

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Odontología

**TERCEROS MOLARES
INFERIORES RETENIDOS**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N
MARQUEZ GUTIERREZ MARTHA YOLANDA
GUTIERREZ SALAOZ RAQUEL

CD. UNIVERSITARIA

1984





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.

INDICE

Introducción	
I - Historia	1
II - Anatomía y Fisiología de la Región	15
2.1 - Hueso	15
2.2 - Conducto Dentario	18
2.3 - Músculos	18
2.4 - Nervios	22
2.5 - Arterias	23
2.6 - Venas	23
2.7 - Linfáticos	24
Incidencia	25
III - Etiología	28
IV - Clasificación	31
V - Historia Clínica	36
VI - Estudio Radiográfico	45
VII - Técnica Quirúrgica	51
VIII - 8.1 - Instrumental	52
8.2 - Anestesia	54
8.3 - Incisión	56
8.4 - Preparación del colgajo	59
8.5 - Osteotomía	61
8.6 - Operación propiamente dicha	64
8.7 - Tratamiento de la cavidad ósea	69
8.8 - Sutura	72
IX - Indicaciones Postoperatorias	75
Conclusiones	

INTRODUCCION

El objetivo de este trabajo es presentar elementos que podrán ayudar a enriquecer nuestros conocimientos en lo que respecta a la cirugía de los terceros molares inferiores retenidos, ya que se ha observado que un alto porcentaje de nuestros pacientes en la práctica común presentan éste problema.

Por ello la necesidad que existe de que un Odontólogo en la práctica general conozca las técnicas a seguir para la extracción quirúrgica de los terceros molares retenidos, ya que en muchas ocasiones hay que remitir a estos pacientes por no tener los conocimientos esenciales.

Generalmente, la extracción quirúrgica de los dientes retenidos parece fácil, pero muchas veces presenta dificultades.

Dentro de éste trabajo se da a conocer como con el paso de los años ha ido evolucionando la cirugía; cómo clasificar a los terceros molares retenidos, para así de este modo saber que pasos vamos a seguir en una cirugía de éste tipo, desde la evaluación del paciente que incluirá una buena historia clínica hasta la atención postoperatoria de éste.

No intentamos señalar una técnica específica, ni un criterio determinado, ya que esto sólo se logra a través de años de experiencia, pero sí simplificar en forma general estos conocimientos.

El hombre en sus épocas primitivas por las condiciones de vida que lo rodeaban estaba expuesto a sufrir grandes traumatismos por su constante lucha con las bestias feroces, con la naturaleza y sus semejantes; que no podía abandonar a su evolución las heridas, fracturas y luxaciones. El tratamiento y cuidado de éstas dio origen a la Cirugía.* (6)

En la antigüedad los individuos que se preocupaban de aliviar el dolor oral asumían otras responsabilidades con las cuales se les podía identificar.

En el siglo XIII A.C. Esculapio, por su gran habilidad en el arte de curar y por las maravillosas intervenciones efectuadas en los enfermos, fué considerado y adorado como un dios casi legendario; se le atribuyó el privilegio de haber sido el primero en aconsejar las extracciones dentarias cuando el dolor se hace insoportable.* (5)

1200 años A.C., Macaón y Podalyro ejercían la Cirugía según los preceptos de su padre Esculapio. En el glorioso siglo de Pericles, época del máximo esplendor del genio griego, aparece Hipócrates como fundador de la Escuela Clásica y primer maestro que dió a conocer su doctrina por medio de escritos; fué el primero que estudió la anatomía, la patología y la-terapéutica de la boca; en sus obras se describen con gran énfasis los dientes, las encías y los maxilares; sus obras muestran el notable progreso en el campo de la Enseñanza Quirúrgica.* (6)

Hipócrates hace interesantísimas observaciones sobre la muela del juicio o sea el tercer molar; cree que la caries se desarrolló en estos molares con preferencia a los otros dientes y que se curan con más facilidad que las demás piezas dentarias.

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

Diocles de Caristo, que fué el más celebre de los discípulos de Hipócrates, no era partidario de las extracciones dentarias y basaba su terapéutica en remedios vegetales para el dolor de muelas, por ejemplo, un colutorio a base de cedro y azafrán.

Erasistrato de Cos, nieto de Aristóteles y nacido en Grecia unos 100 — años A.C., llegó a tener fama de gran cirujano, fundó la Escuela de Alejandría de la época hipocrática. Como sus antecesores y todos los discípulos de esta escuela hipocrática, creía que los dientes han de ser conservados — mientras sea posible y que las extracciones deben constituir tan sólo un último recurso; en confirmación de su teoría recuerda que las piezas dentarias se extraían con las pinzas que se conservan en el templo de Apolo de Delfos, llamadas por Celio Aureliano *plumbum odantogogum quod dentiducum dicere postesiums*, eran de plomo para no tener que hacer con ellas esfuerzos y violencias de ninguna clase.

Según Deneffe, las intervenciones dentales debían ser frecuentes en la antigua Grecia, pues en muchas tumbas griegas se han encontrado dientes orificiados y empastados.* (5)

La escuela de Alejandría fué la heredera de la ciencia griega, Herófilo (346 a 323) figura como notable anatomista.

De 270 a 240 florece una nueva era con nombres como los de Apolonio, — Molpis, Ninfodora, Herón; otros de los cuales destacó en esa era fué el empírico Heráclito de Talento; todos ellos supieron aplicar sus conocimientos — anatómicos a la terapéutica quirúrgica, según se puede apreciar por numerosas citas que hace posteriormente Galeno en su trabajo.* (6)

El arte dental llegó a un estado floreciente en Roma, muchos años A.C. Los descubrimientos arqueológicos recientemente hechos en el Capitolio, Herculano y Pompeya, han permitido tener datos muy curiosos; en Letrán se ha encontrado una lápida funeraria en la que también se hallan grabados algunos - instrumentos odontológicos y en Pompeya un original forceps, para extraer - dientes rotos.

En el siglo I de nuestra era, Marcial, nacido en el año 43, menciona - del Aventino que lo mismo restablecía los dientes enfermos que practicaba su extracción, también dice de célebres médicos romanos que sabían practicar ex tracciones.

Plinio el Viejo, nació en el año 23 de nuestra era, hombre sumamente - erudito y muy versado en humanidades, se hizo famoso al publicar su Historia natural. Fué uno de los pocos autores romanos que escribiéron sobre materia científicas; pero como escribía aceptando como cierto todo cuanto leía y oía sin probar su veracidad, en sus obras abundan los errores fundamentales, los empirismos infundados y las ridículas supersticiones. Para escribir su historia natural consultó más de 2000 libros de 140 autores romanos y 326 griegos.

Al recoger los conocimientos de medicina popular de sus tiempos se ocupa extensamente de lo relativo a higiene y patología bucal y recomienda absurdos remedios de los que él es el primero en burlarse, por ejemplo para evitar el dolor de muelas dice que hay que comer una rata cuando menos una - vez al mes, dice "para mitigar los dolores de dientes y muelas, es bueno cortar las encías con huesecillos de dragón marino", o pinchar el diente dolorido con un hueso puntiagudo como una aguja que se encuentra en la liebre.

Tan sólo en el caso de fracasar los remedios antes mencionados se procede a la extracción del diente enfermo. Celsó inventó un instrumento llamado

rizagra para la extracción de restos radiculares y un útil espejo de boca o especillum.

La obra de Celso recuerda las prescripciones de los médicos griegos y viene a recopilar los conocimientos terapéuticos desde Hipócrates hasta la era cristiana; pero lejos de rechazar las extracciones hechas con fines terapéuticos, las aconseja en muchos casos.

Una curiosa medida disciplinaria muy usada entonces para los que cometían algún atropello de ciudadanía, consistía en la avulsión violenta de piezas dentarias con un utensilio denominado dentaria.* (5)

Escribonius Largus, médico del emperador Claudio da consejos muy acertados acerca de la conservación y extracción de los dientes en su obra titulada *Compositione medicamentorum*. Para la odontalgia aplica directamente semillas de beleño envueltas en tela que sumergen de cuando en cuando en agua hirviente, hace fumigaciones con semilla de beleño que se echan sobre carbones encendidos, porque los vapores hacen salir a los gusanos que producen la caries.

Claudio Galeno, en sus obras, copia a Hipócrates y Aristóteles y amplía con su propia experiencia los conocimientos de anatomía, patología y terapéutica bucal. Clasifica a los dientes en incisivos, caninos y molares. Habla de los nervios dentarios, admite que la verdadera inflamación asienta en el diente que duele y aconseja las aplicaciones calientes, sea directamente sobre la parte interna, sea en forma de cataplasma de harina de linaza ó de cebolla aplicada sobre la mejilla.

Si persiste el dolor debe perforarse el diente con un pequeño trépano y por el orificio así obtenido introducir los remedios apropiados mediante una sonda.

Si esto también fracasa, se hace necesaria la extracción del diente, — operación que requiere antes la aplicación de una mezcla de vitreolo azul y vinagre fuerte sobre el diente afectado previa preservación de los dientes — vecinos con una capa de cera. Al cabo de una hora el diente está tan móvil que se puede extraer fácilmente con pinzas o hasta con los dedos, pues Gale- no, como todos los médicos de su tiempo, no fué partidario del uso de for— ceps para las extracciones dentarias.

Durante los primeros siglos de la era cristiana, la Odontología y la Ci rugía general, evolucionaron muy poco, al extremo que a la decadencia del im- perio romano no había ningún médico destacado; el ejercicio de la profesión estaba casi absolutamente relegado a los esclavos, sangradores, barberos, y gente vulgar, que se concretaban a recomendar los más absurdos remedios.

Entre los árabes, el autor más conocido cuyas obras se refieren a la me- dicina dental es Abu-alí-Husain ó para designarle con el nombre que mantiene su inmortalidad, Avicena; "el príncipe de los médicos", como también se le — ha llamado, nació en Persia en el año 980, escribió varias obras de medicina y su famoso Al-Kanu "Canon" es la más completa de todas ellas.

Avicena a pesar de que consideraba a la Cirugía como una rama inferior de la medicina y completamente desligada de ella, en su Canon hace una deta- llada descripción de anatomía y fisiopatología dental; recomienda las extrac- ciones, sangrias, purgas, infusiones, gargarismos, sanguijuelas y cauterio. Dedicar un capítulo muy interesante a la profilaxis dental, capítulo que re— trata fielmente la importancia que entonces se daba a los cuidados de la bo- ca.

En el capítulo "del régimen de extracción de dientes", Avicena da atina- dos consejos para que se evite el error de extraer el uno por el otro ó para abstenerse de la extracción cuando la causa está en la encía ó en la médula;

hacer las extracciones con cuidado para evitar la fractura del maxilar; detener la propagación del pus, pues puede producir dolor de ojos o fiebre, no actuar con violencia cuando la extracción es difícil; usa el flebotomo, etc. Cita un nuevo procedimiento para mover el diente con el forceps sin llegar a extraerlo, a fin de calmar el dolor y conservar la pieza dentaria.* (5)

Albucasis, famoso médico nacido en Azzhara (pequeño pueblo situado a 5 millas de Córdoba en el año de 1050), sacando a la Cirugía de su condición de segundona, la restauró y elevó a la categoría que debía corresponderle, a pesar de que se hallase postergada no sólo en España, sino en todos los países y de que no se enseñase en todas las escuelas médicas; la cirugía sólo podía aprenderse de los barberos, pues éstos eran los únicos que la practicaban.

