevadores rectos que ya hemos mencionado pueden ser usados en la extracción del tercer molar retenido.

Usamos preferentemente los elevadores No. 1, 2 ó 14 (R O L) de Winter, elevadores rectos o de Clev-dent.

Posición mesio-angular. - Algunas trabas pueden presentarse en esta extracción, la cantidad de hueso distal y el contacto con el segundo a nivel del maxilar superior, la elasticidad del hueso permite movilizar el molar, sin necesidad de seccionar el diente retenido. El contacto mesial está vencido por la posibilidad de mover el diente hacia distal. Por lo tanto, el problema en este tipo de retención reside en la osteotomía distal y triturante y en la preparación de la vía de acceso para el elevador.

Sutura de los colgajos. - El cierre con sutura es ideal, aunque sus resultados no sean satisfactorios en todos los casos. Se realiza con una aguja curva e hilo seda o nylon, según la técnica, que puede realizarse un punto, dos o uno cruzado. También es necesario afianzar el colgajo, atravesado con la aguja a nivel de la lengüeta entre el primer y el segundo molar, se surca el espacio interdentario, se toma la porción lingual de la encía y después de un recorrido en sentido inverso se amada -

el hilo sobre la cara bucal del maxilar.

CAPITULO 8

POSICION DEL TERCER MOLAR INFERIOR

En cada una de las posiciones que mencionaremos el molar retenido - puede aparecer sin desviación o presentar distintos tipos de desviaciones dentro de su arcada dentaria, en sentido lingual, (hacia adentro o hacia - el lado lingual), en sentido bucal (hacia afuera o hacia el lado bucal), o - combinar ambos. Todas estas variedades deberán considerarse al clasi-
ficar al tercer molar. (Fig. 6).

A). - Posición vertical. - En ella el eje mayor del tercero es mayor - del segundo molar.

B). - Posición mesio-angular. - El eje mayor del tercero forma con - el eje mayor del segundo un ángulo agudo abierto hacia abajo.

C). - Posición horizontal. - El eje mayor del tercero es perpendicu-
lar al eje mayor del segundo.

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

E). - Posición linguo-angular. - La corona del tercer molar se diri-
ge hacia la lengua y sus ápices hacia la tabla externa.

F). - Posición buco-angular. - La corona del tercer molar se dirige
a la tabla externa y sus raíces hacia la interna a lingual.

G). - Posición invertida. - (paranormal). - La corona del tercer --
molar se dirige por regla general hacia el borde inferior del maxilar y -
sus raíces hacia el cóndilo.

Posición vertical sin desviación.

Cara mesial accesible. - Se denomina así al tercer molar alineado -
detrás del segundo sin desviaciones en sentido bucal o lingual y con su ca-
ra mesial libre de hueso. El hueso distal en estas retenciones puede ter-
minar a nivel del cuello del tercero, cubrir su cara distal o continuarse -
con el hueso oclusal.

Cara mesial inaccesible. - De iguales características anatómicas --
que las del anterior, la diferencia reside en que la cara mesial está cu--

POSICIONES DEL TERCER MOLAR RETENIDO

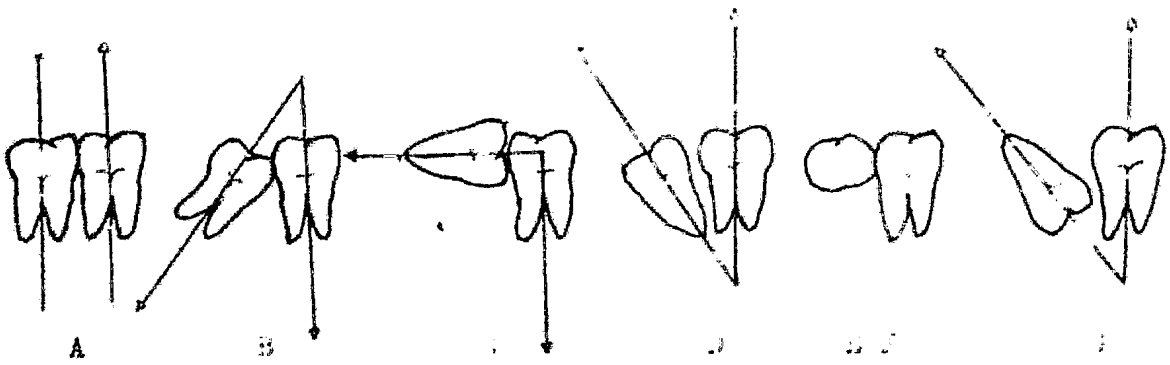


FIGURA No. 6.

bierta por hueso (y lo puede estar también las otras caras del molar, - haciendo que este se encuentre en retención ósea, total o parcial). La - inaccesibilidad del molar explica que no haya triángulo o espacio interden-
tario.

Posición vertical con desviación bucal

Cara mesial accesible. - El tercer molar está dirigido hacia afuera (lado bucal del maxilar), el hueso mesial se detiene a nivel del cuello -- del tercero y deja libre o accesible su cara mesial, aunque no lo haga su extremo superior ni el hueso distal, ni el oclusal, ni el lingual, que pueden cubrir parte de las caras homónimas del molar. Por lo demás éste puede ser parcial o totalmente cubierto por mucosa; en el primer caso - solo sus cúspides mesiales se hallan al descubierto.

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

Posición vertical con desviación lingual

Cara mesial accesible. - El molar se presenta dirigido hacia adentro, siendo su cara oclusal francamente lingual. El hueso mesial deja - al descubierto la cara mesial, sin embargo el molar puede estar cubierto en sus caras oclusal, distal, lingual y bucal en cantidades variables - de hueso.

Cara mesial inaccesible. - La diferencia reside en que la cara mesial está cubierta por hueso mesial (falta espacio interdentario) y los huesos vecinos (bucal, lingual, distal y oclusal) pueden cubrir las caras homóni-
mas a tal punto que por regla general son totalmente intraóseos.

Posición vertical con desviación bucolingual

Cara mesial accesible. - La angulación del tercer molar es la ya estudiada, pero su masa está dirigida hacia el lado bucal. El hueso mesial deja libre la cara respectiva. En este tipo de retención el hueso mesial se comporta de manera distinta con respecto a la cara distal del molar - retenido, ya que llega insensiblemente hasta su cuello o cubre la cara -- distal y se continúa en grado variable con el hueso oclusal.

Clínicamente el molar se presenta por lo general con su cara oclusal, libre de mucosa o bien ésta cubre su tercio distal.

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

Posición mesio-angular con desviación lingual

Cara mesial accesible. - Con la angulación ya estudiada, la cara oclusal está dirigida hacia el lado lingual, en estas condiciones la cúspide mesiobucal del tercero está colocada aproximadamente a nivel del centro de la cara distal del segundo molar; el plano lingual de los molares vecinos corta al tercero, a nivel de su tercio lingual. El hueso mesial deja libre la cara mesial; el hueso bucal deja también al descubierto esta cara; el hueso distal puede proteger la cara distal del molar. Clínicamente se presenta cubierto por mucosa, y es raro que alguna cúspide, la distobucal, o parte del ángulo disto-oclusal puede emerger en la cavidad bucal.

