

94-427



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

TERCEROS MOLARES RETENIDOS

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

LUZ GONZALEZ VEGA

México, D. F.

1981



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

Prefacio

CAPITULO I

- *Historia clínica* 2
- *Estudio clínico radiológico y patología inherente del tercer molar inferior retenido* 7
- *accidentes de erupción del tercer molar inferior* 7
- *Patología de los accidentes de erupción* 8
- *Clasificación de los accidentes de erupción del tercer molar inferior* 8
- *Tratamientos de los accidentes de erupción del tercer molar inferior* 9

CAPITULO II

- *Estudio anatómico quirúrgico y radiográfico regional del tercer molar inferior* 12
- *Región del tercer molar inferior retenido* 12
- *Corona y raíces* 13
- *Estudio radiográfico del tercer molar retenido* 13
- *clasificación de las posiciones del tercer molar inferior retenido* 14

CAPITULO III

- *Consultorio* 18
- *Prescripción antibiótica y antiinflamatoria preoperatoria del paciente* 18
- *Asepsia del consultorio* 18

- Instrumental para la realización de la intervención quirúrgica	18
--	----

CAPITULO IV

- Clínica quirúrgica correspondiente a las posiciones de los terceros molares inferiores retenidos	21
- Tiempos operatorios	21
- Operación propiamente dicha	21
- Extracción del tercer molar retenido y sutura	21
- Prescripción postoperatoria del paciente	21

CAPITULO V

- Clínica quirúrgica correspondiente a la posición del tercer molar superior retenido	29
- Clasificación de los terceros molares superiores retenidos	29
- Extracción quirúrgica del tercer molar superior retenido	30
- Sutura	31
- Empleo de los elevadores	32
- Anexos	33
- Conclusiones	44
- Bibliografía	45

P R E F A C I O

Esta es una tesis sencilla que contiene en forma abreviada la descripción de las técnicas quirúrgicas de la región de los terceros molares superiores e inferiores retenidos.

Esta tesis va dirigida no a los que tienen necesidad de aprender, sino a los que tienen necesidad de recordar lo que ya hablan aprendido.

Comprendiendolo así, proporcionará alguna utilidad tanto al estudiante como al C. D.; al primero, ya que podrá sin recurrir sin tratados extensos, repasar en algunos días la o las técnicas a tratar; al C. D. por cuanto podrá también en presencia de un caso inesperado o urgente, recordar en pocos instantes todos los detalles útiles para la realización exitosa de la misma.

Finalmente al tratar cada posición de los terceros molares retenidos se indicará, pero de manera sucinta como sea posible, los diversos modos de vías de acceso.

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA

Esto es un documento de suma importancia para establecer un diagnóstico exacto de nuestro paciente.

METODOS DE EXPLORACION CLINICA

Interrogatorio.- Se realiza por medio del lenguaje, sea directo o indirecto. El directo se realiza con el propio paciente, el indirecto es el que se realiza a través de una persona allegada al paciente cuando por alguna razón el paciente no puede contestar.

Inspección.- Se realiza por medio de la vista y puede ser simple, directa, instrumental y armada.

Palpación.- Se realiza por medio del tacto y puede ser manual o instrumental.

Percusión.- Esta exploración consiste en golpear metódicamente, con el objeto de provocar fenómenos acústicos, producir movimientos o localizar puntos dolorosos.

Auscultación.- Se realiza por medio del sentido del oído, puede realizarse a distancia o directamente en la región que se va a explorar.

Medición.- Este método de exploración comprende un sistema comparativo de magnitudes, entre las cuales, una magnitud es conocida y sirve de unidad. Las magnitudes que se comparan pueden ser de longitud, volumen, peso, presión, etc.

Punción exploradora.- Consiste en la introducción de una aguja o trocar, seguida de aspiración, por medio de una jeringa para saber si existe una colección líquida en la zona a explorar.

Pruebas de laboratorio.- Existe una serie de pruebas de laboratorio, que en ocasiones, resultan imprescindibles para la elaboración de un diagnóstico fidedigno.

CUESTIONARIO DE SALUD

fecha _____

Apellido y nombre _____ Domicilio _____

Edad _____ Sexo _____ Talla _____ Peso _____ Ocupación _____

Estado civil _____ Nombre del cónyuge _____

Teléfono _____.

¿ Ha tenido algún cambio su estado de salud en el último año ?

SI NO

Su último examen médico se realizó el _____

¿ Se haya bajo atención médica en la actualidad ?

SI NO

En ese caso ¿ De qué enfermedad se trata ? _____

El nombre y domicilio de su médico es _____

¿ Ha tenido alguna operación o enfermedad grave ?

SI NO

¿ En que consistió el problema ? _____

¿ Padeció alguna vez de las siguientes enfermedades o trastornos ?

Fiebre reumática o reumatismo cardiaco	SI	NO
Lesiones cardíacas congénitas	SI	NO
Enfermedades cardiovasculares	SI	NO
Siente dolor en el pecho al hacer ejercicio	SI	NO
Alguna vez le ha faltado el aire al hacer un ejercicio leve	SI	NO
Se le hinchan los tobillos	SI	NO
Le falta el aire cuando se acuesta o necesita varias almohadas para dormir	SI	NO
Alergias	SI	NO
Sinusitis	SI	NO
Asma o fiebre de heno	SI	NO
Urticaria o erupciones cutáneas	SI	NO
Desmayos pasajeros o prolongados	SI	NO

<i>Diabetes</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Tiene que orinar más de seis veces al día</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Siente sed casi siempre</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Siente hambre casi siempre</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Hepatitis, ictericia o enfermedades hepáticas</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Artritis</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Reumatismo inflamatorio</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Úlcera de estómago</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Trastornos renales</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Tuberculosis</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Tiene tos persistente o expectora sangre</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Baja presión sanguínea</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Enfermedades venéreas</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Alguna vez tuvo una hemorragia anormal por extracciones, operaciones o traumatismos</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Se le forman moretones con facilidad</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Alguna vez necesitó transfusiones</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Explique las circunstancias _____</i>		
<i>Ha sufrido algún trastorno de la sangre</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Fue operado o sometido a rayos X por tumor o enfermedad en la boca</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Toma alguna droga o medicamento</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>¿Cuál? _____</i>		
<i>Está tomando alguno de los siguientes medicamentos?</i>		
<i>Antibióticos o sulfonamidas</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Anticoagulantes</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Medicamentos para la presión sanguínea elevada</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Cortisona</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Tranquilizantes</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Antihistamínicos</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Aspirinas</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Insulina, tolbutamida o drogas similares</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Drogas para los trastornos cardíacos</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Nitroglicerina</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>

¿ Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción adversa a lo siguiente ?

