

149  
93



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

*Facultad de Odontología*

**ACCIDENTES Y PATOLOGIA DE ERUP-  
CION E INCLUSION DE LOS TERCEROS  
MOLARES.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A :**

**FRANCISCO JAVIER BALDERAS MARTINEZ**

**14478**

**MEXICO, D. F.**

**1979**



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.

**ACCIDENTES Y PATOLOGIA DE ERUPCION E INCLUSION DE  
LOS TERCEROS MOLARES.**

**I.- INTRODUCCION E HISTORIA.**

**II.- CAUSAS DE RETENCION DE LOS ACCIDENTES DE  
ERUPCION DE LOS TERCEROS MOLARES.**

**III.- CLASIFICACION DE LOS ACCIDENTES DE LOS -  
TERCEROS MOLARES.**

**IV.- PATOLOGIA DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION -  
DE LOS TERCEROS MOLARES.**

**V.- ACCIDENTES MECANICOS.**

a) Trastornos sobre la colocación  
normal de los dientes.

b) Trastornos en la integridad --  
anatómica de los dientes veci-  
nos.

c) Trastornos protéticos.

**VI.- ACCIDENTES INFECCIOSOS.**

**VII.- ACCIDENTES MUCOSOS.**

**VIII.- ACCIDENTES NERVIOSOS.**

**IX.- ACCIDENTES CELULARES.**

X.- ACCIDENTES OSEOS.

XI.- ACCIDENTES LINFATICOS Y GANGLIONARES.

XII.- ACCIDENTES TUMORALES.

a) Quiste dentígero.

b) Odontomas.

c) Adamantinomas.

XIII.- CONCLUSIONES.

XIV.- BIBLIOGRAFIA.

## I.- INTRODUCCION E HISTORIA.

Los accidentes que pueden causar los terceros molares en su retención o en el intento de su erupción, puede producir una serie de estados patológicos diversos y de varios aspectos e intensidad.

Estos accidentes de erupción de los terceros molares tienen lugar en todos los climas, en edades distintas en -- ambos sexos y ambos maxilares.

De los accidentes que se van a explicar a continuación, -- su causa principal o razones son mecánicas, que serán -- consideradas como la falta de sitio, que juega un papel -- muy importante.

Esta falta de espacio para la erupción normal de los terceros molares se debe (según estudios antropológicos que se han realizado hasta la fecha), a que la bóveda craneana del ser humano está constantemente en aumento, la -- cual agranda su caja a expensas de sus mandíbulas, pues -- se han encontrado en cráneos de formas prehumanas (en -- los cuales se ha llegado a encontrar hasta cuartos molares), que la línea prehipofisiaria que se inclinaba ha--

cia delante, desde la frente en resección hasta la mandíbula en protrusión y que ahora en el hombre moderno se ha vuelto casi vertical a medida que ha disminuído el número de dientes por falta de uso, debido a una dieta más blanda y refinada, que requiere menos masticación, favoreciendo esta tendencia y haciendo innecesario poseer un aparato masticatorio poderoso.

Hoy en día, un gran número de personas tienen dientes -- impactados, por esta y otras razones, el hombre perderá los terceros molares con el tiempo y posiblemente otras piezas dentales, subsecuentes también a la impactación -- y falta de espacio como son los caninos e incisivos laterales.

Los accidentes de erupción de los terceros molares se -- presentan con mayor frecuencia en la mandíbula que en el maxilar superior, que es la reducción de la mandíbula -- o sea la falta de espacio.

Hay que recordar que tanto el primero, segundo y tercer molar inferior derivan del mismo cordón epitelial y que el germen de este último se encuentra situado sobre un germen erupcionado y por detrás del segundo molar, oblicuamente de delante hacia atrás y de arriba hacia abajo. La oblicuidad del tercer molar es más o menos acusada y a menudo produce una migración normal, pero puede suceder que sea lo suficientemente importante como para impedir toda movilización hasta el punto en el que el molar puede quedar incluido y ocupar cualquier...

posición de la clasificación que existe de los terceros molares incluidos, que puede ser ya sea en posición horizontal, mesio angular, disto angular, invertido, buco angular, o linguo angular.

Estos accidentes también están ligados a la raza blanca en su mayoría, ya que la raza negra esta libre de todos esos procesos, pues su gran mandíbula permite la correcta erupción de los terceros molares.

Como ya se dijo, esas complicaciones o accidentes no están ligados al sexo, pero se ha encontrado un ligero -- predominio en el sexo femenino en la producción de estas afecciones.

La edad en que varían todos estos procesos tiene lugar entre los 18 y 28 años, habiendo variantes en pacientes de 15 años que ya los presentan, hasta pacientes de -- edad avanzada, en los cuales no se descubrió y diagnóstico a su debido tiempo, estos pacientes son los que se encuentran en mucho menor porcentaje. El diagnóstico -- de estos procesos siempre será complementado con el estudio radiológico.

A continuación se presenta un cuadro con porcentajes y edades de dichos accidentes:

E D A D	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
14 años	1	0.47%
15 a 20 "	35	17.2 %
21 a 25 "	112	53. %
26 a 30 "	34	16.3 %
31 a 35 "	13	6.7 %
35 a 40 "	4	2.4 %
41 a 45 "	3	1.4 %
46 a 50 "	1	0.47%
51.a 55 "	1	0.47%

Por lo general, todos los accidentes que se van a explicar se llevan a cabo en un período de más o menos inclusión total o parcial de los terceros molares, ya sea -- presentando o no comunicación con el medio bucal séptico.

## II.- CAUSAS DE RETENCION DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DE LOS TERCEROS MOLARES.

El problema actual al que se debe la retención de los -- terceros molares es ante todo un problema mecánico, pues to que el diente que está destinado hacer su erupción, -- al hacer su aparición en la arcada dentaria, al igual -- que los dientes ya erupcionados encuentran en su camino -- un obstáculo que les impide erupcionar libremente, el -- cual se encuentra en consecuencia impedida mecánicamente por ese obstáculo, veamos las razones por que no hace -- erupción de la siguiente manera:

- |                        |                           |  |
|------------------------|---------------------------|--|
| CAUSAS DE<br>RETENCION | 1.- Razones embriológicas |  |
|                        | 2.- Obstáculos mecánicos  | a) Falta de espacio.<br>b) Hueso de gran condensación<br>c) Elementos patológicos. |
|                        | 3.- Causas generales      | a) Hábitos adquiridos.<br>b) Patológicas.  |

1.- Razones embriológicas:

- a).- Puedo ser debido a la ubicación del germen dentario, o en un sitio alejado al de su posición de erupción, por razones mecánicas el diente -- que da lugar a dicho germen, esta imposibilitado a llegar al reborde alveolar.
- b).- El germen dentario puede hallarse en su sitio, pero en una angulación tal que al clasificarse el diente y al empezar su trabajo de erupción, la corona de éste, toma el contacto con un -- diente vecino ya erupcionado, este contacto -- constituye una verdadera fijación del molar en erupción en posición viciosa.

Sus raíces se constituyen, pero su fuerza eruptiva no logra colocar la pieza en un eje que le permita erupcionar normalmente.

Radasch dice que los factores etiológicos de las inclusiones, son de carácter embriológico exclusivamente, sostiene que en la inclusión se produce por trastornos de las relaciones afines que normalmente existen entre el folículo y la cresta alveolar, durante las diversas fases de su evolución.

Los cambios de evolución que sufren estas estructuras, se producen como consecuencia de alteraciones en la formación del tejido óseo y que hace desplazar al folículo dentario.

## 2.- Obstáculos mecánicos.

### a).- Falta material de espacio.

La falta de sitio ocupa el primer lugar en la producción de molares retenidos y sus accidentes de erupción (por lo general mucho más frecuente en inferior), el molar ha de emerger entre dos paredes inextensibles, como la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama de la mandíbula, a estas razones se le debe añadir la -- oblicuidad en distinto grado del germen del tercer molar que es el resultado de la disposición embriológica del folículo.

### b).- Enostosis.

Es cuando el tejido óseo tiene tal condensación, que no puede ser vencido en el trabajo de la erupción dentaria, o sea que haya una proliferación ósea que se desarrolla en el conducto medular del maxilar.

### c).- Elementos patológicos.

Estos elementos pueden oponerse a la normal erupción dentaria, como dientes supernumerarios, tumores odontogénicos como odontomas, o quistes que pueden rechazar o incluir profundamente el diente que encuentran en su camino, impidiendo esto su erupción normal.

## 3.- Causas generales.

Estas causas generales las podemos dividir para su explicación en 2 que son: las patológicas y de hábito adquirido.

a).- Causas patológicas.