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

Posición mesio-angular con desviación bucolingual

Cara mesial accesible. - Estos son raros en la práctica, dado que por la regla general los mesio-angulares y los horizontales en desviación buco-lingual, presentan su cara mesial inaccesible, estos molares están dirigidos de atrás hacia adelante, de abajo a arriba y de fuera a dentro, por lo tanto su cara oclusal está desviada hacia el lado lingual, de tal forma que el punto medio del ángulo diedro mesio-oclusal de su corona está en contacto con el ángulo disto-bucal de la corona del segundo molar.

Clínicamente se presentan totalmente cubiertos por la mucosa o alguna cúspide queda al descubierto.

Cara mesial inaccesible. - Naturalmente la diferencia con el tipo anterior reside en que la cara mesial está cubierta por hueso mesial. Las angulaciones son semejantes, el punto medio del ángulo mesio-oclusal del tercero puede ponerse en fuerte contacto con distintas porciones-

del segundo molar, con el ángulo antero-bucal de la corona con el cuello, por debajo de la curvatura de la raíz distal o con el ángulo disto-bucal de la raíz distal, detalles que presenta un sólido anclaje al molar retenido.

El hueso mesial cubre la cara mesial y las demás huesos protegen total o parcialmente las caras respectivas. Estos molares pueden presentarse en total retención intraósea y clínicamente en su mayoría están cubiertos por mucosa. Del punto de vista quirúrgico crean generalmente serios problemas, derivados en gran parte de la frecuencia con que el ángulo mesio-oclusal de la corona del tercero se sitúa por debajo del cuello del segundo.

Posición horizontal sin desviación

Cara mesial accesible. - Situado horizontalmente en el maxilar superior, forma con el segundo un ángulo recto abierto hacia abajo y atrás. Como corresponde a un molar sin desviación, la cara bucal y la lingual no sobrepasan los planos homónimos de los molares vecinos, su cara mesial está libre de hueso mesial (es accesible), sin embargo estas retenciones horizontales, en cualquier tipo de retención con la cara mesial accesible son poco frecuentes, la gran mayoría tiene su cara mesial inaccesible.

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

Posición horizontal con desviación bucal

Cara mesial accesible. - El tercer molar se presenta con la angulación similar a la del tipo anterior, pero su masa está dirigida hacia el lado bucal. En estas condiciones un trozo de la corona del tercero se superpone a un segmento de la corona del segundo. Su cara mesial, libre del homónimo, se ubica por lo general debajo del plano cervical de los molares vecinos. Las condiciones anatómicas de éste tipo de retención hacen que las radiografías muestren una superposición de las imágenes coronarias con ausencia de la cara oclusal.

Cara mesial inaccesible. - La diferencia con el tipo anterior reside en que el molar más profundamente colocado, presenta su cara distal por debajo del plano oclusal de los molares vecinos y su cara mesial cubierta por hueso homónimo próximo al nivel o por debajo de los ápices

del segundo molar. El tercero puede presentarse parcialmente cubierto por los huesos vecinos y por las partes blandas.

Posición horizontal con desviación lingual

Cara mesial accesible. - El tercer molar forma con el segundo el ángulo que le corresponde, pero el eje mayor de aquel se presenta dirigido de atrás hacia adelante y de afuera hacia adentro, detalle que permite su cara oclusal desviada hacia el lado lingual, no son extraños los procesos patológicos a nivel del espacio interdentario.

Cara mesial inaccesible. - Estos molares con su cara mesial cubierta por hueso homónimo, la mayor parte de las restantes están cubiertas por hueso.

Posición horizontal con desviación buco-lingual

Cara mesial accesible. - Posición y desviación difíciles de ser interpretadas sin un juicioso estudio. El molar retenido, con su angulación propia en su posición, está dirigido hacia el lado bucal y su cara oclusal desviada hacia el lado lingual. Esta cara oclusal se pone en íntimo contacto con el ángulo buco-distal del segundo, en otras palabras, la cara oclusal aloja el ángulo señalado del segundo molar, lo que significa un sólido anclaje del molar retenido, sobretodo cuando el centro o parte del ángulo mesio-oclusal se relaciona con el ángulo disto-bucal de la corona o raíz del segundo molar. La presentación de éstos molares es difícil ser interpretados desde el punto de vista radiográfico.

Cara mesial inaccesible. - Naturalmente la cara mesial está cubierta por hueso mesial, por regla general la retención intraósea es total y hay también, por lo tanto, una cubierta mucosa. Su cara oclusal está en íntimo contacto con el ángulo disto-bucal del segundo, su cara distal se presenta por debajo del plano oclusal de los molares vecinos y su cara mesial puede estar a la altura o por debajo de los ápices del segundo molar.

Posición disto-angular sin desviación

Cara mesial accesible. - El eje mayor del tercero forma con el segundo un ángulo abierto hacia atrás y hacia arriba, en tanto la corona del retenido está dirigido hacia la rama ascendente, el ángulo disto-oclusal de ésta corona se sitúa en plena rama ascendente y la cara mesial está libre de hueso homónimo, el hueso distal cubre la cara distal pero con interposición del saco pericoronario (normal o patológico). En virtud de la falta de desviación, las caras dentarias bucal y lingual no sobrepasan los planos respectivos de los molares vecinos.

Cara mesial inaccesible. - Presentación frecuente como problema quirúrgico, la diferencia con el tipo anterior radica en la cubierta ósea de toda la cara mesial, son además, en su mayoría molares en retención intraósea total. El espacio interdentario existe en este caso (de molar con cara mesial inaccesible) en relación de la angulación dada por la posición disto-angular que tiene la forma de una Γ o ∇ , variable según el grado de desviación distal.

Posición disto-angular con desviación bucal

Cara mesial accesible. - En estos molares presentan una doble inclinación en su eje mayor, en efecto, éste último forma con el eje mayor del segundo, un ángulo abierto hacia arriba y atrás, pero al mismo tiempo se desvía hacia afuera (hacia bucal) porque el tercer molar no se desplaza en bloque hacia el vestíbulo, sino que sus ápices están aproximadamente en la línea curva que une los ápices del primero y el segundo molar.

Cara mesial inaccesible. - La diferencia con el tipo anterior reside en que estos molares retenidos presentan una cubierta de hueso (retención intraósea total) y lo están también por la mucosa.

Posición linguo-angular

Cara mesial accesible. - Esta también puede ser inaccesible. Bastante frecuente es en la práctica dentaria encontrar este tipo de molares, presentan en su eje mayor horizontal dirigido de afuera hacia adentro, de modo que la cara oclusal que es vertical está dirigida hacia el lado lingual. Son más frecuentes los terceros molares que presentan su cara mesial inaccesible; por regla general estos molares tienen sus raíces incompletamente formadas.

Posición buco-angular

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

Posición paranormal (invertida, ectópica, heterotópica)

El tercer molar inferior puede presentarse en condiciones que no encuadran en la clasificación que antecede, se consideran fuera o apartados de los tipos normales de retención y por esto se les denomina para-

normales (y también con sus sinónimos).

La cara oclusal está dirigida hacia la zona basal del maxilar y sus raíces hacia la apófisis coronoides o hacia el cóndilo. Otros molares pueden hallarse en cualquier sitio del maxilar, cerca del cóndilo, de la apófisis coronoides o en las vecindades del ángulo. Se encuentran por lo general acompañados de procesos patológicos (quistes dentígeros). Todos tienen su cara mesial inaccesible.