En su libro de *extractione doloris dentium* sigue Albucasis las teorías conservadoras de Erasistrato, de la Escuela de Alejandría, que aconsejaba no extraer los dientes que no fuesen móviles; dice que debe curarse el dolor del diente extrayéndolo tan sólo cuando se hayan agotado todos los medios pues nada hay que se pueda suplir al diente una vez extraído. Cuando hay que extraerlo forzosamente, conviene asegurarse y cerciorarse de estar en presencia del diente malo, pues muchas veces el dolor engaña al paciente y se extrae el diente sano.

Sigue después con una detallada descripción del forceps por él ideado y la manera de aplicarlo, la forma de cohibir las hemorragias que sobrevienen después de la extracción, el modo de practicar el relleno de la cavidad con zéfi, y si éste no dá resultado, cómo cauterizarlo.

En otro capítulo de su libro de *eradicatione dentium et extratione ossium mandibularum fractorum*, trata de las complicaciones que pueden sobrevenir luego de la extracción, idea varios instrumentos para extraer las raíz-

ces y las esquirlas recomienda su uso diciendo: "cuando tras la extracción - del diente que se rompe queda algo, entonces es conveniente, durante uno o - dos días, poner sobre el lugar algodón con manteca hasta que se ablande; después mete el alijastro o forceps.

Durante los siglos XI y XIII la escuela de Salerno divulgó una serie de conocimientos médicos quirúrgicos que le dieron mucha fama.

Cuando asomaban ya por el horizonte los primeros albores del renacimiento, la práctica dental seguía llena de ridículas supersticiones y en un estado tal de abandono, que en los últimos años del siglo XV continuaban reinando los mismos procedimientos empíricos de las primitivas épocas del cristianismo.

En España durante el reinado de los reyes católicos, llegaron a tal extremo los abusos de los vividores que hacían su agosto a costa de la boca de los incautos pacientes que en el año de 1500 fué promulgada en Segovia una - ley exigiendo a los barberos un exámen previo de capacitación profesional para ejercer legalmente el arte de sacar los dientes y muelas.

El tipo de sacamuelas callejero es de origen popular, puesto que toda— vía existe y en ocasiones tendremos que saber de sus andanzas, en los 400 — años que nos faltan recorrer de la historia, puede ser que la existencia del sacamuelas charlatán esté en estrechísima relación con la cantidad de igno— rancia humana, pero es evidente que por mucho que fuere el estancamiento de la Odontología, por arraigado que fuere el empirismo alguien surgiría que la sacaría de todo esto y cuidaría de elevarla a su justa jerarquía. Este al— quien fué un francés y nada menos que un exbarbero y sacamuelas, Ambrosio Pa— ré. Experiencia le sobraba en la práctica odontológica y al ser médico y au— tor de varias obras, se ocuparía en ellas con gran fundamento de las enferme— dades dentales y de los remedios. Es así que la Exodoncia práctica comenza— ría a progresar y la Odontología empezaría a ser más científica. Fué el pri

mero que introdujo en la Odontología la implantación y reimplantación de — dientes in vivo, trató la caries a base de curaciones y además enriqueció el instrumental con útiles de su invención, tales como el abre bocas, el gatillo y el pelícano para las extracciones.

Para la curación de las odontalgias Paré recomendaba controlar el modo de vida del paciente, evitando los humores morbosos ó dispersándolos con purgantes, sangrías, y escarificaciones en las encías. Sólo en último recurso acudía a la extracción de las piezas enfermas y cauterización con aceite de vitrolío, agua fuerte o cauterio.

Andrés Vesalio contemporáneo de Ambrosio Paré, escribió su famoso tratado de *Humani Corporis Fabrica*, impreso en Venecia en el año de 1568; en su obra hace indicaciones muy interesantes sobre el último molar; dice que su erupción tardía acarrea violentos dolores. Cree que el mejor remedio es la escarificación de las encías en la región de la muela del juicio y a veces la perforación de la capa ósea que la recubre. Este remedio lo experimentó en si mismo a los veintiséis años, cuando empezaba a escribir su célebre — Anatomía.

De la misma época es el famoso doctor holandés Peter Forcest, el cual — siguiendo un método ya reconocido por Avicena, para calmar el dolor en ciertos casos, recomienda la luxación del diente en vez de extraerlo.

Muchos autores médicos escribieron innumerables tratados de medicina y — cirugía a mediados del siglo XVI y dedicaron capítulos enteros al arte dental. Varios médicos y cirujanos que sentían algún interés por la Odontología se especializaron en las prácticas dentales, a tal punto que no actuaron ya en las salas de los hospitales como médicos o cirujanos, sino como Dentistas.

Las extracciones debían de ser sumamente dolorosas, por lo que se ve en

la cara de los pacientes, en los grabados de esa época.

El libro más antiguo de Odontología hasta ahora conocido, es el que lleva por título *Zene Artznei die gut nur gesundt zubehalten* que publicó Juan - Dauhman en Nuremberg en el año de 1509.

Hacia el año de 1557 se publicó en Valladolid la primera obra dedicada exclusivamente a la Materia de la Dentadura y Maravillosa obra de la Boca es crita por el bachiller Francisco Martínez.

Como Albucasis y otros autores antiguos, Martínez del Castillo aconseja también que no se extraiga ninguna muela hasta haber agotado todos los remedios.

En el año de 1578, el Padre Jesuita A. López de Hinojosa, publicó en México una suma recopilación de "Chirurgía", en la cual figuraba una sección dedicada a las afecciones bucales. El libro del Padre López de Hinojosa, es el último intento que sepamos, producido en el siglo XVI para elevar el nivel moral del arte dental.

A principios del siglo XVII la cirugía dental ya señala un marcado progreso hacia la evolución conservadora, tan menospreciada por los dentistas callejeros del siglo XVI.

A medida que avanzaba el siglo XVII la Odontología va superándose de la medicina general y las publicaciones referentes a la especialidad, se cuentan ya por más de un centenar. En 1633, el francés Dupont recomendaba la extracción del diente cuando el dolor era muy intenso con la novedad de reimplantarlo de nuevo inmediatamente, con lo que se afirma otra vez cuando desaparece el dolor. Con ello Dupont, al utilizarlo para las Odontalgias rebeldes, da un paso más en la luxación utilizada por Peter Foreest. En 1650 — Guillermo Faby menciona en sus obras la relación existente entre cada hemiar

cadras y el dolor de molares a veces cura la cefalálgia radicalmente mediante la extracción de dientes cariados.* (5)

Otro manual titulado instrucción de los barberos flebotomianos, escrito por el Cirujano Español Alonso Muñoz, dedica el último capítulo de su obra - al arte dental; antes de sacar una muela recomienda "mirar bien la que es y tentarla con el cabo del gatillo, dos o tres veces y enterado de la que es, la descarnar muy bien y la saque con el gatillo, mirando bien de no quebrarla, sino zafarla presa bien abajo y si es del lado derecho, con la mano derecha y con la izquierda del lado izquierdo. Sacada la muela, se ha de apretar el vaso con los dos dedos y que se enjuague con vino puro y un poco de - sal molida y suele bastar esto". Acaba el manual describiendo los instrumentos que se necesitan, que son: gatillo, pelícano, botador, alicates, lance-
tas, etc.

Diego Pérez de Bustos, escribió otro tratado breve de flebotomía en el que trata de Cirugía Dental.

Una multitud abigarrada de charlatanes, embaucadores y dentistas callejeros descendientes de los populares sacamuelas del siglo XVII pululaba por las principales avenidas de París. Actuaba el operador Huguet, célebre por sus audaces curas.

En Italia durante el siglo XVIII, los sacamuelas callejeros se exhibían también sobre tablados, se rodean de un arsenal heterogéneo y enseñaban los dientes extraídos con su potentosa habilidad.

En Alemania el ejercicio de la Odontología a principios del siglo XVIII, solía hacerse al son de bombo y platillos.

El Doctor Eisenbart, el más célebre de los sacamuelas alemanes, nacido en Viechtach cerca de Regensburg, era uno de los mejores cirujanos, pues lo mismo sacaba las muelas que extraía los pólipos.

En Alemania, Lentin en 1756 publicó un trabajo en el que recomendaba la electricidad como calmante de la odontalgia y Kaeric, médico de Gotinga, utilizó el imán para dicho fin en 130 casos con éxito notable. Garengoot, nacido en el año de 1740 fué el inventor de la llave inglesa que lleva su nombre, utilísimas en las extracciones dentales en aquellos tiempos.

El último libro sobre Odontología que se escribió en el siglo XVIII fué el tratado de las operaciones que deben practicarse en la dentadura y método para conservarla en buen estado, publicado en 1799 por el Cirujano Hermista de los Reales Hospitales de la Corte, Félix Pérez Arroyo.

En un extenso capítulo que consta de 90 páginas, trata de la extracción de los dientes y describe los más precisos instrumentos para ejecutar diversas extracciones.

Al tratar de los accidentes de la extracción, dice Pérez Arroyo: éstos pueden ser las fracturas y dislocaciones de los alveolos y de las encías, he morragias, fluxiones, inflamaciones, etc"...

"Cuando suceda que algunas de las porciones de las paredes huesosas del alveólo se hayan separados o sufrido una dislocación total, se deberán extraer de los alveólos, porque éstas porciones absolutamente ya desunidas, no pueden ya jamás volverse a juntar; y en este caso es menester mirarlas como un cuerpo extraño que puede ser mas adelante perjudicial.

Aconseja colocarlas en su sitio si el desprendimiento ha sido parcial, valiéndose de una sonda y comprimiendo la encía suficientemente con el pulgar y el índice.

Termina con el estudio del trasplante dental y de algunas reglas para efectuarlo; se declara partidario de estas intervenciones estéticas, que pueden emplearse, incluso cuando hay dolor muy intenso de un diente, el cual puede arrancarse, colocarlo de nuevo en su sitio y ligarlo; recomienda, en -

fin, el mismo procedimiento en el caso de equivocarse al hacer alguna extracción.

La obra de Pérez Arroyo expone magistralmente la gran importancia de la Odontología y el estado en que se hallaba la profesión al finalizar el siglo XVIII.* (5)

En España al advenimiento del siglo XIX, la Odontología sufrió una notable evolución progresiva, siguiendo las nuevas orientaciones de las escuelas odontológicas francesa, alemana, inglesa.

Las obras de Peláez y Pérez Arroyo, aparecieron al final del siglo anterior, que estudiaban con detalle las enfermedades de la boca y su tratamiento quirúrgico, con sendos capítulos dedicados a la exodoncia y a la prótesis dental, contribuyeron a formar un plantel de cirujanos dentistas que ejercían dignamente su profesión con un altruismo digno de todo encomio.