<i>Anestésicos Locales</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Penicilina u otros antibióticos</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Sulfonamidas</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Barbitúricos</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Sedantes o píldoras para dormir</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Aspirinas</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Yodo</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>¿ Alguna vez tuvo algún problema grave en relación con algún problema dental anterior?</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Describalo si lo tuvo</i>		

Trabaja usted en algún lugar que lo expone con regularidad a rayos X o alguna otra radiación

<i>ionizante</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Usa lentes de contacto</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Para mujeres:</i>		
<i>Está embarazada</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Tiene problemas en relación con su período menstrual</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Observaciones:</i>		

Firma del paciente

Firma del C. D.

EXAMEN BUCAL

Labios _____

Región Yugal _____

Paladar y Velo _____

Piso de la Boca _____

Lengua _____

Ganglios Linfáticos _____

Glándulas Salivales _____

Región Gingival:

Color _____

Forma _____

Consistencia _____

Volúmen _____

Atrofia _____

Encía sangrante _____

Hipertrofia _____

Exudado _____

Pigmentaciones _____

Dolor _____

Tártaro dentario _____

Bolsas parodontales _____

A T M _____

Oclusión _____

Maxilares y Mandíbula:

Padecimientos infecciosos _____

Padecimientos traumáticos _____

Padecimientos congénitos _____

Padecimientos neoplásicos _____

Higiene bucal _____

Estudio radiográfico _____

ESTUDIO CLINICO RADIOLOGICO Y PATOLOGIA INHERENTE
DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

El tercer molar inferior retenido, tema de indudable importancia, reclama ser estudiado cabal y sistemáticamente.

La sistematización a que aludíamos ha exigido dividir la exposición en los títulos que figuran en el desarrollo de ésta tesis.

ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

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

Destacamos los siguientes:

Raza.- El individuo de raza blanca tiene más frecuencia a este problema por la falta de espacio, que en la raza negra.

Sexo.- Creemos encontrar un ligero predominio en el sexo femenino; Wirth da cifras como las siguientes: mujeres 101 48,4% hombres 108 51,6%.

Edad.- La edad con la que se presentan con mayor frecuencia estos procesos varía entre los 18 y 28 años.

Cuadro que indica el porcentaje en la producción de estos accidentes.

14 años	1	0,47%
15 a 20 años	35	17,2%
21 a 25 años	112	53%
26 a 30 años	34	16,3%
31 a 35 años	13	6,2%
36 a 40 años	4	2,4%
41 a 45 años	3	1,4%
46 a 50 años	1	0,47%
51 a 55 años	2	0,90%
56 años	1	0,47%
62 años	1	0,47%

PATOLOGIA DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION.

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

CLASIFICACION DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

Los accidentes originados por el tercer molar son variados y de distinta intensidad; alcanzan desde el proceso local de poca importancia hasta el flemon gangrenoso del piso de la boca.

Pueden clasificarse clínicamente en: mucosos, nerviosos, celulares, óseos linfáticos o ganglionares y tumorales.

MUCOSOS

Comprenden las complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean el molar retenido. Su primer tipo es la pericoronitis, es, pues, la lesión inicial y el accidente de alarma, se origina en la época de erupción del molar retenido.

NERVIOSOS

Los accidentes nerviosos originados por la erupción del tercer molar,

son cuando pueden incidir sobre el nervio dentario y en trastornos reflejopáticos y neurotróficos que se traducen en el herpes, peladas, canicie y eccemas entre los accidentes nerviosos deben considerarse el trismus, verdadera reacción antálgica.

CELULARES

El absceso.

OSEOS

Los accidentes óseos propiamente dichos, como complicaciones de una pericoronitis, son sumamente raros, más aun excepcionales.

LINFATICOS O 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.

TUMORALES

Los terceros molares originan tumores que son los quistes dentígeros y los queratoquistes. Estos pueden infectarse y dar procesos supurativos de gravedad variable, capaces de traducirse en osteitis y osteomielitis.

Los restos del saco dentario originan lo que conocemos como granuloma posterior, anterior o quiste marginal del tercer molar.

TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR

MUCOSOS

La medicación antibiótica y antiflogística encuentra aquí precisa indicación.

NERVIOSOS

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

CELULARES

Los abscesos producidos como complicaciones celulares de la pericoronitis, deben ser incididos por bisturí o galvanocauterío.

OSEOS

Por procedimiento quirúrgico.

LINFATICOS Y GANGLIONARES

Las adenitis simples mejoran con el tratamiento médico de la pericoronitis.

Los adenoflemones deben ser tratados y abiertos por vía externa; éste tratamiento entra en los dominios de cirugía bucal, maxilofacial y general.

TUMORALES

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

CAPITULO II

ESTUDIO ANATOMOQUIRURGICO Y RADIOGRAFICO REGIONAL DEL
TERCER MOLAR INFERIOR

Interesa por las proyecciones quirúrgicas en el hueso, maniobras de osteotomía facilitadoras de la extracción del tercer molar retenido; su estudio anatomoradiológico está referido a la cara del molar que cubre.

REGION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

El hueso mesial radiológicamente tiene buena consistencia. El hueso bucal radiológicamente presenta menos utilidad que en el caso del hueso mesial, pues la mayor densidad radiográfica de la corona del molar retenido resta nitidez y exactitud a su imagen.

El hueso distal radiográficamente, en todos los tipos de retención, con excepción de la distoangular, informa correctamente acerca de las características de esta importante región.

El hueso lingual radiográficamente es muy poco visible e identificable.

Sólo por la radiografía oclusal pueden brindar alguna información sobre el estado y forma del hueso lingual.

El hueso oclusal radiográficamente puede estar íntegro, o bien, estar abierto en parte, en cuyo caso presenta una fenestración que relaciona el saco con el tejido gingival.

El hueso basal radiográficamente de consistencia y extensión variables según la posición del molar retenido, está constituido por hueso esponjoso de mallas amplias, asiento a veces de procesos diversos, dependientes de infecciones del del saco pericoronario o de procesos apicales del tercer molar; está además surcado de distal a mesial. Altura variable del nervio dentario inferior que guarda distinta relación con el molar retenido.