Ausencia de dientes vecinos

Todas las posiciones pueden presentarse estando presente o ausente el segundo molar o todos los dientes de la arcada. La cara mesial del retenido puede ser accesible o no, es natural que faltando el diente anterior no haya posibilidades de verificar la superposición de imágenes y por lo tanto establecer algún tipo de desviación. Las ausencias dentarias obligan, pues a encuadrar a los terceros molares en una clasificación particular. Por su parte serán accesibles o inaccesibles según su cara mesial, este cubierta por hueso mesial o no.

a) TECNICA QUIRURGICA DE TERCEROS MOLARES

La extracción del tercer molar inferior retenido debe realizarse por medio de instrumentos adecuados, fundados esencialmente en el principio mecánico de la palanca (los elevadores) y aplicados sobre un punto de apoyo (el hueso) con un grado de fuerza destinado a vencer la resistencia (el hueso y el tercer molar). En este juego de elementos mecánicos, la resistencia está a su vez constituida por tres factores; el molar, la disposición de sus raíces y el hueso que lo cubre, protege y rodea.

La cirugía fisiológica indica que la aplicación de la palanca que se usará debe realizar su fin mecánico, en el caso del tercer molar inferior retenido. El problema quirúrgico no puede ser resuelto con la simple aplicación de las leyes mecánicas, pues su resultado sería perjudicial para la región objeto de la cirugía. Por lo tanto, la resolución del problema quirúrgico del tercer molar, exige; a) el empleo de una palanca definitiva o específica., b) considerar con suma dedicación el sitio útil de la aplicación de la fuerza y el lugar correcto donde indicar el punto de apoyo., c) como necesidad quirúrgica, disminuir por procedimientos adecuados los tres factores ya mencionados de la resistencia; el molar retenido, la forma y disposición de sus raíces, la forma y extensión del hueso conteniente.

Tiempos operatorios

La extracción del tercer molar inferior retenido exige abrir por me

dios quirúrgicos la encía que tapiza la región de este diente, preparar los colgajos resultantes de la primera maniobra, eliminar el hueso que protege el molar retenido, extraer el molar y terminar la operación procurando que sobrevenga la restitución e integración de los tejidos afectados por las maniobras quirúrgicas. Por lo tanto la operación consta de los siguientes tiempos: 1o. Incisión, 2o. Preparación de los colgajos, 3o. Ostectomía, 4o. Operación propiamente dicha (extracción del molar retenido), 5o. tratamiento de la cavidad ósea, 6o. Sutura de los colgajos, 7o. Tratamiento post-operatorio.

Incisión

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

Al llegar a la cara distal del segundo molar contornea su cuello y continúa después "festoneando" la encía en su adaptación al cuello del segundo molar el primero también lo abarca, en tanto que su profundidad llega también hasta el hueso secciona en su penetración los ligamentos correspondientes, ésta incisión se detiene en el espacio interdentario del primer molar y el segundo premolar. En caso de ausencia del segundo molar, la incisión se realiza sobre la cresta alveolar, se detiene en el centro de la cara distal del primer molar y prosigue hacia el cuello de este diente contorneándolo.

Preparación de los colgajos.

Después de realizada la incisión se insinúa el periotómo en la brecha quirúrgica, progresando desde la cara distal hacia mesial. El periotómo toca el hueso y apoyándose en él y a merced de suaves movimientos de lateralidad y de giro del instrumento se desprende el labio bucal de la incisión en toda la extensión que va del tercer molar al espacio situado entre el primer molar y aún el espacio interdentario subsiguiente, desprendiendo el colgajo se le mantiene con el mismo periotómo ó con el separador de austin (o similares).

Ostectomía

El objeto de ella es rescatar la cantidad necesaria de hueso como --

para tener acceso al molar y disminuir la resistencia. Tiempo importante en la cirugía del tercer molar, la osteotomía, junto con la odontosección, simplifican extraordinariamente un problema que de otra forma sería altamente traumatizante.

Osteotomía con escoplo. - Se emplean los escoplos indicados en técnica quirúrgica. El hueso pericoronario es sumamente sólido, sobre todo los huesos bucal y distal, por esa razón exige efectuar maniobras precisas con instrumentos afilados.

Osteotomía con fresa. - Es un instrumento muy útil para realizar la osteotomía, su empleo es simple y su función puede ser realizada con éxito con solo evitar su calentamiento por el excesivo y prolongado fresado (ello se logra operando bajo un chorro de agua) y procurando que no se emboten por partículas óseas que se depositan entre sus dientes. Son sumamente útiles las fresas de carburo de tungsteno, que resecan el hueso con precisión y rapidez.

El objeto de la osteotomía puede resumirse en dos enunciados, osteotomía de acceso se refiere a la remoción de hueso necesario para llegar instrumentalmente a la cara mesial inaccesible. La osteotomía para la extracción está regulada por la consistencia y cantidad de hueso pericoronario, la posición del molar, sus desviaciones, la forma de su corona y disposición de sus raíces.

Operación propiamente dicha (extracción del molar)

La extracción se realiza después de eliminados (o disminuídos) los factores de resistencia (por osteotomía). Se aplica sobre la cara mesial del tercer molar un elevador (No. 2 de Winter) que sigue los principios mecánicos de la palanca de primero y segundo género, con punto de apoyo sobre el borde óseo mesial o mesio-bucal, eleva el molar dirigiéndolo hacia el lado distal y hacia arriba.

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

Odontosección. - La odontosección en molares retenidos simplifica y agiliza una operación que de otra manera sería traumática, lacerante e improductiva.

b) TÉCNICA QUIRÚRGICA CORRESPONDIENTE A LAS POSICIONES DEL MOLAR RETENIDO.

Posición vertical sin desviación

Cara mesial accesible. - Incisión. - Se inicia sobre el tejido gingival que cubre la cara mesial del molar retenido, algunos milímetros por detrás del ángulo disto-oclusal de su corona y se detiene a nivel de la lengüeta entre el segundo y primer molar, luego de "festonear" la mitad bucal de la cara oclusal y bucal del tercero, distal y bucal del segundo. La incisión puede completarse con la sección a tijera recta y fina de las incisiones del saco a la mucosa, que permite descubrir la cara distal del molar y hueso distal, donde a veces será preciso realizar ostectomía.

Desprendimiento del colgajo. - Con el perióstomo se desprende el colgajo en toda su extensión, dejando correctamente libres las correspondientes caras dentarias y las estructuras óseas, para poder aplicar los instrumentos indicados para la extracción dentaria.

Ostectomía. - Como siempre, está regida por la cantidad de hueso que protege el molar retenido. Se indican, el escoplo recto o fresas redondas No. 8 de carburo. La ostectomía distal se ajustará a la conformación y disposición de las raíces, para que la extracción siga las leyes de la extracción atraumática y pueda desplazar al molar en sentido distal por aplicación de una fuerza suficiente en su cara mesial que ha de vencer únicamente las resistencias propias.