Se puede observar como en el siglo XIX nos vamos acercando paulatinamente al concepto moderno de la Odontología, considerada como ciencia y como arte y en ellos, el dentista deja de ser ya el ambulante sacamuelas para convertirse en un profesional con su gabinete provisto de un variado arsenal quirúrgico.

En el imperio Austro-Húngaro, sobresalió por sus estudios Carabelli, — quien en el año 1842 publicó una anatomía de la boca.

Los Dres. Mexicanos Miguel Díaz Mercado, Angel Zimbrón y Paz, Felipe — Juambelz, Erasmo González y otros llevaron a su país las intervenciones de la escuela norteamericana e hicieron investigaciones originales de gran utilidad para la Odontología.

Hasta mediados del siglo XIX las nuevas doctrinas de Pasteur sobre la sepsia y la antisepsia aún no eran conocidas y la anestesia era un mito.

El 10 de diciembre de 1844, el Doctor Horacio Wells, dentista de Hartford (Connecticut) implantó una nueva era en la Cirugía general y la Odontología en particular al usar el óxido nítrico como anestésico; comunicó los brillantes resultados obtenidos en sus experimentos a su gran amigo Tomás — Green Morton, pero desilusionado por un fracaso que tuvo, abandonó sus experimentos.

Wells reunió a varios amigos e hizo que Colton le aplicara el nuevo gas, para que el dentista Rings le extrajera una muela que tenía enferma, sin haber notado dolor ni molestia alguna.

Morton prosiguió los estudios sobre el anestésico, con el célebre químico doctor Charles T. Jackson; encontraron también efectos anestésicos en un éter clorhídrico, con el cual anestesiaron a un paciente para empastarle un diente. Habiendo aprendido del mismo Jackson que el éter sulfúrico era así mismo un anestésico, igualmente lo empleó Morton en la extracción de un bisúspide de uno de sus enfermos.

En 1859, el doctor Edward mejoró la construcción de los forceps dentales, adaptando nuevos modelos para poderlos aplicar en la misma dirección de la línea del eje del diente y facilitar extraordinariamente su extracción.

Elizar Parmly (1874), dentista muy hábil e ingenioso, contribuyó con Edward y Harris a la reforma de los forceps dentales y fundó en Norteamérica una escuela privada donde se enseñó la práctica dental hasta la fundación de la primera escuela oficial.

En España dio a conocer en 1869 el procedimiento para la extracción y operaciones dentarias sin dolor por medio de la administración del protóxido de ózoe, método que tuvo mucha aceptación entre los Odontólogos.

La divulgación de los nuevos procedimientos de anestesia abrió en todos

los países una era de verdadero esplendor para el arte dental, el suprimir - el dolor en las extracciones dentarias fué causa suficiente para que el público más instruído y menos atemorizado acudiese prontamente al gabinete del dentista para remediar sus males, extraer las piezas inútiles y dolorosas o simplemente para el cuidado y el mejoramiento estético de la boca.

En los conocimientos de este siglo, la Odontología ya era considerada - como una de las más importantes ramas de la medicina.

En Norteamérica son notables los estudios hechos por Berger, que estudió la exodoncia y Steadman la anestesia local exodóntica.

Los progresos del arte dental, con sus complicadas y laboriosas intervenciones exodónticas y la perfección de la anestesia fueron cada vez mayores.

La Exodoncia y Cirugía Bucal ayuda eficazmente al progreso de la humanidad.

Hoy, no se ve ya el vergonzoso espectáculo que los sacamuelas daban en la vía pública.

La clientela de los antiguos sacamuelas se ha esparcido por clínicas, - dispensarios y consultorios, donde especialistas competentes y graduados son los que cuidan de su boca con todos los adelantos de la asepsia y de la anestesia modernas.* (5)

II - ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA REGION

En la mandíbula, según descripciones anatómicas, se encuentra la denominada región del tercer molar inferior, asiento de la patología, clínica y terapéutica del molar retenido, tema de este trabajo.

2.1 - HUESO

Mandíbula. La mandíbula es un hueso impar, medio y simétrico, que se puede considerar dividido en un cuerpo y dos ramas.

Cuerpo. Tiene forma de herradura, cuya concavidad se halla vuelta hacia atrás. Se distinguen el él dos caras y dos bordes.

Cara anterior. Lleva en la línea media una cresta vertical, resultado de la soldadura de las dos mitades del hueso, y conocida con el nombre de sínfisis mentoniana. Su parte inferior, más saliente, se denomina eminencia mentoniana. Hacia afuera y atrás de la cresta se encuentra un orificio, agujero mentoniano, por donde salen el nervio y los vasos mentonianos. Más atrás aún, se observa una línea saliente, dirigida hacia abajo y hacia adelante, que partiendo del borde anterior de la rama vertical, va a terminar en el borde inferior del hueso, se llama línea oblicua externa de la mandíbula, sobre ella se insertan los siguientes músculos: el triangular de los labios, el cutáneo del cuello y el cuadrado de la barba.

Cara posterior. Presenta, cerca de la línea media, cuatro tubérculos llamados apófisis geni, de los cuales los dos superiores sirven de inserción a los músculos genioglosos, mientras sobre los dos inferiores se insertan los geniohioideos. Partiendo del borde anterior de la rama vertical, se encuentra una línea saliente, línea oblicua interna o milohioidea, que se dirige hacia abajo y hacia adelante, terminando en el borde inferior de esta cara, sirve de inserción al músculo milohioideo. Inmediatamente por fuera de las apófisis geni y por encima de la línea oblicua, se observa una foseta o

foseta sublingual, que aloja la glándula del mismo nombre. Más afuera aún, por debajo de dicha línea y en la proximidad del borde inferior, hay otra foseta más grande, llamada foseta submaxilar, que sirve de alojamiento a la glándula submaxilar.

Bordes. El borde inferior es romo y redondo. Lleva dos depresiones o fosetas digástricas, situadas una a cada lado de la línea media, en ellas se inserta el músculo digástrico. El borde superior o borde alveolar, presenta una serie de cavidades o alvéolos dentarios. Mientras los anteriores son simples, los posteriores están compuestos de varias cavidades, y todos ellos se hallan separados entre sí por puentes óseos o apófisis interdientarias, donde se insertan los ligamentos coronarios de los dientes.

Ramas. Son dos, derecha e izquierda, son aplanadas transversalmente y de forma cuadrangular, el plano definido por cada una de ellas es vertical y su eje mayor está dirigido oblicuamente hacia arriba y atrás. Tienen, por consiguiente, dos caras y cuatro bordes.

Cara externa. Su parte inferior es más rugosa que la superior, ya que sobre aquélla se inserta el músculo masetero.

Cara interna. En la parte media de esta cara, se encuentra un agujero amplio, denominado orificio superior del conducto dentario; por él se introducen el nervio y los vasos dentarios inferiores. Un saliente triangular o espina de Spix, sobre el cual se inserta el ligamento esfenomaxilar, forma el borde anteroinferior de aquel orificio. Tanto este borde como el posterior se continúan hacia abajo y adelante, hasta el cuerpo del hueso, formando el canal milohioideo, donde se alojan el nervio y los vasos milohioideos. En la parte inferior y posterior de la cara interna, una serie de rugosidades bien marcadas sirven de inserción al músculo pterigoideo interno.

Bordes. El borde anterior está dirigido oblicuamente hacia abajo y adelante. Se halla excavado en forma de canal, cuyos bordes divergentes se se-

paran al nivel del borde alveolar, continuándose sobre las caras interna y externa con las líneas oblicuas correspondientes, este borde forma el lado externo de la hendidura vestibulocigomática. El borde posterior, liso y obtuso, recibe también el nombre de borde parotídeo, por sus relaciones con la glándula parótida.

El borde superior posee una amplia escotadura, denominada escotadura — sigmoidea, situada entre dos gruesos salientes: la apófisis coronoides por delante y el cóndilo de la mandíbula por detrás. La apófisis coronoides es de forma triangular, con vértice superior, sobre el cual viene a insertarse el músculo temporal. La escotadura sigmoidea está vuelta hacia arriba y comunica la región masetérica con la fosa cigomática, dejando paso a los nervios y vasos masetéricos. El cóndilo es de forma elipsoidal, aplanado de delante atrás, pero con eje mayor dirigido algo oblicuamente hacia adelante y afuera convexo en las dos direcciones de sus ejes, se articula con la cavidad glenoidea del temporal. Se une al resto del hueso merced a un estrechamiento llamado cuello del cóndilo, en cuya cara interna se observa una depresión rugosa donde se inserta el músculo pterigoideo externo.

El borde inferior de la rama ascendente se continúa insensiblemente con el borde inferior del cuerpo. Por detrás, al unirse con el borde posterior, forma el ángulo de la mandíbula, o gonion.

Estructura. Está formado por tejido esponjoso, recubierto por una gruesa capa de tejido compacto. Este tejido, sin embargo, se adelgaza considerablemente al nivel del cóndilo. Se halla recorrida interiormente la mandíbula por el conducto dentario inferior, el cual comienza con el orificio situado detrás de la espina de Spix y se dirige hacia abajo y adelante, a lo largo de las raíces dentarias, llegando hacia el nivel del segundo premolar. Aquí se divide en un conducto externo, que va a terminar al agujero mentoniano, y otro interno, que se prolonga hasta el incisivo medio.* (2)

2.2 - CONDUCTO DENTARIO

El conducto dentario se desliza por debajo de las raíces del tercer molar.

En el plano horizontal, el conducto, desde su iniciación, se dirige próximo a la tabla interna de la mandíbula, situándose en distintas posiciones con respecto a este plano, en relación con el tercer molar; el conducto es - externo con relación al diente, es decir que las raíces del tercer molar están ubicadas en el lado lingual del conducto; esto es válido para los casos del tercer molar normalmente erupcionado, en los casos de terceros molares - desviados hacia el lado bucal, hacia la tabla externa, el conducto puede ser lingual, respecto al diente.* (3)

2.3 - MUSCULOS

Sólo haremos una somera descripción de los músculos que tienen relación con el tercer molar.

Masetero. El poderoso músculo masticatorio presenta forma rectangular, insertándose en el arco cigomático y en la cara externa de la mandíbula. Está formado por dos fascículos, uno externo y anterior y otro profundo y posterointerno. Este músculo tiene relaciones importantes en el tema, sólo consideraremos las relaciones de la cara interna de su fascículo profundo y el borde anterior. La cara interna del músculo se relaciona con la cara externa de la rama ascendente, en cuyos tres cuartos inferiores toma inserción. En algunos casos de terceros molares, en retenciones muy por detrás de la rama ascendente y en proyección bucal; así como en casos de quistes dentígeros originados por este molar retenido, la cara interna del músculo puede estar vecina al molar retenido. Las relaciones más importantes, desde el punto de vista quirúrgico que nos ocupa, es la que tiene con el músculo buccina

dor, del cual lo separa la bola adiposa de Bichat.

En la cirugía del tercer molar en algunos tipos de retención, parte de las fibras del masetero deberán ser desinsertadas para poder abordarlo.

