

408
1 ejemplar

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TERCEROS MOLARES RETENIDOS SUPERIORES E INFERIORES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

BLANCA ESTELA GOMEZ GARDUÑO





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.

TERCEROS MOLARES RETENIDOS
SUPERIORES E INFERIORES.

I.- Generalidades.

A).- Etiología de retención.

II.-Clasificación y tratamiento de los accidentes de erupción del tercer molar inferior.

III.- Clasificación.

IV.- Estudio radiográfico.

A).- Diferentes radiografías.

B).- Técnicas para la toma de radiografías.

V.- Anestesia.

A).- Técnicas de anestesia.

VI.- Técnicas quirúrgicas para la extracción de los terceros molares superiores e inferiores.

VII.- Conclusiones.

VIII.- Bibliografía.

I.- GENERALIDADES

Los dientes retenidos ó incluidos se han definido como aquellos cuya erupción es parcial ó totalmente obstruida por hueso ó por otros dientes, en la práctica cualquier diente puede estar retenido, aunque los terceros molares son los más afectados, y con mayor frecuencia, esto se puede explicar debido a que el tercer molar es el último que hace erupción en condiciones normales y cualquier afección que tienda a reducir el espacio existente para estos dientes le impedirá hacer erupción por falta del mismo.

Ya que los terceros molares son los afectados con mayor frecuencia nos vamos a encontrar con los problemas más comunes relacionados con ellos y que son la infección y el dolor.

La extracción del tercer molar puede contribuir a que se presente con mucha frecuencia la formación de bolsas periodontales, afectando el espacio distal del segundo molar, es menos probable que esto ocurra si son extraídos al principio del desarrollo.

Después se encuentra la pericoronitis que puede ser transitoria y leve ó desarrollarse y provocar una grave infección que afecte los espacios aponeuróticos causando considerable debilitamiento, se presenta en tejidos blandos de los terceros molares que han hecho erupción parcial, creando un lecho fértil para el creci

miento bacteriano y la infección; el tratamiento va desde irrigación local y desbridamiento del colgajo pericoronario hasta la extirpación del diente, en caso de que el tercer molar traumate el tejido pericoronario del tercer molar inferior, puede ser aconsejable extraer el superior primero y después el inferior, cuando la inflamación, dolor e infección hayan cedido.

A).- ETIOLOGIA DE RETENCION

La etiología de la retención es más teórica que real y tenemos las siguientes teorías:

Teoría Ortodántica.- Debido a que el crecimiento normal de los maxilares ó el movimiento de los dientes son en dirección anterior, cualquier interferencia con tal desarrollo causará la retención de los dientes, el hueso denso suele provocar el retraso dental anterior y muchas afecciones patológicas provocan una condensación del tejido óseo.

Por ejemplo; las infecciones agudas, fiebre y trauma severo y maloclusión, así como la inflamación local de la membrana periodontal puede aumentar la densidad ósea, la respiración bucal constante también conduce a la contracción de las arcadas y por lo tanto los dientes que hacen erupción al final carecen de espacio en ocasiones, la pérdida prematura de dientes desiguales puede provocar falta de desarrollo del maxilar y mala -

posición de los dientes permanentes ó ambos, lo que dá como resultado una inclusión.

Teoría Filogénica.-- La naturaleza trata de eliminar aquello que no se emplea y nuestra civilización -- con sus hábitos nutricionales cambiantes, han casi eliminado la necesidad humana por maxilares grandes y fuertes, como resultado de esta función alterada, el tamaño del maxilar y la mandíbula ha disminuído, en muchos casos el tercer molar ocupa una posición anormal, se encuentra mal formado y puede considerarse como órgano -- vestigial, sin motivo ni función, además suele faltar -- por motivos congénitos.

Teoría Mendeliana.-- Es posible que la herencia -- "tal como la transmisión de maxilares pequeños de un padre y dientes grandes del otro" pueden ser un factor -- etiológico importante en las retenciones.

Desde luego las irregularidades en algunos animales pueden producirse artificialmente por manipulación genética, ¿ porque no puede ocurrir lo mismo accidentalmente en la población humana?

Por desgracia las retenciones no se apegan a un patrón establecido, son de diversas formas y tamaños, -- pueden ser afectados de uno a veintiún dientes, también -- varían considerablemente en el grado de retención, algunos presentan erupción parcial, mientras que otros se -- encuentran por completo encerrados dentro del hueso.

Causas Sistemicas de Retención

A).- Prenatales:

- 1.- Herencia.
- 2.- Mezcla de razas.

B).- Postnatales, son todas las causas que pueden interferir en el desarrollo del niño:

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

C).- Condiciones raras.

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

Disostosis Cleidocraneal.- Es una condición congénita muy rara, en la cual hay osificación defectuosa de los huesos craneales, ausencia completa ó parcial de las clavículas, recambio dentario retardado, ~~dentales~~ permanentes no erupcionados y dientes supernumerarios - rudimentarios.

Oxicefalia.- Es la llamada "cabeza conica", en la cual la parte superior de la cabeza es puntiaguda.

Progeria.- Representa envejecimiento prematuro,

es una forma de infantilismo caracterizada por estatura pequeña, ausencia de vello facial y púbico, piel arrugada, cabello gris y el aspecto facial con actitudes y maneras de anciano.

Acondroplasia.- Es una enfermedad del esqueleto que empieza en la vida fetal y produce una forma de enanismo, en estas condiciones el cartilago no se desarrolla normalmente.

Paladar Fisurado.- Es una deformidad manifiesta, por una fisura congénita en la línea media.

II.-CLASIFICACION Y TRATAMIENTO DE LOS
ACCIDENTES DE ERUPCION DE LOS
TERCEROS MOLARES

ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR

En su retención el tercer molar inferior produce una serie de accidentes patológicos diversos, de variado aspecto e intensidad.

Estos accidentes tienen lugar en todos los climas, en edades muy distintas, en los dos sexos, y en ambos lados del maxilar.

Raza.- Los accidentes que con mayor frecuencia se presentan son en los individuos de raza blanca, los cuales se presentan por razones mecánicas y serán consideradas la falta de sitio.

Los accidentes de erupción en la raza blanca y en individuos de nuestro país, aumenta en número e intensidad en las últimas generaciones.

Sexo.- Creemos encontrar un ligero predominio del sexo femenino en la producción de esta afección.

Wirth da como cifras las sig;

Mujeres.....101 48.4 %

Hombres.....108 51.6 %

Entre los japoneses Nishimura encuentra;

Mujeres.....74 a 85 %

Hombres..... 69 %

Los estados fisiológicos femeninos exageran ó

despiertan los accidentes.

Edad.— La edad en que se presentan estos procesos varía entre los 18 y 28 años, se han presentado casos de pacientes de 15 años y ancianos de 73, 78 y 82 años.

CLASIFICACION

Los accidentes originados por el tercer molar son de variedad clínica e intensidad distinta, alcanza todas las gamas y toma todos los cuadros clínicos, desde el proceso local de escasa importancia, hasta el flomon gangrenoso se suelto de la boca, y tenemos la siguiente clasificación;

- 1.- Accidentes Mucosos.
- 2.- Accidentes Nerviosos.
- 3.- Accidentes Celulares.
- 4.- Accidentes Óseos.
- 5.- Accidentes Linfáticos ó Ganglionares.
- 6.- Accidentes Tumorales.

Accidentes Mucosos.— Se le denomina así a las complicaciones que ocurren en partes blandas que rodean al molar retenido, su primer tipo es la pericoronaritis todos los autores hacen derivar de esta lesión inicial, los procesos patológicos de la erupción del tercer molar de esta primera etapa clínica parten los distintos y variados accidentes, que presentan gamas tan variables.

La pericoronitis es la lesión inicial y el accidente de alarma. esta caracterizada por hechos clínicos

que le son particulares, este accidente se origina en una época relacionada con la erupción del molar del juicio, su comienzo puede ser brusco o insidioso, brusco aparece sin anuncio previo a nivel del capuchón que cubre el molar retenido total ó parcialmente, se instala un proceso, inflamatorio, con sus signos característicos: dolor, tumor, calor y rubor.

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

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

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

Rubor.- La encía ha cambiado de color normal y se presenta de color rojizo, ó rojo-violáceo, cubierta de abundante saburra, restos alimenticios y coágulos de sangre.

Calor.- La vasodilatación consiguiente ocasiona un cambio en la temperatura de la región, este cuadro inflamatorio no queda circunscripto al panorama local, el estado general es prontamente afectado, fiebre, anorexia, astenia, los ganglios regionales son atacados, el trismus acompaña el proceso, la masticación está dificultada, teniendo todo este conjunto de manifestaciones una fisinimia particular.

El comienzo incidioso de la pericoronitis está caracterizado por la aparición de dolores generalmente leves, ligeros procesos inflamatorios que duran dos ó tres días, trismus muy poco acentuados, entre el capuchón y el molar en erupción brotan una gota de pus y sangre y el proceso resiste un nuevo fenómeno inflamatorio.

Accidentes Nerviosos.- Los accidentes nerviosos producidos por los dientes retenidos son bastante frecuentes, la presión que el diente ejerce sobre los dientes vecinos, sobre sus nervios ó sobre troncos mayores, es posible posible origine algias de intensidad, tipo y duración variables.

La presión que el tercer molar en sus diversas formas de retención produce aveces sobre el nervio dentario inferior, puede ser causa de trastornos nerviosos de toda índole, los verdaderos procesos neurálgicos por terceros molares retenidos, no son tan frecuentes como el número de tales dientes, aún en molares que después de extraídos, puede observarse en una de sus caras ra-

diculares un surco creado por el conducto dentario, los dolores son excepcionales.

Sobre el nervio dentario pueden incidir trastornos reflejopáticos y neurotróficos, que se traduce en herpes, canicie, eczemas, etc, entre los accidentes nerviosos debe considerarse el trismus, como reacción antálgica.

Accidentes Celulares.- La inflamación y el absceso puede tomar varias vías;

a) Hacia adentro, arriba y atrás.- La colección purulenta puede abrirse camino entre el músculo constricor superior de la faringe y amigdalina, produciendo abscesos del pilar anterior o subamigdalino (Fig. 1 -3,3') de intensidad y gravedad variables.

b) Hacia atrás y arriba.- Entre los fascículos del músculo temporal, el absceso puede abrirse camino hacia la fosa temporal, esta vía es muy rara.

c) Hacia adentro.- Es una vía en que las disposiciones anatómicas permiten la prolongación de los procesos supurativos, entre la cara interna del maxilar y la mucosa y los órganos de la región sublingual, el absceso puede ganar el suelo de la boca, entre el músculo milohioideo y las regiones supra osubyacentes, dando procesos siempre graves, algunas veces mortales, angina de Ludwig, flemones circunscriptos o difusos del piso de la boca, (Fig. 1-2 y 2').

d) Hacia afuera y atrás.- Rodeando el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula, el proce-

so infeccioso puede abrirse camino en dirección del músculo masetero (Fig. 1- 1 y 1'), atravesando la vaina muscular puede dar un flemón maseterino o un absceso caracterizado por un trismus intenso y la aparición sobre la cara externa de la rama montante, de una tumefacción a gran eje vertical, paralela a la dirección general del cuerpo del masetero.

e) Hacia afuera y adelante.- Siguiendo también disposiciones anatómicas que le son favorables, la colección purulenta se dirige hacia adelante, dando un absceso (Fig. 1-1).



Fig.1.- Las complicaciones celulares de la pericoronitis. A) abscesos a evolución externa, 1, absceso buccinatomaxilar, 1', absceso de la "loga" maseterina, B) absceso a evolución interna, 2 absceso submaxilar, 2' absceso del piso de boca, C) absceso a

a evolución posterior, 3 absceso del pilar anterior 3' absceso submandibular, M, músculo pterigoideo interno, M, músculo masetero, B, buccinador, MI milohioideo.

Accidentes Óseos.- Estos accidentes como complicación de una pericoronitis, son sumamente raros.

Cabanna, en 35 años de práctica ha encontrado - muy pocos casos de esta complicación ósea, pero los pocos casos fueron en general extremadamente ruidosos y graves, ósteomelitis con grandes sequestratos.

Hay autores que sostienen que el tercer molar actuaría como un bulbo óseo, fisiológicamente congestionado, la infección en tal caso sigue la vía hemática.

Con todo son posibles accidentes óseos que se convierten en verdaderas osteítis, ósteomelitis y osteoflemones.

Se han encontrado varios pacientes portadores - de terceros molares retenidos que infectados sus sacos pericoronarios o en algunas ocasiones los quistes dentígeros que envuelven sus coronas hacen focos de osteítis y ósteomelitis.

En tales casos, el proceso óseo es una complicación inmediata de la infección del saco folicular, una característica muy interesante en estos casos esta en el hecho de tratarse de terceros molares inferiores aislados en personas desdentadas, ó sin dientes en el lugar del accidente.

Otra forma de accidente óseo que se presenta con relativa frecuencia es el proceso de osteítis que se desarrolla entre el segundo molar y el tercero retenido en mesioversión, el foco óseo que se desarrolla a ese nivel es susceptible de propagarse y dar cuadros sépticos

de ósteoflemones e infecciones generales.

La inflamación del saco pericoronario que queda hacia el lado distal del tercer molar erupcionado total ó parcialmente es también susceptible de dar procesos óseo con repercusión a distancia.

Accidentes Linfáticos ó Ganglionares.- La repercusión ganglionar en el curso de una pericoronitis es un hecho frecuente y común, podemos decir que todas las infecciones del saco pericoronario se acompañan de su cortejo ganglionar, los ganglios tributarios de la región del tercer molar son los subángulos maxilares o submaxilares, este accidente ganglionar se trata por lo general de una adenitis, que evoluciona de acuerdo con la marcha del proceso pericoronario, el ganglio vuelve a sus normales proporciones y estado una vez terminada la afección del saco pericoronario.

Pero en las infecciones de gran virulencia, ó cuando el estado general del paciente está resentido, la adenitis simple puede transformarse en verdadero flemon del ganglio, con el cuadro clínico consiguiente, se tiene instalado el adenoflemón, en estas circunstancias el ganglio está considerablemente aumentado de volumen doloroso a la palpación y espontáneamente, el proceso tiene repercusión sobre el estado general, el ganglio en tales condiciones tiende a la supuración, que se abre camino de por sí ó el ganglio es abierto por el cirujano.

Accidentes Tumorales.- Los terceros molares retu

nidos originan tumores odontogénicos, estos tumores son los quistes dentígeros, estos pueden infectarse dando procesos supurativos de intensidad variable, complicándose con procesos como esteftis y ósteomielitis.

En otras oportunidades y sin llegar a la condición de quiste dentígero, el saco pericoronario puede seguir igual vía, la infección y sus consecuencias son las mismas, los restos del saco dentario, ubicados en el lado mesial ó distal del tercer molar, puede no desaparecer del todo, originando un granuloma posterior ó anterior, ó quiste marginal del tercer molar, la patogenia de estas formaciones esta en directa relación con la embriología dentaria.

El saco pericoronario permanece adherido al cuello del diente en la porción distal ó mesial, al abrigo de las presiones que puedan resolverlo, este saco no es totalmente conservado, sino que son sus hemisferios posteriores o anteriores los que se mantienen, estos hemisferios, cerrados y sin contacto con el medio bucal - permanece un tiempo con la misma identidad, pueden aumentar el volumen, adquiriendo caracteres quísticos, ó infectarse por el mecanismo común, como se infectan los fondos del saco, se produce una solución de continuidad entre el molar y la encía, la infección del saco remanente origina su transformación en tejido de granulación, el cual sigue la vía que le es característica.

El saco coronario infectado y el granuloma ó quiste consiguiente, originan procesos muy parecidos a

los de la pericoronitis (osteítis locales, procesos ganglionares, procesos infecciosos a distancia), actuando como la infección focal, introduciendo una sonda entre corona del molar y la encía, se llega a una cavidad de tejidos blandos, por el camino abierto por la sonda, brota un pus amarillento maloliente.

TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Los accidentes pueden ser tratados por procedimientos médicos como quirúrgicos, mencionaré la indicación de cada uno de estos métodos, ambos se aplican para el tratamiento de la etiología y para los accidentes de erupción.

Tratamiento de la Etiología.- En estado agudo el paciente portador de este tipo de pericoronitis se presenta con un estado característico, trismus de grado variable, mal aliento, fiebre, decaimiento general, repercusión ganglionar, etc, el molar en erupción, cubierto por el capuchón con las características antes mencionada con su pericoronitis.

El tratamiento de la pericoronitis se realiza por dos medios médico y quirúrgico.

Tratamiento Médico.- El capuchón pericoronario inflamado, se lavará profusamente con una solución antiséptica débil, agua oxigenada ó perbonato de sodio, para la limpieza de las secreciones.