Son todas las enfermedades en directa relación con las -  
glandulas endocrinas, que pueden ocasionar trastornos de  
erupción dentaria, retenciones y ausencia de dientes, co-  
mo también las enfermedades ligadas al metabolismo del -  
calcio (raquitismo por ejemplo), tienen también influen-  
cias sobre la retención dentaria.

b).- Hábito adquirido.

O también contracciones espasmodicas, que se efectuan en  
los moviemientos mímicos, tics y otras modalidades gesti-  
culatorias, en las cuales se produce un exceso de pre-  
sión externa, que sumada al final del día no ha sido - -  
igualmente compensada por la presión interna, como la de  
la lengua por ejemplo y llegará a alterarse el equilibrio  
que mantiene a los dientes en su posición normal, y es -  
por si solo especialmente en niños, capaz de perturbar -  
el crecimiento y desarrollo de los maxilares, o si no --  
esa presión que se recibe en los dientes anteriores para  
torserlos e impulsarlos hacia atras y ser retransmitida -  
la misma fuerza sucesivamente hacia las piezas contiguas,  
esta fuerza es capaz de influir en el tercer molar para  
su correcta erupción. Esta causa es llevada a cabo por -  
la limitación hacia delante, de la expansión de las arca-  
das y así provocar una inclusión dentaria.

### III.- CLASIFICACION DE LOS ACCIDENTES DE LOS TERCEROS MOLARES.

Los accidentes de los terceros molares son de una variedad clínica e intensidad distinta, alcanzan todas las grmas y todos los cuadros clínicos, que van desde el proceso local de escasa importancia hasta el flegmon gangrenoso en piso de boca, aunque algunas veces el portador no presenta ninguna molestia, ya que los terceros molares - incluidos pueden pasar inadvertidos.

Los accidentes del tercer molar se pueden clasificar en:

ACCIDENTES DE ERUPCION E INCLUSION DE -- LOS TERCEROS-MOLARES.

ACCIDENTES MECANICOS

- a) Trastornos sobre la colocación normal de los dientes.
- b) Trastornos sobre la integración -- anatómica del -- diente vecino.
- c) Trastornos protéticos.

ACCIDENTES NERVIOSOS.

ACCIDENTES INFECCIOSOS.

- a) Accidentes mucosos.
- b) Accidentes celulares.
- c) Accidentes óseos.
- d) Accidentes linfáticos y ganglionares.

ACCIDENTES TUMORALES.

A cada uno de estos accidentes se le ha asignado un --  
capitulo para su mayor explicación.

#### IV.- PATOLOGIA DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DE LOS TERCEROS MOLARES.

Los accidentes de erupción del tercer molar, en su mayoría de los casos se debe a la infección del saco pericoronario (saco dentario). A la infección de este saco se le llama pericoronitis, en la cual hay repercusiones locales y a distancia. Para que se produzca la pericoronitis, se relacionan dos factores principalmente que son:

1.- Aumento de la virulencia microbiana y disminución de las defensas del organismo.

2.- El establecimiento de una puerta de entrada, la cual esta condicionada por factores mecánicos como:

Traumatismos sobre el saco o capuchón que cubre a la - - pieza, en este caso el tercer molar, originados por el - traumatismo del propio diente en erupción, por medio de sus propias cúspides, o por las cúspides de un diente antagonista, o por la acción conjunta de ambas.

- Los siguientes mecanismos nombrados a continuación expli

can la formación o causa de los accidentes que pueden -- presentar los terceros molares en su intento de erupción.

1.- La existencia de una cavidad virtual alrededor de la corona del diente retenido (cavidad del saco pericoronario). Esta cavidad por numerosas influencias patológicas puede hacerse real, pudiendo dar lugar a un quiste dentífero y ser el asiento de procesos infecciosos.

2.- Los microorganismos banales que habitan la cavidad bucal, por su mecanismo de acción en una cavidad cerrada exacerban su virulencia, esto es de fácil comprensión, pues los microorganismos hayan penetrado entre el diente y la cavidad del saco pericoronario, escaparan a los medios de defensa bucal, esta disposición anatómica que hace posible la retención microbiana, parece ser la causa principal de estos accidentes.

3.- La falta de sitio ocupa el primer lugar en la -- producción de accidentes de terceros molares retenidos y en su erupción, ya que el molar ha de emerger entre dos paredes inextensibles como son la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama maxilar, a estas razones se le debe atribuir la oblicuidad del tercer molar en sus distintos grados, que resulta de una disposición embriológica del folículo.

## V.- ACCIDENTES MECANICOS.

Se pueden definir como los trastornos que puede ocasionar el tercer molar incluido o en su intento de erupción actuando mecánicamente sobre los dientes vecinos, estos trastornos se traducen en la normal colocación en el maxilar y su integridad anatómica y se divide en tres.

### TRASTORNOS MECANICOS

- a) Trastornos sobre la colocación normal de los dientes.
- b) Trastornos sobre la integridad anatómica de los dientes.
- c) Trastornos protéticos.

a) Trastornos sobre la colocación normal de los dientes.

El trabajo mecánico del diente retenido en su intento de erupción, produce desviaciones en la dirección de los -- dientes vecinos y aún trastornos a distancia, como el -- que se produce cuando el tercer molar hace presión entre los incisivos y caninos, a los cuales desvía de su normal posición y dirección, produciendo entrecruzamientos de dientes y conglomerados antiestéticos.

b) Trastornos sobre la integridad anatómica del diente.

La constante presión del diente retenido o de su saco pericoronario sobre el diente vecino (segundo molar), se traduce por alteraciones en el cemento (rizolísis), tanto en dentina y pulpa de los dientes.

La rizolísis la podemos definir de la siguiente manera, es la resorción anormal de las raíces de los dientes permanentes, ocasionados por un diente incluído, en este caso por terceros molares, que actúan directamente sobre las raíces del segundo molar (distal generalmente), la cual puede ser asiento de procesos de distinta índole, caracterizados anatómicamente y clínicamente por detalles que el examen radiográfico señala con variada precisión.

Estas lesiones a nivel de las raíces del segundo molar (distal por lo regular), obedece a los distintos factores, que sería importante señalar, para establecer después las conclusiones las cuales son:

1.- El contacto de una parte del tercer molar y de su saco pericoronario en contra de la cara distal de la corona, originando en esta región una caries dada por malas condiciones de higiene, retención de alimentos y factores químicos bacterianos.

2.- Tiene un mecanismo parecido al primer factor, pero el accidente se origina a nivel de corona o cemento esmalte el contacto y la presión del tercer molar y su saco pericoronario infectado, permite la acumulación de

alimentos y factores  
la caries en el cemen

La constante presión  
sobre la raíz distal  
mecánico la rizolisis

3.-Es cuando el con  
y su caso pericoronar:  
efectuado del segundo  
cas; por lo tanto est  
tercer molar es intra  
do gingival. El mecan:  
racterísticas pareció.  
de la dentición prima:  
de los permanentes.

El paciente portador  
tener manifiestos sín:  
calor y la presión so:  
bras, son síntomas de  
se desconoce y en oca:  
radiografía dental.

La radiografía descubi:  
en posición mesio ang:  
ra triturante o en el  
íntimo contacto con l:  
jo del plano cervical

La lisis del cemento :  
mento secundario, pue:  
jido, o tener repercu:

torios de variada intensidad.

Bocak investigo casos de terceros molares retenidos y en contró que de 32 casos de segundos molares investigados en sección mesio distal, 23 tenían resorción radicular - muchos de los casos presentaban solo resorción del cemento secundario, pero no investigó el estado pulpar.

En síntesis, dos órdenes de lesiones pueden tener lugar en la raíz del segundo molar a causa de una posición anómala del tercero.

- a) Procesos determinados por la comprensión de zonas que no se comunican con el exterior.
- b) Caries, cuando la posición anómala del tercer molar origina espacios irregulares y profundos que comunican con el medio séptico bucal.

#### REACCION PULPAR

La resorción de la dentina determina la sección de la fibra de Thomes, lo que provoca reacción de los odontoblastos correspondientes.

La consecuencia de la irritación de estos odontoblastos es muy variable y depende, considerando el problema un poco esquemáticamente del espesor de la dentina, en el momento de la producción de la resorción y de la profundidad a que llega la eliminación del tejido.

## I.- INFLUENCIA DEL ESPESOR DE LA DENTINA RETI- CULAR EN EL MOMENTO DE SU RESORCION.

La formación de las raíces del segundo molar es bastante tardía y la presión o comprensión que ejerce el folículo del tercero suele tomarlo cuando no se ha llegado a formar el ápice y las paredes dentinarias son muy delgadas.

Si la resorción dentinaria externa se produce, cuando la pared radicular tiene poco espesor, el resto de la dentina continúa formándose, pero se presenta estructura irregular.