Temporal. En un ancho abanico muscular que se extiende desde la fosa temporal hasta la mandíbula. Sólo su inserción inferior tiene relación con la región del tercer molar. Desde su sitio de inserción superior, en la fosa temporal, los haces musculares se dirigen hacia abajo y adelante, terminando en las caras interna y externa de una lámina tendinosa que se inserta en ambas caras, externa e interna, de la apófisis coronoides, cresta temporal y cara interna de la mandíbula.

La inserción en la mandíbula se hace por dos grupos de fibras, unas superficiales y otras profundas, las primeras se insertan en el borde anterior de la rama ascendente; las segundas, en la cresta temporal, llegando estas fibras hasta las vecindades del ángulo diedro linguodistal del tercer molar inferior. La inserción de las fibras en la mandíbula forma una letra "V" invertida, entre cuyas ramas no hay otras musculares.

Buccinador. El músculo buccinador forma la pared lateral de la cavidad bucal. Es un músculo plano y corto que tiene inserciones óseas, musculares y aponeuróticas; se dirige desde la parte posterior de la arcada hasta la comisura labial.

Sus inserciones óseas tienen lugar en el maxilar superior y en la mandíbula, las primeras, a nivel de la cara externa del maxilar superior, a nivel de los tres molares, en el hueso palatino y en el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides. Luego, la inserción del músculo se realiza en una bandeleta fibrosa conocida con el nombre de aponeurosis buccinatófaríngea o ligamento esfenomandibular.

Este ligamento se extiende desde el gancho del ala interna de la apófi-

sis pterigoides, hasta una pequeña superficie, situada por detrás y adentro del tercer molar inferior, en la última porción de la cresta temporal, en — este ligamento se inserta, por detrás, el constrictor superior de la faringe.

En la mandíbula, el músculo buccinador tiene inserciones en directa relación con la región del tercer molar, se inserta en una superficie alargada de atrás a adelante que ocupa la parte externa y anterior de la fosa retromolar y, en la línea oblicua externa, hasta las proximidades de la raíz mesial del primer molar inferior.

Por lo tanto, la inserción inferior está en íntima relación con el alveolo del tercer molar.

Las relaciones de este músculo buccinador son importantes; por detrás, está en íntima vecindad con el constrictor superior de la faringe, su cara interna se halla cubierta por la mucosa bucal, firmemente adherida al músculo, su cara externa se relaciona con la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula, con la inserción del músculo temporal, con el borde anterior de la rama y con los haces anteriores del músculo masetero, de los cuales el buccinador se halla separado por la masa grasa de Bichat.

El detalle más importante de este músculo es su inserción a nivel de la fosa retromolar, donde se relaciona íntimamente con el tercer molar inferior.

Constrictor superior de la faringe. La forma de este músculo es cuadrilátera y tiene relaciones en su inserción anterior e inferior con la región del tercer molar. Se inserta en el gancho del ala interna de la apófisis — pterigoides, en el ligamento pterigomandibular y en el extremo distal de la línea milohioidea. Sólo la porción anterior de su inserción, en la línea milohioidea, y su inserción anterior, en el ligamento pterigomandibular presenta interés quirúrgico.

Pterigoideo interno. Este músculo, corto y poderoso, sólo en escasas —

oportunidades tiene alguna relación importante con el tercer molar inferior, en las retenciones distoangulares, con gran desviación lingual, la tabla interna puede estar lo bastante adelgazada como para que la corona del molar retenido esté muy próxima a la inserción inferior del músculo. Este músculo se extiende desde la fosa pterigoidea hasta la cara interna del ángulo mandibular, a este nivel se inserta en el hueso, en una zona triangular, cuyos límites están dados por una línea que se extiende desde el orificio superior del conducto dentario hasta el borde parotídeo y otra línea tirada desde el mismo orificio hasta el ángulo mandibular. La cara externa del músculo forma, con el hueso, un espacio abierto hacia arriba, llamado pterigomandibular, por donde discurren los nervios dentarios inferior y lingual y las arterias y venas dentarias. Este espacio está ocupado por tejido conectivo y grasa. Es una zona de gran interés durante las maniobras encaminadas a la anestesia del nervio dentario inferior.

Milohioideo. El milohioideo es un músculo par, cada uno de ellos, de forma cuadrilátera, se extiende desde la mandíbula hasta el hueso hioides, formando entre ambos un plano muscular que constituye el piso de la boca.

El músculo se inserta en la línea milohioidea desde el extremo posterior de esta línea hasta la sínfisis.

La inserción posterosuperior del milohioideo cruza en diagonal la proyección de las raíces del tercer molar, a altura variable, según el tipo de retención del tercer molar. Los molares en linguoversión pueden tener su corona en inmediato contacto con la inserción posterior del músculo.

La cara inferior del músculo está protegida por el vientre anterior del digástrico, la glándula submaxilar, el cutáneo y la aponeurosis cervical superficial.

La cara superior de este músculo está en relación con importantes ele-

mentos anatómicos; los músculos estiloso, hiogloso, geniohiideo, nervio lingual e hipogloso mayor, glándula sublingual y mucosa bucal.

El borde posterior del milohiideo está rodeado por la glándula submaxilar, con el hiogloso forma una hendidura, que comunica la celda submaxilar con la sublingual.* (3)

2.4 - NERVIOS

La región que nos ocupa está bajo la dependencia del trigémino por intermedio de su tercera rama, el nervio mandibular, sobre todo una de sus ramas terminales, el nervio dentario inferior, tiene bajo su dependencia la inervación sensitiva de la zona. Este nervio atraviesa el espacio pterigomandibular y entra al conducto dentario por el orificio superior, junto con la arteria.

Al dentario inferior le corresponde la sensibilidad del hueso, encía y pulpa del tercer molar, la parte bucal de la encía no está inervada por esta rama, sino que depende del nervio bucal. La encía interna cae bajo la dependencia del lingual.

Dentro del conducto, el nervio dentario inferior no es único, sino que está compuesto por un número variable de fascículos o filetes, envueltos junto con los vasos, por una vaina común.

El nervio lingual, segunda rama terminal del nervio mandibular, recorre la región pterigomandibular junto con el borde anterior del pterigoideo interno, discurriendo luego muy próximo a la cara interna de la mandíbula, el nervio lingual da filetes gingivales que inervan la cara lingual de la encía, a nivel de los molares.

El nervio bucal, bucal largo o buccinador, es una rama del nervio mandibular, del cual se separa, después que éste abandona el agujero oval, se di-

rige hacia abajo, adelante y afuera, entre la apófisis coronoides y la tuberosidad del maxilar, corre por dentro del temporal hasta el músculo buccinador, al cual atravieza, dando inervación a la encía del lado bucal de la mandíbula, desde el tercer molar hasta el segundo premolar.

Excepcionalmente necesitamos anestésiar el bucal y sólo lo hacemos cuando la sensibilidad de la cara externa de la encía nos lo obliga. En todos los casos en que recurrimos a esta anestesia, la punción la realizaremos a nivel del carrillo, por encima del plano oclusal, por detrás y abajo del conducto de Stenon.* (3)

2.5 - ARTERIAS

La arteria que irriga la zona del tercer molar inferior es una rama colateral descendente de la maxilar interna; la arteria dentaria inferior. Nace cerca del cóndilo, se dirige hacia abajo y afuera, recorre el espacio pterigomandibular y se introduce con el nervio dentario inferior en el conducto. Posee dos clases de ramas: las arterias pulpares, que penetran por el foramen apical a los dientes inferiores, y las arterias alveolares, que ocupan los tabiques interdentarios e interradiculares; éstas envían ramas menores al periodonto y encía en ambas caras de la mandíbula.

La encía externa también está irrigada en parte por ramas de la arteria bucal, otra rama descendente de la maxilar interna. La irrigación de la encía de la cara interna está complementada por la milohioidea, rama colateral de la dentaria inferior y rama anastomótica de las arterias lingual y palatina.* (3)

2.6 - VENAS

Dentro del conducto dentario se alojan dos o más venas que recorren el mismo camino que la arteria dentaria; sus tributarias son homólogas y paralelas.

las a las arterias pulpares, óseas, periodónticas y gingivales.

Las venas dentarias desembocan en el plexo pterigoideo, situado en la - región cigomática, el cual tiene una importante función en el desagüe de la circulación venosa y en la marcha, desarrollo y evolución de los procesos pa-
tológicos que tiene lugar en las zonas que son tributarias de este plexo. *
(3).

2.7 - LINFATICOS

Los tejidos blandos pericoronarios y el hueso que rodea el tercer molar inferior dan origen a conductos linfáticos que van a desembocar en una serie de ganglios situados en la región suprahióidea (en la celda submaxilar). — Los procesos inflamatorios originados a expensas del capuchón del tercer molar inferior, la pericoronaritis, y las distintas y variadas afecciones que se desarrollan en los maxilares, a expensas de este diente, tienen inmediata repercusión ganglionar.

Estos ganglios, en número de seis a ocho, están situados en la celda — submaxilar, muy próximos a la piel, separados de ella por la aponeurosis y — el cutáneo del cuello; constituyen los ganglios preglandulares, fácilmente — identificables a la palpación en el sujeto sano y muy visibles e individuali-
zables en los procesos inflamatorios.

Se localizan por debajo del borde inferior de la mandíbula y están apo-
yados contra la cara interna, por debajo del milohioideo y entre los dos vien-
tres del digástrico. Los ganglios son los subglandulares o retroglandula-
res, situados entre la glándula submaxilar y el plano muscular profundo.* —
(3).