El conducto dentario inferior es un elemento anatómico importantísimo, que aloja al paquete vasculonervioso dentario inferior; señala tres tipos con relación a las raíces del molar.

Primer tipo.- El conducto está en contacto con el fondo del alvéolo del tercer molar.

Segundo tipo.- Existe una franca distancia entre el conducto y los ápices de los molares inferiores.

Tercer tipo.- Todos los molares inferiores se relacionan con el conducto.

LA CORONA.

La corona del tercer molar inferior presenta una variedad de formas, tamaño y estado que será menester conocer, porque en esta porción del diente reside gran parte de nuestra labor quirúrgica.

La corona puede ser chica grande con obturaciones, sin ellas, con fracturas y resorciones.

LAS RAICES

El tercer molar en lo que respecta a número, forma, tamaño, disposición y anomalías en sus raíces; no tienen ningún parecido con las raíces de los demás molares.

La raíz se asemeja a un cono de base superior, que coincide con el cuello dentario. Dentro de éste cono se dibujan todas las presentaciones posibles de sus raíces siendo ésta birradicular. La raíz mesial puede ser bifida, es aplastada en sentido mesiodistal. La raíz distal tiene como característica que su dimensión mesiodistal es menor que la de la raíz mesial.

Son frecuentes los molares con tres, cuatro y cinco raíces; En muchas ocasiones la bifidez de la raíz mesial hacia el molar trirradicular en otros casos raíces supernumerarias, con enanismo o gigantismo.

Radiográficamente la dimensión y tamaño radicular configuran el problema más importante de entre todos los otros, puesto que las maniobras destinadas a eliminar el tercer molar retenido son, teniendo que vencer por procedimientos mecánicos el anclaje de las raíces en el hueso.

ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR RETENIDO

Reiteramos la necesidad de un estudio radiográfico correcto de la zona del tercer molar. Sólo entonces el diagnóstico y el procedimiento quirúrgico tendrá éxito.

Posición del tercer molar.

Son diversas y mencionaremos los términos que las identifican:

Posición vertical. En ella el eje mayor del tercer molar es paralelo al eje del segundo molar.

Posición mesioangular. El eje mayor del tercero forma con el eje mayor

del segundo un ángulo agudo abierto hacia abajo.

Posición horizontal. El eje mayor del tercero es perpendicular al eje mayor del segundo.

Posición distoangular. La corona del tercero apunta en grado variable hacia la rama ascendente y el eje mayor forma con el eje mayor del segundo, un ángulo agudo abierto hacia arriba y atrás.

Posición linguoangular. La corona del tercero se dirige hacia la lengua y sus ápices hacia la tabla externa.

Posición bucoangular. La corona del tercer molar se dirige hacia la tabla externa y sus raíces hacia la interna o lingual; se trata de una presentación rara.

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

En este tipo de posición adquieren un sinnúmero de variedades y por lo común se encuentran asociados a procesos patológicos (quistes dentígeros).

Consideraremos la desviación de los terceros molares retenidos sin desviación; las caras bucal y lingual no sobrepasan los planos respectivos.

Con desviación bucal.

Toda la corona o parte de ella sobrepasa el plano bucal y se dirige hacia él.

Con desviación lingual; el desplazamiento coronario total o parcial se cumple hacia el lado lingual del maxilar.

La realidad anatomoclínica no siempre es tan simple ni esquemática, porque las distintas posiciones y desviaciones pueden combinarse y originar nuevos tipos de retención del tercer molar inferior.

CLASIFICACION DE LAS POSICIONES DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

1 *Posición vertical, sin desviación.*

Se denomina así al tercer molar alineado detrás del segundo sin desviaciones en sentido bucal o lingual y con su cara mesial libre de hueso o sea accesible.

Cara mesial inaccesible.

De iguales características que el anterior a diferencia que la cara mesial está cubierta por hueso, haciendo que éste se encuentre en retención ósea par-

cial o total.

Posición mesioangular, sin desviación.

Cara mesial accesible.

Sus caras lingual y mesial coinciden con los planos homónimos de los molares anteriores y la cara mesial está libre de hueso. Los huesos bucal, lingual y oclusal pueden cubrir en parte las caras respectivas; lo común es que las dejen libres.

Cara mesial inaccesible.

La diferencia es que la cara mesial en este caso está protegida por hueso las caras vecinas pueden estar parcial o totalmente cubiertas.

Posición horizontal, sin desviación.

Cara mesial accesible.

Situada horizontalmente en el maxilar como corresponde a un molar sin desviación, la cara bucal y lingual no sobrepasan los planos homónimos de los molares vecinos, su cara mesial está libre de hueso.

Cara mesial inaccesible.

La diferencia reside en la altura en la que se encuentra la cara mesial, por debajo de la línea cervical del segundo molar y en la presencia de hueso sobre esta cara.

Posición distoangular sin desviación.

Cara mesial accesible.

La corona del retenido, está dirigida hacia la rama ascendente, el ángulo distooclusal de esta corona se sitúa en plena rama ascendente y la cara mesial está libre de hueso homónimo.

Cara mesial inaccesible.

Presentación frecuente y serio problema quirúrgico, diferencia del tipo anterior que la cara mesial tiene cubierta ósea; en su mayoría son molares en retención intraósea total.

Posición linguangular.

Cara mesial accesible o inaccesible, bastante frecuentes en la práctica diaria su cara oclusal es vertical, está dirigida hacia el lado lingual. Son más frecuentes con cara mesial inaccesible; por regla general éstos molares tienen sus raíces incompletas.

Posición bucoangular.

Cara mesial accesible o inaccesible, es una forma excepcional de encontrarse, que permita que la caraoclusal esté dirigida hacia la cara externa o vestibular del maxilar. Tales molares están en retención intraósea total.

Posición paranormal.

Se encuentran en posiciones totalmente diferentes a las ya mencionadas; ejemplo:

La cara oclusal dirigida hacia la zona basal del maxilar inferior y sus raíces hacia la apófisis coronoides o hacia el cóndilo. Se encuentran por lo general acompañados de procesos patológicos (quistes dentígeros).

Escapando a todo intento respecto a su anatomía, cabe sólo efectuar la descripción de sus imágenes radiográficamente.

CAPITULO III

CONSULTORIO

Es ya sabido que cuando se somete al paciente a una intervención quirúrgica, se corre el riesgo de una infección posoperatoria, por más aséptica que esté la cavidad bucal.