## II.- INFLUENCIA DE LA PROFUNDIDAD DE LA RESORCION.

Parece ser que la ausencia de la infección microbiana hace que no se originen reacciones inflamatorias agudas. La evolución de todo el proceso se asemeja mucho a la -- que se lleva a cabo en la resorción de los dientes primarios provocada por el folículo que ha de reemplazarlo.

Sin embargo, cuando la resorción es muy profunda, el depósito dentina secundaria en un conducto relativamente estrecho, hace que se produzca una obliteración parcial del mismo, capaz de originar probablemente manifestaciones clínicas del tipo de las que producen los nódulos y agujas cálcicas.

Muchas de estas agujas afectan directamente troncos nerviosos, justificándose la sintomatología dolorosa que es en todos los casos presentan.

## C A R I E S

La caries se produce cuando las superficies en contacto están en comunicación con el medio bucal.

Evidentemente, en la mayor parte de los casos, la inmovilización del tercer molar no es tan absoluta y llega un momento en que en un punto del órgano del esmalte se abre en el medio bucal, luego paulatinamente el tejido blando se separa ambos molares, se necrosa y la flora microbiana llega a la zona de comprensión.

La profundidad de esa grieta hace practicamente imposible su limpieza mecánica, por eso si la erupción se detiene mucho tiempo, se crea ahí una zona muy vulnerable a la caries, ésta contrariamente a la resorción puede dañar tanto a la raíz del segundo molar tanto la corona del tercero.

## TRASTORNOS PROTETICOS

Así se le denomina de un modo significativo a los trastornos de índole protético, que originan en múltiples ocasiones los dientes retenidos por no haber sido diagnosticados antes de colocar la protésis.

Se tiene información y confirmación de estos trastornos con innumerables casos, los cuales pueden encontrarse como en el ejemplo que a continuación daré.

Pacientes portadores de aparatos protésicos, advierten que sus carrillos, basculan en la boca tanto como su pro

tésis y no se adaptaban con la comodidad a la que estaban acostumbrados. Mediante un examen clínico se descubre una protuberancia en la encía o bóveda palatina y la radiografía aclara el diagnóstico de una retención dentaria.

El diente en su trabajo de erupción puede cambiar la arquitectura del maxilar con naturales molestias.

Tratamiento, debe ser quirúrgico, o sea la extracción de la pieza incluida y rectificar la prótesis en caso de -- tratar se conservar las piezas afectadas.

A continuación les presentaré algunos ejemplos de prótesis:

El segundo molar puede estar revestido por una corona -- metálica o vencer como prótesis restauradora o como pilar de un puente.

En ambos casos el segundo molar no podrá ser empleado como punto de apoyo. Por regla general estas prótesis se desplazan durante el acto de extracción, debido a la -- presión de los instrumentos, o a la presión que ejerce el tercer molar al ser eliminado.

El acto quirúrgico de la extracción dentaria por el proceso de reparación ósea, retracción de la encía a nivel de la cara distal del segundo, en dientes con vitalidad pulpar, esta retracción determina que porciones de la -- raíz distal, entre el borde gingival y el borde la corona queden al descubierto produciendo hiperestésias a --

los cambios térmicos o caríes por retención de alimentos  
y dentritis en la zona descubierta.

## VI.- ACCIDENTES INFECCIOSOS.

Estos accidentes están dados por los terceros molares retenidos por la infección del saco pericoronario, la in--fección de este saco puede originarse por distintos mecacanismos y por distintas causas como son:

- a) Al hacer erupción la pieza retenida, su saco se abre espontáneamente, al ponerse en contacto -- con el medio bucal.
- b) El proceso infeccioso puede producirse como una complicación apical o peridóntica del segundo - molar.
- c) Infección del saco puede originarse por la vía- hemática.

La infección del saco pericoronario se traduce por procecesos de distinta índole, como inflamación local con dolores, aumento de la temperatura local, absceso y fístula - consiguiente, osteítis u ostiomielítis, adenoflemones y - estados sépticos generales.

Los procesos infecciosos del saco folicular que se acaban de considerar pueden actuar como infección focal produciendo trastornos de diversa índole y a distancia sobre los órganos vecinos, (como por ejemplo seno maxilar) y estos procesos se pueden dividir en

**ACCIDENTES  
INFECCIOSOS**

- a) Mucosos
- b) Celulares
- c) Oseos

A los cuales se les ha asignado un capítulo especial a cada uno de estos accidentes.

## VII.-ACCIDENTES MUCOSOS.

Se denomina a los accidentes mucosos como las complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean el molar retenido. Su primer tipo es la pericoronitis.

La cual la podríamos definir así:

Es un proceso inflamatorio en el tejido adyacente a un diente en erupción, o en el tejido que cubre a un diente que ya ha hecho erupción, pero que todavía está parcialmente recubierto por encía. Este término generalmente solo se emplea para referirse a la inflamación que rodea a los terceros molares en su erupción parcial (por lo regular inferiores), la puede iniciar la acción bacteriana, la descomposición de restos alimenticios en la hendidura gingival, o el trauma ocasionado por un tercer molar antagonista.

Pericoronitis es la lesión inicial y accidente de alarma ya que está caracterizada por efectos clínicos que le son particulares, este accidente se origina en una época joven adulta, que es la época de erupción de los terceros molares, su comienzo puede ser:

a) BRUSCO- Aparece sin previo  
aviso.

b) INSIDIOSO

El comienzo insidioso de la Pericoronitis, esta caracterizado por la aparición de dolores generalmente leves, - ligeros procesos inflamatorio de 2 o 3 días y trismus - poco acentuados.

Los síntomas de la pericoronitis del tercer molar varían mucho, y no es raro que el paciente presente síntomas -- únicamente en la región preamigdalina, por esta razón -- muchas veces acude al médico general creyendo tener amigdalitis o infección en la garganta, lo interesante de estas infecciones pericoronales es que suelen dar manifestaciones preamigdalinas y por lo síntomas de diagnostican abscesos periamigdalinos, o infección estreptocócica de la garganta y el paciente a menudo se hospitaliza.

Estos síntomas pueden presentarse durante años antes de diagnosticar un tercer molar incluido.

Los síntomas más comunes de la pericoronitis del tercer molar son adenitis submaxilar, trismo e inflamación con todos sus signos(dolor, calor, rubor y tumor).

Muchas veces con fiebre moderada, estos síntomas pueden variar desde ligeros a graves; el paciente puede presentar un dolor intenso y relativo que dificulta la deglución con dolor a la palpación extra e intrabucal y un -- edema visible en la región submandibular y faríngea, - -

cuando ocurren estos síntomas, el diente o una de sus --  
cara suele estar cerca de la superficie, quizá se vea --  
una parte del frente que solo ha hecho erupción, pero --  
el edema y el proceso inflamatorio general puede ser --  
muy intenso y la comunicación puede comprobarse por --  
medio de una sonda de plata.

La comunicación suele permitir introducir la sonda a lo --  
largo de la cara bucal y la palpación cuidadosa con la --  
punta permite llegar al espacio folicular agrandando y --  
la evacuación del pus y otros materiales sépticos se lo --  
gra después de dilatar bien la abertura.

La infección pericoronaral menos frecuente es la que se pre --  
senta en los adultos en regiones desdentadas, por algún --  
motivo, un diente no ha hecho erupción y se construyó --  
una prótesis para el paciente, ya sea que se ignorara la --  
existencia de ese diente o se pensara que permanecería --  
asintomático en el hueso desdentado.

Se acepta que la infección aguda de estos dientes resul --  
te de la presión de la prótesis durante años, al princi --  
pio estos dientes incluidos (hablando de terceros mola --  
res), generalmente están a distancia suficiente de la --  
superficie para no ser afectados, por la presión causada --  
por la prótesis, sin embargo con el tiempo y la resorción --  
del proceso hace que disminuya la cantidad de hueso en --  
tre el diente y la prótesis y el primero experimenta --  
reacción inflamatoria consecutiva a la presión y se pre --  
senta la pericoronitis.

## TRATAMIENTO DE LA PERICORONITIS.

La conducta a seguir en toda pericoronitis se lleva a cabo por 2 medios principalmente:

1.-MEDICO.

2.-QUIRURGICO.

1.-Tratamiento médico de la pericoronitis de los terceros molares:

Este tratamiento es llevado a cabo mediante medicamentos o sea es solo sintomático del capuchón del tercer molar y la conducta a seguir es:

Cuando el capuchón pericoronario inflamado presenta una fluctuación visible y palpable serán tratados antes y después de la eliminación o drenaje del saco pericoronario, de colutorios calientes sobre intervalos frecuentes y se lavará energicamente con una solución antiséptica débil como el agua oxigenada o perborato de Sodio, con lo cual favorece las condiciones de defensa locales, actuando como emolientes y revulsivos(descongestión) ayudado por una buena y correcta antibiotico terapia.