Operación propiamente dicha. - Extracción del molar retenido por aplicación del principio de palanca, se coloca el elevador No. 2R o L de Winter (o sus similares), en el espacio interdentario de modo tal que su cara plana se adapte a la cara mesial del retenido y se gira el mango del instrumento en el sentido de las agujas del reloj para el lado derecho, se desarrolla así la fuerza suficiente para desplazar el molar hacia arriba y hacia distal. Las distintas disposiciones, desviaciones y cementosis radiculares exigirán introducir modificaciones en la técnica descrita y obligarán a seccionar el molar y extraer sus elementos por separado.

Cara mesial inaccesible. - Incisión. - Desprendimiento del colgajo y ostectomía. Generalmente se necesita un amplio colgajo que llegue hasta el primer molar, la ostectomía mesial permitirá aplicar el elevador, y las de las otras caras, efectuar las maniobras quirúrgicas subsiguientes. Se indica el escoplo recto o fresa redonda del NO. 8 de carburo. Recuérdese que debe abstenerse un amplio acceso a la cara mesial para poder aplicar con comididad y eficacia el elevador. La canti-

dad de hueso y la disposición radicular serán factores a considerar.

Operación propiamente dicha (extracción del molar)

El elevador aplicado sobre la cara mesial, luxará el molar hacia el lado distal. La extracción se completa con el elevador de Winter, de aplicación bucal.

Posición vertical con desviación bucal

Cara mesial accesible.- Incisión y desprendimiento del colgajo. Si la mucosa cubre totalmente el molar, podrá emplearse la incisión y el desprendimiento del colgajo sigue las normas ya señaladas.

Ostectomía y odontosección. - El grado de ostectomía está regido por el exámen radiográfico y más exactamente por la inspección después de retirado el colgajo. Suele ser sólido de consistencia la encrucijada ósea formada por el hueso bucal y el distal, en proximidad con la línea oblicua externa, es preciso eliminar esta zona de protección de la cúspide buco-distal o del ángulo buco-distal de la corona, y ello se consigue por la ostectomía buco-disto-oclusal o por la odontosección, esta última para separar por lo menos el trozo distal de la corona.

Operación propiamente dicha (extracción del molar retenido)

El instrumento destinado a la extracción se aplica sobre la cara mesial, pero se crea un problema, por estar el molar en proyección bucal, lo cual produce un grado de superposición de un segmento de la corona del tercero sobre el segundo, queda así un espacio interdentario de reducidas proporciones, que dificultan la penetración de la hoja del elevador aplicado sobre la cima del hueso bucal y en relación con la cara mesial del retenido.

Cara mesial accesible. - Incisión. - Puede trazarse procurando hacerla coincidir con el centro de la cara oclusal.

Desprendimiento del colgajo. Debe dejar visibles las caras óseas para facilitar la ostectomía.

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

radicular.

Especial énfasis damos a la ostectomía de ángulo disto-buco-oclusal que cubre la cúspide buco-distal. Si la ostectomía fuera insuficiente es útil el empleo de la odontosección para eliminar por lo menos la cúspide-buco-distal o el ángulo buco-distal.

Operación propiamente dicha. - Suprimidas las estructuras óseas -- que pudieran dificultar la operación se aplica el elevador No. 2R o L de Winter (o uno similar), para actuar después en función de cuña y luego -- como palanca.

Retenciones profundas. - Exige una ostectomía cuidadosa e intensa con el fin de lograr el acceso al molar retenido, iguales consideraciones deben efectuarse respecto de las variables disposiciones radiculares.

Posición vertical con desviación lingual

Cara mesial accesible. - Incisión. - Presentandose el molar con -- sus caras libres de cubierta mucosa, la incisión se inicia en la cara distal del tercero.

Ostectomía. - Se inicia con escoplo recto o con fresa.

Operación propiamente dicha. - Libres sus caras de hueso (cara mesial es accesible), se aplica un elevador No. 2 R o L de Winter o sus similares, sobre la cara mesial del molar y se dirige hacia arriba, hacia adentro y hacia el lado distal.

Cara mesial inaccesible. - El procedimiento quirúrgico en este tipo de retención, varía solo en detalles respecto al anterior, referentes a -- la ostectomía mesial para hacer accesible la cara mesial y a la mayor -- cantidad de resección ósea bucal, distal y oclusal.

Posición vertical con desviación buco-lingual

Cara mesial accesible. - A pesar de que la cara mesial está al descubierto, las caras bucal, distal y en especial el ángulo disto-bucal de las coronas y su cúspide está solidamente protegidos por hueso en relación y dependencia con la línea oblicua externa.

Incisión. - El trazado debe coincidir en lo posible con el centro de la cara oclusal, será por lo tanto ligeramente oblicuo en sentido buco-lingual, acorde con la angulación que presenta el centro de la cara oclusal --

del retenido y se prolongara hasta el primer molar.

Desprendimiento del colgajo. - El colgajo que se obtendra debe ser cuidadosamente desprendido para que descubra todas las caras del retenido, sobre todo a nivel del ángulo buco-distal asiento y adherencias patológicas del colgajo con el saco pericoronario, el cual se deberá des- prender por raspado o disección.

Ostectomía. - La mesial, obiamente, no es necesaria ya que es la cara accesible, en cambio deberá realizarse ostectomía bucal, distal - oclusal y lingual, con escoplo recto o fresa redonda No. 8 de acuerdo -- con las circunstancias y las características del hueso pericoronario.

Operación propiamente dicha. - Se aplica un elevador No. 2 R o L- de Winter o un elevador de hoja angosta sobre la cara mesial accesible y se dirige el molar hacia arriba y hacia el lado distal. A veces es -- útil la eliminación del tercio distal de la corona o la desviación según el eje mayor o menor del molar.

Cara mesial inaccesible. - La técnica para su extracción varia, con respecto al tipo anterior, en la necesidad de efectuar la ostectomía me- sial (para hacer accesible la cara homónima) y una mayor ostectomía -- mesial buco, distal y oclusal, dada la mayor profundidad del molar.

La incisión en cambio es la misma, en tanto que la ostectomía me- sial provee suficiente espacio para la colocación de elevadores, la ostec- tomía disto-bucal facilita las maniobras de extracción. Para ésta ope- ración hay dos posibilidades de realización, la primera consiste en diri- gir el molar retenido con el elevador aplicado sobre la cara mesial y -- arriba y el lado distal, si esto no es posible por la dureza de la pared -- ósea distal, si esto no es posible por la dureza del diente debe recurrirse a la segunda, que es la odontosección, sobre la cara oclusal del reteni- do y la extracción del segmento por separado.

Posición mesio-angular sin desviación

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

Incisión. - Se requiere una amplia preparación que permita un col- gajo útil. Se incide sobre la línea de la cara distal del retenido

se continúa y termina como de costumbre.

Desprendimiento del colgajo. - Con un periostótomo se prepara el colgajo, de modo que descubra la cara distal del molar y los huesos vecinos, se sostiene el colgajo con el mismo periostótomo o con un separador.

Ostectomía. - Se elimina el hueso distal con un escoplo recto o con una fresa redonda del No. 8, la cantidad necesaria y de acuerdo a los límites y extensiones del hueso, indicados por la radiografía.

Operación propiamente dicha (extracción del molar retenido)

La extracción de éste tipo de molares se realiza: a) aplicando un elevador sobre su cara mesial (previa ostectomía) y dirigiendolo hacia arriba y hacia distal, b) mediante la odontosección, reservada para molares con algunas de las anomalías radiculares.