Es conveniente favorecer las condiciones de defensa locales, administrando enjuagatorios que actúen como emolientes y revulsivos, la fórmula siguiente tiene

útil aplicación:

Rp. Fenol.....a a
Hidrato de Cloral..... 5 g.
Cocimiento de coca..... a a
Cocimiento de amapola..... 500 g.
Esencia de menta..... c/m.

Enjuagatorios con este medicamento, diluido al 50 % caliente.

Antibióticos.- Se aplica según las indicaciones médicas, contribuye eficazmente a mejorar las condiciones generales.

Tratamiento quirúrgico.- 1.- Apertura de los focos de supuración.- En presencia de un absceso submucoso, debajo del capuchón éste debe ser abierto quirúrgicamente a bisturí, termo ó galvanocauterio.

2.- Extracción del molar causante.- El molar retenido y su saco pericoronario puede ser extraídos para solucionar el problema que originaron.

Cuando las circunstancias sean desfavorables a la extracción del molar retenido, se procederá por los métodos citados y con analgésicos e hipmóticos, a vencer la sintomatología dolorosa e inflamatoria y procurar el descanso del paciente, hasta que sea posible realizar sin escollos la eliminación quirúrgica del molar.

ELIMINACION QUIRURGICA DEL CAPUCHON

Extirpación ó eliminación en FRIO cuando no existen ó han cesado los fenómenos inflamatorios de pericoronitis, en otras circunstancias los capuchones se cubren

los terceros molares no deben ser agredidos.

El capuchón que cubre al molar en erupción puede ser eliminado, cuando las condiciones anatómicas así - lo indiquen, las cuales se refieren a dos puntos esenciales, a) formas y límites del capuchón, b) posición del tercer molar.

a).- Formas y Límites.- La eliminación quirúrgica debe ser prolijamente estudiada y considerada, en lo que respecta a las indicaciones basadas en la forma y límites del capuchón deben concretarse a los siguientes: sólo han de researse los capuchones que cubran a manera de lengüetas el molar en erupción, los capuchones - que están formados por una prolongación del pilar anterior, no deben ser reseados, está sobreentendido que la eliminación del capuchón se hará en frío fuera de los períodos agudos de la infección, la apertura del saco pericoronario ó encía en período agudo, con estos fines, acarrea siempre trastornos de gravedad.

b) Posición del Tercer Molar en Erupción.- Los únicos casos que indican la eliminación quirúrgica del capuchón, con respecto a la posición del tercer molar - son aquellos en que el molar está en posición vertical y con su corona a la misma altura de la corona del segundo molar, es decir que prácticamente no hay más trabajo que se oponga a la erupción que la lengüeta gingival que cubre la corona del diente retenido.

En ninguna otra posición del molar tiene indicación la resección quirúrgica del capuchón que lo cu-

bre es una operación inútil que trae riesgos y complicaciones.

MÉTODOS PARA LA RESECCION DEL CAPUCHÓN

Método Quirúrgico.- Anestesia regional, operación

1.- Se introduce una espátula de Freer por debajo del capuchón, entre éste y la corona, se recorre con el instrumento toda la extensión de la cara triturante del molar. (Fig. 2).

2.- Incisiones.- Con bisturí de hoja corta se practican dos incisiones paralelas (Fig. 3) a la altura de los bordes bucal y lingual de la cara triturante del molar retenido, estas incisiones deben llegar profundamente hasta encontrar el tejido óseo ó el esmalte dentario, se vuelve a colocar la espátula de Freer y se desprende el colgajo de todas sus posibles adherencias, se le toma con una pinza de Kocher, se tracciona hacia adelante y con unatijera curva ó con un bisturí se le secciona a nivel de la cara distal del tercer molar, (Fig.4) esta operación puede terminarse por medio del galvanocauterío, se tocan los bordes sangrantes con el mismo instrumento ó con una torunda de algodón impregnada en una solución al 20 % de ácido tricloracético.

Método Eléctricos.- Galvanocauterización, pueden procederse de dos maneras; la eliminación total del capuchón, ó las cauterizaciones realizadas en varias secciones, para el primer método se procede como en el método quirúrgico, usando el galvanocauterío a manera de bisturí, las cauterizaciones en varias secciones tiene el

inconveniente de alargar el procedimiento y de que cada cauterización origina un nuevo brote inflamatorio.

Risturi Eléctrico.- Se produce de la misma manera, tratando de extirpar el capuchón este método tiene ventajas apreciables, que no dan sangre y que disminuye las posibilidades de infección.

Resección quirúrgica en frío del capuchón del tercer molar inferior retenido



Fig. 2.- La resección quirúrgica del capuchón con espátula de Freer (o con instrumento análogo) se realiza la separación del capuchón de la cara triturante del tercer molar retenido.

Fig 3.- Se trazan dos incisiones paralelas a la altura de los bordes bucal y lingual de la cara triturante del tercer molar retenido.



FIG.4.- Se tracciona el capuchón con una pinza de Kocher o con una pinza de disección y se corta con una tijera curva a nivel del borde distal de la cara triturante del molar retenido.

TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES MUCOSOS

Tratamiento de las Gíngivoestomatitis úlceromenbranosas.- Los focos de estas deben ser tocados con una tretunda de algodón mojada en una solución de ácido crómico al 10 % en casos rebeldes, después puede aplicarse una solución de nitrato de plata al 20 % la cual da a la úlcera y sus vecindades una coloración rojo-ladrillo deben indicirse lavajes ó enjuagatorios con :

Bicarbonato de potasio.....5 g.
Acido bórico.....4 g.
Agua destilada.....100ml.

(una cucharada, en un vaso de agua tibia).

La presencia de una gíngivoestomatitis úlcero-membranosa no permite realizar ningún tipo de extracción dentaria, menos aún la de un tercer molar retenido, aun que éste sea el causante del accidente.

TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES NERVIOSOS

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

El trismus que acompaña generalmente la erupción del tercer molar puede ser tratado por varios métodos.

Modificación del estado Infeccioso.- Desaparecidas la pericoronitis, la úlcera debajo del capuchón y el cortejo infeccioso que acompaña la pericoronitis - el trismus, como reacción antálgica, es dominado, si logra mantenerse se elimina por medio de analgesicos - y relajantes musculares.

TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES CELULARES

Los abscesos producidos como complicación celular de la pericoronitis deben ser incididos a bisturí ó galvano-cauterio.

Mencionaré brevemente el tratamiento del absceso bioinatomaxilar, su apertura por vía bucal, evita cicatrices inútiles, el sitio indicado para la incisión es el surco vestibular, con un bisturí de hoja corta se llega profundamente hasta el hueso (la cara externa del maxilar inferior), vaciado el absceso, hay que tratar urgentemente el foco inicial, la pericoronitis, para evitar una nueva colección purulenta, la extracción del molar retenido se impone tales condiciones.

TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES LINFATICOS Y GANGLIONARES

Las adenitis simples con el tratamiento médico de la pericoronitis, los adenoflemones deben ser tratados y abiertos por vía externa, este tratamiento entra en los dominios de la cirugía general.

TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES TUMORALES

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

TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES OSEOS.

El tratamiento que se instale sobre una ósteomelitis debe realizarse de modo que actúe sobre el estado general del paciente y sobre el estado local de la afección.

En la actualidad es posible curar en forma absoluta una ósteomelitis por el solo recurso de la antibiótica terapia.

Tratamiento General.- El enfermo atacado es por regla general, un enfermo grave la terapéutica debe estar encaminada a mejorar su estado, recuperar sus fuerzas, disminuir los progresos de la infección.

Tratamiento Local.- Se interviene de este modo en el período inicial, con el objeto de extraer el diente causante ó abrir quirúrgicamente un camino a la supuración.

En la ósteomelitis intensamente dolorosas, en los que el estado del paciente esta seriamente resentido puede estar indicada la trepanación del hueso, para facilitar el drenaje, los abscesos originados por ósteomelitis deben ser abiertos con bisturí ó galvanocauterío, la salida de pus disminuye la intensidad de los fenómenos agudos.

La extracción del diente causante puede ser una vía utilísima para el desahogo del proceso.

Tratamiento Quirúrgico.- Debe realizarse cuando el estado general del paciente y la limitación radiográfica lo aconsejan, la movilización del hueso necrosado,

verificada por medios instrumentales nos informará la se-
paración de lo muerto de lo vivo, debe verse y delimitar
se en la radiografía el hueso necrosado perfectamente se-
parado del hueso sano.

Tratamiento de la Osteitis.- Siempre es qu-
quirúrgico tiene por principal objetivo eliminar el hue-
so necrosado t las zonas vecinas al sacuestro.

III.-CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

El tercer molar ocupa dentro de los maxilares posiciones diversas y pueden ser encuadradas en una clasificación con fines quirúrgicos y nos basaremos en la clasificación de Winter, el cual menciona cuatro puntos esenciales.

La Posición del Tercer Molar Retenido.- Se puede encontrar en el maxilar inferior en distintas posiciones.

Retención Vertical.- Puede estar total ó parcialmente cubierto por hueso, lo característico reside en que su eje mayor es paralelo al eje mayor del segundo y primer molar (Fig. 5).

Retención Horizontal.- En este caso el eje mayor del tercer molar es perpendicular a los ejes del segundo y primer molar (Fig. 6).

Retención Mesioangular.- El eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje de este diente un ángulo de grado variable (alrededor de los 45 grados) (Fig. 7).

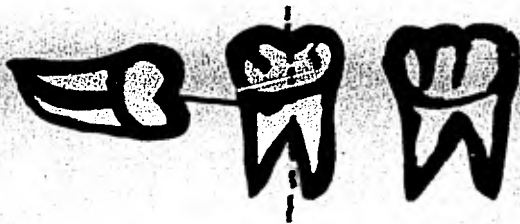
Retención Distoangular.- El tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama ascendente, por lo tanto la corona ocupa dentro de esta rama una posición variable de acuerdo con el ángulo en que está desviado (Fig. 8).

Retención Invertida.- El tercer molar presenta

I VERTICAL



FIG 5



II HORIZONTAL

FIG 6

III MESIO-ANGULAR

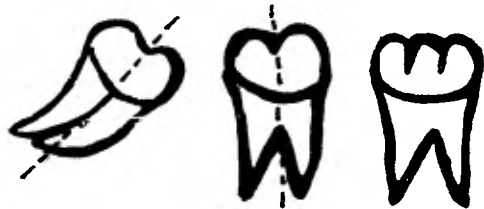


FIG 7

su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal (Fig. 9).

Retención Buccoangular.- En este tipo el molar ya no ocupa como los anteriores, el mismo plano que el segundo ó primero, sino que su eje mayor es perpendicular al plano que están orientados estos dos dientes, corona está dirigida hacia bucal (Fig. 10).

Retención Lingual.- El eje del diente es perpendicular al plano que están orientados los molares anteriores, pero la corona del retenido está dirigida hacia el lado lingual (Fig. 11).

DESVIACIONES DEL TERCER MOLAR

El tercer molar puede presentar cuatro tipos de desviaciones en relación a la arcada.

Normal.- El tercer molar sigue la forma oval de la arcada (sin desviación) (Fig. 12).

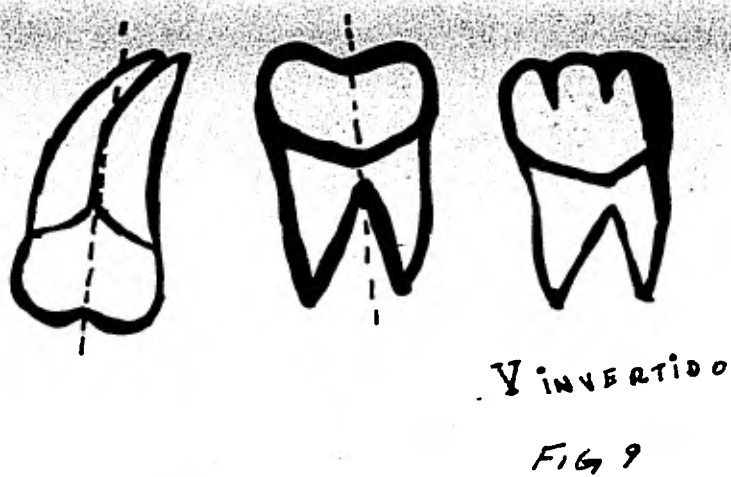
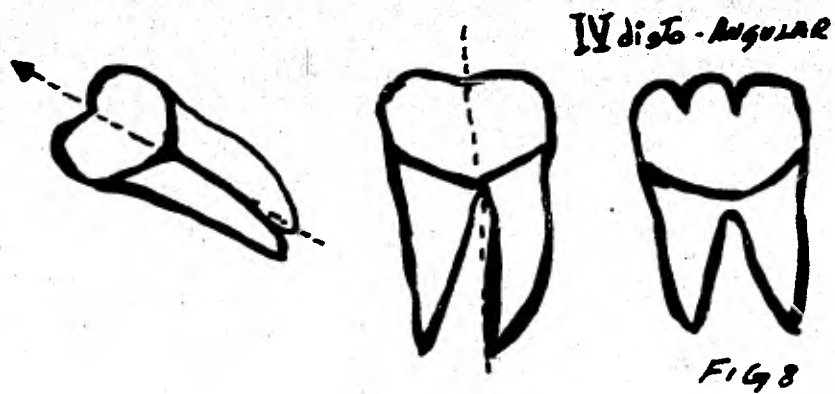
Bucal.- El molar está dirigido hacia afuera del óvalo de la arcada (Fig. 13).

Lingual.- El molar está desviado hacia lingual de la arcada (Fig. 14).

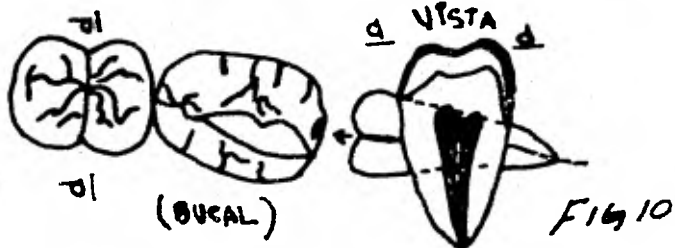
Bucolingual.- El molar se encuentra dirigido hacia bucal (Fig. 14 a), y su cara oclusal desviado hacia la lengua (Fig. 14 b).

RELACION DEL MOLAR RETENIDO CON EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA

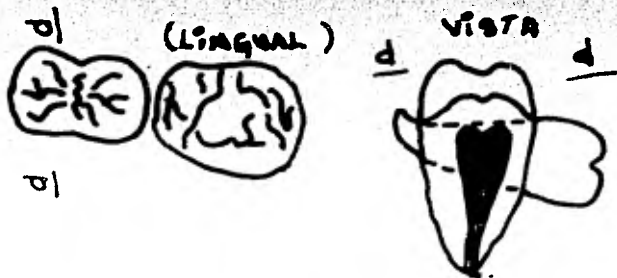
El tercer molar puede guardar con respecto al la rama ascendente del maxilar, una relación variable, rela



VI BUCCO-ANGULAR



VII LINGUO-ANGULAR



ción que PELL y GREGORY han clasificado en tres clases que esta en íntima relación con la técnica quirúrgica -

Clase I.- En esta clase hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar (Fig 15).

Clase II.- El espacio que existe entre el borde anterior de la rama y la cara distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar (Fig. 16).

Clase III.- Todo ó la mayor parte del molar se encuentra ubicado en la rama (Fig. 17).

PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR

EN EL HUESO

La relación de altura entre la cara triturante del tercer molar y la cara triturante del segundo, que son las siguientes:

Posición A.- La porción más alta del molar retenido se encuentra el mismo nivel ó por encima de la línea oclusal (Fig. 18).

Posición B.- La porción más alta del molar retenido se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar (Fig. 19).

Posición C.- La parte más alta del diente se encuentra al mismo nivel, ó por debajo de la línea cervical del segundo molar (Fig. 20).