III - INCIDENCIA

Estadística que da With considerando la edad en que se presentan las re-
tenciones dentarias:* (3)

Edad	No. de Dientes Retenidos	Porcentaje
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	6.7 %
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 %

Blum (1923) presenta una estadística que contiene los dientes más fre-
cuentemente retenidos:

Diente	Mandíbula		Maxilar	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Temporarios	3	2 %	1	0.4 %
Incisivo Central	9	5 %	0	-
Incisivo Lateral	1	0.5 %	1	0.4 %
Canino	99	51 %	10	4 %
Primer Premolar	0	-	2	0.8 %
Segundo Premolar	5	3 %	14	6 %
Primer Molar	0	-	1	0.4 %
Segundo Molar	0	-	1	0.4 %
Tercer Molar	62	33 %	231	86 %
Supernumerarios	11	6 %	5	2 %

Predominio del sexo masculino en la presencia de dientes retenidos, según Wirth (1939):* (3)

Sexo	No. Dientes Retenidos	Porcentaje
Mujeres	101	48.4 %
Hombres	108	51.6 %

Estadística de Eten-Cieszynski sobre el porcentaje de dientes retenidos:

Diente	Mandíbula	Maxilar
	Porcentaje	Porcentaje
Tercer Molar Inferior	35 %	
Canino Superior		34 %
Tercer Molar Superior		9 %
Segundo Premolar Inf.	5 %	
Canino Inferior	4 %	
Incisivo Central Sup.		4 %
Segundo Premolar Sup.		3 %
Primer Premolar Inf.	2 %	
Incisivo Lateral Sup.		2.5 %
Incisivo Lateral Inf.	0.8 %	
Primer Premolar Sup.		0.8 %
Primer Molar Inf.	0.5 %	
Segundo Molar Inf.	0.5 %	
Primer molar Sup.		0.4 %
Incisivo Central Sup.	0.4 %	
Segundo molar Sup.		0.1 %

Raza: La raza negra está en general libre de estos procesos. Su gran mandíbula permite la cómoda erupción de todos sus molares.* (3)

Orden de frecuencia de los dientes retenidos según observaciones de Archer William:

Diente	Mandíbula	Maxilar
Terceros Molares	Primer lugar	Segundo lugar
Caninos	Tercer lugar	Quinto lugar
Premolares	Cuarto lugar	Sexto lugar
Incisivo central	Séptimo lugar	Octavo lugar

IV - ETIOLOGIA

La etiología de las retenciones es más teórica que real, y podemos basar la en tres encabezados o teorías diferentes. Primero se encuentra la teoría ortodóntica. Debido a que el crecimiento normal de los maxilares y 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 y muchas afecciones patológicas provocan una condensación del tejido óseo, por ejemplo un trauma severo y maloclusión, así — como la inflamación local de la membrana periodontal pueden aumentar la densidad ósea. La respiración bucal constante también conduce a la contracción de las arcadas y, por tanto, los dientes que hacen erupción al final carecen de espacio. En ocasiones, la pérdida prematura de los dientes deciduos puede provocar falta de desarrollo de la mandíbula y mala posición de los dientes permanentes, o ambos, lo que da como resultado una retención.

La segunda teoría es la teoría filogénica. La naturaleza trata de eliminar aquello que no se emplea y nuestra civilización, con sus hábitos nutricionales cambiantes, ha 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 un 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 factor etiológico importante en las retenciones.

Las retenciones no se apegan a un patrón establecido. Son de diversas

formas y tamaños y 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.

Hay muchos casos en que los dientes permanecen en estado inactivo dentro de los maxilares hasta después de la pérdida de los dientes subyacentes y repentinamente comienza a hacer erupción provocando inflamación y dolor.* (8).

Las causas de la retención son numerosas, por lo que también podremos agruparlas de la siguiente manera: Factores asociados con el diente. La mal posición de los gérmenes dentales se ha sugerido como un posible factor de falta de erupción de los dientes. Si la fuerza eruptiva está demasiado alejada de la zona de la subsiguiente erupción, puede ser prematuramente agotada. Se cree que la erupción malposicionada la origina la rotación o inclinación de un germen dental.

Además de gérmenes dentales de posición anormal, también pueden jugar un papel en la retención de los dientes un crecimiento y fuerza eruptiva insuficientes.

La malformación de los dientes también puede dar lugar a una retención o erupción parcial.

Los dientes supernumerarios de diversos tipos generalmente no salen a causa de falta de espacio en el arco dental y están bloqueados por los dientes vecinos.

Factores ambientales. La obstrucción mecánica contra la erupción debe considerarse entre los factores ambientales.

En el caso de terceros molares mandibulares, el factor decisivo generalmente es la falta de espacio, probablemente debido a una reducción en el ta-

maño de la mandíbula durante la filogénesis.

Factores en la retención idiopática. En la retención idiopática, el diente no está malformado, en mala posición o inclinado, y a pesar de ello, no llega a salir.

Un trastorno localizado del crecimiento de los maxilares origina retención de los molares. En este caso, es difícil diferenciar entre causa y mecanismo.* (7)

V - CLASIFICACION

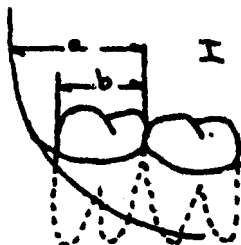
Las retenciones del tercer molar se clasifican de varios modos.

La cercanía del diente retenido al borde inferior de la mandíbula es importante desde el punto de vista pre y postoperatorio. La cantidad de hueso bajo las raíces del diente, también deberá observarse.

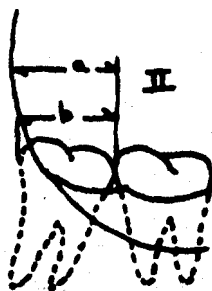
Una buena clasificación de retenciones de terceros molares es la que ofrecen Pell y Gregory. Esta clasificación se basa en la evaluación de la relación del segundo molar con la rama ascendente de la mandíbula y la relativa profundidad del tercer molar dentro del hueso, así como la posición del tercer molar en relación con el eje mayor del segundo molar. Esto puede explicarse en detalle como sigue:* (8)

1. Relación del diente con la rama ascendente de la mandíbula:

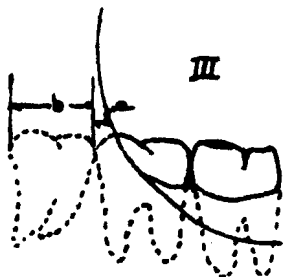
Clase I. Cuando existe suficiente espacio entre la rama ascendente y el aspecto distal del segundo molar para dar cabida a todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.



Clase II. Cuando el espacio entre la rama ascendente y el aspecto distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

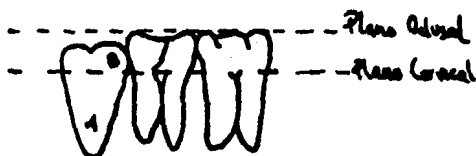


Clase III. Cuando toda, o la mayor parte del tercer molar se encuentra dentro de la rama ascendente.

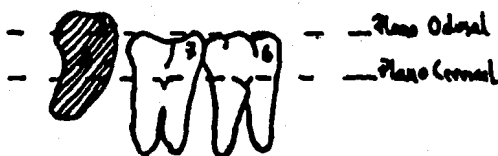


2. Profundidad relativa del tercer molar dentro del hueso:

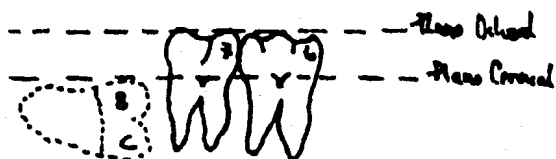
Posición A. Cuando la porción más alta del diente retenido se encuentra al mismo nivel, o por encima de la superficie oclusal del segundo molar.



Posición B. Cuando la porción más alta del diente se encuentra bajo la línea oclusal, aunque encima de la línea cervical del segundo molar.

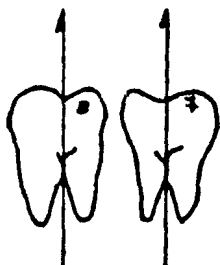


Posición C. Cuando la porción más alta del diente se encuentra al mismo nivel, o por debajo, de la línea cervical del segundo molar.

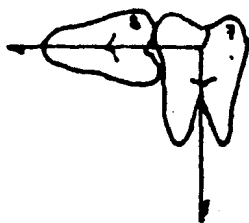


3. La posición del diente en relación con el eje longitudinal del segundo molar, según la clasificación de Winter.* (3)

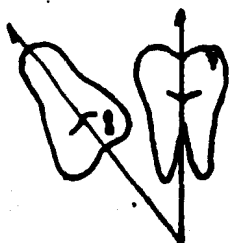
a. Posición Vertical. Son aquellos que presentan su eje mayor paralelo al eje mayor del segundo molar.



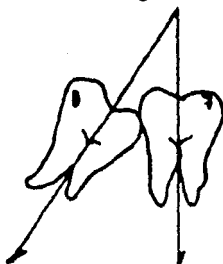
b. Posición Horizontal. Se observa en los terceros molares que se presentan ubicados de manera que su corona está dirigida al segundo molar y su eje mayor es sensiblemente perpendicular al eje mayor del segundo, formando un ángulo de 90 grados abierto hacia abajo y atrás.



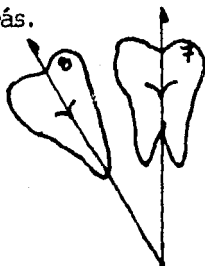
c. Posición Invertida. Estos molares tienen su corona dirigida hacia el borde inferior de la mandíbula y sus raíces hacia el cóndilo.



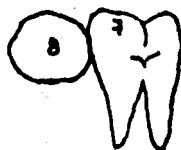
d. Posición Mesioangular. Presentan su corona dirigida hacia el -segundo molar, su eje mayor forma, con el eje mayor del segundo molar, un ángulo agudo abierto hacia abajo.



e. Posición Distoangular. El tercer molar está colocado en la mandíbula, con su corona dirigida, en grado variable, hacia la rama ascendente, formando su eje mayor con el eje mayor del segundo, un ángulo agudo abierto hacia arriba y atrás.



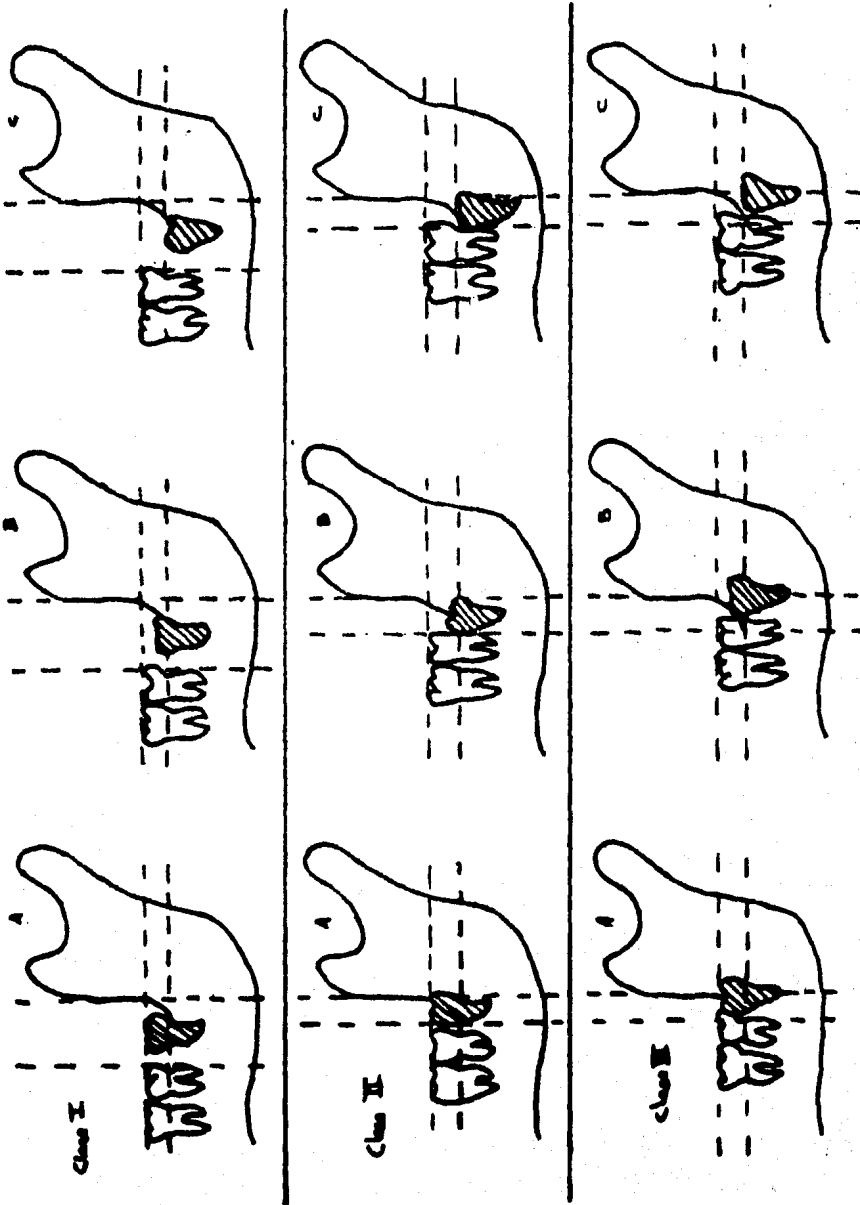
f. Posición Linguoangular. Presenta su corona dirigida hacia la -lengua y sus ápices hacia la tabla externa. El ángulo que su eje mayor forma con el segundo no puede ser señalado.



g. Posición bucoangular. Presentan su corona dirigida hacia la tabla externa y sus raíces hacia la interna o lingual.