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

Incisión y desprendimiento del colgajo. - Esta sigue las normas ya expuestas anteriormente.

Ostectomía. - Se necesita una rigurosa ostectomía mesial, para permitir la aplicación del elevador (No. 2 R o L de Winter). Por su parte, la ostectomía distal es importante para lograr un desplazamiento del molar hacia el lado distal.

Operación propiamente dicha. - En la extracción del molar en bloque se aplica un elevador del No. 2 R o L sobre la cara mesial y se realizan los mismos movimientos indicados en el caso anterior.

Posición mesio-angular con desviación bucal

Cara mesial accesible. - En este tipo de molares en desviación bucal el problema de la extracción puede estar dado por el hueso distal y el hueso bucal.

Incisión y desprendimiento del colgajo. - Se realiza como de costumbre anteriormente.

Ostectomía. - Se necesita una rigurosa ostectomía mesial, para permitir la aplicación del elevador (No. 2 R o L de Winter). Por su parte, la ostectomía distal es importante para lograr un desplazamiento del molar hacia el lado distal.

Operación propiamente dicha. - Practicadas ya las resecciones, y no habiendo problemas radiculares particulares, se realiza la extracción con un elevador No. 2 R o L, al que, aplicado sobre la cara mesial o mesiobucal se le imprimen los movimientos ya indicados en casos similares. Si se presentan raíces con anomalías diversas, se puede recurrir a la odontosección y a la extracción por separado.

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

Incisión y desprendimiento de colgajos. - Sigue las normas ya indicadas.

Ostectomía. - Es importante lograr una cara mesial quirúrgicamente accesible.

Operación propiamente dicha. - Sigue las normas ya expuestas con anterioridad, para los tipos ya estudiados en la clasificación de las posiciones, con apoyo del instrumento sobre el hueso mesial más particularmente sobre el hueso bucal.

Posición mesio-angular con desviación lingual

Cara mesial accesible. - Incisión y desprendimiento del colgajo. - El trazado de la incisión y el desprendimiento del colgajo son los habituales.

Ostectomía. - Por regla general esta posición y la siguiente exige una vigorosa ostectomía distal, para permitirle al molar retenido ser desplazado hacia el lado distal y lingual.

Operación propiamente dicha. - El elevador será el de siempre, -- ubicado con su cara plana sobre mesial a favor de su accesibilidad extrae el molar tras efectuar éste un recorrido en consonancia con su tipo de retención y con la disposición radicular, debiéndose imprimir al instrumento un ligero movimiento de giro y luego de elevación y dirección hacia el lado distal. Esta suma de acciones permite al molar desplazarse hacia el lado distal, hacia arriba y hacia el lado lingual.

Cara mesial inaccesible. - En primer lugar se suelta el molar en el lado mesial para que se desplace hacia el tipo de posición que existe, ya que por lo general el molar se desplace hacia el lado mesial y hacia el lado lingual.

Incisión y desprendimiento del colgajo. - Sigue las normas señaladas para el tipo anterior.

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

Operación propiamente dicha. - Puede realizarse con elevadores aplicados sobre la cara mesial accesible cuando el diente presenta poco hueso pericoronario y la disposición radicular (raíces fusionadas, raíces, ambas dirigidas hacia distal) permite que por la aplicación de la fuerza de la cara mesial el molar sea dirigido hacia arriba, hacia lingual y hacia el lado distal, pero si el molar se encuentra situado profundamente, la extracción se hará por el método de la odontosección según su eje mayor, con las normas ya conocidas.

Cara mesial inaccesible. - Teniendo su cara mesial cubierta por hueso y en la gran mayoría de los casos en retención intraósea total, presenta un problema quirúrgico de difícil solución, sobretudo por la profundidad en que se encuentra y porque el ángulo mesio-oclusal de su corona está ubicado por debajo de la línea cervical de los molares vecinos, la cual presenta un sólido anclaje, por lo tanto será preciso efectuar en la mayor parte de los casos una exeresis ósea y la odontosección según su eje mayor.

Incisión y desprendimiento del colgajo. - Sigue las normas dadas para el tipo anterior.

Ostectomía. - Por lo general la cara mesial se encuentra profundamente colocada, debiéndose eliminar pues bastante cantidad de hueso mesial estorbará para lograr un buen acceso. Tampoco se escatimará la ostectomía bucal ya que permitirá el paso del mayor diámetro bucolingual del molar retenido. Los demás huesos pericoronarios deben resecarse en cantidad suficiente.

Operación propiamente dicha. - Cuando las condiciones lo indican, según sea el caso, la mayor parte de estos molares requieren la odontosección, según su eje mayor.

Pericoronaritis odontogénica.

Características. - Se caracteriza por la inflamación de los tejidos blandos que rodean la corona del diente, especialmente en el espacio pericoronario.

ciones, mucho más cuando tienen su cara mesial inaccesible. - Las técnicas de ostectomía y odontosección deben completarse para lograr el éxito. Los procesos subyacentes a la cara mesial son frecuentes.

Incisión y desprendimiento del colgajo. - La incisión es la clásica - ya señalada, debe permitir obtener un amplio colgajo que descubra la cara distal del molar y el hueso distal.

Ostectomía. - Será menester la resección del hueso bucal, hueso que surge a la vista después de la separación del colgajo y la del hueso distal, esto podrá realizarse con escoplo o fresa.

Operación propiamente dicha. - Los molares de este tipo si no tienen problemas en su posición radicular, pueden realizarse colocando un elevador por debajo de la cara mesial, apoyando sobre el hueso del mismo nombre y con la mecánica ya estudiada. En otras circunstancias de raíces divergentes o con cementosis se deberá seccionar a nivel de su cuello y continuar la operación según la estudiada; si hay acceso fácil a la cara oclusal se podrá realizar la odontosección según el eje mayor del molar.

Cara mesial inaccesible. - En este tipo de retención se encuentra a nivel o por debajo del plano de los molares vecinos y en algunas oportunidades por debajo del plano cervical y aún a la altura del ápice distal del segundo molar. Esta debe ser resuelta por la ostectomía y odontosección (según el eje mayor o menor, de acuerdo con el acceso a la cara oclusal y la disposición radicular).

Incisión y desprendimiento del colgajo. - Sigue las normas ya mencionadas es preciso lograr un amplio colgajo que descubra las regiones óseas por resecar.

Ostectomía. - Según se ha indicado en retención mesio-angular.

Operación propiamente dicha. - Puede realizarse con elevadores, la técnica de odontosección según el eje mayor puede efectuarse sobre la cara oclusal del retenido. Con las demás retenciones debe emplearse la división según el eje mayor.

Posición horizontal con desviación bucal

Cara mesial accesible. - Este tipo de retención puede ser resuelta favorablemente por la técnica de odontosección.

Incisión y desprendimiento del colgajo. - Sigue las normas ya mencionadas.

Ostectomía. - Liberará con escople o fresa redonda la cantidad de hueso que el operador juzgue necesario, para aplicar las técnicas del elevador u odontosección. A pesar de tener la cara mesial accesible, es menester en estos casos realizar una mayor brecha para la fácil colocación del elevador.