Fig 12

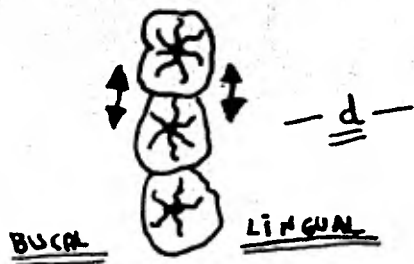


Fig 13

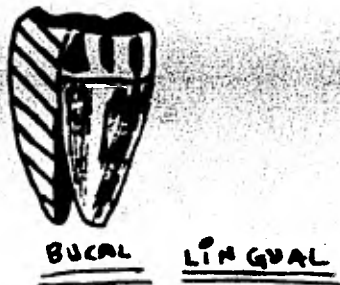
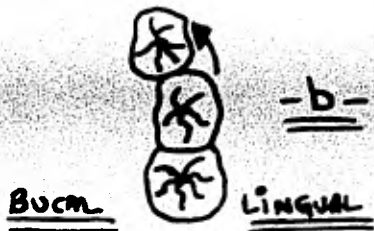
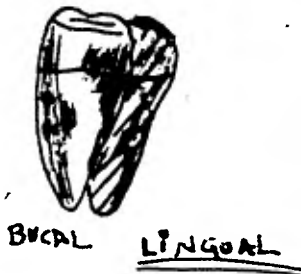
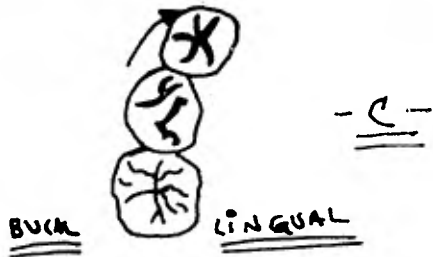
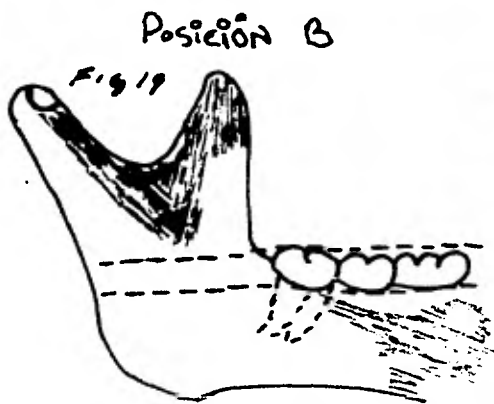
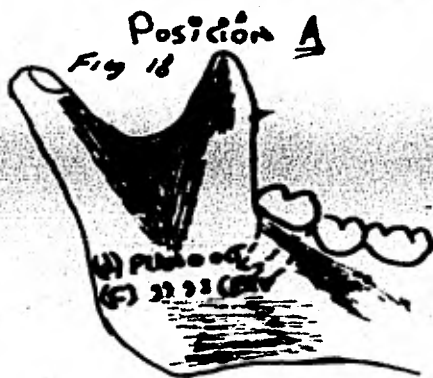
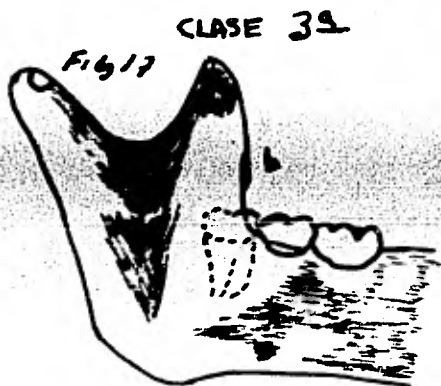
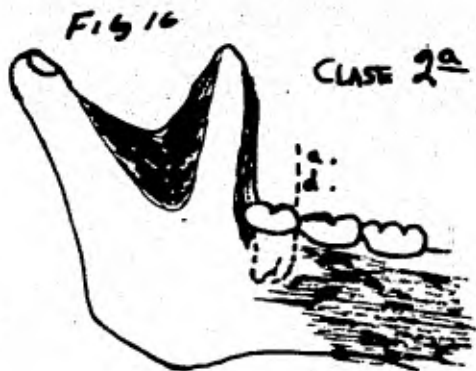
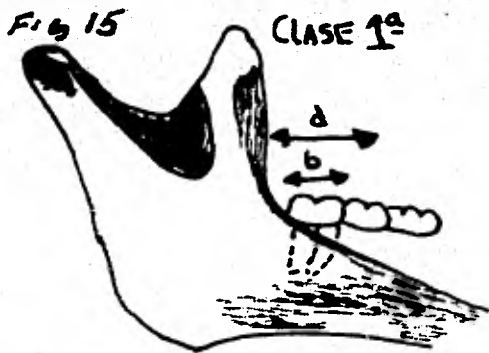


Fig 14





CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES

SUPERIORES RETENIDOS

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 intrasseo ó submucosa, en este último término pueden estar total o parcialmente retenidos. (Fig. 21).

POSICION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO

Las distintas posiciones que el tercer molar puede ocupar en el maxilar superior, son las siguientes:

Posición Vertical.- El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar(Fig. 22a).

Posición Mesioangular.- El eje del molar retenido está dirigido hacia adelante (Fig. 22b), en esta posición, la raíz del molar está vecina a la apófisis pterigoides, esta posición y el contacto de las cúspides mesiales del molar superior retenidos impiden su normal erupción, son frecuentes las caries en la cara distal de la raíz ó corona del segundo molar superior.

Posición Distoangular.- El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar, la cara triturante del tercer molar mira hacia la apófisis pterigoides, con la cual puede estar en contacto(Fig. 22c).

Posición Horizontal.- El molar está dirigido ha

cia el carrillo, con el cual la cara triturante puede ponerse en contacto (Fig. 23).

Posición Paranormal.- El molar retenido puede ocupar diversas posiciones. (Fig. 24).



Fig 22b



DisToangular

Fig 22c



Vertical
Fig 22a



Horizontal
Fig 23



Fig 24

IV.- ESTUDIO RADIOGRAFICO

Tiene por objeto que la radiografía nos de imágenes que nos represente con toda fidelidad el objeto real y no veamos imágenes deformadas, esto nos evitará problemas en el momento operatorio .

TECNICAS PARA LA TOMA DE RADIOGRAFIAS

DEL TERCER MOLAR INFERIOR

RADIOGRAFIA INTRAORAL

Posición del Paciente.- Sentado en el sillón, el respaldo perpendicular al suelo.

Posición de la Cabeza.- Ligeramente inclinada hacia atrás, de manera que la línea oclusal de la mandíbula se encuentre horizontal.

Posición de la Película.- Se coloca en el interior de la boca, con su eje mayor horizontal, el borde superior de la película paralela a la arcada y no sobre saliendo de la línea de oclusión de 3 a 4 mm.

El borde anterior de la película debe estar colocado a la altura de la cara mesial del primer molar ó más distantesi las condiciones anatómicas lo permiten, - (Fig. 25).

Posición del Aparato de Rayo X.- El cono debe estar colocado perpendicular a la película, el ángulo vertical correcto es de 0° , el rayo central debe ser dirigido al centro de la película, aproximadamente ubicado a nivel del espacio interdentario entre el segundo y el tercer molar.



FIG. 26

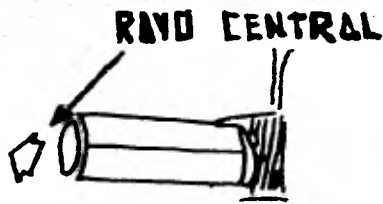
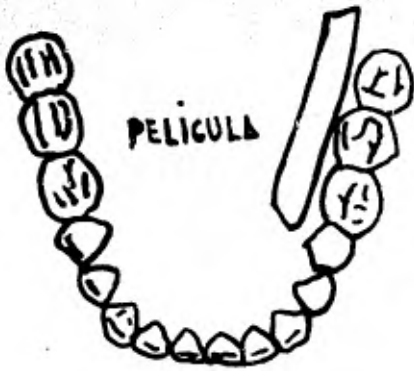


FIG. 25

RADIOGRAFIA OCLUSAL

Posición del Paciente .- El respaldo del sillón se inclina hacia atrás.

Posición de la Cabeza.- Reclinada descendiendo el cabezal todo lo que permita la comodidad del paciente luego se rotará la cabeza hacia el lado opuesto del molar a radiografiarse.

Posición de la Película.- Se coloca entre ambas arcadas lo más distante posible, el paciente morderá con mucha suavidad la película, su ángulo distobucal ha de encontrarse ligeramente hacia arriba, con el fin de permitirle insinuarse entre la rama ascendente de la mandíbula y la tuberosidad del maxilar superior.

Posición del Aparato de Rayos X.- El cono se coloca por debajo del borde inferior de la mandíbula, de manera que el rayo central sea perpendicular a la película y pase a través del maxilar y el eje mayor del molar retenido (Fig. 26).

RADIOGRAFIA EXTRAORAL

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

Posición de la Cabeza.- Ligeramente inclinada - hacia atrás, y en un ángulo de 20 a 30° respecto al eje central, hacia el lado a radiografiarse.

Posición de la Película.- La película para radiografía extraoral se guarda dentro de un chasis con pantalla reforzadora, el chasis se coloca con el eje -

mayor vertical apoyado sobre la cara del lado a radiografiarse tomando amplio contacto con la región de la rama ascendente y del borde inferior del maxilar, la película debe estar, en lo posible paralela al plano vertical de la rama ascendente, el paciente sostiene en el chasis con la palma de la mano, la nariz debe guardar con el chasis las siguientes distancias:

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

Posición del aparato de Rayos X.- El tubo en ángulo de 0° , se coloca por debajo del ángulo del maxilar opuesto al que se va a radiografiar, con el objeto de evitar la superposición de las ramas del hueso que restan nitidez a la película, el rayo central atraviesa de esta manera las regiones blandas del piso de la boca y la lengua, cruza la cara interna del maxilar, el órgano dentario a radiografiarse, siendo senciblemente perpendicular a la película.

ESTUDIO DE LA RADIOGRAFIA INTRAORAL

En el estudio de la radiografía intraoral, una serie de puntos, de gran y capital importancia en rela-

ción con la exodoncia.

PUNTOS A CONSIDERAR

A).- Posición y Desviación del Tercer Molar.- La radiografía nos da perfecta claridad, la posición del molar con relación al segundo y el tipo de desviación que presenta.

B).- Posición del Segundo Molar.- La dirección de este es de vital interés en el acto quirúrgico, siendo como es, la cara distal de este es un punto útil de la aplicación de la fuerza, debe estudiarse su solidez, estado y posición.

C).- Relación del Molar retenido con el borde anterior de la rama ascendente.

D) Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.- La profundidad del molar tiene una capital importancia, porque del grado de profundidad depende la aplicación de una técnica, la cantidad de hueso a reseca etc.

E).- Estudio de la corona.- Forma de la corona, tamaño de la corona, estado de la corona, caries de la corona, fractura de la corona.

F).- Estudio de la raíces.- Ambas raíces dirigidas distalmente, raíz distal recta, mesial dirigida hacia distal, raíz mesial hacia distal y distal hacia mesial, ambas raíces rectas. ambas raíces fusionadas, raíz mesial recta y distal hacia mesial, ambas raíces dirigidas hacia mesial, raíz distal hacia distal y mesial y raíces supernumerarias.

ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR SUPERIOR

En el estudio del tercer molar superior retenido pueden ser considerados los siguientes puntos:

A).- Posición del Molar.- Cuando el tercer molar presente su cara vestibular, verticalmente dirigida, aunque el molar se encuentre en posición mesio ó distoangular, en cambio en la desviaciones hacia bucal ó lingual, el molar aparece acortado en la radiografía, y en ciertos casos su parte radicular, por superposición plana no es visible.

B).- Posición del segundo molar.- Debe ser considerados, además de la posición y forma de las raíces.

C).- El hueso que cubre la cara triturante.- El estado, la cantidad y disposición, la existencia ó ausencia del saco pericoronario, todas estas consideraciones del hueso, indican la técnica a seguir y grado de osteomía necesaria.

El tabique Mesial.- Su forma y dimensiones está dado por la posición del molar.

E).- El hueso Distal.- La cantidad del hueso en la región distal puede ser variable.

F).- La corona del tercer Molar.- Tamaño, forma y estado de la corona.

G).- Las raíces del Molar.- Generalmente están fusionadas, se puede presentar separadas, y dirigidas en distintas direcciones, puede estar ó no calcificadas

H).- Vecindad con el Seno Maxilar.- EL tercer -

molar en algunos pacientes está muy cercano a seno y en algunos casos llegan a hacer hernia en el piso sinusal.

La extracción en tales condiciones puede ocasionar, una comunicación patológica con el seno maxilar, é el molar puede ser proyectado en esta cavidad.

I).- Vecindad con la Apófisis Pterigoides.- El molar puede estar en íntimo contacto con la apófisis pterigoides, existe el peligro de fractura en los esfuerzos operatorios, la tuberosidad del maxilar es susceptible de ser arrancada en el curso de la extracción aún de la de un molar normalmente erupcionado.

J).- Acceso a la cara Mesial.- Sobre la cara mesial se aplicará el elevador que luxa al molar.

V.- ANESTESIA

Para los fines quirúrgicos vamos a emplear anestesia local, con este se va a lograr la supresión de la sensibilidad dolorosa táctil, térmica, lograda por medios físicos, como el frío, mecánicos como la compresión, pero esencialmente por drogas capaces de bloquear la conducción nerviosa.

El primer anestésico local usado fue la COCAINA alcaloide extraído de la coca, a partir de esta se han sintetizado un sin número de anestésicos locales y en su mayoría no se utilizan por su gran toxicidad sistémica e inestabilidad en soluciones se clasifican en 4 grupos:

1.- Esteres Aminicos Tercearios del Acido Benzoico. Que son la cocaína y la amilcocaína.

2.- Esteres Aminicos Tercearios del Acido Paraminico Benzoico.- Que son la procaina nombre comercial es la novocaina, la tetravilina nombre comercial es la pantocaina, benoxilato nombre comercial es la vevecinal.

3.- Amidas tenemos:

Lidocaina nombre comercial es la Xilocaina.

Debucaina nombre comercial es la Menpecaina.

Oxatesaina nombre comercial es la ~~Muscaina~~.

Mentevocaina nombre comercial es la Carbocaina.

Las anteriores son Nitrogenados.

4.- Es el correspondiente a los no Nitrogenados. son anestésicos poco solubles, poco patentes pero útiles

para uso tópico como el Aminobenzoato de Etilo que es la B enzocaina, Butameno usado en forma de picrato de Butesin.

La anestesia local se puede usar en la siguiente forma:

Topica.— Es la colocación del anestésico sobre las mucosas.

Infiltración.— Es infiltrada debajo de la piel ó en la misma.

Troncular.— Es por inyección en la vecindad de los troncos nerviosos incluyendo el bloqueo simpático.

Raquidea.— Es por inyección en el espacio sub-aragnoideo.

El tipo de anestesia que más vamos a usar para extracción de los terceros molares es por infiltración y la troncular.

T TÉCNICAS DE INYECCION

No es posible obtener una anestesia eficaz si no se emplea una técnica adecuada para la inyección, independiente del agente anestésico que se utilice.

Para una analgesia completa, hay que depositar el anestésico en la proximidad inmediata de la estructura nerviosa que va anestesiarse, las variaciones que pudiera haber en la posición de la aguja, se compensa en parte con las cualidades excelente, en cuanto a profundidad y difusión, que son características de las buenas soluciones anestésicas, lo más común es que se inyecte de 1 a 2 mL, solamente, siempre conviene asegurarse de que la aguja sea colocada con la mayor exactitud posi-

ble, al inyectarse en el repliegue bucal puede lograrse que la solución sea depositada correctamente en el ápice, si se procura que la posición de la aguja tenga la misma dirección que el eje longitudinal del diente en que va a intervenir, en la anestesia por infiltración, el volumen limitado de la solución que se utiliza tiene que difundirse desde el sitio de la inyección, a través del periostio y del hueso compacto, hasta llegar a las estructuras nerviosas que inervan la pulpa, el periodonto y el maxilar.

Tanto la anestesia por infiltración como la troncular, la solución debe de aplicarse correctamente para obtener el efecto máximo.

RAMAS ALVEOLARES SUPERIORES

ANATOMIA

Las ramas alveolares superiores se desprendan del nervio infraorbitario, antes de que estas atraviese la hendidura esfeno maxilar, da origen a las ramas alveolares postero superiores, que corren a la superficie de la tuberosidad del maxilar superior y penetra en ella para inervar los molares superiores, durante su trayecto por el conducto infraorbitario da origen a la rama alveolar superior media y a varias ramas anteriores inervando los premolares, caninos, e incisivos superiores.

TECNICA

Las ramas alveolares superiores se bloquean introduciendo la aguja por detrás de la cresta infracigomática e inmediatamente distal al segundo molar, después

se dirige la punta de la aguja hacia el tubérculo maxilar y se introduce 2 a 3 cm. haciéndola dibujar una — curva aplanada de concavidad superior, durante manobra se inyecta aproximadamente 2ml. de cualquier anestésica al 2 % con o sin vaso constrictor(Fig. 27).

NERVIO ALVEOLAR INFERIOR

ANATOMIA

Se desprende del nervio maxilar inferior cuando éste se divide inmediatamente por debajo del agujero — oval y se dirige hacia abajo primero por dentro del — músculo pterigoideo externo y luego por afuera del músculo pterigoideo medio, entre éste y la rama del maxilar inferior, el nervio entra en el orificio del conducto dentario que está situado más o menos en el punto medio de la rama y corre en el canal del mismo nombre hasta el nivel del incisivo mesial, aquí se divide dando — dos ramas para los dientes y encía de la mandíbula inferior .