El objetivo de este sistema de clasificación es crear una técnica ordenada para la evaluación y diagnóstico así como para las técnicas quirúrgicas de la cirugía de terceros molares.

La utilización de esta técnica ordenada para los problemas de inclusión contribuirá al éxito del procedimiento.



VI - HISTORIA CLINICA

La anotación de la historia clínica médica, considerada ahora como un trámite que se aplicaba al tratamiento del paciente especial, se considera ahora como un elemento indispensable en la práctica corriente.

Hay cuatro razones principales por las cuales el Dentista toma dicha historia: a) para tener la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente ni su bienestar; b) para averiguar si la presencia de alguna enfermedad general o la toma de determinados medicamentos destinados a su tratamiento pueden estropear o comprometer el éxito del tratamiento aplicado a su paciente; c) para detectar una enfermedad ignorada que exija un tratamiento especial; d) para conservar un documento gráfico que puede resultar útil en el caso de reclamación judicial por incompetencia profesional.* (1)

Se anotará la historia clínica para cada paciente y debe contener todos los datos necesarios.

En cada historia clínica se archivará una gráfica de los hallazgos más importantes.

Se va a utilizar como ejemplo o guía la historia clínica que a continuación presentamos:

HISTORIA CLINICA

Exp. clínico No. _____

Nombre _____ Edad _____

Procedencia _____ Nacionalidad _____

Domicilio _____

Teléfono _____ Sexo _____

Nombre del Cirujano-Dentista que elaboró esta Historia _____

INTERROGATORIO DIRECTO INDIRECTO

ANTECEDENTES

HEREDITARIOS Y FAMILIARES

Luéticos, Fímicos, Distésicos y Neoplásicos (padres, hermanos, hijos y personas que habitan con el paciente)

PERSONALES NO PATOLOGICOS

Higiene, Alimentación, Tabaquismo, Alcoholismo, Toxicomanías, Escolaridad, -
Inmunizaciones, Alérgia algún medicamento, Alérgia algún alimento, Hábitos,
etc.

PERSONALES PATOLOGICOS

PADECIMIENTO ACTUAL

APARATOS Y SISTEMAS

Aparato digestivo, Aparato respiratorio, Aparato circulatorio, Aparato genito-urinario, Sistema endocrino, Sistema hematopoyético, Sistema nervioso.

SINTOMAS GENERALES

EXAMENES PREVIOS

TERAPEUTICA EMPLEADA

DIAGNOSTICOS PREVIOS

EXPLORACION FISICA

PESO ACTUAL	PESO IDEAL	PESO HABITUAL	ESTATURA	PULSO

TENSION ARTERIAL	TEMPERATURA

INSPECCION GENERAL

CABEZA

CUELLO

TORAX

ABDOMEN

GENITALES EXT. RECTAL Y/O VAGINAL

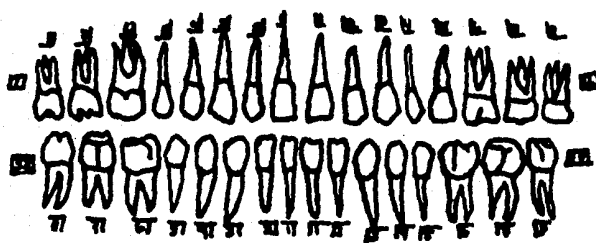
EXTREMIDADES

COLUMNA VERTEBRAL

ESTUDIO RADIOGRAFICO

DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL

ODONTOGRAMA



FECHA

FIRMA

SOLICITUD DE OPERACIONES

Exp. clínico No. _____

No. de anestesia _____

Nombre _____	Edad _____	Sexo _____
Procedencia _____	Empleo _____	
Diagnóstico preoperatorio _____		
Cirujano _____	1er. ayudante _____	
2o. ayudante _____	Anestesiista _____	
Instrumentista _____	Enfermera _____	
Tiempo de Sangrado _____ Reacciones serológicas _____		
Tiempo de coagulación _____ Tiempo de Protombina _____		
Biometría hemática _____		
Tensión arterial: Mx. _____	Mn. _____	PULSO _____
Estado patológico pulmonar _____		No respiraciones _____
Exámen de orina _____		
Química sanguínea _____		Exámen radiológico _____
Aparato cardiovascular _____		
Hora del último alimento _____ Duración aprox. de operación _____		
Operación solicitada _____		
Que se verificará el día _____ a las _____ Hrs.		
Instrumental especial que se solicita _____		
¿Se necesita control radiográfico? _____		Riesgo quirúrgico _____
Anestesia solicitada _____		Practicada por _____
Se requiere transfusión _____		
Recibió _____ a las _____ hrs. del día _____ 19 _____		

FIRMA _____

LABORATIO DE HISTOPATOLOGIA

solicitud de Estudio Histopatológico No. _____ Fecha _____

Paciente _____ Edad _____ Sexo _____

Naturaleza y sitio de la lesión _____

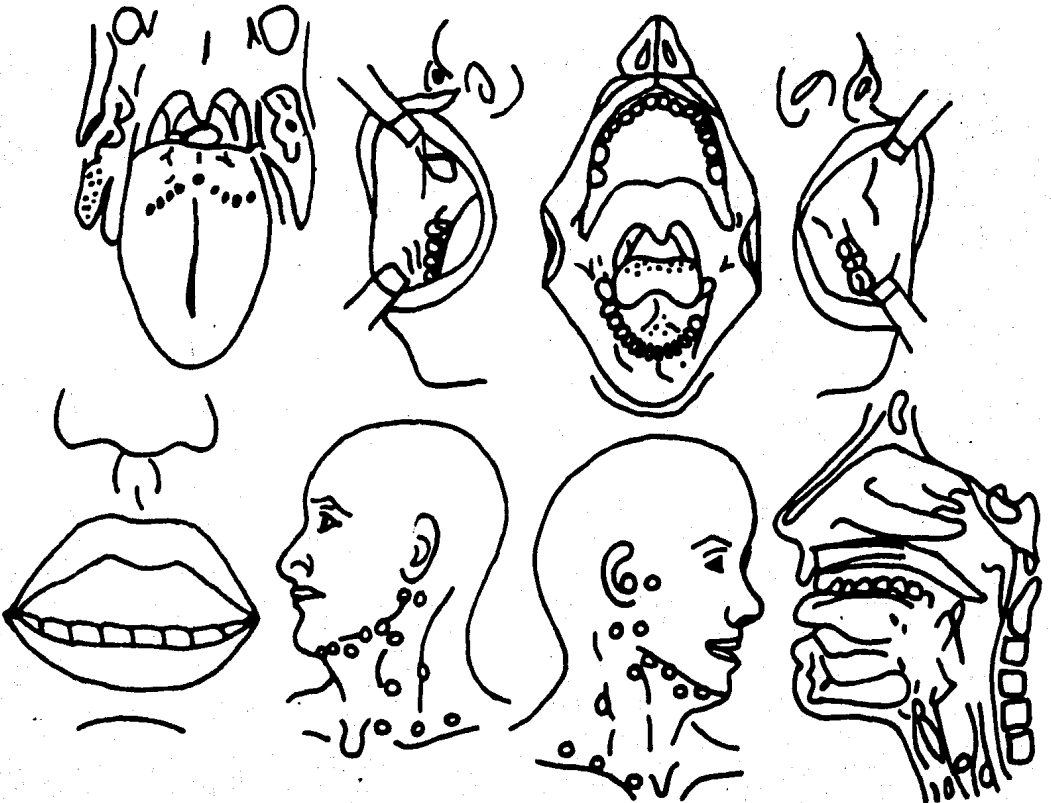
Datos clínicos _____

Datos radiológicos _____

Diagnóstico clínico _____

Dr. _____

Nota: Marcar el sitio de la lesión, de la biopsia. Incluir la mayor cantidad de datos que se consideren importantes.



VII - ESTUDIO RADIOGRAFICO

El estudio radiográfico del tercer molar inferior retenido señala una cantidad de detalles de interés que deben ser útil y juiciosamente aplicados en el diagnóstico y cirugía de este molar.

En una radiografía del tercer molar inferior retenido debe presentarse nítido y correctamente este diente, el segundo molar y el hueso que rodea al molar retenido.

El tercer molar debe ser observado en su posición, forma, tamaño, presentación y relaciones. El diagnóstico radiográfico de la posición del tercero es un detalle fundamental en la cirugía del molar retenido. La forma y tamaño del molar retenido debe deducirse también de este exámen y de los hallazgos que la clínica efectúe. El estudio radiográfico de la porción radicular es también de extraordinario valor e importancia, tanto como el estudio de la corona, pues la técnica quirúrgica a emplearse en cada caso particular, está relacionado y en dependencia con la anatomía radicular, coronaria y ósea.

El hueso vecino, distal, mesial, oclusal y eventualmente lingual y bucal deben ser investigados con dedicación, por ser otro elemento útil en la aplicación quirúrgica de las técnicas.

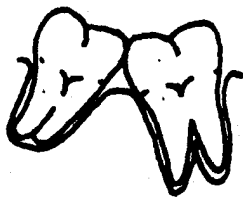
Las radiografías de la región del tercer molar deben mostrar, en el caso de que los dientes estén verticalmente colocados y sin desviaciones, el perfil de estos dientes, superponiéndose en la imagen las cúspides bucales y linguales de cada molar. En otras palabras, en una imagen radiográfica correcta no deben verse las caras triturantes de los molares.

El estudio de la cara mesial del tercer molar inferior es de fundamen—

tal importancia para encarar su cirugía, ya que se considera a la cara mesial accesible o inaccesible; es decir, que ésta cara sea fácilmente abordable, accesible al instrumento que va a practicar la extracción del diente retenido, o que por el contrario, se encuentre a una determinada profundidad y lo suficientemente protegida por el hueso, como para considerarla inaccesible.* (3)

Cara mesial accesible. Cuando la cara mesial está libre del hueso mesial y el hueso bucal llega hasta el cuello del tercer molar retenido, ésta cara se denomina accesible.