Operación. - Cuando el hueso pericoronario es escaso y la disposición radicular favorable, el empleo de palanca con un elevador No. 2 R o L, solucionará el problema, se rotará el mango del instrumento o se le dirigirá hacia abajo y de esta manera apoyado el borde inferior de la hoja sobre la cara mesial del retenido, este resultará desplazado hacia arriba y hacia distal. En cambio cuando se presenta gran cantidad de hueso distal consiste en molares con raíces divergentes o con cementosis y en casos de pronunciado contacto del ángulo mesio-oclusal del retenido con la cara distal y la línea cervical del segundo molar se optará por la odontosección.

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

Incisión y desprendimiento del colgajo. - Sigue las normas señaladas.

Ostectomía. - La casi totalidad de estos molares deben ser extraídos por ostectomía y odontosección, la ostectomía ha de interesar en la medida liberadora necesaria, la cara mesial (en rigor es aquí ostectomía oclusal) la bucal y la distal.

Operación. - Como se dijo anteriormente, estos molares pueden extraerse previo ostectomía, con elevadores o por división molar, según su eje mayor o menor. La extracción con elevadores solo es exitosa cuando se ha realizado suficiente eliminación ósea distal y las raíces presentan disposición favorable.

Posición horizontal con conservación lingual

Cara mesial accesible. - Los retenidos molares poseen una abundante masa de hueso bucal y hueso distal que cubre las cúspides mesiales.

Incisión. - El colgajo lingual debe ser conservado en una mayor extensión que la que resulta en las otras técnicas, atención especial a la línea cervical del segundo molar, desmenuzando el hueso distal.

Operación propiamente dicha. - Estos molares pueden extraerse por medio de elevadores, los molares que se presenten con abundante hueso distal y disposición radicular no favorable para el empleo de la técnica con elevador.

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

Incisión y desprendimiento del colgajo. - Se asemejan a los tipos ya estudiados.

Ostectomía. - Deberá ser amplia y acorde con la falta de acceso mesial, la profundidad ya señalada y el anclaje de sus cúspides mesiales.

Operación propiamente dicha. - Los elevadores tienen escasas aplicaciones en este caso, solo una importante ostectomía podrá lograr a merced de la eliminación del hueso mesial y de los huesos de la cubierta, la útil aplicación de la fuerza de palanca. El éxito reside en la división del diente, según el eje mayor o menor, de acuerdo con las circunstancias.

Posición horizontal con desviación buco-lingual

Cara mesial accesible. - El factor resistencia se acredita por la posición del molar, la cantidad y la consistencia del hueso pericoronario, la disposición radicular y el sólido anclaje en la cara oclusal del retenido y se forja por su contacto con la cara distal y más exactamente con el ángulo buco-distal del segundo molar, contacto que se realiza por encima de la línea cervical (cara mesial accesible) o por debajo de ella (cara mesial inaccesible).

Ostectomía. - Sigue las normas ya expuestas.

Operación propiamente dicha. - La extracción puede realizarse por aplicación de elevadores o por odontosección.

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

Cara mesial accesible. - El hueso distal que es una sólida muralla - que impide el desplazamiento hacia el lado distal del molar retenido cuando le es aplicada una fuerza sobre su cara mesial. El escollo puede ser vencido o suprimiendo en cantidad suficiente el hueso distal o restando - volumen la porción coronaria del molar retenido para que pueda realizar el movimiento eliminatorio.

Incisión y preparación de colgajos. - El trazado de la incisión sigue parecidos contornos a los indicados para la retención vertical debiéndose prolongar hasta el primer molar. Se indica un poco más distalmente. - Como en las otras retenciones mencionadas, el colgajo tiene una fuerte - adherencia con el saco pericoronario, a nivel de la cúspide buco-distal - del retenido.

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

Cara mesial inaccesible. - La extracción de estos molares enfrenta como aspecto diferente la presencia de hueso mesial (y eventualmente - la cubierta ósea como pericoronaria total), además una mayor profun-- didad en el maxilar. Los tiempos operatorios son iguales a los del tipo anterior, las mismas normas para la incisión y el desprendimiento del colgajo, igual ostectomía, aunque con mayor cantidad de hueso cubierto y una operación propiamente dicha que no puede intentarse con elevado-- res, sino con odontosección según el eje menor. La eliminación de los segmentos sigue el mismo plan anterior.

Posición disto-angular con desviación bucal.

Cara mesial accesible. - Los molares de esta posición presentan -- condiciones desfavorables para la exodoncia, la fuerza ejercida sobre la cara mesial, desplaza al molar hacia distal y le da un mayor anclaje.

Incisión y desprendimiento del colgajo. - Siguen las mismas normas señaladas.

Operación propiamente dicha. - Después de la ostectomía habrá que dividir al molar según su eje menor con una frasa redonda y extraer las partes según la técnica.

Cara mesial inaccesible. - Después de la ostectomía, podrá inten--

tarse aplicar un elevador No. 14, entre la cara bucal del retenido y el hueso homónimo y con giros del mismo se desplazará el molar. Pero la técnica de la odontosección con una fresa resolverá el problema más fácilmente. Las porciones coronarias y radicular se extraerán por separado, según técnicas ya estudiadas.

Posición disto-angular con desviación lingual

Cara mesial accesible e inaccesible. - Estas presentaciones se originan en situaciones como la anterior por lo tanto serán técnicas semejantes.

Como se ha dicho en el párrafo anterior su cara oclusal está dirigida hacia el lado lingual, sus raíces hacia bucal. La imagen radiográfica muestra la forma discoidea o de moneda del molar, la gran mayoría no tiene aún sus raíces completamente formadas.

Incisión y desprendimiento del colgajo. - Para abordar este tipo de molar, su cara mesial accesible o inaccesible, debe trazarse una incisión de acuerdo con tales modalidades, por lo tanto, su trazo distal contacta con las proximidades del ángulo buco-oclusal de la corona del retenido y después sigue el contorno coronario de costumbre. El colgajo se desprende de modo que deje libres los huesos a reseca.

Ostectomía. - La extracción de estos molares retenidos requiere ostectomía y odontosección. Debe recordarse que la gran mayoría de ellos no tienen su raíz completamente formada. La ostectomía se realiza con escoplo o fresa redonda, es necesario obtener el acceso a la cara mesial.

Operación propiamente dicha. - Los molares que tienen su cara mesial accesible pueden ser extraídos tras la ostectomía necesaria con un elevador No. 2 R o L, aplicado sobre su cara mesial. Los otros requieren además de una rigurosa ostectomía, la división del molar con una fresa a nivel del cuello dentario, la corona se extrae con un elevador No. 14, aplicado en el seno de la odontosección. Las raíces con un elevador Clev-dent.

Posición buco-angular

Cara mesial accesible e inaccesible. - El problema en este caso debe ser el de la obtención de una buena exposición propiamente dicha para poder extraer estos molares retenidos. En el primer caso, donde la corona del retenido se inclina hacia el lado bucal, se debe hacer un colgajo que permita el acceso a la cara mesial del molar.

accesible. - El desprendimiento asimétrico según las normas generales, la ostectomía proveerá el acceso necesario a las caras dentarias para realizar sobre ellas las maniobras ulteriores.