TECNICA

Con el dedo índice izquierdo se localiza la línea oblicua, es decir, el borde interno de la rama del maxilar inferior, se hace la punción inmediatamente por dentro de ese punto a 1 cm. por encima del plano oclusal del tercer molar, la jeringa debe mantenerse paralela — al cuerpo de la mandíbula inferior y sobre todo paralela al plano masticatorio de los dientes de la mandíbula, desde este punto, la punta de la aguja se introduce lentamente 2 cm. pegada a la cara interna de la cara del maxilar

al mismo tiempo se gira la geringa hacia los premolares del lado opuesto, manteniéndola siempre en el mismo plano horizontal, la punta de la ~~g~~ se mantendrá duente toda la maniobra en contacto con la rama, si el pacien-te mantiene la boca bien abierta se obtendrá mayor segu-didad en el bloqueo (Fig. 28).



Fig 27



Fig 28

VI.-TECNICAS QUIRURGICAS PARA LA
EXTRACCION DE LOS TERCEROS
MOLARES RETENIDOS

La extracción de éstos es un procedimiento quirúrgico complicado que incluye los tejidos blandos, músculos y parte del hueso más duro del esqueleto, la zona de operación es muy restringida y difícil acceso, está muy vascularizada e inundada constantemente por saliva, lo que hace constante el uso del aparato de aspiración, hay que mantener estricta asepsia, la operación debe ser planeada con cuidado por adelantado, con planes de procedimientos diferentes para decidir si en el curso de la operación deben cambiarse los procedimientos.

PASOS BASICOS EN EL PLANEAMIENTO DE LOS
PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

Estúdiense las radiografías cuidadosamente, determinese si las radiografías muestran el tamaño exacto y completo, no alargado ó acortado, y la forma del diente, número, tamaño y curvatura de la raíces y la proximidad de las raíces ó corona del diente adyacente ó estructuras vitales.

Clasifíquese la retención.

Estúdiense la radiografía oclusal para establecer la relación vestibulolingual del diente.

Observe los resultados del examen visual y digital de los tejidos duros y blandos que rodean el sitio de la intervención.

Reúname toda información obtenida del examen precedente y planéese la operación, si fuera necesario modifíquese el plan de intervención por si surgieran complicaciones inesperadas en el planeamiento:

1.- Bosquéjese la extensión del colgajo por realizar teniendo en mente la necesidad de una exposición adecuada, con el mantenimiento de una buena irrigación sanguínea del colgajo y un soporte adecuado para el colgajo después de la operación, al considerarse presentes las zonas musculares que interesará, al igual que los agujeros y vasos que salgan de ellos.

2.- Decídase si el diente retenido puede ser extraído ó no por medio; a) Seccionamiento del diente, -
b) Una combinación de remoción ósea y división dentaria
c) Solamente por exéresis del hueso vecino.

3.- Estímese la cantidad de tejido óseo que puede ser eliminado, a fin de dar una exposición adecuada y crear un espacio hacia el cual el retenido pueda ser movido en vías de extracción.

Determinese al mejor método y los mejores instrumentos para la eliminación del hueso, fresas solas escoplos solos, o la exéresis de cierta cantidad de hueso más el seccionamiento dentario.

Determinese la mejor dirección para elevar el diente retenido y los instrumentos necesarios para lograr este resultado con un trauma mínimo.

FACTORES QUE COMPLICARAN LA TECNICA OPERATORIA

1-- Curvatura anormal de la raíces.

2.- Hipercementosis.

3.- Proximidad al conducto dentario.

4.- Gran densidad ósea especialmente en los pacientes ancianos.

5.- Espacio folicular lleno de hueso, lo que se observa con mayor frecuencia en los pacientes de más de 25 años.

6.- A veces las coronas de los dientes retenidos en los pacientes ancianos, son parcialmente reabsorbidas por actividad osteoclástica, y la superficie erosionada se llena después con hueso por la actividad osteoblástica, el resultado es una anquilosis entre diente y hueso, que necesita remoción completa de todo el hueso alrededor de la corona, antes que el diente pueda ser luxado ó dividido por la fresa, el escoplo no es muy efectivo para separar estos dientes anquilosados.

7.- Acceso difícil el campo operatorio causado por:

a).- Músculo orbicular de los labios pequeño.

b).- Incapacidad para abrir bien la boca.

c).- Lengua grande e incontolable.

TECNICAS OPERATORIAS ESPECIFICAS

Colgajo de los tejidos blandos.- Para la extracción de los terceros molares inferiores retenidos, la incisión para el colgajo se empieza en la parte zingual de la línea oblicua externa a una distancia de 2cm. por distal del segundo molar inferior, y se dirige hacia a-

delante, hasta que contacte con la línea media de la su
perficie distal del segundo molar.

Se continua la incisión por vestibular alrededor del cuello del segundo molar hasta el espacio interproximal, entre el primero y el segundo molar de allí se extiende hacia abajo en dirección al surco en ángulo de 45° con el periostótomo se separa cuidadosamente el colgajo, teniendo presente que el periostio se acompaña a la mucosa bucal (Fig. 29) en la (Fig. 30) se ve otro tipo de colgajo, los terceros molares situados muy profundamente requiere un colgajo como el de la fig. 29 con el colgajo de la fig. 30 se tiene una exposición adecuada para los molares en posición A y B .

Después vuelta y sosténgase el colgajo que cubre la corona del diente retenido, puede ser mantenido en esta posición por la hoja ancha del periostótomo, esto da acceso adecuado hacia el hueso.

Es importante mantener la incisión del lado ven
tibular a fin de que la infección y el trismus posoperatorio sean mínimos, las incisiones no se hacen a lo largo de la línea oblicua interna de la rama ó de la cortical lingual, por lo complicado de las fibras musculares en estas áreas.

Para evitar el trauma quirúrgico de estos músculos haremos la incisión desde el punto medio de la superficie distal del segundo molar en diagonal, cruzando el tercer molar retenido hacia la línea oblicua ex-

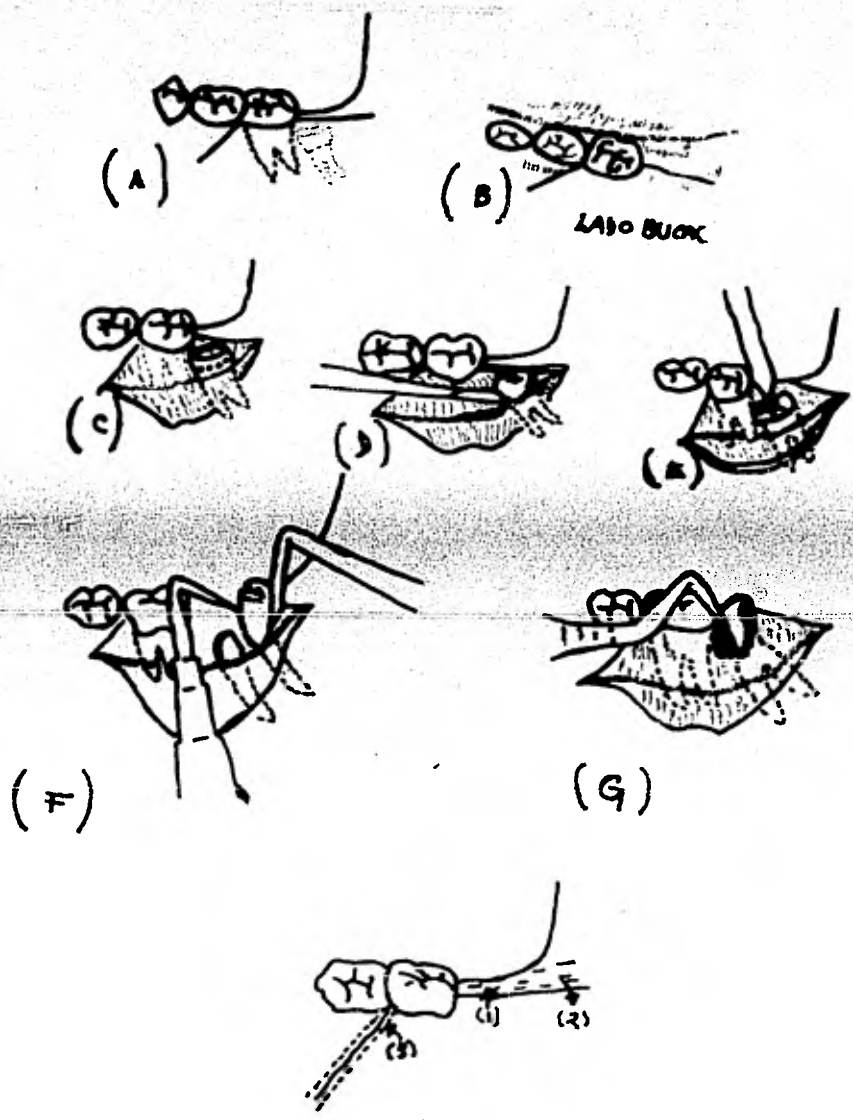


FIG 29

(#)

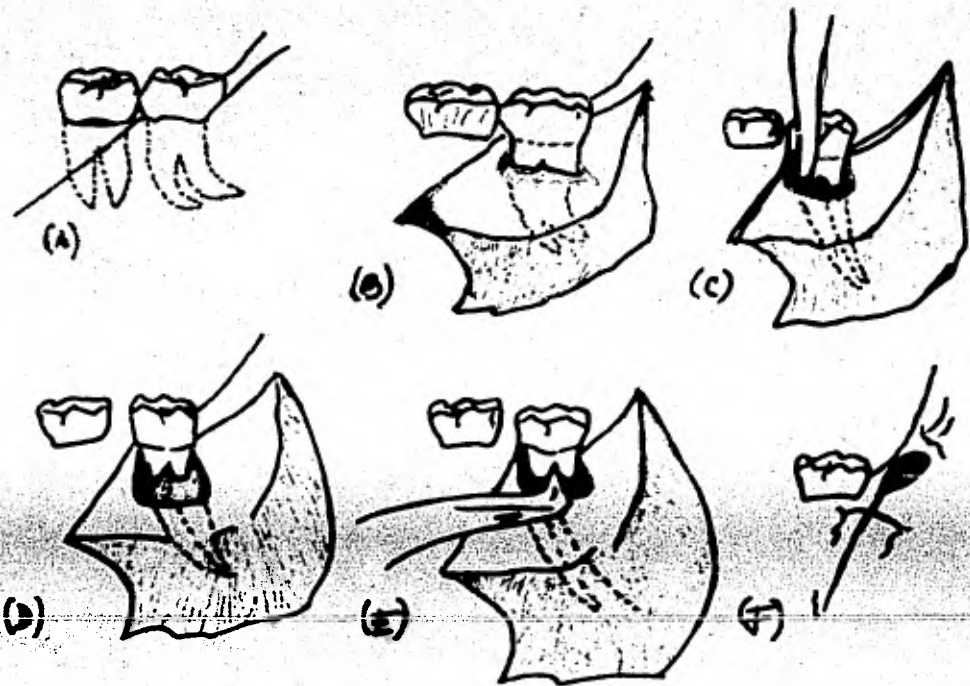


FIG 30

terna, y si es necesario a lo largo de esta las incisiones llevadas directamente hacia atrás pronto pasará la estructura ósea a la causa de que las ramas se abren hacia afuera, lateralmente. en este punto, se puede ver que una incisión que parte del punto medio de la superficie distal del segundo molar y se llevan hacia atrás se abre en la fosa pterigomaxilar.

Nuestra técnica procura alterar los tejidos blandos linguales al mínimo posible, no solamente se reduce al trismus, si no que rara vez ocurren absceso submaxilares ó parafaríngeos posoperatorio.

El colgajo vestibular debe reunir los siguientes requisitos:

1.- Permitir una exposición adecuada del sitio por operar.

Tener base ancha para asegurar buena irrigación sanguínea de los tejidos blandos.

3.- Ser bastante grande para que los tejidos blandos que rodean el sitio por operar no sean traumatizados durante la operación, y que cuando se vuelvan a colocar en su sitio los bordes se apoyen sobre una base ósea amplia.

Remoción del hueso de recubrimiento.— Si el diente retenido está completamente cubierto, quítese el hueso por medio de fresas para hueso y/o escoplos.

Fresas para hueso.— Usense fresas afiladas, especialmente en forma de punta de lanza, para comenzar -

el corte a travéss de la cortical ósea.

Cuando las hojas o bordes cortantes se se obs-
truyan con las astillas óseas, lípiése la fresa para e-
vitar que se recaliente y queme al hueso, lo que dará por
resultado la muerte de las células óseas y dolor posope-
ratorio, haganse orificios en el hueso que cubre el dien-
te retenido, a una distancia de 4mm. entre uno y otro -
profundícese hacia el diente retenido con el mínimo de -
presión y velocidad, cerca del segundo molar no se per-
foraciones con fresa para hueso, para evitar ese diente.

Límpiese el sitio constantemente con agua esterilizada mientras se está trabajando y al mismo tiempo úese el aspirador.

Escoplos.- Por medio de escoplos cóntátese los orificios hechos previamente y quítase el hueso, este método es el que causa menor traumatismo, los escoplos deben estar afilados, afflense antes de usarse, los escoplos deben esterilizarse en medio frío para no arruinar el borde cortante.

Hay dos tipos de escoplos: a).- El de presión manual, b).- Escoplos y martillo de mano.(Fig. 31).

Después que se ha eliminado el hueso que está sobre el diente retenido hay que sacar el hueso que con-
tornea la parte superior del diente retenido, si se secciona la corona se facilitará la remoción del diente -
conservando más hueso.

Reglas Generales para la Osteotomía.- La conti-

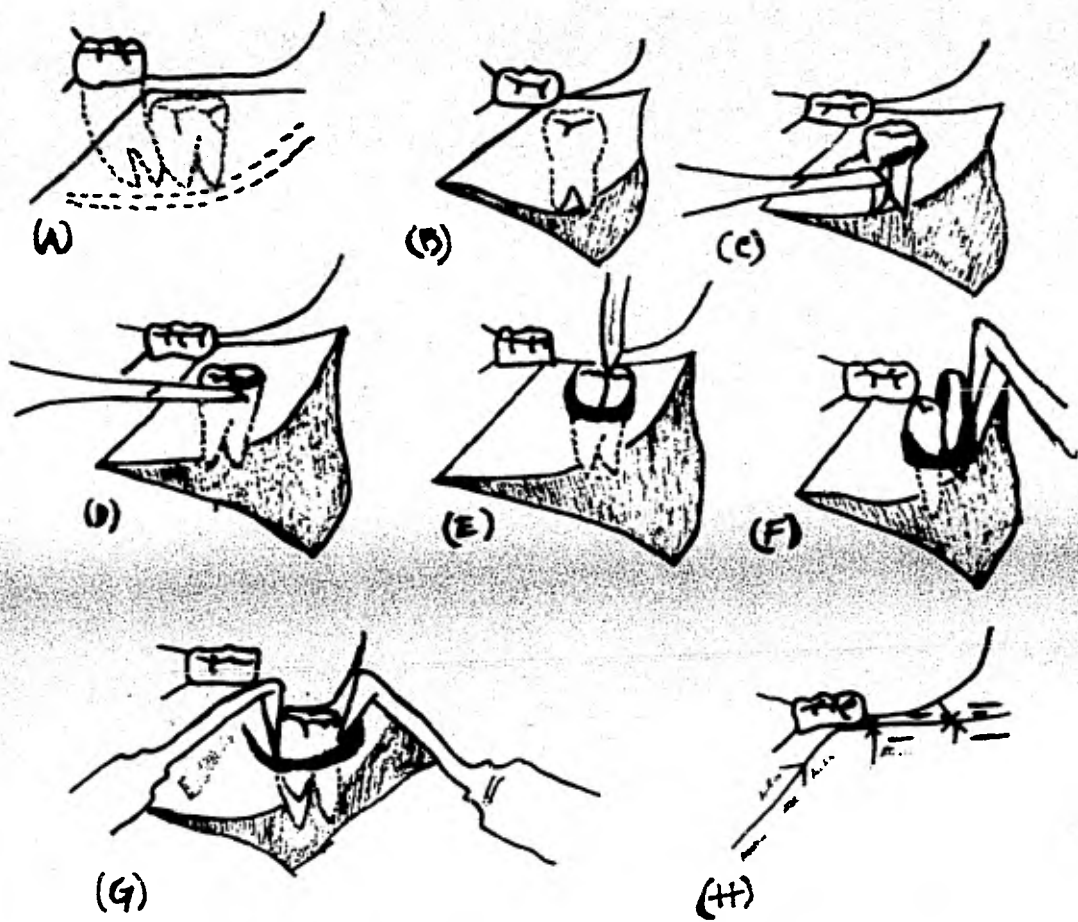


FIG 31

dad de hueso por eliminar alrededor de un diente retenido, en malposición o no erupcionado, depende del tipo de retención, la posición del diente, el acceso a la zona en que está el diente y el tamaño del diente retenido.