Por lo tanto sugerimos medicar al paciente antes de la intervención con antibióticos de elección; dependiendo de la intervención y del padecimiento del paciente, si es que existe padecimiento.

La asepsia del consultorio es de suma importancia para lograr con todo éxito la intervención; se hablará más adelante de los instrumentos que en este tipo de cirugía se utilizan.

Después de la intervención se le dará al paciente una serie de indicaciones posoperatorias.

RECUPERACION

Ingerir a los cinco minutos después de la intervención líquido frío -- (no refresco) agua natural o nieve de limón (nunca de crema).

Ponerse fomentos de agua caliente cada hora para ayudar a que la inflamación no sea tan severa durante 48 horas.

No tomar irritantes, picantes, grasas, cosas duras y asearse la cavidad bucal con enjuagues antisépticos cada 6 horas (no hacer buches, pues desprendería el coágulo formado).

Como se dijo anteriormente ingerir antibióticos y antiinflamatorios si es necesario.

El paciente regresará a revisión a los tres días, y los puntos de sutura se quitarán a los 8 días; si los tejidos han cicatrizado adecuadamente.

INSTRUMENTAL

Bisturf, tijeras, pinzas de disección, instrumentos de galvano, termocauterio, radiobisturf, electrotomo, separadores, legra, escoplos, martillo, pinzas gubias, fresas quirúrgicas, limas de hueso, pinzas para tomar algodón, gasas, pinzas de Kocher (para tomar trozos de hueso), pinzas de mosquito,

cucharilla para hueso, pinzas para extracciones dentarias, agujas para sutura, portaagujas, sondas acanaladas.

Instrumental para la limitación del campo operatorio.

Pinzas de campo.

CAPITULO IV

CLINICA QUIRURGICA CORRESPONDIENTE A LAS POSICIONES DE
LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

El porcentaje que encontramos en los terceros molares incluidos es el siguiente:

En la mandíbula según Bérten-Cieszynski es en el tercer molar inferior - un 35.0% y en el tercer molar superior 9.0%.

PATOGENIA

El problema de la retención dentaria es de índole mecánica ante todo -- pues la erupción dentaria se encuentra, en consecuencia impedida mecánicamente por ese obstáculo; se calcifican las razones por las cuales el diente no hace erupción, de la manera siguiente.

RAZONES EMBRIOLOGICAS.

La ubicación especial de un germen dentario en sitio muy alejado del de - normal erupción.

OBSTACULOS MECANICOS.

Falta material de espacio, hueso con una condensación tal que no puede - ser vencido en el trabajo de erupción, elementos patológicos.

POSICION VERTICAL SIN DESVIACION

Cara mesial accesible. Incisión.

Para estos molares es suficiente una incisión mínima de profundidad tal, que el bisturí toque el hueso o la corona dentaria, se inicia sobre el tejido gingival que cubre la cara oclusal del molar retenido, algunos milímetros por detrás del ángulo distooclusal de su corona y se detiene a nivel de la lengüeta entre segundo y primer molar, luego de festonear la mitad bucal de la cara oclusal y bucal del tercero y distal y bucal del segundo. La incisión puede completarse con la sección a tijera recta y fina de las inserciones del saco a la mucosa, que permite descubrir la cara distal del molar y el hueso distal donde a veces será preciso realizar osteotomía.

Desprendimiento del colgajo.

Con el periostotomo se desprende el colgajo en toda su extensión.

Osteotomía.

Está regida por la cantidad de hueso que protege el molar retenido,

se indican, fresas redondas del número 8 de carburo de tungsteno. La osteotomía distal se ajustará a la conformación y disposición de las raíces, para que la extracción siga las leyes de la cirugía atraumática y pueda desplazarse al molar en su cara mesial, que ha de vencer únicamente las resistencias propias, y no las estructuras óseas que ésto traduce en fracturas óseas parciales ó -- totales ó aplastamiento del hueso vecino.

Operación propiamente dicha.

Se coloca el elevador 2R o 2L de Winter en el espacio interdentario de modo tal, que su cara plana se adapte a la cara mesial del retenido y se gira el mango del instrumento en el sentido de las agujas del reloj para el lado derecho y se desarrolla la fuerza suficiente para desplazar el molar hacia arriba y hacia distal.

Las distintas disposiciones, desviaciones y cementosis radiculares exigirán modificaciones en la técnica descrita y obligarán a seccionar el molar y extraer sus elementos por separado.

CARA MESIAL INACCESIBLE.

Con el tipo anterior varían la incisión y la osteotomía, el colgajo será más amplio y abarcará hasta el primer molar. La osteotomía se hará a la disposición radicular que son factores a considerar, tal como hemos venido diciendo.

Operación propiamente dicha.

El elevador aplicado sobre la cara mesial, hecha accesible, con la técnica dada en el caso anterior, se luxará el molar hacia el lado distal. La extracción se acompleta con el elevador de Winter, de aplicación bucal.

POSICION MESIOANGULAR SIN DESVIACION

CARA MESIAL ACCESIBLE.

La posición del tercer molar retenido en cualquiera de sus desviaciones, debe ajustarse a una serie de requisitos, impuestos por la posición. Cantidad de hueso distal y distooclusal y el posible contacto o anclaje del ángulo mesiooclusal de su corona, con la corona, cuello o raíz del segundo molar.

Incisión.

Se requiere una amplia, que nos dé un colgajo útil; y se continúa y se termina como de costumbre.

Desprendimiento del colgajo.

Como la técnica anterior, para dejar correctamente libres las caras dentarias y las estructuras óseas.

Osteotomía.

Se elimina el hueso en la cantidad necesaria que indique la radiografía. Operación propiamente dicha.

La extracción de ese tipo de molar se realiza, en todo, aplicando un -- elevador sobre su cara mesial y dirigiendo hacia arriba y hacia distal, o -- mediante la odontosección, reservada para molares con hueso pericoronario -- abundante.

La odontosección según el eje menor se secciona el molar a nivel de cuello, con una fresa de fisura redonda; seccionada la corona, se introduce un elevador recto en la luz de la sección, para verificar la realidad del corte.

Se aplica luego el elevador de Winter por debajo de la cara mesial y se extrae luego de realizar un orificio de apoyo sobre la cara distal del macizo radicular para introducir en él la punta del elevador de Winter número 14R6 - 14L, y apoyado sobre el borde óseo distal, desplazar con él la raíz hacia el -- espacio que ocupaba la corona.