Estos molares deben ser divididos en tres segmentos, con fresa de fisura una porción coronaria, por sección a nivel del cuello dentario, un segmento medio y un segmento radicular por la sección a nivel de la porción media de la raíz. Ello permite en enucleo en primer termino el segmento medio con un elevador de Clev-dent - o No. 14 R o L, y en segundo lugar la porción dentaria, severamente retenida a nivel del hueso que la protege lo cual ésta se desplaza con un elevador aplicado contra la cara oclusal y el hueso oclusal hacia el espacio libre obtenido por la extracción del segmento medio. La porción radicular restante se extrae por los métodos ya descritos.

Posición paranormal (invertida, ectópica, heterotópica)

Estas formas de retención se presentan en múltiples y variadas disposiciones que se apartan de los tipos considerados hasta aquí y son de difícil y aún imposible sistematización.

Incisión. - Trazada de acuerdo con la posición del molar persigue, como en todos los casos, la obtención de un amplio colgajo que facilite las maniobras operatorias. Se inicia en las vecindades donde se ha ubicado radiográficamente el ápice dentario y se extiende hasta el espacio situado entre el primer molar y el segundo premolar.

Desprendimiento del colgajo. - Está en relación con el trazado en la incisión.

Ostectomía. - Debe atender en su extensión y alcance a la posición del molar paranormal y procurará descubrir las caras dentarias útiles para realizar la osteotomía y aplicar los elevadores.

Operación (extracción). - Se cumple mediante la división sistemática del molar, que obtendrá tantas partes se precisen para facilitar la extracción.

Ausencia de dientes vecinos

En el tratamiento de la oclusión se debe presentar tener los molares inferiores defendidos en su posición normal, para evitar el avance dentario del maxilar inferior, que ocasiona la protrusión mandibular anterior.

El tratamiento de la oclusión en el niño, debe ser el más simple y práctico, para evitar el uso de aparatos que ocasionen molestias y dolor.

CAPITULO 9

DISTINTAS VARIEDADES DE DIENTES RETENIDOS

Para la extracción de estas numerosas variedades de dientes, se seguirán los principios quirúrgicos enunciados para la extracción de caninos y terceros molares retenidos, es decir un perfecto exámen radiográfico previo, que nos imponga de la exacta ubicación del retenido y su relación con los órganos, cavidades y dientes vecinos. Es de suma importancia el estudio de las posiciones coronarias y radicular para planear, de acuerdo con los radiográficos de estas regiones el método que convenga, la vía menor de la resistencia y el control de la fuerza a realizarse.

La intervención consta de los tiempos quirúrgicos clásicos; incisión, preparación de los colgajos, ostectomía, extracción propia de la pieza dentaria y sutura. Para todos los dientes retenidos pueden aplicarse los métodos de ostectomía a escoplo o fresa y para la odontosección. El principio fundamental es el de traumatizar lo menos posible, realizando la cantidad de resección ósea necesaria como para que el diente retenido pueda abandonar su lecho óseo sin daño para el hueso ni para los dientes vecinos, sobre todo los próximos a los ápices dentarios de los permanentes, evitando así lesione sobre el paquete nutricional.

El cuarto molar superior e inferior, es frecuente encontrar la retención de estos dientes, única o acompañada por la del tercer molar retenido, solo un cuarto o simultáneamente los cuatro molares.

Estos cuatro molares pueden presentar enanismo coronario, radicular o en ambas porciones del diente.

La extracción del cuarto molar, sigue las indicaciones y métodos que se han estudiado.

El quinto molar es una variedad muy rara.

El segundo molar inferior. - La patología y etiología del segundo molar está íntimamente ligada a la del tercero, la indicación quirúrgica estando impuesta. Esta operación puede ser la extracción del tercer molar sin realizar la del segundo, o en la que una vez que éste se ha extraído se bien extraer ambos.

Premolares superiores e inferiores

Es relativamente común su presencia en ambos maxilares, la retención está próxima a la bóveda palatina y a la cara lingual respectivamente.

La extracción de los premolares retenidos, sigue también el plan indicado en las páginas antecedentes. El premolar lingual (o el vestibulo-lingual) debe ser extraído por una suerte de combinaciones de vías, la vestibular y la lingual, el abordaje y la incisión se realiza por vía vestibular; se secciona el diente retenido a nivel de su cuello, con una fresa de fisura, la corona se elimina por vía lingual, con un elevador recto introducido por vía vestibular, se completa la ostectomía para liberar el tercio superior de la raíz que se extrae con elevadores rectos y angulares de Clev-dent, introducidos por vía vestibular y aplicados en una de las caras radicales más accesibles o previo orificio con fresa redonda en la cara vestibular de la raíz, donde se introduce un elevador recto, dirigiéndola casi siempre hacia el lado lingual.

Dientes supernumerarios

Los dientes supernumerarios (provenientes de una desviación embriológica del listón dentario), existen en gran número. Suelen ir acompañados de un odontoma o de un quiste dentífero.

Su forma es variable, por lo general, tiene aspecto piriforme, o la de un pequeño canino temporal. Su dirección y ubicación en los maxilares es distinta, pudiendo adoptar todas las variedades imaginables. Poseen un pequeño saco pericoronario (origen probable de un quiste dentífero).

Uno de los comportamientos más frecuentes de los supernumerarios es su actuación a modo de cuña o dique, que impide la erupción de los dientes permanentes, esto es sobre todo frecuente a nivel de los incisivos centrales, donde los supernumerarios son generalmente dos. Cuando es uno solo situado entre los incisivos centrales, se denomina "Mesiodens",. La cirugía de estos dientes sigue la ya señalada.

CAPITULO 10

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Los factores más importantes en el cuidado postoperatorio son:

- A. - Control de la hemorragia
- B. - Restitución de la ingestión normal de líquidos
- C. - Reemplazo de líquidos perdidos

Como se ha dicho, es de mucha importancia la colocación de apósitos a presión. Después de la extracción de los dientes se debe colocar sobre la herida una gasa estéril manteniendola con presión ligera.

Instrucciones para el paciente

1. - Dejar la gasa por lo menos durante 30 minutos.
2. - Colocarse una bolsa de hielo o toallas frias en la cara durante 6 a 12 horas, en intervalos de tiempo. Cuanto más pronto se haga más efectivo es.
3. - Guardar reposo relativo por dos días y deberá dormir con dos almohada para evitar hemorragias.
4. - No enjuagarse la boca hasta la mañana siguiente, con los enjuagues puede desalojarse el coágulo e interrumpir el proceso normal de cu ración.
5. - En la mañana siguiente podrá enjuagarse suavemente con un -- vaso de agua tibia con sal (media cucharadita de sal en una parte de agua) o bien con tres partes de agua por una parte de agua oxigenada (diluida). Repetirse tres o cuatro veces al día.
6. - Si se sigue un tratamiento más de 48 en lo que respecta a su dieta, -- pero por ser un régimen el más preferible es el de alimentos blandos -- -- exentos de fibra e irritantes, como las papas cocidas, etc. -- Tomar -- gran cantidad de líquidos para reemplazar por lo

7. - Si aparece un sangrado anormal, dóblese una torunda de algodón mójese y colóquese sobre el alveolo y muéstrala durante 20 minutos.