Una vez drenado el saco pericoronario en una inflamación severa se coloca una gasa impregnada de algún antiséptico y un analgésico(según Kruger en partes iguales de Guayacol)y(un analgésico)(aceite de oliva),esto logra un --

drenaje continuo y brinda el analgesico para aliviar el dolor.

2.- Tratamiento quirúrgico de la pericoronitis del tercer molar.

Se puede llevar a cabo en 3 formas que son:

Tratamiento

de la

Pericoronitis.

Apertura de los focos de supuración.

Eliminación del capuchón o pericoronitis.

Extracción al molar causante.

El primero se realiza cuando hay presencia de un absceso submucoso debajo del capuchón, ese debe ser abierto o drenado quirúrgicamente con el bisturi, sonda de plata, diatermia o galvanocauterio.

Eliminación del capuchón, Esta se realiza cuando la inflamación es muy intensa y cuando haya lesiones producidas por un antagonista, o mucosa maxilar antagonista.

El capuchón que cubre al molar en erupción puede ser eliminado cuando las condiciones anatómicas así lo indiquen las cuales se refieren a 2 puntos esenciales.

a) Forma y límite del capuchón.

b) Posición del tercer molar.

**Forma y límite del capuchón:**

La eliminación quirúrgica (a bisturí, electricidad o - - diatermia), debe de ser debidamente estudiada y considerada, pues "empleada en todos los casos, sin discernimiento puede ser más dañina que útil".

En lo que respecta a las indicaciones basadas en la forma y límites del capuchón deben concretarse a las siguientes:

1.-Solo ha de researse los capuchones que cubren a manera de lenguetas el molar en erupción.

2.-Los capuchones que están formados por una prolongación del pilar anterior, no deben ser reseados.

Esta extirpación o resección del capuchón debe ser - - - siempre fuera de los estadios de infección aguda puesto que puede acarrear siempre trastornos de gravedad.

3.-Posición del tercer molar en erupción:

Los únicos casos en que se indica la eliminación del capuchón con respecto a la posición del tercer molar, es - -

aquel en que el tercer molar esta en posición vertical y su corona a la misma altura de la corona del segundo molar, es decir que practicamente no halle más interferencia a la erupción que el saco pericoronario o capuchón que le cubre.

Si se elige extirpar al capuchón debe hacerse adecuadamente, el tejido que cubre la corona debe eliminarse totalmente, para que toda la porción oclusal del diente que no ha hecho erupción quede bien descubierta y la herida se tapona con cemento quirúrgico el cual se deja un mínimo de 7 días.

Se debe tomar encuenta que los tejidos blandos que rodean al tercer molar se habrán tornado fibrosos, por la inflamación crónica persistente.

Este tipo de tratamiento quirúrgico ha sido materia de controversia durante años, desde el advenimiento de los antibióticos y otros quimio-terapicos, los pacientes se pueden proteger de reacciones generales producidas por pericoronitis infecciosa aguda como celulitis aguda e infecciones óseas como osteomielitis.

**NOTA:**

En ninguna otra posición que no sea vertical del tercer molar tiene indicación la resección quirúrgica del capuchón que lo cubre, es una operación inutil que trae

riesgos y compl

ELI

El molar reteni  
extraídos para

Las gingivoesto

Otro accidente  
nítis o capuchó  
nas y fondos de  
ser una exaceri  
cuales las cond  
de simbiosis fu

Por esta razón  
el punto inicial  
puede presentar

Por lo pronto a  
matitis y ging  
tes al tercer

GINGIVITIS.- E.  
teriza por tum  
contorno fisio  
adoptar una fo  
exacebación.

Comunmente la gingivitis como es nuestro caso, es consecuencia de factores etiológicos locales, tales como acumulación bacteriana y la formación de cálculos o las aberraciones locales que afectan el parodonto.

**GINGIVOESTOMATITIS.**-Es una patología de las mucosas bucales y está denominada por las infecciones microbianas de todas clases, que queda acantonadas en las pericoronitis o terceros molares en erupción y que se puede extender hacia paladar, faringe y lengua, la mayoría de las veces son debidas a la flora fundamental.

Su etiología revela 2 factores que van unidos:

a) El microbismo latente.

b) Pérdida de la resistencia inmunitaria (Bercher y Rousseau-Decelle), ambos autores piensan que se trata de un trastorno trofonervioso de naturaleza reflejopática, cuyo punto de iniciación estaría dado por la irritación alveolar producida por el molar en erupción e irritación de tejidos vecinos (mucosa bucal, saco pericoronario y tejido óseo).

#### **ESTOMATITIS ULCERO MEMBRANOSA:**

Es un grado muy avanzado de estomatitis es muy intensa - está favorecida por las erupciones dentarias e inflamación a nivel del tercer molar, es un estado deficiente del organismo, en algunas regiones mediterraneas puede tomar un aspecto epidémico donde se domina el estafilococo

co prevot incluye la angina de Vincent de igual naturaleza y donde predominan los grandes treponemas bucales.

La flora fundamental domina abundantemente con la infiltración treponémica muy profunda, "jamás existe en los -  
desdentados totales". Los signos inflamatorios son muy -  
acosados, la mucosa está muy edematizada y ulcerada y la  
exfoliación de los colgajos mucosos infectados forma un-  
tipo de membrana, que a diferencia de la falsa membrana-  
difteria, se adhiere en el fondo de la ulceración como-  
el contenido purulento del folículo dental.

Puede existir adenopatía submaxilar, el dolor es acusado,  
la alimentación se vuelve difícil y si la temperatura no  
es más que moderada, la alteración del estado general --  
traduce la intoxicación por las sustancias tóxicas elab-  
boradas por la flora microbiana.

La ulceración puede limitarse a la región del tercer mo-  
lar o extenderse a todas las encías, a la amígdala (angi-  
na de Vincent), a las mejillas y a la misma lengua.

Tratamiento: Lo dividimos en dos, local y general.

1.-Local.-Es a base de colutorios calientes o con azul -  
de metileno, colubiazol, enjuagues y pulverizantes leves  
con algodón y un anticéptico como agua oxigenada o perbo-  
rato desodio, o vitamina A y C.

2.-General.-Antibióterapia.-Penicilina sódica, penicilina benzatinica, procainica y potasica(que presenta la -- ventaja de reforlarla con la tetraciclina o eritromicina)

Se puede administrar un inmuno estimulante del sistema - Reticulo Endotelial como es el lisado de Predlava(Ducton Sarbach), que podría ser usado para reforlar la acción - de la antibióterapia.

Bajo la presencia de una gingivoestomatitis ulceromembranosa, no se permite realizar ningún tipo de extracción dentaria y menos aún de terceros molares retenidos aunque sean la causa del accidente mucoso, hay otro -- tipo de ulceras debajo del capuchón.

El saco pericoronario, el cual cubre al tercer molar en erupción, es traumatizado por dos factores que se complementan, a los cuales se unen la inflamación de los tejidos blandos, por los mecanismos ya estudiados que son:

Las cúspides del tercer molar en erupción por abajo y -- las cúspides de los dientes antagonistas, o la acción de los alimentos producen en la cara interna del capuchón -- una ulceración extremadamente dolorosa, que es la fuente de dolores locales irradiados y acusados, se acompaña en general de un trismus con reacción antalgica. Los dolores causados por esta ulcer ceden rapidamente, suspendiendo -- el factor traumático antagonista, el cual se lleva a cabo desgastando con una piedra las cúspides de los dientes --

antagonistas y anesteciados y tratando la ulcera.

#### Tratamiento.

Se coloca una tira de gasa embebida de una solución anti-séptica y analgesica debajo del capuchón (guayacol y aceite de oliva en partes iguales), este debe permanecer ahí un buen rato (una hora) es útil también tocar la ulcera -- con Nitrato de Plata al 2%.

Hay otro accidente mucoso que le es propio al tercer molar superior y es:

Es al que ocurre en aquellos molares que erupcionan hacia el lado del carrillo, es decir que presentan buconversion.

Este accidente esta caracterizado por los siguientes -- hechos clínicos.

Al hacer erupción el molar pone su cara oclusal sobre la mucosa del carrillo y por un doble mecanismo que son el -- aumento de la erupción y los movimientos masticatorios, -- dá por resultado que la cara oclusal o una de sus cúspides, termina por ulcerar la mucosa del carrillo, esta ulce -- ra se encuentra continuamente traumatizada por las cúspides del molar, produciendose por este hecho, dolores de -- gran intensidad, los tejidos vecinos se inflaman y se pue -- de llegar a producir una celulitis de las partes blandas,

acompañada de trismos y ganglios infartados todo lo cual repercute sobre el estado general, la masticación está -- impedida y la fonación dificultada.