CARA MESIAL INACCESIBLE.

La extracción exige en ésta posición, osteotomía en la cara mesial y la resección de los distintos huesos que pueden cubrir el tercer molar.

Incisión y desprendimiento del colgajo.

Siguen las normas expuestas en el caso anterior.

Osteotomía.

Se necesita una rigurosa osteotomía mesial, para permitir la aplicación del elevador de Winter.

Operación propiamente dicha.

Eliminadas las estructuras que se oponen a la aplicación de la fuerza, -- sin traumatismos, se procede como en el caso anterior.

POSICION HORIZONTAL SIN DESVIACION.

CARA MESIAL ACCESIBLE.

Problemas quirúrgicos importantes presentan los molares horizontales. Las técnicas de osteotomía y odontosección deben complementarse para lograr el -- éxito, los procesos subyacentes a la cara mesial son frecuentes.

Incisión y desprendimiento del colgajo.

La incisión es la clásica ya señalada.

Osteotomía.

Será menester la resección del hueso bucal que surge a la vista después de la separación del colgajo, y la del hueso distal. La última que quedará sujeta a lo que indiquen las radiografías e inspección clínica.

Operación propiamente dicha.

Los molares de éste tipo, si no hay problemas en su porción radicular, pueden extraerse colocando un elevador número 2R ó L por debajo de la cara mesial, apoyando sobre el hueso mesial y con la técnica ya estudiada. En las otras circunstancias, de raíces divergentes o con cementosis, se deberá seccionar el molar a nivel de su cuello y continuar la operación según se ha mencionado.

CARA MESIAL INACCESIBLE.

En éste tipo de retención, la cara distal del retenido se encuentra a nivel 5 por debajo del plano oclusal de los molares vecinos y en algunas oportunidades por debajo del plano cervical; ésta modalidad hace que la cara mesial se sitúe por debajo del plano cervical y aún a la altura del ápice distal del segundo molar por lo tanto se exige una amplia osteotomía para abordar la cara mesial y eliminar las distintas regiones óseas que protegen al molar.

En contados casos, puede emplearse la técnica de los elevadores, sin embargo la mayoría deben ser resueltas por osteotomía y odontosección.

Incisión y desprendimiento del colgajo.

Se siguen las normas ya estudiadas.

Osteotomía.

Igual que en la retención mesioangular.

Operación propiamente dicha.

Se puede realizar con elevadores según técnicas ya mencionadas.

POSICION DISTOANGULAR SIN DESVIACION.

CARA MESIAL ACCESIBLE.

En la posición distoangular el problema quirúrgico agrega una dificultad a los factores comunes de toda retención: el hueso distal, sólida muralla que impide el normal desplazamiento hacia el lado distal del molar retenido, cuando le es aplicada una fuerza sobre su cara mesial, el cuello puede ser vencido suprimiendo suficiente hueso distal o restando volumen a la porción coronaria del molar retenido, para poder realizar el movimiento eliminatorio.

Inciisión y desprendimiento del colgajo.

El trazado de la inciisión sigue parecidos contornos al indicado en la retención vertical, debiendo prolongarse hasta el primer molar. Se inicia un poco más distante.

Osteotomía.

En estas retenciones el hueso oclusal cubre variables porciones de la corona oclusal, el distal puede continuarse con el oclusal o detenerse a nivel del ángulo distooclusal del tercero, y el hueso bucal por lo general es sólido y de compacta consistencia.

El hueso mesial deja libres variables porciones de la cara homónima; es sin embargo una sólida meseta, cuya dimensión anteroposterior está en relación con el grado de desviación distal del retenido.

Insistimos en la importancia de reseca para permitir el desplazamiento del molar retenido, que al ser dirigido hacia el lado distal se aloja en el hueso, complicando la extracción.

CARA MESIAL INACCESIBLE.

En un todo semejante al tipo anterior, la extracción de estos molares se enfrenta, como aspecto diferencial, la presencia de hueso mesial además, una mayor profundidad en el maxilar. Los pasos siguientes son iguales a los mencionados en el tipo anterior.

POSICIÓN LINGUANGULAR.

CARA MESIAL ACCESIBLE O INACCESIBLE.

Su cara oclusal está dirigida hacia el lado lingual, sus raíces hacia el bucal. La imagen radiográfica muestra la forma discoidea o de moneda del molar. Incisión y desprendimiento del colgajo.

Para abordar éste tipo de molar, con su cara mesial accesible o inaccesible, debe trazarse una inciisión de acuerdo con tales modalidades; por lo tanto su trazo distal, contacta con las proximidades del ángulo buccooclusal de la corona del retenido y después sigue el contorno coronario de costumbre.

El colgajo se desprende de modo que deja libres los huesos a reseca.
Osteotomía.

Se requiere de osteotomía y odontosección, debe recordarse que la gran

mayoría de ellos no tienen su raíz completamente formada. La osteotomía se realiza con fresa redonda; es necesario tener el acceso a la cara mesial.

Operación propiamente dicha.

Los molares que tienen su cara mesial accesible pueden ser extraídos tras la osteotomía necesaria con un elevador número 2R ó L aplicados sobre su cara mesial. Los otros requieren, además de una rigurosa osteotomía, la desviación del molar con una fresa de fisura a nivel del cuello dentario. Será preciso vigilar celosamente la existencia y estado del hueso lingual, para evitar -- la fractura de dicho segmento óseo. La corona se extrae con un elevador número 14 aplicado en el surco de la odontosección. Las raíces, con un elevador de Clev-dent, según el método ya estudiado.

POSICION BUCOANGULAR.

CARA MESIAL ACCESIBLE O INACCESIBLE.

Es una presentación de excepción. Se trata de exageradas desviaciones bucales de las posiciones verticales, mesial o distoangular. La imagen radiográfica presenta la forma discoidea ó de moneda; para el diagnóstico diferencial la radiografía oclusal es definitiva.

El problema quirúrgico deberá resolverse por osteotomía y odontosección. La incisión tiene un recorrido paralelo y coincidente con la porción dentaria más accesible.

El desprendimiento del colgajo sigue así mismo, las normas generales. La osteotomía proveerá el acceso necesario a las caras dentarias, para realizar sobre ellas las maniobras ulteriores.