8. - Los dientes deben recibir su higiene normal, con excepción de la región operada. En caso de urgencia llámese al cirujano dentista.

a. - Complicaciones postoperatorias

Dolor postoperatorio

El dolor que aumenta de intensidad cuando cesa el efecto del anestésico y que no responde a los analgésicos corrientes, requiere una investigación. EL dolor de este tipo puede ser debido a la fractura o desviación de la lámina ósea interseptal, bucal, lingual, o a la presencia de un cuerpo extraño. Se ha de administrar un anestésico local, tomar una radiografía y explorar el alveolo. Si se descubre alguna causa del dolor, se corregirá, si no hay causas evidentes se prescribe un narcótico como la codeína (60mg.) o la meperidina (50mg). Se puede tomar la medicina de cada cuatro a seis horas cuando se necesite calmar el dolor. Seis a ocho tabletas han de bastar para vencer la fase del dolor agudo producido por el trauma. Si se sospecha de una infección por existir temperatura superior a los 38°C ó escalofrío y aumento de la tumefacción, hay que administrar antibióticos.

El dolor que aparece de los dos a los diez días después de una extracción en ausencia de signos de inflamación local está aludida comunmente al alveolo, puede tener alveolitis u osteomielitis localizada, se trata por irrigación con solución salina normal estéril, o agua potable o destilada y por la aplicación de curas sedativas hasta que ceden los síntomas.

Las curas sedativas se preparan empapando tiras de gasa de 1 cm. de borde en eugenol o algún preparado que sea anestésico y bacteriostático. Para que la cura actúe efectivamente durante más tiempo se le puede incorporar una mezcla de óxido de zinc y eugenol. Como éste apósito se endurece hay que colocarlo cuidadosamente para poderlo retirar--lo sin dolor al cabo de unos días.

Las curas se han de cambiar cada uno o dos días. Las que llevan óxido de zinc se pueden dejar de cinco a siete días. Si el problema persiste consulte al cirujano oral.

b) Hemorragia.

En caso de hemorragia se procederá a el aislamiento del sitio de sangrado, se retiran los coágulos sanguíneos limpiando por aspiración con gasas estériles. Si el sangrado es abundante muchas veces resulta difícil obtener esta limpieza. Hay que precisar el sitio exacto del sangrado haciendo presión sobre las gasas. Después que los tapones han sido colocados durante cinco minutos, pueden levantarse con mucho cuidado y ver de que tipo de sangrado se trata. Tiene que saberse el tipo de hemorragia, si es arterial, venosa o capilar y si procede de vasos intraóseos del tejido blando.

Medidas para detener la hemorragia

Para el procedimiento quirúrgico de control de la hemorragia bucal por taponamiento o sutura, conviene aplicar en la región un anestésico local. Como estas manipulaciones son tan dolorosas muchas veces no es posible hacerlas de manera cuidadosa. Si la hemorragia proviene de tejido blando, sea de origen arterial o venosa, el vaso debe ligarse.

La hemorragia capilar de los tejidos blandos puede ser tratada con varios métodos. Sobre el sitio que está sangrando puede hacerse presión con torundas embebidas en una solución de clorhidrato de adrenalina al 1 por 1000, quitandole el exceso. La esponja de gelatina absorbible (gelfoan) o la esponja de fibrina embebida de trombina, pueden colocarse en la región. Un método muy bueno es colocar bajo compresión una gasa en el lecho capilar sangrante. La solución de Monsel (solución de sulfato férrico) es un hemostático excelente para la hemorragia capilar, cuando se coloca cuidadosamente en pequeña cantidad.

Muchas veces es posible detener hemorragias capilares o venosas cerrando la herida fuertemente con suturas. Este método es útil especialmente si la hemorragia capilar de tejidos blandos se origina en los bordes superficiales de la herida. El sangrado capilar de los vasos intraóseos también puede detenerse aplicando los principios antes mencionados.

CONCLUSIONES

Los antropólogos afirman que la línea prehipofisiaria que se inclinaba hacia adelante desde la frente en recesión hasta la mandíbula en protrusión en las formas prehumanas, se ha vuelto casi vertical en el hombre moderno a medida que ha disminuído el número de dientes.

Una dieta más blanda y refinada, que requiere menos masticación - favorece esta tendencia, haciendo innecesario poseer aparato masticatorio poderoso. Un gran número de personas tiene dientes retenidos - por estas razones. El hombre tiende a perder los terceros molares y todos los dientes que no asumen su posición y funcionamiento adecuado en el arco deberán ser candidatos a extracción . .

Es indudable que existen dentistas generales excelentes cuya actuación profesional es superior a la de especialistas mediocres. El práctico general debe realizar las operaciones para las cuales considere que posee conocimientos, práctica y facilidad suficiente para obtener éxito y no perjudicar al paciente.

El dentista que no tiene afición hacia la cirugía y opera pocas veces, no debe intentar los procedimientos avanzados. Por ejemplo: extraer un tercer molar incluído verticalmente. El dentista que sólo opera --- ocasionalmente presta un deficiente servicio, no solo al paciente sino -- también a si mismo. Si el práctico tiene el proyecto de interesarse más por la cirugía, debe estudiar, equiparse adecuadamente y operar con regularidad. El dentista general debe sentirse responsable de la canali-- zación, a los cirujanos orales, de los pacientes con lesiones o traumatis-- mos de la boca o de los maxilares que el no desea o no considera capaci-- tado para tratar.

BIBLIOGRAFIA

1. - FARMACOLOGIA, ANALGESIA, TECNICAS DE ESTERILIZACION Y CIRUGIA BUCAL EN LA PRACTICA DENTAL.

J. DUNN MARTIN
F. BOOTH DONALD
CLANCY MARIE.

EDITORIAL "EL MANUAL MODERNO, S.A." , 1980.

Pag. 161 - 204.

2. - PERIODONTOLOGIA CLINICA.

GLICKMAN IRVING.

EDITORIAL "INTERAMERICANA", 1983, 5a. EDICION.

Pag. 148 - 150.

3. - LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRACTICA GENERAL.

L. MORRIS ALVIN
M. BOHANNAN HARRY.

EDITORIAL "LABOR, S.A.". 1980, 4a. EDICION.

Pag. 550 - 560.

4. - TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.

G. KRUGER GUSTAV

EDITORIAL "INTERAMERICANA", 1978, 3a. EDICION.

Pag. 450 - 500.

5. - TÉCNICAS QUIRÚRGICAS
 FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, S.A. S.A.
 Pag. 5 - 21.
6. - CIRUGIA BUCAL.
 W. ARCHER HARRY
 EDITORIAL "SALVAT EDITORES, S.A."
 Pag. 1 - 8 , 145 - 158.
7. - TRATADO DE CIRUGIA ORAL
 C. WALTER GURALNICK.
 EDITORIAL "MUNDI. S.A.", 1968. 2a. EDICION TOMO "1"
 Pag. 124 - 242.
8. - CIRUGIA BUCAL
 RIES CENTENO GUILLERMO A.
 EDITORIAL "ATENEUM", 1975. 7a. EDICION.
 Pag. 221 - 227.
9. - MANUAL DE TÉCNICA Y PROPEDEÚTICA
 CUEVAS FRANCISCO
 FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M
 MEXICO 1969.
 Pag. 130 - 165