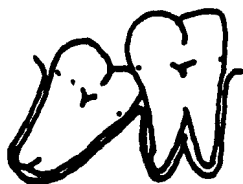
Radiográficamente, la cara mesial accesible se traduce por un espacio radiolúcido, de distinta forma y tamaño, de acuerdo con la posición del tercer molar en el hueso.



Por regla general, en los molares en posición vertical, mesioangular y horizontal, la cara mesial accesible significa el espacio interdentario en forma de un triángulo radiolúcido, de contornos netos y típicos.

Cara mesial inaccesible. Cuando el hueso mesial cubre total o parcialmente la cara homónima del molar retenido y el hueso bucal asciende por encima de su línea cervical, debe considerarse que ésta cara mesial es inaccesible; es decir, que no es posible llegar a ella, si no se elimina el hueso que la cubre y protege.

Radiográficamente, no existe el espacio interdentario radiolúcido que se encuentra en los molares con la cara mesial accesible. Se presenta un espacio de radiolucidez más reducida, ya que las tablas óseas bucal y lingual se superponen. En las retenciones verticales, mesioangular y horizontal, el espacio interdentario es una muesca o media luna, espacio que está originado solamente por la permanencia y presencia del saco pericoronario a este nivel y en algunas oportunidades procesos patológicos, de índole y características variables.



Consideramos que el tercer molar puede situarse, con sus caras bucal y lingual, en el plano bucal y lingual del primer y segundo molar; con su cara bucal, por fuera (hacia el lado bucal) del plano bucal; con su cara lingual, por dentro (hacia el lado lingual) del plano lingual, y en una combinación de las posiciones, que permite que la corona del molar retenido esté desviada hacia el lado bucal y la cara oclusal dirigida hacia el lado lingual.

Estas distintas posiciones que puede adquirir el tercer molar inferior retenido se manifiestan radiográficamente por imágenes definidas. El conocimiento e interpretación del significado de estas imágenes es fundamental en el estudio radiográfico y para su aplicación en el estudio quirúrgico.

Un tercer molar inferior, verticalmente colocado, con su cara bucal situada en el plano bucal de los molares anteriores, y su cara lingual, en el plano lingual, es el caso denominado sin desviación.

Los detalles característicos de la desviación bucal son: superposición de un segmento de la corona del tercero sobre la del segundo; ausencia radiográfica de las caras oclusales.

Los detalles característicos de la desviación lingual son: conservación de los puntos de contacto entre los tres molares; ausencia de superposición de segmentos de las coronas de cualquiera de ellos sobre los otros; ausencia de la cara oclusal del primer y segundo molar; cara oclusal del tercer molar visible y neta.

Los detalles característicos de la desviación bucolingual, (en cualquier tipo de retención) son los siguientes: conservación de los puntos de contacto entre el primer y segundo molar; ausencia radiográfica de las caras oclusales de estos dos molares; superposición radiográfica de un segmento de la corona del tercero sobre la corona del segundo; cara oclusal del tercer molar visible.

El tercer molar ocupa en la mandíbula distintas posiciones y desviaciones, además, presenta ciertas ubicaciones que, aunque no obliguen a complicar la clasificación, deben ser señaladas, porque estas ubicaciones, indican el nivel, altura o profundidad en que se encuentra el molar, con relación al plano oclusal cervical.

El molar retenido puede presentar su cara oclusal por encima del plano oclusal, entre el plano oclusal y el plano cervical y por debajo del plano cervical.

El estudio de la profundidad relativa del tercer molar sólo tiene un interés quirúrgico.

Posición vertical. Radiográficamente se presentan también en forma análoga, dirigidos en forma vertical, y la cara oclusal es observable o no; —

los terceros molares en desviación lingual presentan estas características. El hueso mesial cubre o deja al descubierto la cara mesial (cara mesial accesible; cara mesial inaccesible).

Posición horizontal. El molar horizontalmente colocado puede presentar se en desviación bucal o lingual, siendo en este último caso visible la cara oclusal en la radiografía. La cara mesial puede presentarse accesible o inaccesible, de acuerdo con la presencia o ausencia de hueso mesial.

Posición mesioangular. Radiográficamente se ven idénticas condiciones que la desviación bucal o lingual, a excepción de la ausencia del molar vecino. El acceso a la cara mesial está determinado por la cantidad de hueso — que cubre la cara. Las distintas desviaciones en sentido bucal o lingual — tienen su correspondiente traducción radiográfica, estas últimas permiten visualizar en la radiografía a la cara oclusal del molar retenido, mientras — que ello no ocurre en las desviaciones bucales.

Posición distoangular. El eje mayor está dirigido hacia el cóndilo. — Las desviaciones hacia el lado lingual se manifiestan por la presencia de la cara oclusal. La cara mesial, por lo general, inaccesible, en este tipo de retención se presenta cubierta por el hueso mesial.

Posición linguo o bucoangular. El molar retenido se presenta dispuesto con su corona dirigida hacia el lado lingual (el tipo más común), o hacia el bucal. Los rayos atraviesan el molar retenido en el sentido de su eje mayor (proyección apicooclusal), lo cual se traduce radiográficamente por una imagen en disco o moneda. La radiografía oclusal complementaria ubica correctamente al molar retenido en relación a su posición bucal o lingual.

Posición invertida. Las diversas posiciones que puede presentar el molar serán reveladas por el examen radiográfico.* (3)

Las raíces del tercer molar inferior requieren un cuidadoso y detallado estudio radiográfico y la consiguiente interpretación y diagnóstico. En la disposición, número, forma, anomalías radiculares, tiene su fundamento la técnica quirúrgica destinada a eliminar el molar retenido.

Por regla general el tercer molar presenta dos raíces, denominadas mesial y distal; no son excepcionales la mesial bifurcada, o las raíces supernumerarias, con cementosis u otras anomalías.

En cuanto al volumen radicular, hay por lo general una relación entre el tamaño coronario y el de las raíces, ésta relación puede no ser tal en muchas ocasiones, existen raíces pequeñas y raíces gigantes.

La dirección de las raíces es el problema radiográfico más importante y requiere un examen a fondo.

La disposición, dirección y forma de las raíces regulan el acto quirúrgico.

Las maniobras destinadas a eliminar el molar retenido deben vencer, por procedimientos mecánicos, el anclaje en el hueso que representa esta parte del diente.

La dirección e intensidad de la fuerza destinada a extraer las raíces han de estar de acuerdo con los detalles anatómicos reproducidos por la radiografía.

Por un elemental problema mecánico, las raíces deben recorrer, para ser extraídas, la vía de menor resistencia y los movimientos que se imprimen a la porción radicular están regidos por la presentación de este elemento.

La separación de raíz y hueso debe basarse en métodos que permitan a las raíces recorrer en su alveólo el sentido en que están implantadas.* (3)

VIII - TECNICA QUIRURGICA

Una vez que el paciente ha sido evaluado, la historia clínica revisada, los instrumentos seleccionados, y la anestesia establecida, podrá dirigirse la atención a los detalles quirúrgicos.

El paciente deberá ser preparado y cubierto con los campos de forma — aceptable para todos los procedimientos quirúrgicos fundamentales.

Una boca con mala higiene puede requerir profilaxis, raspado o enjuagues de peróxido de hidrógeno antes de la cirugía.

La preparación del paciente deberá incluir un campo que cubra la cabeza, cuello y torax. El motivo de los campos en la cirugía bucal es para aislar un área estéril.

El nivel de limpieza corriente que se mantiene en el consultorio dental proporciona una protección sanitaria adecuada a los pacientes durante la mayoría de las intervenciones dentales. Sin embargo, los pacientes son muy susceptibles a la infección durante las intervenciones quirúrgicas debido a la exposición de los tejidos profundos. El trauma quirúrgico altera la viabilidad de los tejidos, y los hematomas y tejidos necróticos ofrecen un medio de cultivo a los organismos patógenos, que pueden ser introducidos en los tejidos profundos por los instrumentos quirúrgicos. Por consiguiente, es importante el cuidado adecuado de los instrumentos para prevenir el desarrollo de una infección en los pacientes sometidos a una operación en la boca.

En un consultorio en que se traten simultáneamente los problemas dentales quirúrgicos y de otro tipo, es también importante evitar la contaminación cruzada de los pacientes por los instrumentos utilizados.* (8)

8.1 - INSTRUMENTAL

Por tratarse de una cirugía de alta especialidad, la cirugía bucal requiere instrumentos también especializados. Nos detendremos sólo en la descripción de los instrumentos y aparatos en relación con la cirugía del tercer molar retenido. Existe en el mercado un número extraordinario de instrumentos para ser aplicados en las distintas técnicas y métodos, la práctica es la que nos llevará a la selección del instrumental, ya elegidos, éstos deben tener una función específica y determinada.

Instrumental de exploración: Espejo, pinzas de curación, y explorador; junto con éstos se coloca una jeringa y cartuchos de anestesia.

Instrumental de incisión: Bisturí. Para la incisión de la mucosa a nivel del tercer molar retenido se emplea el bisturí de Bard-Parker, de hoja intercambiable. También las hojas de los números 12, 15 y 16.

Tijeras. En algunas oportunidades pueden emplearse unas tijeras rectas o curvas, para seccionar inserciones musculares bajas o exceso de tejido, después de terminada la extracción. También se emplean tijeras para cortar los puntos de sutura.

Pinzas de disección. Para ayudarse en la preparación de los colgajos, en su desprendimiento y en su sutura, son útiles las pinzas de disección dentadas o las de dientes de ratón.

Instrumental de Hemostasis: Pinzas de mosquito o pinzas de Kelly. Sirven para pinzar los vasos en caso de ruptura.

Instrumental especializado: Periostótopo. Después de practicada la incisión, el colgajo mucoso se desprende de su inserción ósea con periostótopos o leguas.

Separadores. El labio del paciente y eventualmente el colgajo son mantenidos apartados por separadores. Los de Farabeuf se usan frecuentemente.

Instrumentos dedicados a la osteotomía: Escoplos. La sección del hueso que cubre total o parcialmente al molar retenido se realiza con escoplos. El instrumento es una barra metálica, uno de cuyos extremos, la hoja, está cortado a bisel a expensas de una de sus caras; la hoja del escoplo puede ser recta o estar ahuecada en media caña. Actúan a presión manual, o son accionados a golpe de martillo, dirigidos sobre la extremidad opuesta al filo.

Martillo quirúrgico. Se utiliza dicho martillo siempre en combinación con el escoplo, tiene en sus caras o puntas de trabajo que pueden quitarse y reemplazarse cuando se desgasten y son de un material que no solamente reduce el sonido mecánico sino que también amortigua el golpe que sería directo al paciente.