Estos molares deben ser divididos en tres segmentos, con fresa de fisura: porción coronaria, por sección a nivel del cuello dentario, un segmento medio y un segmento radicular por sección a nivel de la porción media de la raíz.

Ello permite enuclear en primer término el segmento medio, y en segundo lugar la porción coronaria, la porción radicular se extrae finalmente.

POSICION PARANORMAL

Esta forma de retención se presenta en múltiples y variadas disposiciones que se apartan de los tipos considerados hasta aquí, y son por ello de difícil e imposible sujeción a intento de sistematización didáctica.

Las variantes propias de las circunstancias, en cada caso particular y

que se sintetizan en osteotomía y odontosección.

Incisión.

Trazada de acuerdo con la posición del molar, persigue como en todos los casos, la obtención de un amplio colgajo que facilite las maniobras operatorias desde el ápice dentario hasta el espacio entre el primer y el segundo molar.

Desprendimiento del colgajo.

En relación con el trazado de la incisión.

Osteotomía.

Debe atender en su extensión y alcance a la posición del molar paranormal.

Operación propiamente dicha.

Se cumple mediante la división sistemática del molar, que obtendrá tantas partes como se precisen para facilitar la extracción.

La parte central resultante de la sección es fácilmente extraída con un elevador de Clev-dent. La corona se elimina con un elevador aplicado alternativamente sobre sus caras mesial y oclusal. El macizo radicular se extrae, desplazándolo hacia abajo y adelante.

CAPITULO V

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

CLINICA QUIRURGICA CORRESPONDIENTE A LA POSICION DEL
TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO.

Como el tercer molar inferior retenido, el superior es susceptible a una clasificación con fines quirúrgicos, sus variaciones son menores en el maxilar superior que en el maxilar inferior; su retención puede ser intraósea o submucosa.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.

POSICION VERTICAL.

El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar.

POSICION MESIOANGULAR

El eje del molar retenido está dirigido hacia adelante, en esta posición la raíz del molar está vecina a la apófisis pterigoides.

POSICION 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.

POSICION HORIZONTAL.

El molar está dirigido hacia el carrillo, con el cual la cara triturante puede ponerse en contacto, dando los accidentes más arriba mencionados. El molar puede erupcionar en la bóveda.

POSICION PARANORMAL.

El molar retenido puede ocupar diversas posiciones.

ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR SUPERIOR.

El estudio de la radiografía del tercer molar superior retenido puede ser considerada una serie de puntos de interés.

POSICION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR.

Cuando el tercer molar presenta su cara vestibular, verticalmente dirigida, aunque el molar se encuentre en posición mesio ó distoangular.

Su imagen radiográfica es aproximadamente normal. En cambio en la desviación hacia bucal, o lingual, el molar aparece acortado en la radiografía, y en ciertos casos su parte radicular por superposición de planos, no es visible.

El hueso que cubre la cara trituante, el estado, la cantidad y disposición del hueso que cubre dicha cara deben ser prolijamente estudiados en la radiografía lo mismo que la existencia o ausencia del saco pericoronario.

El tabique mesial.

Está dado por la posición del molar. En la posición vertical, estando en contacto el segundo o el tercero, éste espacio es nulo o mínimo. En la posición distoangular éste espacio tiene una forma triangular, a base inferior. En este espacio mesial (previa resección del hueso) deben aplicarse los elevadores para extraer el tercer molar retenido.

El hueso distal.

También la cantidad de hueso en la región distal puede ser variable.

La corona del tercer molar.

Tamaño, forma y estado de la corona son variables, pueden ser más pequeñas o más grande de lo normal.

Las raíces del tercer molar.

Generalmente están fusionadas en una masa única.

Vecindad con el seno maxilar.

En ciertos pacientes el tercer molar está muy vecino al seno y en algunos casos sus raíces llegan a hacer hernia con el piso sinusal. La extracción del tercer molar puede ocasionar, en tales circunstancias una comunicación patológica con el seno maxilar, o el molar puede ser proyectado en ésta cavidad.

Vecindad con la apófisis pterigoideas.

El molar puede estar en íntimo contacto con la apófisis pterigoideas. Existe el peligro de fractura en los esfuerzos operatorios. La tuberosidad del maxilar es susceptible de correr igual suerte y ser arrancada en el curso de la extracción, aún de la de un molar normalmente erupcionado.

EXTRACCION QUIRURGICA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO

POSICION VERTICAL.

Incisión.

Puede usarse la incisión de dos ramas; que llamaremos bucal y anteroposterior.

Osteotomía.

La efectuamos con escoplos rectos o a fresa siguiendo las indicaciones -- que se dieron en el tercer molar inferior retenido.

Usaremos preferentemente los elevadores de Clev-dent.

TECNICA DEL EMPLEO DE LOS ELEVADORES.

Se penetra la punta del elevador en el espacio existente entre la cara mesial del tercero y la distal del segundo molar.

Aplicación del elevador.

El elevador de Winter, o el elevador recto de Ash, se aplican, con su cara plana, sobre la cara anterior del diente. El instrumento debe estar dirigido en el sentido de una diagonal trazada sobre dicha cara.

Punto de apoyo.

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

Movimientos de elevador.

Para abandonar su alveolo, el molar debe movilizarse en el sentido de la resultante de tres direcciones de fuerza: el molar debe ser dirigido hacia abajo y hacia afuera y atrás. Por lo tanto debe desplazarse el mango del elevador hacia arriba, adentro y adelante; con el punto de apoyo ya mencionado.

Luxado el molar y si la fuerza aplicada no ha logrado extraerlo, puede ser tomado por unos fórceps y eliminarlo con la técnica señalada para la extracción del tercer molar superior normal.

SUTURA

Extraído el molar, revisados los bordes óseos, en especial el tabique externo y posterior, retirado el saco pericoronario con una pinza gubia, se aplica el colgajo en su sitio y se practican los puntos de sutura.

Posición mesioangular.

La extracción del tercer molar en esta posición debe estar condicionada por la dirección del molar y la cantidad del hueso distal. A nivel del maxilar superior, la elasticidad del hueso permite movilizar el molar, sin necesidad de seccionar el diente retenido.

Por lo tanto, el problema en éste tipo de retención reside en la osteotomía distal y triturante y en la preparación de la vía de acceso para el elevador.

EMPLEO DE LOS ELEVADORES.

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

Posición distoangular.

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

Osteotomía.

Sólo es menester preparar la vía de acceso en el lado mesial.