Este proceso no termina hasta que no se realiza la extracción del molar, o se suprime el factor traumático que -- significan las cúspides por el cual consiste en ir desgagando las cúspides con una piedra de carburo, de dicho -- molar.

La mayoría de las veces pasan inadvertida porque queda -- escondida tras el molar, o el Cirujano Dentista la oculta con el espejo al hacer la exploración.

La ulcera una vez suprimidas las cúspides, debe ser tocada con una solución anticéptica y analgésica varias veces hasta que sedan las molestias, después cicatrizará la ulcera y por último desaparecerá la lesión.

## VII.-ACCIDENTES NERVIOSOS:

Los accidentes nerviosos producidos por los terceros molares, incluidos o en su intento de erupción son bastantes-frecuentes, lo cual es debido a la presión que realiza el diente incluido sobre troncos nerviosos, dientes vecinos o los dientes de estos, en los cuales origina algias de intensidad, tipo y duración variable.

La presión del tercer molar en sus distintas formas de --retención puede insidrir en trastornos reflejopáticos y --neutróficos que se pueden traducir en: hiperemia amicro--biana, o hemiestomatitis congestiva(ardor de dientes).

Al haber presión sobre un tronco nervioso, se presenta --dolor, el cual puede ser reflejo, pero no solo en las zonas de distribución de los nervios interesados, sino --también en los plexos asociados y regiones más alejadas, --y a veces el dolor se refleja en el oído.

El dolor puede ser ligero y localizado en el area inme--diata al molar causante, puede ser grave y aún agudísimo--al incluir todos los dientes superiores o inferiores se--gún el caso del lado afectado, el oído y la zona - - - --

posauricular o cualquier parte que atravesase el nervio---trigemino, o toda la zona inervada por el mismo, esto incluye dolor temporal, el dolor puede ser intermitente, -- constante y periódico.

Entre los accidentes nerviosos causados por terceros molares en erupción o incluidos parcial o totalmente, debe -- nos tomar en cuenta que puede haber trismus como reacción antálgica y lo podríamos definir como:

Una constricción apretada y pasajera de los músculos elevadores de la mandíbula, que no se debe confundir con un tic doloroso, el cual puede ser producido por una neuralgia intermitente facial que simula a un tic doloroso.

El tic doloroso se distingue porque el dolor es agudísimo y subido, como resultado del contacto de la zona esencial sobre la cara o labios, esto la diferencia de otras neuralgias faciales.

Con todo esto, los verdaderos procesos neurálgicos provocados por los terceros molares, no son tan frecuentes -- como el número de tales dientes mientras erupcionan o están incluidos, pero al extraerlos es cuando se puede llegar a lesionar el tronco nervioso provocando neuropatías por lesión al nervio, en muchos casos se ve que en molares que después de extraídos, se puede observar en una -- de sus caras radicales un surco creado por el conducto del nervio dentario y los dolores que esto provoca son -- excepcionales.

Maurel y Cantonet, observaron un caso de ulceración --

persistente de la cornea, en relación con tercer molar - retenido en el límite de la boveda palatina, en la fosa - pterigo maxilar.

#### TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES NERVIOSOS.

Los trastornos neutróficos y nerviosos, solo terminan con la eliminación de la causa.

El trismo que acompaña generalmente a la erupción del tercer molar, puede ser tratada por varios métodos:

Modificación del estado infeccioso, es el primer método - que el cual pueden seguir los demás como: mecanoterapia, - anestesia y extracción del molar causante.

Modificación del estado infeccioso.-Desaparecida la pericoronitis y el cortejo infeccioso, el trismus con reacción antálgica es dominado, si no sede se recurrirá a la mecanoterapia.

Mecanoterapia.-Es muy traumático, es una terapia mecánica para vencer el trismus, se realiza a base de abre bocas o cuñas de madera o metal, el paciente se puede ayudar mediante compresas de agua caliente.

Terapéutica Anestésica.-Puede ser general o local a nivel del agujero oval, con lo cual se logra abrir la boca y -- efectuar la extracción del molar que provoca el trismus, -- la apertura de la boca debe ser lentamente para evitar -- un síncope, o lesiones articulares o musculares, que pueden existir cuando se opera con violencia.

La anestesia del músculo masetero, consigue vencer el --  
trismus, según varios autores.

## IX.-ACCIDENTES CELULARES DE LA ERUPCION DEL TERCER MOLAR.

Generalmente estos accidente se presentan mucho, pero --- casi nunca llegan a presentarse en un estado grave, ya --- que siempre el paciente acude al cirujano dentista en --- cuanto aparece la primera molestia de erupción del tercer molar.

Normalmente los accidentes celulares del tercer molar, es una celulitis, que se llama así porque no tiene otro --- nombre, pero es solo un absceso que es producido por la --- acción de una pericoronitis y cuando ésta invade tejidos--- vecinos, puede permanecer localizada si los factores de--- defensivos de la región son capaces de circuncribir la --- infección, puede ocurrir resolución y drenaje por los --- linfáticos, o bien hay superación que se trata por ciru--- gía.

Las celulitis originadas por una pericoronitis de un ter- cer molar en erupción, se puede dividir en:

- 1.-Simple fluxión o flegmón benigno, o eucema blanco.
- 2.-Flegmón leñoso; Es cuando el absceso o celulitis-

se encuentra en un estado subagudo (según Reclus), donde según la reacción leucositaria es atenuada y la evolución lenta se encamina hacia la regresión, o bien hacia la extensión o formación de focos de esfacelo. Es debido a una virulencia microbiana atenuada a menudo con relación al antibiótico inadecuado o dosis insuficiente.

3.-Un absceso franco: Circunscrito con los habituales signos de inflamación bajo impulso de procesos reaccionales leucositarios activos, con la formación de colección purulenta, que se vuelve fluctuante acompañado de fiebre y de un estado de astenia más o menos marcado.

Un flegmón en piso de boca o angina de Ludwig, es la forma más grave de los accidentes celulares causadas por un tercer molar en erupción o incluido, con posible difusión de flegmón hacia el espacio aponeurótico supramilchoideo e igualmente a la porción inframilchoidea y al mediastino, después de haber pasado por la región supra y clavicular y sucede cuando la infección es abrumadora, o las bacterias son estrictamente virulentas o resistentes a los antibióticos y la resistencia tisular puede ser escasa, y la invasión bacteriariana en estas circunstancias se extiende por los tejidos adyacentes, hasta los lugares más lejanos del sitio original.

Cuando la respuesta fisiológica no domina la infección mediante las barreras anatómicas y si los agentes terapéuticos son inútiles, sobreviene la muerte.

En una celulítis producida por un tercer molar en erupción o incluido, suele circunscribirse en la región posterior de los maxilares y los tejidos se encuentran edematosos y duros a la palpación, en este momento la infección no se ha localizado ni ha ocurrido supuración (flegmón benigno).

El paciente puede presentar reacciones graves a la infección, generalmente la temperatura es elevada, los leucocitos están aumentados y el recuento diferencial puede estar alterado en los casos más graves, la sedimentación eritrocítica suele estar aumentada como lo está el pulso, el balance de electrolitos se modifica y el paciente presenta frecuentemente malestar general.

Cuando triunfan las defensas fisiológicas, sobre el absceso, se logra la resolución y frecuentemente un antibiótico específico puede producir la resolución del proceso, y no se forma pus, o si lo hay es en pequeñas cantidades y es eliminado por vía linfática.

Generalmente, una célula masiva supurará especialmente si depende de estafilococos u otros gérmenes piógenos pero no de estreptococos.

En un absceso franco, el pus puede llegar a la superficie, donde se evacuará espontáneamente, o por incisión o drenaje, según la proximidad y localización de los tejidos anatómicos que pueden guiar su camino, el pus se puede vaciar en seno maxilar, vestíbulo bucal, piso de boca, --

cara o fosa subtemporal y en casos graves de peligro de muerte como llegar a la boveda craneana, por los numerosos agujeros que ésta posee, el proceso en esta dirección es de los más difíciles de diagnosticar, ya que los signos neurológicos forman la base del diagnóstico.

Otro gran problema para la evacuación del pus es estimar su localización y extensión exactas, ya que la región de la boca está dividida en compartimientos o espacios, -- "Shapiro" los llama espacios aponeuróticos, que son regiones potenciales entre capas de fascias, estas regiones generalmente están cubiertas o llenas de tejido laxo que fácilmente se digrega cuando es invadido por la infección."

La infección o celulitis que empieza en la región del tercer molar, es limitada automáticamente por capas aponeuróticas fuertes, aún cuando pueden extenderse por los vasos linfáticos o sanguíneos y ahí permanece si los factores fisiológicos pueden limitar su actividad, si la infección se hace maniva, atraviesa la barrera de fascia y alcanza otro espacio aponeurótico y así sucesivamente hasta llegar al espacio carotideo o al mediastino, lo cual no es nada frecuente.