Debe eliminarse bastante hueso para permitir elevar el diente de su lecho, sin necesidad de presiones -- descomunales, el uso de fuerzas excesivas para tratar de elevar el diente, a través del hueso, produce generalmente fractura, nunca hay que sacar un diente retenido a través de una abertura pequeña, si no se fractura habrá mucho traumatismo, lo que aumenta las complicaciones -- posoperatorias.

Uso de la turbina quirúrgica de aire 100000 r.p.m. en cirugía bucal.-- Una técnica nueva en el tallado y -- exéresis ósea por el hueso de la turbina de ultra alta velocidad, la velocidad es superior a 100000 r.m.p. con fresas quirúrgicas de carburo especialmente manufacturadas, que permiten la remoción de hueso con un simple -- movimiento de froté, esta técnica es aplicable en la osteotomía, dientes retenidos, seccionamiento dentario, reducción de toro palatino y lingual, incisión ósea en la rama vertical, osteotomía, alveolotomía y eliminación de hueso denso donde se indican los procedimientos de -- cirugía bucal.

Esta turbina, con pieza de mano ultrarrápida, funciona por medio de nitrógeno ó aire comprimido, el -- spray como agente de refrigeración no se indica, pues --

se ha probado que es imposible tener condiciones de asepsia completa donde se anexa una reserva de agua, la irrigación por medio de una jeringa bulbo es adecuada, aunque los estudios histológicos han demostrado que no hay necrosis ósea después de este fresado con refrigerantes ó sin ellos.

Es indispensable que el charco del agente refrigerante en espray usado previamente en la pieza de mano dental, ha usado considerable contaminación, hasta que patriculas de sangre y agua son llevadas más allá del sitio de trabajo, en consecuencia esta nueva pieza de mano fue diseñada y desarrollada sin agente de refrigeración para vencer el problema de la esterilización del instrumento quirúrgico en el autoclave.

Esta unidad es diseñada como pieza de mano recta donde se sujeta la fresa por fricción que permite cambios rápidos de una fresa a otra, es un extremo deseable - el control instantáneo con el extremo del dedo con los controles más comunes del piso.

Cuando se requiere mayor longitud para la pieza de mano, se agregan uniones de titanio adicional, como sería el caso de la reducción de los torus palatinos y osteotomía vertical de la mandíbula, un mínimo de 100lb. de presión de gas es la fuerza necesaria de esta unidad portátil, el nitrógeno es recomendable a causa de su propiedad inerte y condición estéril.

Treinta y Dos Fresas.- Son empleadas para cirugía

ósea general y especial, las fresas más aplicadas en cirugía bucal son las series de carburo, figura dentada - No 02 y 04.

Estas fresas se usan generalmente para seccionar dientes retenidos, como para exéres de hueso vestibular las fresas de carburo No. 03 y 10 son redondeadas y recomendadas para eliminar hueso cerca de dientes retenidos las series de acero de alta velocidad contiene el No. 07, el cual ha sido usado para reducción de hueso denso tora y alveolotomías, el No 14 se recomienda pra incisiones óseas en osteotomías del maxilar inferior, los No 26 y - 26.5 se indican para ligaduras óseas de fracturas de hueso faciales, estas fresas contienen un ojo pequeño para pasar un alambre.

Exposición de un Diente Retenido.-Los colgajos de rutina de tejidos blandos son separados, algunas veces más largos de lo normal, para asegurar suficiente superficie de operación, no habrá vacilación en ordenar el trazado del colgajo de suficiente tamaño para proveer el máximo de visibilidad, acceso amplio y una vasta superficie de hueso sobre el cual el colgajo marginal puede descansar con óptima cicatrización.

La pieza de mano de la turbina de aire, con fresas de carburo No 08 ó 04, se emplea frotando suavemente todo el hueso obstructivo y suprayacente, no será exigida sobre la pieza de mano presión mayor que la que empleamos cuando escribimos con lápiz, el hueso es removido

por la fresa y convertido indirectamente en emulsión con la sangre eliminada por aspiración, después que se ha extraído suficiente hueso obstructor para permitir la visualización del diente, son eliminadas pequeñas cantidades de hueso vestibular y distal para crear una pequeña cavidad, después es aconsejable la sección del diente con fresa No 04, para facilitar su extirpación, en múltiples piezas, se reduce al mínimo la pérdida excesiva de hueso, estos dos psas de la turbina de aire tiene todas las cualidades necesarias para la exéresis ósea, esta es suave - en su acción y extremadamente precisa, ha demostrado ser un 50 % más efectiva que otros métodos comúnmente usados en la exéresis ósea, es de mayor significación el patrón de cicatrización, la aposición de hueso nuevo, en la superficie del corte, y el grado de reparación son mejorados cuando se emplea la turbina de aire.

Evaluación de los Resultados Posoperatorios.-A continuación se mencionarán los resultados posoperatorios, cuando se emplea el método anterior y se fue comparado con otros procedimientos que indican lo siguiente:

1.- El trauma y dolor posoperatorio fueron reducidos, aproximadamente al 50 % los labios no muestran evidencia de abrición, por el toque fugaz aplicado, y en tanto que el instrumento sea refrigerado con aire, no habrá calor en la pieza de mano, el rango de las vibraciones excede la percepción del sonido, y un trauma mínimo es experimentado por el paciente, virtualmente, el dolor

no se refleja ni en el borde de la mandíbula.

2.- La tumefacción posoperatoria fue reducida, la mayor parte del edema ocurrido se atribuyó al colgajo el edema no se atribuye a la entrada del aire por el fresado quirúrgico.

3.- La hemorragia posoperatoria fue relativamente la misma, pero nunca ha creado algún problema especial.

4.- El tiempo requerido para la cirugía se reduce aproximadamente en un 60 %.

5.- El escaso esfuerzo requerido dió por resultado que la intervención fuera más fácil y con menor fatiga para el cirujano.

6.- Como la pieza de mano está estéril, se mantiene las condiciones de asepsia.

EXTRACCION DEL DIENTE RETENIDO EN SU LECHO

Después de liberar el diente, debe obtenerse suficiente espacio entre el ecuador del diente retenido y hueso para permitir la entrada de un elevador, de modo que la punta puede ser colocada debajo de la corona, además debe quitarse suficiente hueso por distal para obtener un espacio por el cual pueda moverse el diente, este es levantado de su lecho por medio de un elevador.

Si el diente retenido no sale mediante presión moderada, sáquese el elevador y examínese el diente y el hueso, para determinar la causa de su resistencia si se ha eliminado poco hueso hay que quitar más.

Si la corona del diente retenido está todavía aprisionada debajo del contorno del segundo molar, alérgese el espacio por distal del tercer molar, hacia el cual debe moverse dicho diente, el método es el de seccionar la corona del tercer molar.

No se aplique fuerza cuando se intente sacar un diente retenido, hasta que toda la resistencia producida por el hueso compacto haya sido eliminada, esto es muy importante en los terceros molares inferiores, porque puede producirse la fractura del maxilar inferior.

Técnica del Seccionamiento.- Una de las más valiosas ayudas para la remoción de muchos terceros molares inferiores retenidos, es la técnica del seccionamiento, ósea la reducción de la corona en piezas pequeñas - que se van sacando permitiendo la creación de un espacio a través del cual se quitan las porciones restantes de la raíz, esto se completa mediante escoplos ó fresas, y en muchos casos mediante una combinación de ambos.

Por este proceso de destrucción del diente, más bien del hueso que lo rodea, se conserva mucha sustancia ósea que tendría que ser regenerada en la cicatrización posoperatoria.

Ventajas.- El campo de operación es más pequeño ya que al trabajar poco ó nada, en la zona posterior del diente, las incisiones son menos extensas, esto significa menor hinchazón y menor trismus posoperatorio.

Sin embargo es preferible exponer mayor campo operatorio que demasiado pequeño.

2.- La exéresis ósea es eliminada, o considerablemente reducida.

3.- El tiempo operatorio se acorta, un simple golpe de escoplo que secciona un diente proveerá de espacio suficiente, que de otra manera requerirá muchos golpes de escoplo, ó muchas revoluciones de fresa o muchas aplicaciones de gubia para producir el mismo espacio en el hueso.

4.- El trismo producido por la lesión de los ligamentos de la articulación temporomaxilar, resultado de la elevación del diente por la fuerza, se elimina con este método se usan solamente pequeños elevadores.

5.- No se lesionan los dientes adyacentes y el hueso, no se forza el diente para evitar la convexidad del diente anterior, ni el hueso se somete a grandes presiones, cuando de lo usa como punto de apoyo, generalmente se producen secuestroctomías.

6.- El riesgo de fractura es menor, muchas fracturas de la mandíbula resultan de extracciones forzadas por lo común dientes retenidos en posición vertical ó mesioangular, en los cuales no se ha sacado suficiente hueso, y el operador trató de forzar el diente a través del hueso.

7.- Se previene el adormecimiento del labio consecutivo a la extracción de los terceros molares inferiores retenidos, en los que se haya hecho potente palanca, y forzado las raíces del diente contra el nervio den

tario inferior.

Desventajas.- Los dientes con surcos poco profundos no se parten, seccionese la corona con una fresa.

2.- Dientes de pacientes ancianos, difíciles de seccionar, en estos casos se secciona con fresa.

3.- En algunos casos es imposible colocar el escoplo, siguiendo el eje longitudinal del diente, esto es esencial para que el diente se parta.

4.- Muchas veces, partir el diente tiene poca ventaja, porque no se puede controlar la dirección del corte.

5.- Los pacientes sufren en general molestias por el uso del escoplo, si la operación se hace con anestesia local, este factor que debe considerarse.

EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES

RETENIDOS POR LA TECNICA DEL SECCIONAMIENTO

Aunque es cierto que esta técnica reduce mucho la cantidad de hueso por eliminar, es igualmente cierto que la gran mayoría de los terceros molares retenidos - requieren la eliminación de alguna porción del hueso adyacente.

Como regla general, la Clase I, posición A retención mesioangular, requiere poca remoción de hueso, sin embargo en algunos casos es necesario reducir la cortical vestibular a fin de exponer el ángulo mesiovestibular a fin de exponer el ángulo mesiovestibular y el surco correspondiente, después la porción mesial de la coro

na, que esta colocada debajo de la convexidad del segundo molar, puede ser separada de las raíces por medio de un escoplo filoso, que se inserta en ese surco y es golpeado habitualmente con un martillo.

Cuando más profunda sea la retención ósea, tanto más deberá removerse la lámina vestibular, quitando con escoplo al menos hasta la altura del ecuador dentario.

EXTRACCION DE UN TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION VERTICAL CLASE II

A).- Tercer molar inferior retenido vertical de la clase II, B).- Colgajo separado, C) Limite del hueso por eliminar delineado con agujeros echos con fresa de punta de lanza, D).- Hueso cortical, eliminando para exponer completamente la corona, E).- La intención de partir el diente ha fallado y solamente se separaron las coronas de las raíces, F) .- Se quitan las dos mitades de la corona., G).- y H).- Se hace un surco en la raíz, I) y J).- Con la punta del elevador No 320 insertada en el surco, y usando la cortical vestibular como punto de apoyo, se sacan las raíces, K).- El colgajo suturado - (Fig. No. 32).

POSICION DISTOANGULAR - CLASE II

A, B,C,D).- Ya se han explicado antes, E).- La hendidura en este caso, se separó la corona y las raíces si la inclinación distal del tercer molar no permite colocar el escoplo paralelo al eje longitudinal del diente, córtese después la corona con una fresa, F,G, y H).- Se