Empleo de los elevadores.

Se coloca el elevador sobre la cara mesial del tercero y éste se dirige hacia abajo y hacia atrás. Especial cuidado hay que tener en este tipo de retención, con la tuberosidad y la apófisis pterigoideas. Movimientos bruscos pueden fracturarla. Se emplearán los elevadores de Clev-dent o de Winter --- número 14.

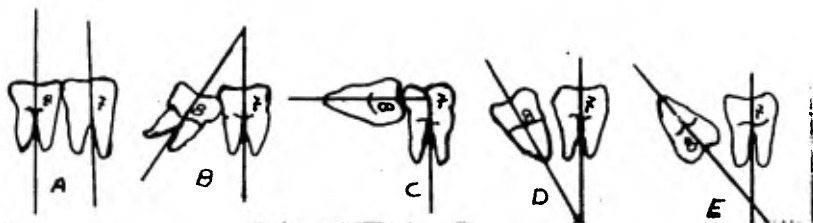
Posición paranormal.

Las distintas y variadas posiciones que puede ocupar el tercer molar en ubicación paranormal, no permite fijar una regla para su extracción. Como --- maniobra previa será menester realizar radiografías intraorales y una extraoral de perfil. La técnica estará dada por la descripción que presenta el molar en el hueso, y su relación con los molares vecinos.

ANEXOS

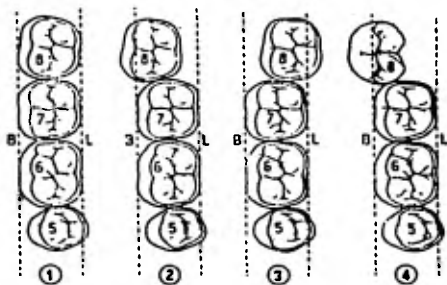
Encontramos en las posiciones de los terceros molares inferiores las siguientes desviaciones:

<i>Posición vertical con desviación bucal</i>				
"	"	"	"	<i>bucolingual</i>
"	<i>mesioangular</i>	"	"	<i>bucal</i>
"	"	"	"	<i>lingual</i>
"	"	"	"	<i>bucolingual</i>
"	<i>horizontal</i>	"	"	<i>bucal</i>
"	"	"	"	<i>lingual</i>
"	"	"	"	<i>bucolingual</i>
"	<i>distoangular</i>	"	"	<i>bucal</i>
"	"	"	"	<i>lingual</i>
"	"	"	"	<i>bucolingual</i>
"	<i>linguoangular</i>			
"	<i>buccoangular</i>			

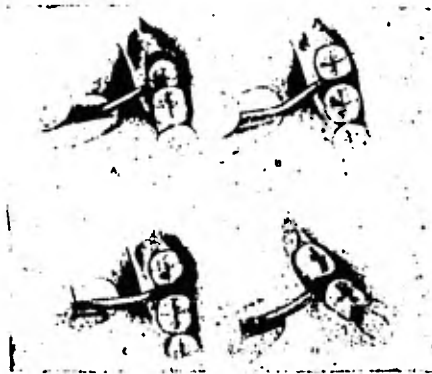


POSICIONES DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

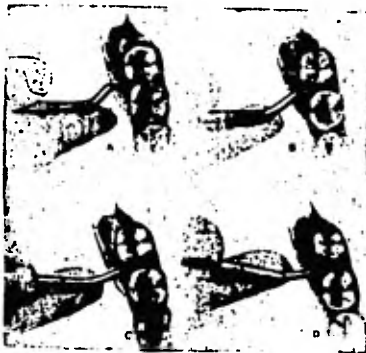
- A.- Vertical
- B.- Mesioangular
- C.- Horizontal
- D.- Distoangular
- E.- Paranormal



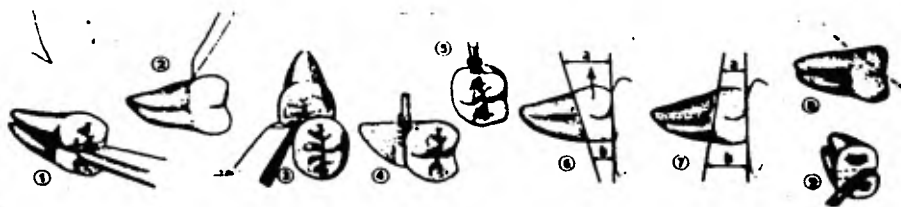
- 1.- Tercer molar inferior retenido sin desviación.
- 2.- Desviación bucal.
- 3.- Desviación lingual.
- 4.- Desviación bucolingual.



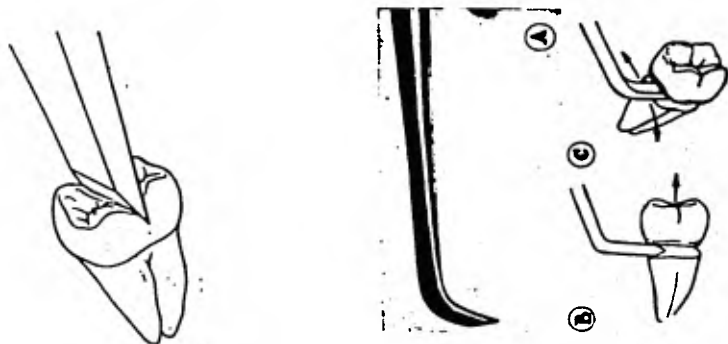
Extracción del tercer molar inferior, posición mesioangular con los elevadores de Winter.



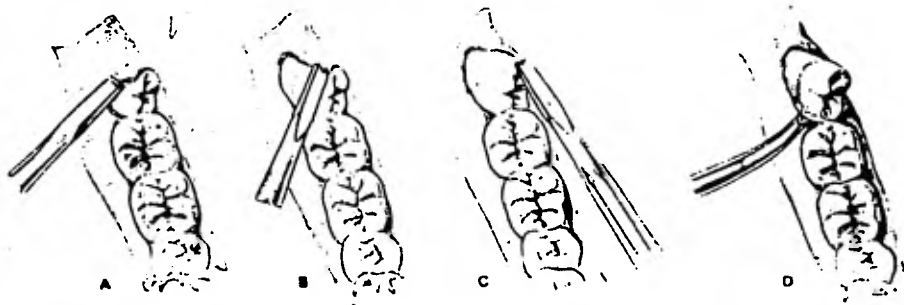
Aplicación mesial del elevador, en retención vertical.