Las fuentes de infección que son los terceros molares -- incluidos o en su intento de erupción que son los molares inferiores y que tienden a difundirse a uno de los siguientes planos aponeuróticos que son:

a) Espacio Masticador.

- b) Espacio Submandibular.
- c) Espacio Sublingual.
- d) Bolsa del temporal.

Las infecciones de los molares superiores que son meros - frecuentes tienden a difundirse a los siguientes espacios aponeuróticos:

- a) Fosa pterigopalatina.
- b) Fosa Temporal.

En ambos casos, el proceso supurativo en difusión puede - atacar secundariamente los espacios parotídeos y faríngeo lateral y de todos los planos mencionados el que más seguido es atacado por una celulitis causado por un tercermolar es el espacio masticador, el cual comprende o incluye la región subperióstica de la mandíbula y los músculos de la masticación. Este espacio está formado por la división de la capa de revestimiento de la aponeurosis cervical profunda. Esta división ocurre en el sitio en que la aponeurosis se inserta en el ángulo inferior de la mandíbula, los músculos maseteros y temporal mientras que la cara interna cubre la cara interna de la mandíbula y los músculos pterigoideos. El cabestrillo aponeurótico no solo se inserta en el periostio de la mandíbula, sino que también lo refuerza en el largo de su borde inferior, por delante del espacio masticador de la aponeurosis cervical profunda también ayuda a formar el espacio para el cuerpo de la mandíbula. Por ello el espacio del cuerpo de la mandíbula y el espacio masticador se continúan subperiós-

ticamente. Debido a que el periostico mandibular se inserta firmemente en su parte inferior, la infección sigue la línea de menor resistencia, que es la región retromolar hasta el espacio masticador. La inserción perióstica firme también evita la extensión de la infección hacia el cuello.

Hacia atrás el espacio masticador está limitado por el espacio parotideo y por dentro por el espacio faringeo lateral, en su parte superior se continúa con los espacios temporales superficial y profundo.

La infección del espacio masticador es más bien conocida como la hinchazón flegmosa de la mandíbula, la cual después de la extracción del tercer molar causante, disminuye después de tres o cuatro días.

La hinchazón es debida a la reacción inflamatoria del espacio masticador.

Es importante recordar que; los abscesos del espacio masticador muchas veces simulan a la infección del espacio faringeo lateral, lo cual es muy importante diferenciar, ya que el pronóstico como el tratamiento son muy distintos en cada caso.

Las infecciones del espacio masticador tienen gran tendencia a su fácil localización y si no se drenan correctamente, estas infecciones pueden difundirse a los espacios temporales, superficial y profundo, al espacio parotideo y al faringeo lateral.

Las infecciones del espacio masticador, generalmente se debe a una de las siguientes causas:

1.-Infecciones provocadas por terceros molares en su intento de erupción o en estado de inclusión.

2.-Técnica no aséptica en la anestesia del nervio alveolar inferior.

3.-Traumatismos mandibulares externos, o fracturas del alveolo de un tercer molar enfermo, o en su intento de extracción.

A nosotros nos interesa la primera causa en este trabajo y encontramos que: Patológicamente, la infección del espacio masticador se caracteriza por los abscesos subperiósticos mandibulares y por una celulitis mandibular. En algunos casos puede presentarse oteomielítis de la rama mandibular especialmente cuando no se ha hecho un drenaje correcto del absceso.

Clinicamente: La infección del espacio masticador está dominada por el trismo, dolor y tumefacción la cual se presenta en caso grave y después de la extracción del molar causante, Los signos clínicos empeoran hasta llegar a un máximo de 3 a 7 días. El trismo puede ser tan intenso debido a la irritación del masetero y pterigoideo interno que la boca a veces se puede abrir tan grande que puede irradiar hasta la oreja, puede el paciente presentar aumento de temperatura y por regla general no hay escalofríos y puede haber disfagia.

Como las infecciones del espacio masticador tienden a localizarse, es mejor tratarlas conservadoramente de 7 a 10 días. Si no ocurre drenaje espontáneo, el drenaje quirúrgico no debe ser retardado más de 10 días.

El drenaje espontáneo puede ser intrabucal o extrabucal, el primero se produce como su nombre lo indica, espontáneamente y ocurre generalmente entre el cuarto y octavo día.

La localización del drenaje espontáneo, es casi siempre desde el borde lingual de la mandíbula, cerca de la base de la lengua y la quimioterapia no es de gran utilidad en presencia de supuración purulenta.

Las vías de acceso quirúrgicas para el espacio masticador son internas y externas.

La vía externa se realiza haciendo una incisión un poco abajo y paralela al ángulo de la mandíbula.

La vía interna consiste en una incisión en el repliegue mucoso bucal a nivel del tercer molar causante, que se extiende por detrás de la rama ascendente de la mandíbula - esta vía, no es satisfactoria, ya que el paciente no puede abrir la boca y por lo tanto no hay un buen campo de trabajo y por lo tanto no hay visibilidad.

## X.- ACCIDENTES OSEOS.

Los accidentes óseos propiamente dichos, como resultado de la complicación de una pericoronitis de un tercer molar en erupción o en su inclusión, son sumamente raros - es más, se puede decir que son excepcionales.

Todos los casos que se han encontrado con este tipo de complicaciones han sido exageradamente ruidosos como - - grandes osteomielitis con grandes secuestros.

El Dr. Omrédanne opina que el tercer molar incluido o - en su intento de erupción, actúa como "bulbo óseo", fisiológicamente congestionado", la infección en tal caso sigue la vía hemática.

Los accidentes óseos de los terceros molares se pueden clasificar generalmente así: .

ACCIDENTES  
OSEOS

- a) Osteítis
- b) Osteomielitis
- c) Osteoflegmones

Hay una característica muy importante en estos procesos patológicos y estriba en el hecho de tratarse de terceros molares aislados, es decir en personas desdentadas, o sin dientes en el sitio de la complicación.

La infección del saco pericoronario, hacia el lado distal de la pieza parcial o totalmente erupcionada (molares inferiores), es también susceptible a dar algunos procesos locales y en algunos casos, procesos óseos con repercusión a distancia.

En términos generales los términos osteítis y osteomielitis, se emplean en la literatura médica con distintas -- aceptaciones, a veces o casi siempre se utilizan como -- significado sinónimo, referente a todo proceso inflamatorio que afecte los huesos o su médula, ya sea en huesos largos o planos como la mandíbula y depende de la modalidad de la afección.

Tratándose de patología quirúrgica de los maxilares, es necesario definir cada uno de los términos; es menester recordar, que los maxilares están formados histológicamente y embriológicamente en dos porciones: a).- La alveolar, que nace vive y muere en los dientes, b).-La basilar.

Los procesos inflamatorios en reglas generales, adquieren en cada una de estas porciones distinto significado:

#### O S T E I T I S

Es cuando la inflamación se encuentra en la región alveo

lar y pueden estar involucrados dos o más alveolos vecinos.

### OSTEOMIELITIS.

Es cuando el proceso inflamatorio toma gran parte de la porción alveolar e igual proporción de la capa basilar, con intensa repercusión de la afección local sobre el estado general del paciente.

La osteítis es poco frecuente o más bien pasa muy rápido de osteítis a osteomielítis.

La osteomielítis aguda ocurre más frecuentemente en la mandíbula que en el maxilar, empieza como una infección de la porción esponjosa de la zona molar, que generalmente entra por una herida o una solución de continuidad a través de la capa cortical (pared del alveolo), permitiendo así que la infección entre en la porción central; esta infección casi siempre es el resultado de una lesión apical o una pericoronitis del tercer molar (es la que nos interesa), antes de la intervención quirúrgica o también puede ser introducida por la aguja de la inyección, especialmente cuando se usa la técnica de anestesia por presión o intraosea.

La infección puede localizarse o difundirse a través de todo espacio medular de los maxilares y puede ir precedida por una infección aguda, o por una celulitis causada por el tercer molar incluido.

La osteomielítis se acompaña de una disminución de resis

tencia del individuo a las bacterias que invaden el hueso, la osteomielítis era muy frecuente antes de los antibióticos y la quimioterapia, sin embargo cuando se presenta esta enfermedad ya declarada el uso de los antibióticos afecta poco su evolución.

Los síntomas incluyen dolor profundo y persistente, ocasionalmente acompañado por parestesia intermitente del labio, generalmente hay edema de los tejidos blandos sobre adyacentes y periostitis, el paciente puede sufrir malestar general y elevación de temperatura, el estado puede persistir hasta el punto de que la infección atraviese el hueso cortical o invada los tejidos blandos, formando una induración, seguida de un absceso manifestado (OSTEFLEGMON), no hay un patrón uniforme de este proceso destructivo. La región radiolucida de la radiografía, se describe muchas veces como vermiforme.