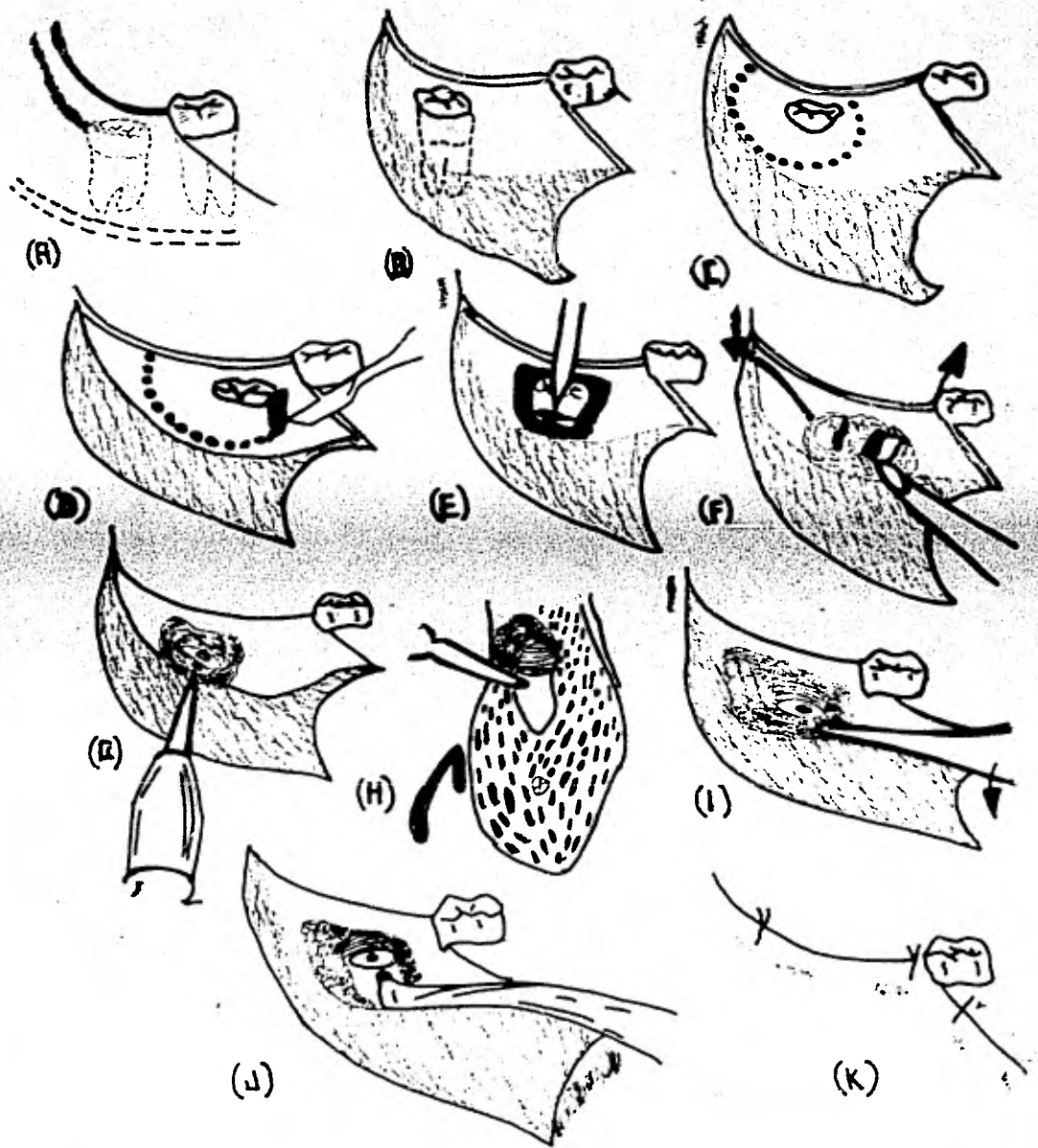


FIG 32

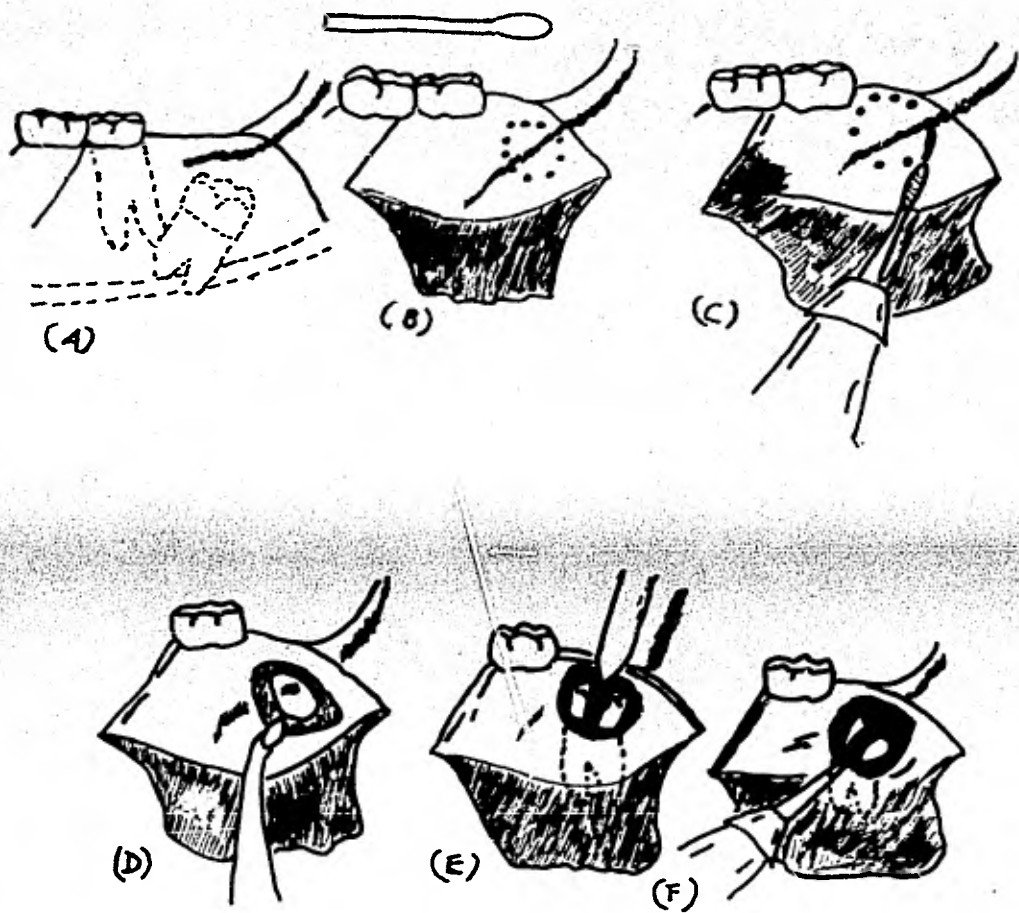


FIG 33

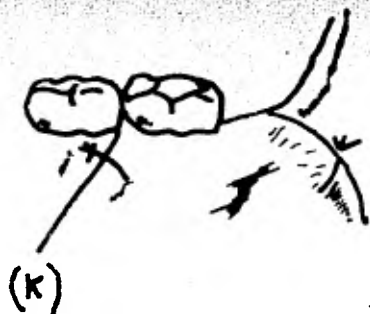
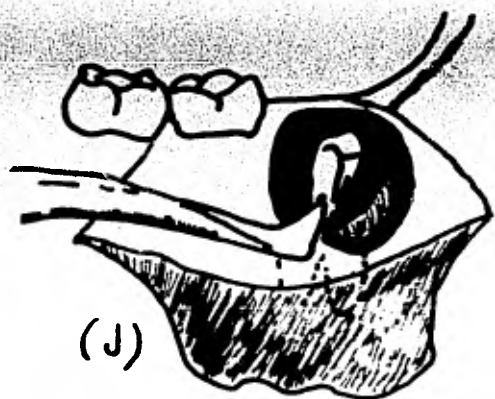
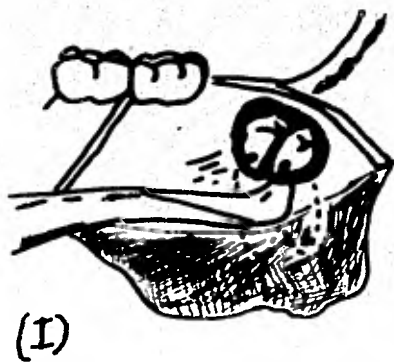
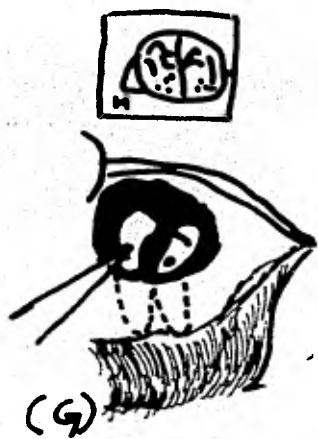


FIG. 33

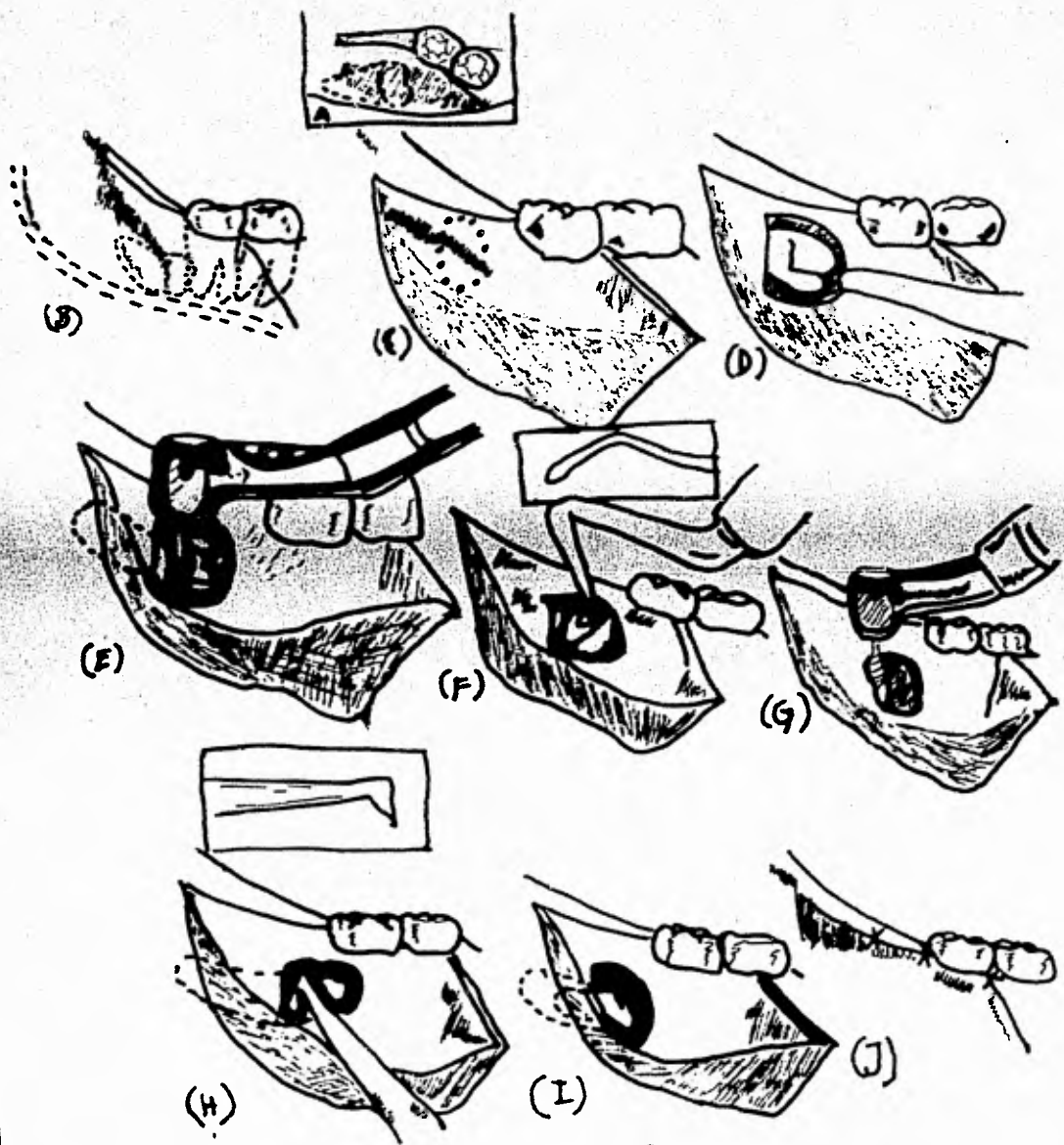


FIG 34

hacen agujeros en cada mitad del diente a nivel del margen gingival, I y J).-Con elevador No 321 se levanta cada segmento, K).- El colgajo suturado en su lugar, (Fig No 33)

RETENSION HORIZONTAL CLASE I POSICION C

Se expone la corona, después de haber separado el colgajo bastante amplio, como se muestra en A, B, C y D).- La corona se parte y la parte superior se quita, - (E y F).- La parte inferior de la corona se corta con una fresa de fisura y se elimina, G).- Se hace un surco en la raíz, H).e I).- Con un elevador No 320, y con el hueso cortical como punto de apoyo, se mueve la porción radicular hacia delante y se extrae, (Fig. No. 34).

RETENSION MESIOANGULAR CLASE I POSICION B

El caso de la Fig. No. 35 muestra que se complica más por la traba del hueso interradicular entre las raíces y por la curvatura distal en ángulo recto, del tercio apical de la raíz mesial, la cual contacta con la raíz distal, como se muestra en la fig. 35 A, la superficie oclusal es visible y la línea de incisión en ella se muestra en el caso de la fig. 35 A.

La fig. 35 B muestra el colgajo separado, el hueso ha sido extraído debajo de la bifurcación con fresa y escoplo, técnica ya descrita, el hueso interradicular se extiende de la cortical vestibular a la lingual, fijando el diente en posición, ocasionalmente, pequeñas áreas de hueso encerrado son frecuentadas por la acción de los elevadores, cuando estos son aplicados a algunas retenciones, pero siempre a saber el plan de separar —

estas raíces y extraer cada raíz por separado, en este caso un escoplo afilado y agudo fue usado en el surco vestibular paralelo al eje longitudinal del diente, y se dió un golpe seco con un martillo con la intención de que la corona se separe a través de la bifurcación radicular.

En este caso se completa la separación de las raíces cortando a través de la bifurcación desde vestibular hasta lingual, con una fresa de fisura dentada ó con un escoplo agudo, colocado en la bifurcación y dirigido entre las raíces.

Se perfora un punto en el cuello de la raíz mesial, como se muestra en la fig. 35 C y con la punta de un elevador apical esta porción del diente es elevada y luxada hacia distal, simultáneamente, de manera que se destrabe la curvatura distal del ápice, como se muestra en la fig. 35 D.

El mismo elevador apical se coloca nuevamente entre la raíz distal del hueso, a lo largo de la superficie distal, por presión manual, ó si es necesario, se perfora con una fresa un punto de entrada, en el espacio periodontal, y entonces la punta del elevador se coloca en ese espacio.

Con la cresta del reborde como punto de apoyo, la raíz distal es luxada hacia mesial y sacada de su alveolo, como se muestra en la fig. 35 E, el colgajo es suturado en su lugar fig. 35 F.

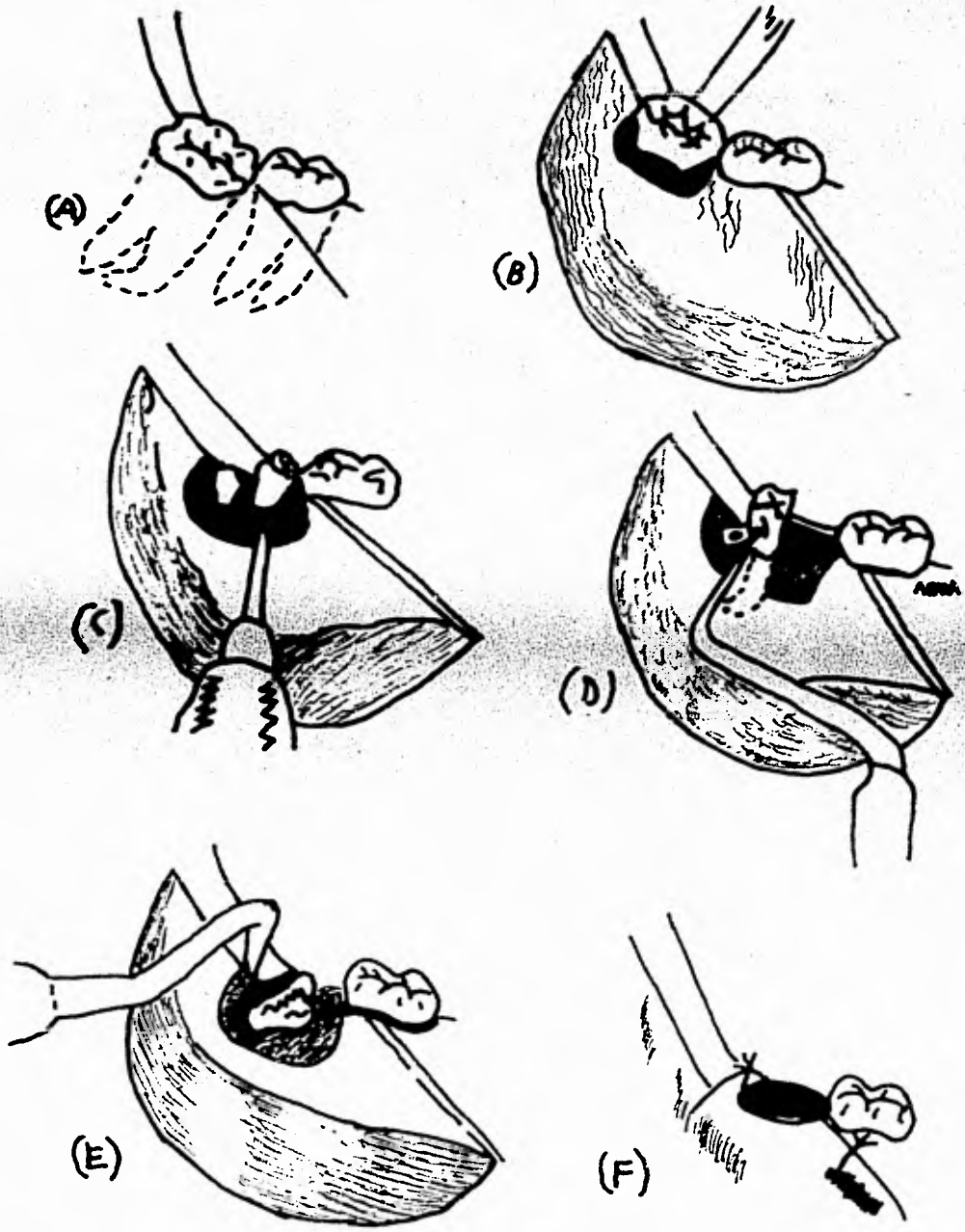


FIG 35

RETENIDOS EN ZONAS DESDENTADAS

Deben hacerse estudios radiograficos de estas zonas para determinar la técnica que se utilizará a fin de prevenir las fracturas de la mandíbula, las radiografías deben tener la mínima distorsión posible e incluyen radiografías periapicales, oclusales y estrabucuales oblicuas, estas revelarán la posición, tamaño y forma del diente retenido y la cantidad de hueso interesado.

La técnica depende principalmente de la cantidad de hueso que haya entre el borde inferior de la mandíbula y el ápice radicular del diente por extraer, en segundo lugar, del grosor de las láminas vestibular y lingual; el hueso que cubre la corona, si lo hay es de menor valor en lo concerniente a la resistencia de la mandíbula porque habrá de eliminarse para ganar acceso hacia el diente, si se elige el abordaje intrabucal, en tercer lugar, depende de la forma de la corona y del número de raíces, si fuera más de una. (Fig. 36, 37 y 38).