Odontosección del tercer molar inferior retenido según el eje mayor del molar.



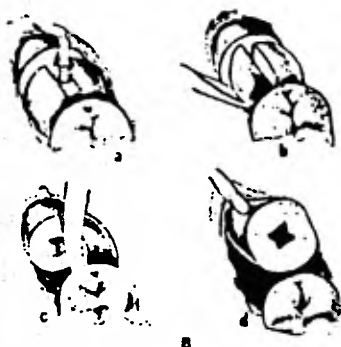
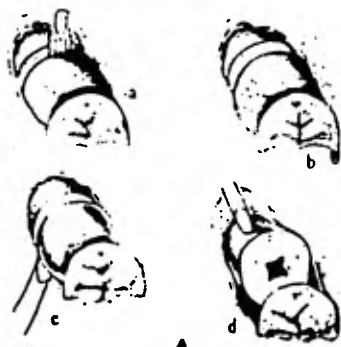
Disyantes: Instrumento que separa la porción radicular; una vez seccionado el diente.



Tercer molar inferior retenido, posición mesioangular.

A, B, C.- Osteotomía.

D.- Extracción del tercer molar.

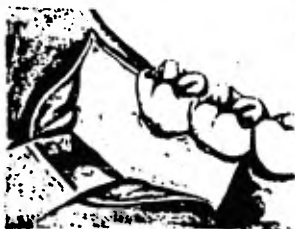


Posición distoangular.

Odontosección y extracción del molar en posición horizontal.



A



B



C



D



E



F

Técnica quirúrgica completa de un tercer molar inferior en posición paranormal.

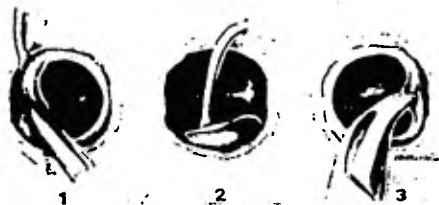
A.- *Incisión.*

B.- *Desprendimiento del colgajo y campo abierto.*

C y D.- Osteotomía.

E.- Odontosección del tercer molar retenido.

F.- Operación propiamente dicha.



Resección del saco pericoronario.

TERCEROS MOLARES SUPERIORES.

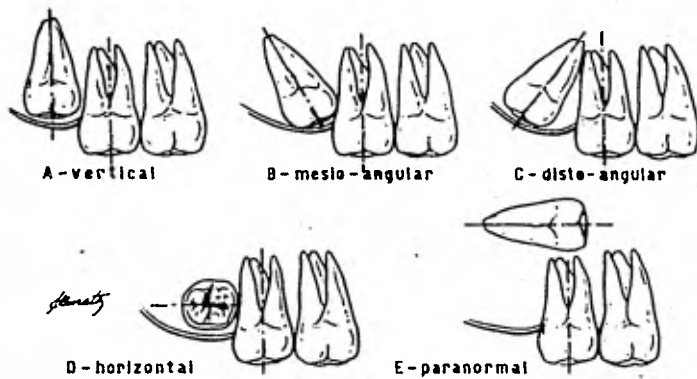


I-infraoseo

II-sub-gingival

III-normal

Distintos tipos en que se puede presentar la retención



A-vertical

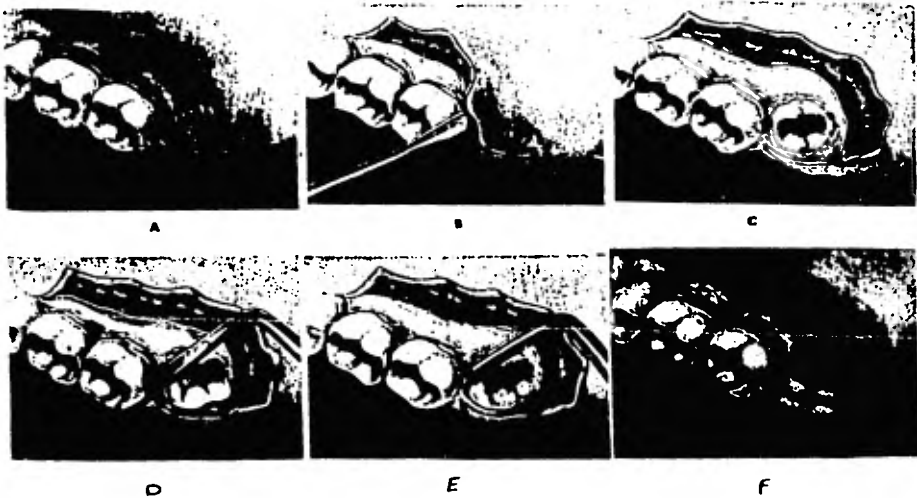
B-mesio-angular

C-distal-angular

D-horizontal

E-paranormal

Variaciones en el eje del tercer molar superior retenido.



Técnica completa de la extracción de un tercer molar retenido en posición distoangular.

A.- Incisión.

B.- Desprendimiento del colgajo

C.- Campo abierto.

D y E.- Operación propiamente dicha.

F.- Sutura.

CONCLUSIONES

La historia clínica es un factor importante para la buena realización del diagnóstico y tratamiento del paciente.

La eliminación de los terceros molares superiores como inferiores retenidos, requieren de una gran habilidad técnica y un claro raciocinio.

Hay varias técnicas para la eliminación de los terceros molares retenidos dependiendo de su posición.

Por lo tanto se hace notar que las distintas posiciones de los molares retenidos pueden producir trastornos mas severos dependiendo del tiempo y posición en que se encuentre, desde una pericoronitis hasta un quiste odontogénico, si llega a tener éste alteraciones.

BIBLIOGRAFIA

CIRUGIA BUCAL

Guillermo A. Ries Centeno.

Pág. 257 a 329.

Editorial el Ateneo, octava edición.

CIRUGIA BUCAL

Archer, W. Harry.

Pág. 612 a 614.

Tomo I

Rep. de Argentina, 2da. edición Mundi S.A.C.I.F.

CIRUGIA BUCAL

Costich R. Emmet y White, Raymond. P.Jr.

Pág. 220 a 225.

Editorial Interamericana S.A. de C.V. 1979.

CIRUGIA BUCAL PRACTICA

Waite, Daniele.

Pág. 620 a 625.

Editorial Continental S.A. Ia. edición México 1978.