Es el tipo invasivo o no localizado, todos los dientes de la sección afectada pueden presentar movilidad o sensibilidad y se puede observar pus alrededor de los cuellos y en los espacios interproximales. Puede haber numerosas fístulas que drenen la pus hacia el vestíbulo bucal, o que formen abscesos que si no se abren y drenen, pueden drenar espontáneamente en la superficie, si se permite esto puede dejar cicatrices antiestéticas.

La osteomielítis puede causar severos secuestros los cuales se pueden definir como:

Secuestro: es un hueso carente de osteocitos (hueso muerto).

El tejido que circunda el secuestro, separa a este -- del resto del maxilar, mediante proceso de resorción -- ósea y el hueso normal que circunda al secuestro se llama involucro. Los pequeños secuestrros se exfolian lenta y espontaneamente, pero los más grandes requieren de intervención quirúrgicamente.

El tratamiento a seguir en la osteomielítis causada por el tercer molar es:

- 1.- La terapéutica antibiótica eficaz.
- 2.- Drenaje del pus cuando se forma a pesar de la terapéutica antibiótica.
- 3.- Esperar un período de la terapéutica de sostenimiento, durante el cual la zona drenada se mantiene abierta por apósitos, continuandose con la terapéutica antibiótica.
- 4.- Extracción de los secuestrros quirúrgicamente.

## XI.- ACCIDENTES LINFATICOS Y GANGLIONARES.

La repercusión ganglionar en el curso de una pericoronitis provocada por un tercer molar es un hecho un poco -- frecuente y común.

Podemos decir que todas las infecciones del saco pericoronario se acompaña de su cortejo ganglionar, las zonas y ganglios que se afectan con mayor frecuencia por esta complicación son los ganglios submandibulares.

Este accidente del tercer molar en erupción o retenido - parcial o totalmente, se trata por lo general de una adenitis que marcha de acuerdo como avace la infección del saco pericoronario y una adenitis la podemos definir así:

Adenitis.- Es la inflamación de uno o varios ganglios ya sea aguda o crónica, la cual es acusada por una infección que parte de una puerta de entrada correspondiente a un territorio de drenaje linfático y puede ser motivado por una solución de continuidad cutánea o mucosa (brecha) o una ulceración de la mucosa bucal y que también - puede ser provocado por una celulitis.

La flora de una adenitis puede ser diversa así como estreptococos, neumococos, colibacilos y bacterias anaerobias de la flora fundamental.

Puede haber un absceso que esté enviando bacterias a los linfáticos y cuando la afección es aguda no superada, manifiesta a menudo una estria roja de la piel, que se extiende en dirección a los ganglios linfáticos afectados los cuales tienen reacción inflamatoria de periadenitis, en general poco importante y aumento de volumen del ganglio hay dolor a la palpación.

El ganglio vuelve a sus normales proporciones y estado una vez terminada la infección del saco pericoronario, o bien puede evolucionar a una colección supurada si persiste la afección.

El ganglio se engruesa, la periadenitis aumenta considerablemente, la piel se enrojece y una fluctuación traduce la presencia de una colección purulenta y puede drenar espontáneamente, pero por lo regular drena por incisión se vacía el contenido purulento del absceso lo cual favorece la curación.

Pero un paso más avanzado, o sea infecciones de gran virulencia, que se propaguen los gérmenes hacia los tejidos periféricos, o cuando el estado del paciente esté resentido, la periadenitis puede engendrar un adenoflegmon en que todos los signos inflamatorios son más marcados y más extensos con dolor, piel rojiza, los ganglios pueden encontrarse hiperestésicos o infartados, puede haber dolor pulsátil, que se encuentra en el lugar donde esta-

la celulitis, malestar general, astenia, escalofríos y fiebre (de 37.5 - 40° C), la estela roja puede ser no dolorosa o indurada como en la zona de celulitis y usualmente se encuentra leucocitosis.

Un ejemplo de lo explicado y relacionado con el tema es el adenoflegmon carotideo, el cual casi siempre va unido a la erupción e inclusión parcial o total del tercer molar inferior, se desarrolla hacia la laringe ya que esta detenido por la mastoides y la mandíbula.

La tumefacción está situada en la parte superior del canal carotideo y borra la depresión normal que esta situada debajo de la oreja entre la mastoides y el borde posterior de la rama ascendente de la mandíbula, puede extenderse por debajo del ángulo.

Son importantes los dolores con irradiaciones, hacia la clavícula y la espalda, hay trismus y finalmente disfagia.

Actualmente el adenoflegmon ya no se presenta con frecuencia debido a la ayuda correcta de los antibióticos.

#### TRATAMIENTOS DE LOS ACCIDENTES LINFATICOS Y GANGLIONARES.

Las adenitis simples mejoran con un tratamiento sintomático o quirúrgico de la pericoronitis del molar causante y con ayuda de los antibióticos.

Los adenoflegmones deben ser tratados y drenados por vía externa, éste tratamiento entra en los dominios de cirugía general.

### XII.-ACCIDENTES TUMORALES.

Los terceros molares retenidos o en su intento de erupción, pueden originar tumores odontogénicos de diversas especies de la clase de quistes dentígeros, odontomas y adamantinomas, siendo el más común los quistes dentígeros.

A continuación daremos la definición de quistes:

Es una cavidad tapizada por un epitelio el cual puede estar situado enteramente dentro de tejidos blandos o profundamente en hueso o localizarse sobre una superficie ósea y producir una superficie depresible.

Dentro de los maxilares, el epitelio odontogénico puede tener su origen en el epitelio odontogénico (es decir en los restos de la lámina dental o los órganos del esmalte de los dientes), La degeneración quística de este epitelio dá lugar a los quistes odontogénicos, entre los cuales están comprendidos los quistes dentígeros.

El quiste dentígero, rodea la corona del tercer molar cuando no haya erupcionado normalmente y probablemente—

su origen en una alteración del epitelio reducido del esmalte después de haberse formado por completo la corona, hay acumulación del líquido entre este epitelio y la corona del molar, también puede derivar de degeneración de restos de lámina dental.

Es necesario distinguir el saco folicular agrandado y el quiste dentífero del tercer molar.

Dachi y Howell mostraron que el 37% de los terceros molares incluidos inferiores y 15% de los superiores, tenían una zona radiotransparencia pericoronal, sin embargo el 11% eran lo suficientemente grandes para ser considerados como quistes dentíferos.

Normalmente se considera que es necesaria una anchura -- del espacio pericoronal de 2.5 mm o más, como requisito mínimo para diagnóstico de un probable quiste dentífero -- (según Stanfe).

Los quistes dentíferos pueden provocar una considerable dilatación, generalmente indolora de la lámina externa.

Los quistes dentíferos ocasionados por el tercer molar -- se manifiestan clínicamente a causa de su expansión dentro del tejido circundante, pero raras veces causan aflojamiento de los dientes vecinos, a no ser que sean muy -- grandes. En muy raras ocasiones la presencia de un quiste se revela por una fractura patológica, o por que el paciente advierte la falta de un diente y acude a consulta por curiosidad, lo cual no sucede con los terceros molares.

Cuando un quiste se dilata, ejerce una estimulación en el periostio por el cual éste deposita hueso nuevo, esto se revela clínicamente en forma de una prominencia indolora, dura y suave. Al continuar la dilatación, el hueso suprayacente adelgaza y se hunde por la presión del dedo, produciendo muchas veces el crujido de cáscara de huevo.

En un caso grave, finalmente puede desaparecer esta cáscara ósea y quedar el quiste cubierto únicamente por mucosa bucal, entonces puede descargar su contenido dentro de la mucosa bucal y luego aparecer una infección secundaria.

Radiográficamente, la corona del molar se proyecta dentro de la cavidad quística.

El quiste ocasionado por el tercer molar puede tener cualquier tamaño, que va desde una leve dilatación del saco pericoronar, hasta llegar a penetrar al seno maxilar superior.

Los quistes de mayor tamaño se encuentran en el maxilar inferior, posiblemente debido a su anatomía.

Aunque el quiste se desarrolla en un solo diente puede incluir las coronas de varios dientes adyacentes al dilatarse, por otra parte pueden desplazar los dientes en posiciones alejadas de sus localizaciones normales, especialmente en el maxilar superior, esto ocurre cuando aún hay varios dientes que no han hecho erupción.

Las estructuras anatómicas como el Seno Maxilar, pueden ser confundidas con quistes, sobre todo si presentan alguna variación en cuanto a su posición o formación y son necesarias varias vistas radiográficas para un diagnóstico diferencial.