EXTIRPACION DEL SACO PERICORONARIO

El tercer molar inferior recientemente erupcionado puede tener un denso saco pericoronario fibroso, que cubra los dos tercios ó menos, de su superficie oclusal (Fig. 39), con frecuencia este tejido causa gran molestia al paciente, pues puede inflamarse como consecuencia de un trauma masticatorio, ocasionado por el tercer molar superior al ocluir, ó por infección que resulte del desarrollo bacteriano en un medio ideal, como el que se halla entre el saco pericoronario y la cúspide distal de

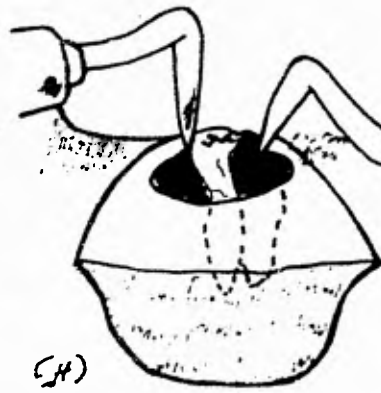
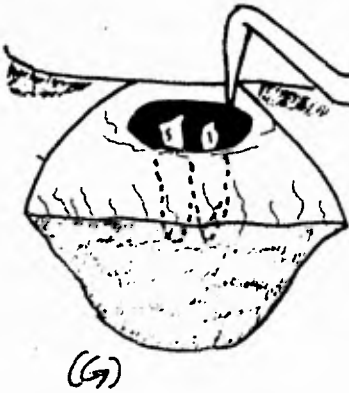
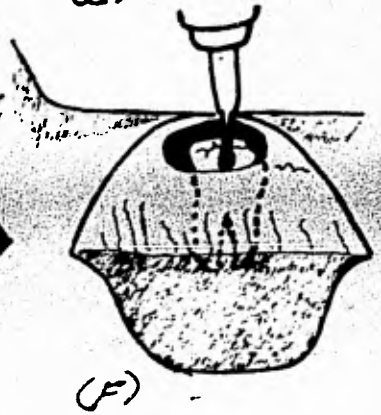
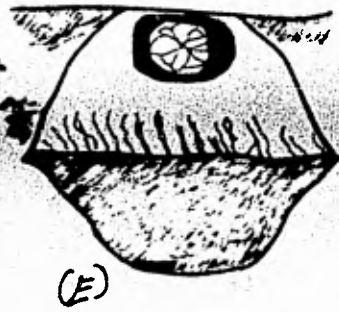
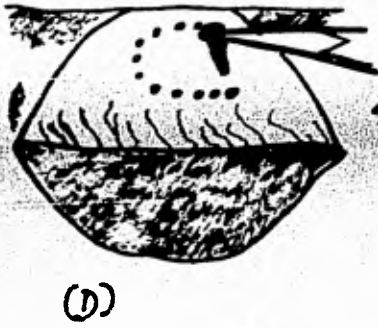
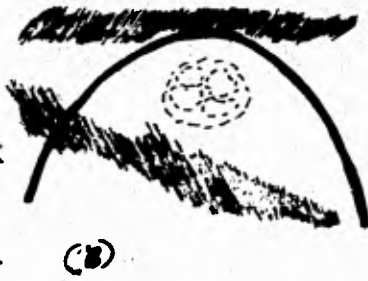
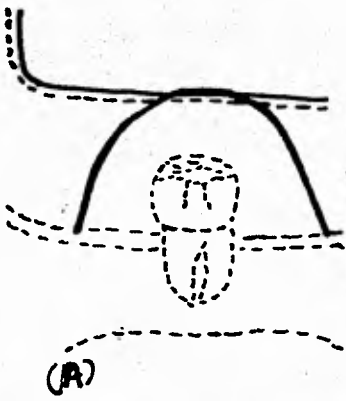


Fig 36

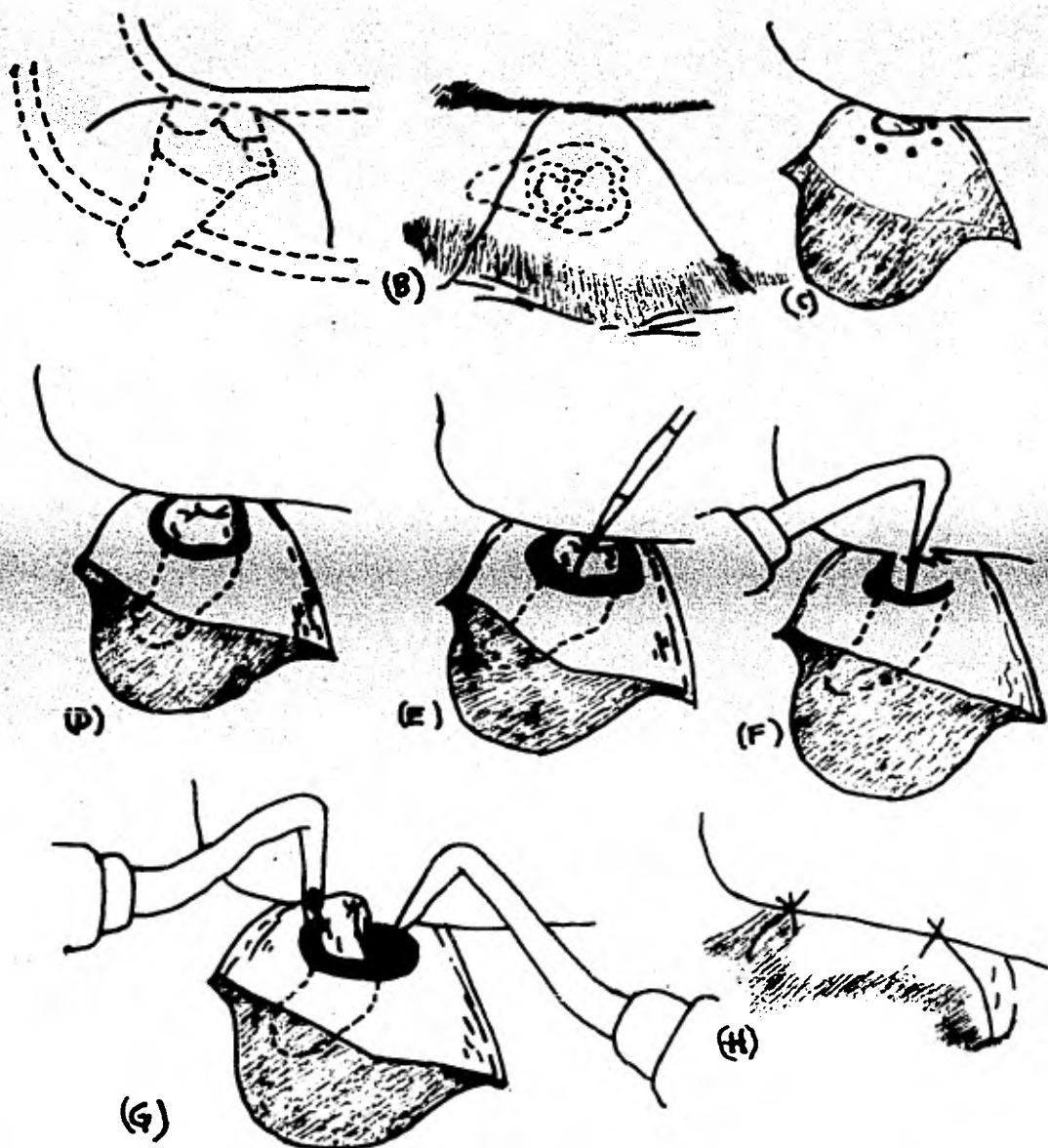


FIG 37

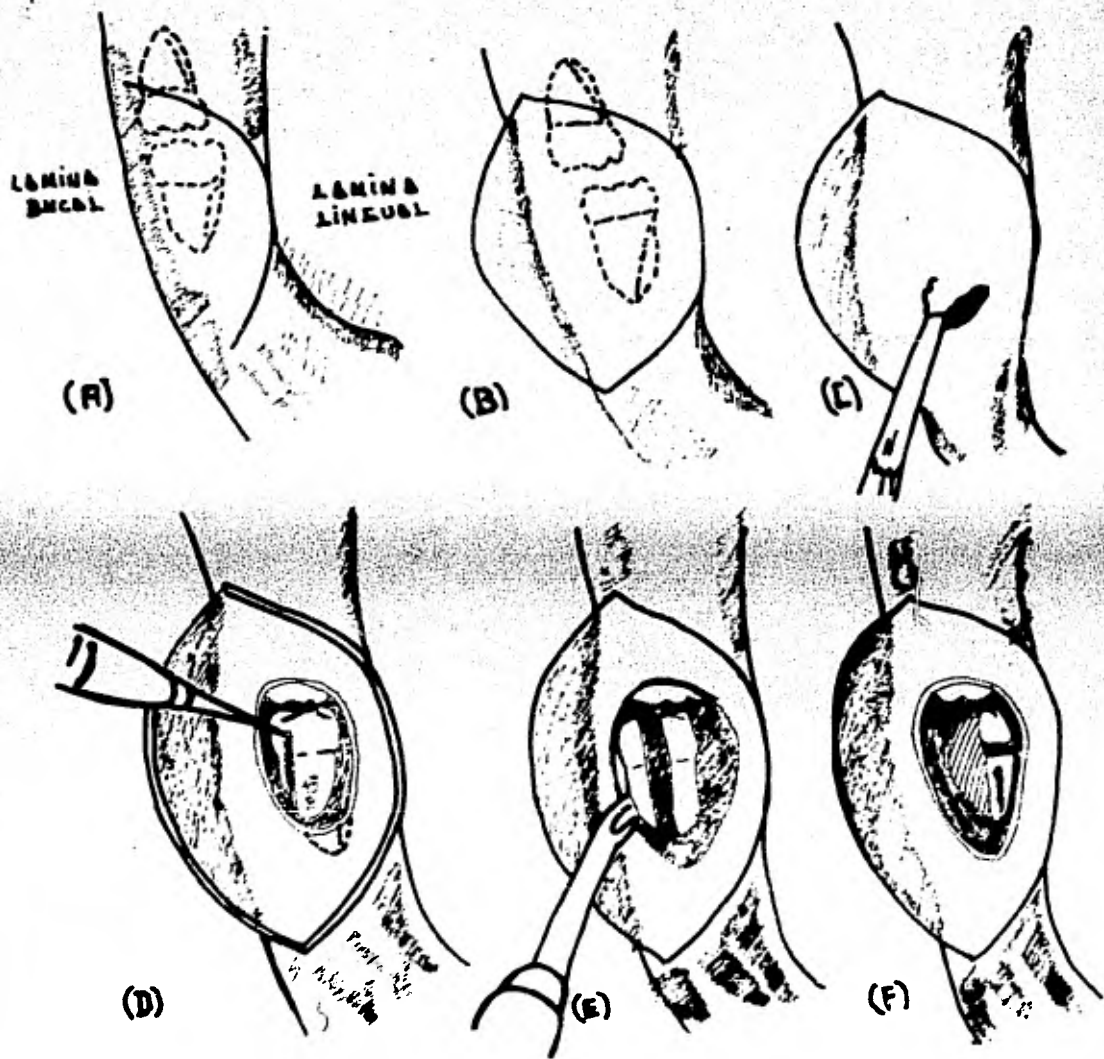


FIG 38

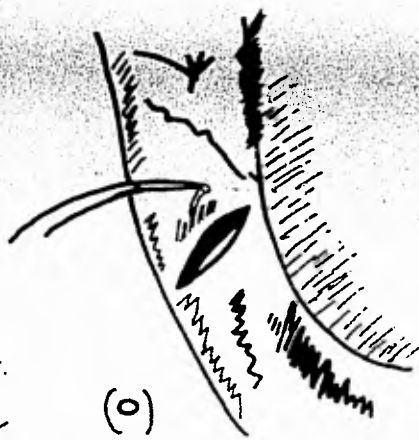
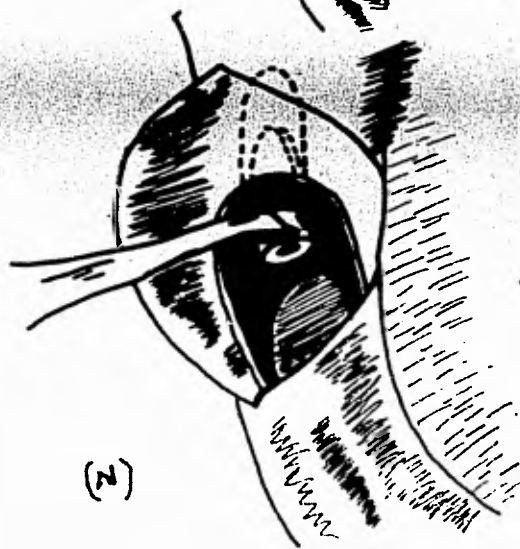
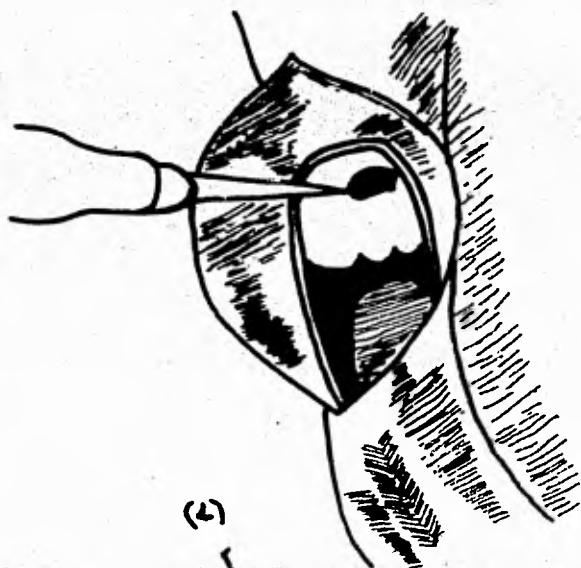


FIG 38

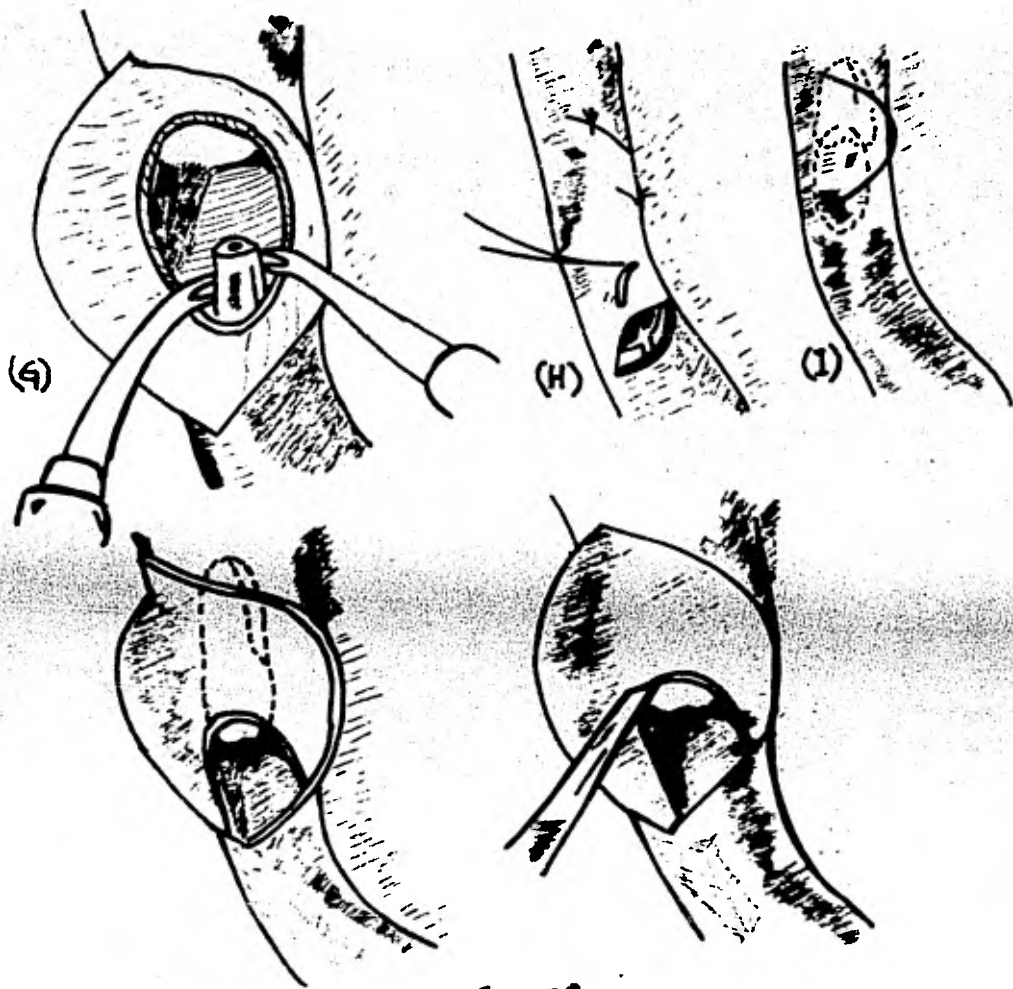


FIG 38

la corona.

La extirpación del saco pericoronario está indicada y se lleva a cabo como se muestra en la fig. 39.

En la fig. 39 A y B se muestra un saco pericoronario que cubre el 50 % de la superficie oclusal de un tercer molar inferior erupcionado por completo, el método más eficiente para la extirpación de este denso tejido fibroso mucoperiostio es usar el ansa del electrocauterio, el ansa es colocada debajo del saco pericoronario lo más directamente posible, si es factible, debajo de la superficie del diente y alrededor de ella . (Fig. 39 C).

Cuando ha alcanzado el ansa esta posición, se cierra el circuito eléctrico, con lo que se corta la mayor parte del tejido, recortése el tejido de la zona distal del molar para eliminar la cripta existente.

Se lleva a cabo como se ve en la Fig. 39 D por la colocación del ansa, sobre la cresta del tejido, a medio cm. aproximadamente hacia distal de la corona, y se secciona en forma descendente, de manera que el tejido es alisado, con el resultado final que se muestra en la Fig. 39 E.

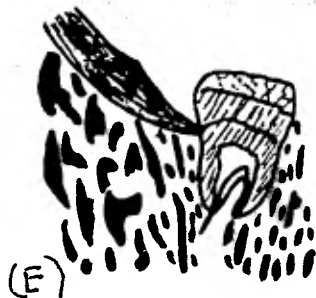
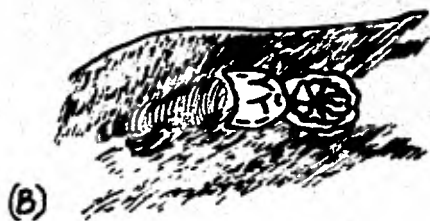
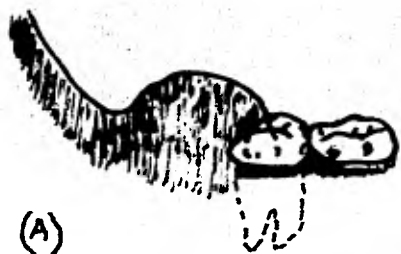


FIG 39

EXTRACCION QUIRURGICA DE TERCEROS

MOLARES SUPERIORES RETENIDOS

PLANEAMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

Deben observarse los siguientes pasos para la extracción de los terceros molares superiores retenidos :

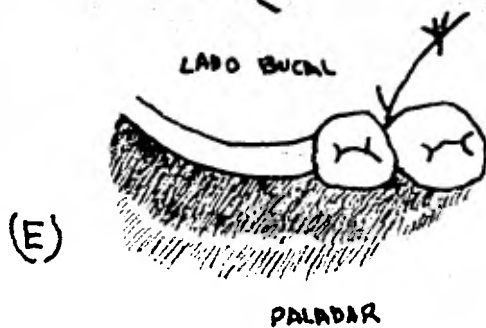
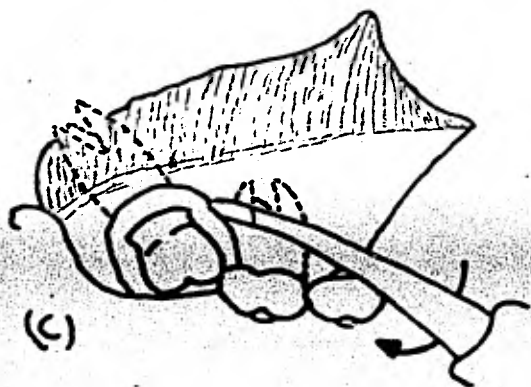
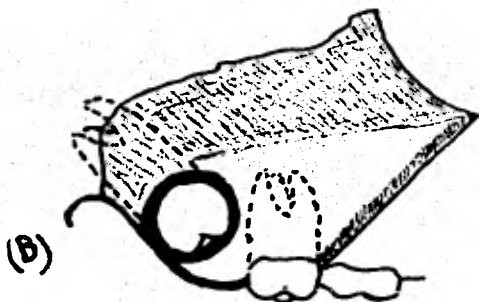
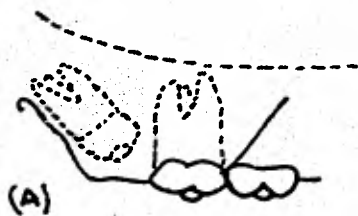
1.- Hágase un examen visual y digital de los tejidos blandos, duros y dientes adyacentes y/o sobre puestos al diente retenido.

2.- Estúdiense las radiografías del diente por extraer, los tejidos vecinos y dientes adyacentes.

3.- Clasifíquese el tipo de retención.

4.- Ver las figs. 40 y 41.

Factores que complican la extracción quirúrgica de los terceros molares superiores retenidos.- Los factores que complicarán la técnica operatoria la extracción quirúrgica de las retenciones del tercer molar superior son : proximidad del seno maxilar, ubicación del tercer molar superior ó inmediatamente por encima de ellas, fusión del tercer molar con las raíces del segundo, curvatura radicular anormal, hiper cementosis, proximidad al hueso cigimático del maxilar, densidad ósea externa, especialmente en pacientes mayores; espacio folicular llano con hueso, lo que se ve con mayor frecuencia en pacientes ancianos, dificultad de acceso al sitio operatorio a causa del músculo orbicular de los labios, ó incapacidad para abrir la boca ampliamente.



F. 6 40

lar ó fosa pterigomaxilar, a causa de este peligro la técnica del seccionamiento no es aplicable a no es necesaria para la extracción de terceros molares superiores retenidos.

Después que el hueso vecino ha sido eliminado y expuesta la corona del diente, elimínese hueso suficiente para exponer el ecuador de la corona del diente retenido.

Extracción del Tercer Molar Superior Retenido.-

Una vez obtenido suficiente espacio entre el ecuador del diente retenido y el hueso, como para permitir la introducción de un elevador, de modo que la punta de este pueda ser colocada debajo de la corona, cerca del borde gingival, en el ángulo mesiovertibular, del diente retenido - se levanta de su lecho por medio de elevadores, los más útil es para esta operación son los Miller 73, para superiores izquierdos y 74 para los derechos.

Hay que tener cuidado de que el elevador esté colocado debajo de la corona y al nivel del punto más alto de la ventana labrada en el hueso, y de que la presión sea hacia vestibular y distal, esto es para evitar que el diente retenido sea forzado al seno maxilar ó a la fosa pterigomaxilar.

Si el diente se introduce en el seno maxilar, será necesario abrir por encima de la zona de los premolares para eliminar el diente.

Nota los siguientes puntos, lo más importante

para la extracción del diente retenido, es una abertura adecuada, lo que significa la eliminación del hueso que recubre y rodea al diente más allá de la altura del contorno de la corona.

Debe haber espacio suficiente para pasar la punta de un elevador por debajo de la corona y entre esta y el hueso que lo rodea.

RETENSIÓN MASIOANGULAR PALATINAMENTE

En el caso de la Fig. 41, el tercer molar retenido puede estar fusionada al segundo molar, a veces es posible identificar las raíces del segundo molar, las cuales parecen estar superpuestas sobre la corona del tercer molar, visto el hecho de que fue imposible palpar por vestibular la corona del tercer molar, se supuso que la corona y cuerpo del diente estarían en palatino.

La técnica del desplazamiento de la imagen confirma esta posibilidad, en las Figs. 41 A y B, se ve la línea de incisión para exponer la estructura ósea que cubre al diente, es decir, sobre la tuberosidad, alrededor del cuello por palatino del segundo molar superior y el primer molar y a través del espacio presente, en este caso entre el primer premolar y el primer molar, la Fig. 41 D muestra el colgajo levantado naturalmente, la razón del colgajo hecho de esta manera era evitar el corte a través de la arteria palatina anterior, se efectuó la exéresis ósea suprayacente al diente con fresas, con elevador la corona fue eliminada del alveolo y el diente, -

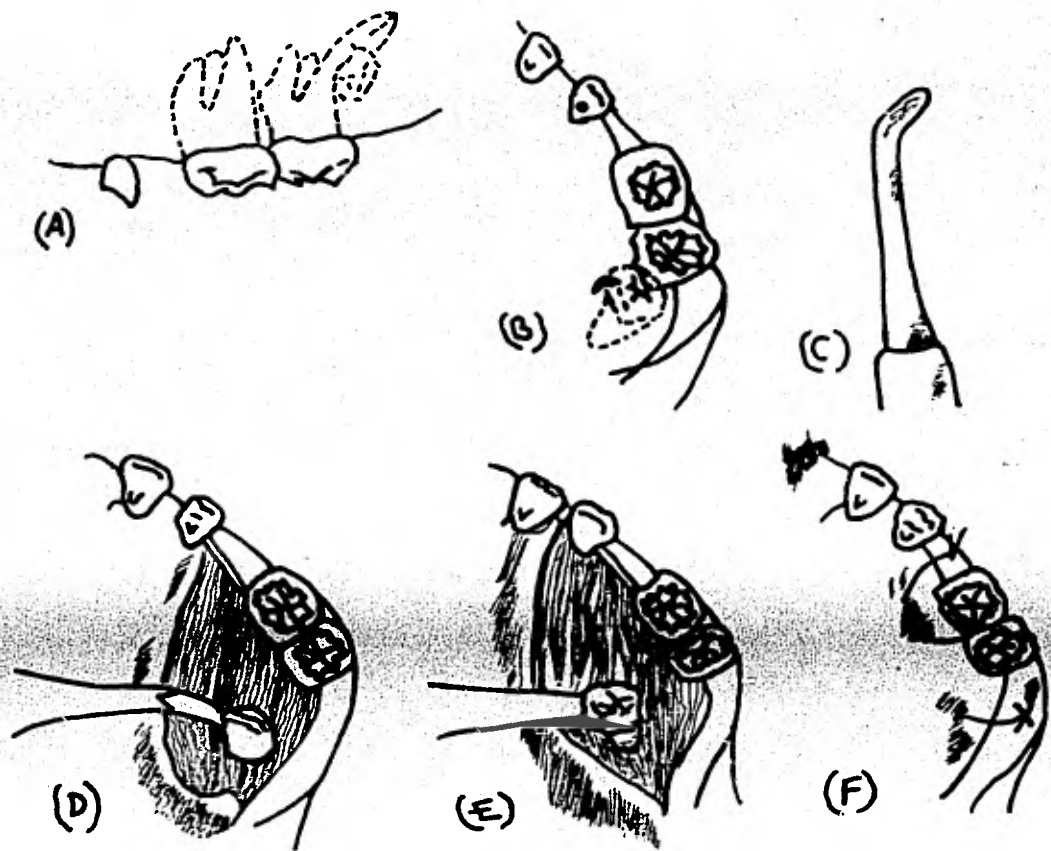


Fig. 41

VII CONCLUSIONES

Los terceros molares son los dientes que con mayor frecuencia se encuentran retenidos, esto se debe a que son los últimos en hacer erupción, en relación a esto nos vamos a encontrar con muchos problemas y los más comunes son la infección y el dolor, nos podemos presentar con bolsas periodontales en primera instancia y después pericoronitis, que puede ser transitoria y leve, ó desarrollarse y provocar una infección grave, que llegue a afectar los espacios Aponeuróticos, en este caso se realizará un tratamiento que va desde irrigación local y desbridamiento del colgajo pericoronario hasta la extracción del diente.

Encontramos distintas teorías a cerca de la retención de los terceros molares estas hablan de que se pueden llegar a retener los dientes por herencia, por hábitos nutricionales ó por interferencias en los movimientos de los dientes durante el crecimiento de los maxilares, dentro de las causa sistémicas se han encontrado las posnatales que van a interferir en el desarrollo del niño y enfermedades raras que se presentan después del nacimiento del niño, pero que aparentemente lo afecta desde la vida intrauterina y que interfieren en el desarrollo normal posnatal.

Los terceros molares en su intento de erupcionar producen una serie de accidentes patológicos diversos de variado aspecto e intensidad.

Estos accidentes se nos van a presentar con mayor frecuencia en pacientes de raza blanca y en el sexo femenino por falta de espacio, también por la edad que varía entre 18 y 28 años es la edad en que se presentan más.

Debido a su variedad clínica y distinta intensidad que va desde el proceso local de poca importancia - hasta el flemón gangrenoso del suelo de la boca por lo anterior ha sido necesario clasificarlos y son los accidentes mucosos, nerviosos, celulares, óseos, linfáticos, tumorales y el tratamiento para estos son medio quirúrgicos y médicos.

Dentro de los accidentes mucosos nos encontramos con la pericoronitis ó con la gingivostomatitis ulceromembranosa y se debe tratar con solución de ácido crómico al 10 % y en casos rebeldes se usa una solución de nitrato de plata al 20 % y lavados enjuagatorios con bicarbonato 5 gr., ácido 4 gr. y agua destilada 100gr., una cucharada en un vaso de agua.

Dentro de los accidentes nerviosos dentro de la práctica diaria nos los vamos a encontrar con mucha frecuencia debido a la presión que ejerce el diente retenido sobre los dientes vecinos, sobre sus nervios ó sobre troncos mayores, la forma de tratarlos es eliminando la causa y la forma de vencer el trismus es administrando antiinflamatorios y relajantes musculares.

Los accidentes celulares se nos van a presentar con inflamaciones y abscesos y la forma más rápida de -

tratarlos es haciendo una incisión con bisturí ó con galvano-cauterio, tratando rápidamente el foco inicial para evitar una nueva colección purulenta.

Los accidentes óseos es muy difícil de que los llegemos a encontrar, en el caso de localizarlos serían casos como osteítis, osteomielitis y osteoflemonas, para tratar estos accidentes tenemos primero que determinar que tipo de lesión se nos esta presentando, una vez identificada la lesión por medio de tratamiento general y local, esto en el caso de osteomielitis, en la osteítis el tratamiento siempre es quirúrgico.

Accidentes linfáticos nos los encontramos con infección de los ganglios maxilares ó submaxilares que los vemos como una adenitis, el ganglio lo encontramos doloroso a la palpación y espontáneo, esto se presenta cuando la infección ya es muy grande y se instala un absceso y el tratamiento tiene que ser quirúrgico.

Los accidentes tumorales estos son se originan de los tumores odontogénicos, y son los quistes dentígenos, y que se infectan dan procesos supurativos y que se complican y presentan la osteítis y la osteomielitis y el tratamiento es quirúrgico y se realiza resección la cual se efectúa con cucharillas.

Los accidentes de erupción se les denomina de esta manera por ser condiciones que van a impedir la erupción de los terceros molares.

Mi comentario en cuanto a la clasificación de -

los terceros molares es el que yo me base en la clasificación de Winter por considerarla la más completa y la más fácil de entender, la posición y profundidad a la que nos podemos encontrar los terceros molares, el estudio radiográfico es muy importante en el momento de la intervención quirúrgica debido a que sin él no podríamos determinar con exactitud la posición de nuestro diente problema, y no podríamos aplicar determinada técnica ó no podríamos sacarlo en el menor tiempo posible y traumatizaríamos demasiado a nuestro paciente y no sabríamos en que posición aplicar la fuerza para la extracción de nuestro molar.

Sin el estudio radiográfico no podríamos determinar la profundidad, forma de la corona, posición y forma de las raíces y desviaciones del molar.

En lo referente a la anestesia es importante que tipo de anestésico vamos a emplear que no represente ningún riesgo para el paciente, por lo tanto tenemos diferentes anestésicos ya mencionados anteriormente también es importante saber la técnica de inyección más adecuada esto es con el fin de tener mayor profundidad y el mayor tiempo para poder realizar nuestra intervención sin ninguna molestia para el paciente.

La técnica que yo considero sea la más indicada para extraer los terceros molares es la siguiente:

En primer lugar debemos tener la historia clínica completa, los exámenes de laboratorio, el estudio ra

diográfico completo, el instrumental completo y esterilizado, con lo anterior ya listo vamos a programar la intervención, una vez que se tenga lo anterior se anestesia al paciente, se realiza la insición hasta el primer molar, se separa el tejido con legra para dejar al descubierto el hueso, se realiza la osteotomía para dejar al descubierto la corona del diente, la zona donde estamos trabajando debe tener buena irrigación y con el extractor quirúrgico sacamos todas las esquirlas de hueso que va dejando la osteotomía, una vez realizada esta se realiza el SECCIONAMIENTO yo considero que es la mejor técnica ya que pienso que se traumatiza menos al paciente y no se quita demasiado hueso al sacar la corona esta nos da el espacio para sacar las raíces y se puede hacer el seccionamiento con fresa y de esta manera se hace más rápido la intervención con su constante irrigación.

Las ventajas que vamos a tener con esta técnica son en campos pequeños, la insición no es muy amplia la hinchazón y el trismus son menores, no se lesionan los dientes adyacentes y el hueso no se somete a grandes presiones, el riesgo de fractura es difícil que se presente una vez realizada la extracción se lleva el cogajo a su lugar y se sutura.

En el posoperatorio se le indica al paciente la termoterapia, antiinflamatorios, analgésicos, antibióticos, dieta líquida los dos primeros días, 3 y 4 dieta blanda sin grasa ni picantes posteriormente su dieta normal

mal, se le revisa a los cuatro días para ver si la cicatrización se está realizando bien y lo damos de alta.

BIBLIOGRAFIA

DANIEL E WAITE

LIBRO DE CIRUGIA BUCAL PRACTICA

EDITORIAL CONTINENTAL

AÑO 1970

W. HARRY ARCHER

CIRUGIA BUCAL

TOMO I

EDITORIAL MUNDI

AÑO 1968

NIOS CENTENO

CIRUGIA BUCAL

EDITORIAL INTERAMERICANA

AÑO 1965

STAFNE EDWARD C.

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO EN ODONTOLOGIA

EDITORIAL PANAMERICANA

AÑO 1978

MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA

ASTRA

AÑO 1974