Los quistes de los maxilares no suelen producir dolor, a no ser que se infecten. Aunque los grandes quistes del maxilar inferior casi siempre envuelven al focículo neurovascular, cuando no hay infección es muy raro que haya anestesia.

Sin embargo, puede existir una pérdida temporal de la respuesta vital de los dientes adyacentes a los quistes infectados.

Los quistes dentígeros ocasionados por los terceros molares, cuando llegan a infectarse, dan como resultados procesos supurativos de intensidad variable, complicándose con procesos óseos como osteítis y osteomielitis tanto con procesos ganglionares y procesos infecciosos a distancia.

Otras veces sin llegar a condición de quiste dentígero, el saco pericoronario también puede seguir la vía de la infección y dar los mismos resultados (ya explicados anteriormente).

Thoma clasificó los quistes dentígeros en general en tres tipos según la posición en la cual se desarrolla el quiste con relación a la corona dental, los cuales son:

QUISTES  
DENTIGEROS

- a) Tipo Central
- b) Tipo Lateral
- c) Tipo Circunferencial

- a) El Tipo Central.- El quiste que rodea la corona de forma simétrica, moviéndose en una dirección opuesta a la fuerza normal de erupción.
- b) El Tipo Lateral.- El quiste se desarrolla en el lado mesial o distal del diente, y se dilata apartándose del diente, envolviendo solo una porción de la corona. Se desarrolla en la parte del órgano del esmalte que persiste después de que la porción que está encima de la superficie oclusal se ha convertido en cutícula dental. Puede inclinar al diente o desplazarlo hacia el lado afectado.
- c) El Tipo Circunferencial.- El órgano del esmalte entero alrededor del cuello del diente se hace quístico, permitiendo muchas veces la erupción del diente a través del quiste (como si fuera a través de un agujero de buñuelo) y produciendo una imagen similar a la del quiste radicular.

Generalmente los quistes dentígeros suelen ser solitarios y según varios autores también en un ameloblastoma en potencia.

No hay actualmente unanimidad de opinión en cuanto al origen del quiste dentígero, la mayoría de los autores han defendido un origen intrafolicular, es decir, el crecimiento directo del folículo que envuelve la corona del

mados por un solo tejido dental en irregular disposición cuantitativa y cualitativa provenientes de un desarrollo patológico del germén dentario, contiene dentina, cemento y esmalte ( los dos últimos son inconstantes), la dentina como substancia predominante, rodeados por una cápsula conjuntivo-epitelial.

Pueden presentar hueso y un tejido semejante a la osteodentina, con numerosos espacios interglobulares.

Cuando los odontomas están compuestos y en general se -- clasifican en dos divisiones:

#### ODONTOMAS QUISTICOS

ODONTOMAS  
COMPUESTOS

- a) Odontoma complejo
- b) Odontoma combinado
- c) Odontoma geminado
- d) Odontoma gestante
- e) Odontoma dilatado

Radiográficamente se observa una imagen radiocapa de la misma intensidad de los tejidos dentales calcificados, - sin zonas claras en su interior, rodeado muchas veces -- por un halo cuyo significado es la bolsa peitumoral. Cuando hay infección de la bolsa, el halo adquiere mayor espesor, lo cual es debido al hueso vecino que adquiere una zona franca de osteitis, la cual se traduce por la - imagen del halo.

#### ACCIDENTES TUMORALES.

Normalmente los ganglios de la zona están normales, siem

pre y cuando no haya infección.

- El tratamiento de estos tumores debe ser quirúrgico o -- enucleación del odontoma.

#### ADAMANTINOMA.

También llamado Ameloblastoma o Adamantoblastoma, o - -- quiste multilobular.

Es el más agresivo de los tumores odontogénicos, en épocas pasadas se ha confundido y se ha tenido la idea de que el adamantinoma puede ser lesión maligna, en ocasiones con capacidad metastásica y el adamantinoma no es maligno no produce metastásis, la mayoría de los autores consideran y aceptan que en un 50% es de origen odontogénico y se origina a partir de la lámina dentaria o tejidos dentígeros, como el órgano del esmalte, por restos epiteliales quistes foliculares.

La mayoría de estos tumores están asociados a dientes retenidos (en nuestro caso terceros molares), o masas irregulares calcificantes.

Clinicamente la edad promedio en que se presenta es de 33 años (momento en que se descubre la lesión) y la duración después de su descubrimiento es de 5 años aproximadamente, sin embargo puede ocurrir a cualquier edad, se origina en la mandíbula en un 80% y un 20% el maxilar, en zonas de terceros molares.

El crecimiento de la zona puede ser normal o con asimetría y mal oclusión de las piezas involucradas.

Radiográficamente, se observa una zona radiolucida, que puede ser uninocular o multilocular, hay presencia de tabique óseo que se puede extender al interior de la zona radiolucida, dando aspecto de pompas de jabón.

En radiografía oclusal, puede revelar expansión de las tablas y periapicalmente puede presentar rizolisis.

Se trata de un tumor exclusivamente epitelial, el epitelio forma hojas, islotes y cordones cuyas capas periféricas están constituidas por células cilíndricas o cuboides que parecen ameloblastos, en tanto que las masas centrales habitualmente constituyen células estrelladas del esmalte.

El tumor no está encapsulado y presenta prolongaciones digitales a través de hueso, por lo que el tumor es más extenso de lo que indica la radiografía.

Tratamiento, eliminación completa o radical conservadora curetaje, cauterización térmica y eléctrica y radiaciones, en ocasiones estas neoplasias son radiorresistentes y hay que llevar un control periódico radiográfico.

Pronóstico, generalmente es favorable en todos los accidentes tumorales provocados por terceros molares.

### XIII.- CONCLUSIONES.

Es importante que todo odontólogo en la práctica general conozca todos los accidentes y patología de los terceros molares como también su tratamiento, ya que el número de casos va en constante aumento y que por lo tanto se presentan cada día más en la práctica diaria de el consultorio dental.

Actualmente se puede decir (por estudios estadísticos),- que esté tipo de problemas se presentan de la segunda a la tercera época de la vida y que la edad media es de 23 a 25 años.

Esté tipo de accidentes se presenta en todas las razas,- con excepción en la negra, ya que su maxilar y mandíbula son lo suficientemente anchos y largos para la correcta-erupción de los terceros molares.

Se ha demostrado antropológicamente, que el hombre ha re-  
dicido a través del tiempo el tamaño y anchura de sus ma-  
xilares, lo cual es debido al aumento de tamaño de la bó-  
veda craneana que ha tomado a costo base de la mandíbula  
y maxilar.

Otra causa es la industrialización de los alimentos los cuales cada día son más blandos y actualmente no es necesario tener una mandíbula muy poderosa y grande, como en épocas pasadas y a causa de esto se sabe que órgano que no se utiliza correctamente, tiende a atrofiarse o a perder su función para el cual fue creado.

Por fortuna, los accidentes que causan los terceros molares, ya no presentan un peligro de muerte, como lo explique en el caso de los accidentes celulares y gracias a la ayuda de los antibióticos. Además el paciente portador de un tercer molar incluido ya sea parcial o total, o en el intento de erupción, acude al consultorio a las primeras molestias y con la ayuda de los Rayos X para el correcto diagnóstico, se realiza el tratamiento adecuado ya sea médico o quirúrgico.

Con todo esto el cirujano dentista en la práctica general, debe estar en contacto con colegas especialistas en otras materias como son la ortodoncia, cirugía bucal y parodoncia, para discutir, pedir consejos, o investigar otro tipo de tratamientos al caso de terceros molares en su intento de erupción o inclusión.

#### XIV.- BIBLIOGRAFIA.

- |   |  |
|---|--|
| Cirugía Bucal   | W. H. Archer 2da. Edición<br>Editorial Mundi 1968                              |
| Cirugía Bucal   | Guillermo A. Ries Centeno<br>Editorial El Ateneo.                              |
| Tratado de Cirugía Bucal.                               | Gustavo O. Kruger 4a. Edición<br>Editorial Interamericana.                     |
| Las Especialidades Odontológicas en la Práctica Diaria. | Alvin L. Morris<br>Harry Bohannon<br>Editorial Lbor.                           |
| Apuntes de Licenciatura.<br>Patología Bucal             | Cátedra de Cirugía Bucal.<br>S.N. Bhaskar 2da. Edición<br>Editorial El Ateneo. |
| Patología Oral  | Thoma. Editorial Salvat  |
| Diagnóstico en Patología Oral                           | Zegarelli V. Eduard<br>Hutscher H. Austin<br>Editorial Salvat.                 |

Vademecum de Odontología. J. Lehmans 1ra. Edición  
Editorial Jims 1973

Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Markus A. Krupp  
Milton J. Chaton 13a. Edición  
Editorial Manuel Moderno.

Diccionario de Medicina. Dr. E. Dabout.  
Editora Nacional.