Fresas quirúrgicas. La osteotomía por medio de la fresa es maniobra sencilla y sin trascendencia. Debe emplearse con ciertas precauciones, evitando el recalentamiento del hueso; por lo tanto ha de aplicarse en maniobras intermitentes, siendo el territorio fresado, convenientemente irrigado. El empleo de fresas de carburo de tungsteno acelera y simplifica la osteotomía. Se usan en estas maniobras las fresas redondas (No. 8), por intermedio de la pieza de mano de baja velocidad.

Pinzas gubias. Destinadas al mismo fin que las fresas o escoplos, las pinzas gubias pueden usarse en algunas ocasiones; actúan extrayendo el hueso por mordiscos.

Linas de hueso. Son instrumentos destinados a eliminar o alisar los bordes óseos después de la extracción.

Cucharillas de Lucas. En las maniobras finales de la operación, la cucharilla se usa para eliminar fungosidades, granulaciones, saco pericoronario o esquirlas óseas.

Elevadores. Son instrumentos que se utilizan para la luxación de dientes y raíces.

Instrumental de sutura: Agujas para sutura. El tiempo final de la operación, la sutura, para ser ejecutada requiere agujas apropiadas; son útiles pequeñas agujas atraumáticas.

Portaagujas. Estas pequeñas agujas deben ser dirigidas por intermedio de instrumentos llamados portagujas.

Materiales de sutura: Hilo de algodón, hilo de seda, hilo de alambre, hilo de nylon, monofilamento y el catgut, éste se divide en simple, semicrómico y crómico (absorbible).

Compresas: El paciente y la mesa para instrumentos deberán estar protegidos por trozos de géneros esterilizados que se denominan compresas. En todas las circunstancias, antes de ser colocadas las compresas sobre el paciente debe ser cuidadosamente esterilizada la piel de su cara con alcohol u otro producto.* (3)

8.2 - ANESTESIA

Para poder realizar una buena intervención sin problemas de dolor, es necesario conocer las técnicas de anestesia, por ello nos detendremos únicamente a dar las técnicas anestésicas de la región que nos interesa.

Inyección Mandibular. El bloqueo del nervio dental inferior (que se encuentra localizado en el centro de la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula), se considera como el bloqueo nervioso más importante, simplemente porque no existe otro método seguro que pueda proporcionar una anestesia completa para los dientes posteriores inferiores. La zona anestesiada comprende los dientes de una de las mitades de la mandíbula, una parte de la encía bucal, la piel y la mucosa del labio inferior y la piel de la barbilla.

La solución anestésica se deposita en el surco mandibular que contiene tejido conectivo laxo atravesando por vasos y por el nervio alveolar inferior.

El nervio dental inferior puede bloquearse por vías intrabucal o extrabucal a partir de un punto de entrada situado a nivel del ángulo de la mandíbula. La vía bucal es el método de elección que suele emplearse en cirugía dental y bucal.

Técnica: Lugar de punción: Vértice del triángulo pterigomandibular.

Se palpa la fosa retromolar con el índice y se coloca la uña sobre la línea milohioidea (oblicua interna).

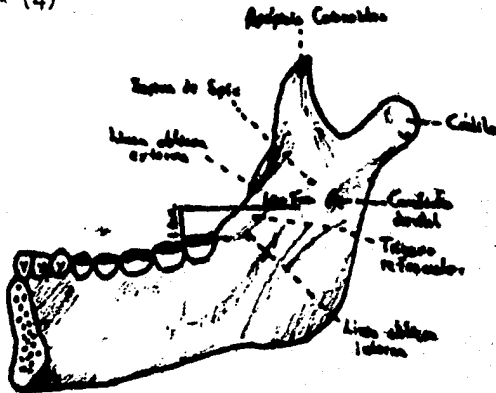
Dirección e inclinación de la aguja: Con el cuerpo de la jeringa descansando sobre los premolares del lado opuesto, se introduce la aguja paralelamente al plano oclusal de los dientes de la mandíbula, en dirección a la rama de ésta y al dedo índice, 1 cm. por encima de la superficie triturante — del último molar.

Profundidad: La aguja se introduce entre el hueso y los músculos y los ligamentos que lo cubren; después de avanzar unos 15 mm. se siente la punta chocar con la pared posterior del surco mandibular, donde se deposita 1.5 ml. de solución anestésica al lado del nervio alveolar inferior.

Nota: El nervio lingual se anestesia, por regla general, durante la inyección mandibular, inyectando algunas gotas a mitad del recorrido de la aguja.

Observaciones: La anestesia no es completa en la porción bucal de la -

región molar por estar inervada por el buccinador (bucal largo). En casos de extracción o cirugía, la anestesia se completa, frecuentemente, con una inyección bucal.* (4)



Inyección Bucal. La cara bucal de los molares inferiores está parcialmente inervada por el buccinador (bucal), que se separa del nervio maxilar poco después de su paso por el agujero oval. Las intervenciones de estos molares obligan a practicar la inyección del nervio buccinador.

Técnica: Lugar de punción: Pliegue mucobucal, inmediatamente por detrás del molar que se desea anestésicar.

Dirección de la aguja: Hacia atrás y ligeramente hacia abajo hasta que se halle por detrás de las raíces del diente.

Nota: La solución anestésica se inyectará lentamente.* (4)

8.3 - INCISION

La incisión tiene por objeto abrir los tejidos para llegar a planos más

profundos donde se debe realizar el objeto de la intervención. En la cavidad bucal el término tiene el mismo fin: abrir por medios mecánicos o físicos el tejido gingival.

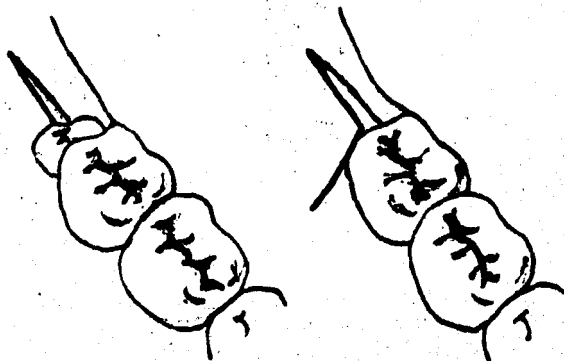
Para realizar la incisión nos valeros del bisturí.

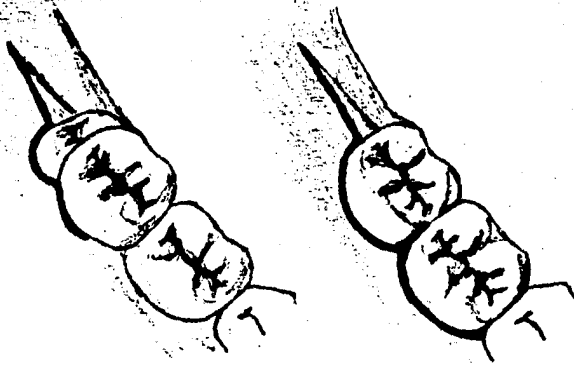
Las incisiones en la cavidad oral deben cumplir los preceptos que da la cirugía; la incisión y el colgajo, que es resultante reunirá una serie de condiciones, por eso, será menester afirmar, que al trazar la incisión y circunscribir un colgajo, es necesario que éste tenga una base, lo suficientemente ancha como para que su irrigación no se encuentre perturbada ni impedida. Los vasos sanguíneos siguen un trazado anatómico y las incisiones no deben seccionarlos, so riesgo de producir necrosis o esfacelos en tal colgajo. Las incisiones que proponemos no lesionan, o lo hacen en mínima extensión, el curso de los vasos; por otra parte da mayor y más fácil acceso y visión del lugar de la operación propiamente dicha. Esta es una importante indicación: tener en el curso de la operación una buena visualización, de modo que el colgajo obtenido permita ver correctamente lo que se hace y que no se oponga o interfiera a las maniobras quirúrgicas posteriores. El colgajo debe poder ser repuesto con comodidad y holgura en su sitio natural de implantación para que a su abrigo se realicen las íntimas tareas histopatológicas de reparación. Las incisiones deben ser hechas de un solo trazo, sin líneas secundarias, que permitan una correcta adaptación. Será menester que el colgajo descansa, en lo posible, sobre hueso sano e íntegro, y que la sutura final repose sobre una base segura y firme; a nivel del tercer molar inferior este último concepto difícilmente se logra.

Sintetizando, para la extracción del tercer molar inferior retenido — empleados dos tipos de incisión, en realidad, el segundo es una prolongación del primero, tal vez puede decirse que se emplea un tipo de incisión.

Con bisturí de hoja corta se traza una incisión en la parte más alta - de la cresta distal, por detrás de la cara distal del segundo molar. La longitud anteroposterior de la incisión está dada por el tipo de retención del tercer molar. Por lo tanto se funda en los detalles que se obtengan - del exámen radiográfico.

El trazado de la incisión deberá ser hecha con el bisturí, enérgicamente, hasta percibir por debajo del instrumento la sensación del hueso o de - la cara dentaria. Este primer paso de la incisión puede sangrar copiosamente. Se cohibe la hemorragia comprimiendo la región con una torunda de gasa. La incisión llega hasta la cara distal del segundo molar, desde allí contornea el cuello del segundo en su cara distal y continúa festoneando la encía en su adaptación al cuello del segundo molar, llegando también profundamente hasta el hueso y seccionando los ligamentos correspondientes, haciendo - una liberatriz desde la papila interdentaria hasta fondo de saco, Tipo Magnus. Ya está trazada la incisión para la mayor parte de los terceros molares retenidos. Para los verticales, con o sin desviación, con la cara mesial accesible, será suficiente detener la incisión, a nivel del centro de la cara bucal del segundo molar, o seguir festoneando hasta donde sea necesario, Tipo Winter.





Es importante que con el bisturí se perciba nítidamente los tejidos duros subyacentes, esto indicará que se ha seccionado la mucosa y el perióstio, facilitando de este modo la maniobra posterior de despegamiento del colgajo. (Colgajo mucoperióstico).

Para los terceros molares retenidos con ausencia del segundo molar, o en desdentado total, la incisión se realiza sobre la cresta alveolar, deteniéndose a nivel de la cara distal del primer molar, contorneando el cuello de este diente o prolongándose sobre la región vestibular. Ambos tipos de incisiones permiten un colgajo amplio y útil.

En el caso de ausencia de todos los dientes de la arcada, la incisión corre por el borde hasta 2 cm. aproximadamente del límite mesial del molar retenido, pudiéndose realizar una prolongación vestibular de la incisión.

Es de suma utilidad el examen radiográfico con puntos de referencia, que nos permitirán ubicar la posición del molar retenido y por lo tanto el trazado de la incisión.* (3)

8.4 - PREPARACION DEL COLGAJO

Trazada la incisión, se hace hemostasis comprimiendo por breves instan

tes en la región. Se toma el periostótomo o en su defecto una pequeña legra, y se introduce en los labios obtenidos por la incisión, progresando — desde el lado distal hacia el mesial. El periostótomo toca francamente el hueso y apoyándose en él y con suaves movimientos de lateralidad y de giro del instrumento, se desprende el labio bucal de la incisión. Para facilitar la maniobra puede apoyarse el instrumento en el ángulo bucodistal del segundo molar; desplazando el instrumento hacia la línea media del paciente, con ese punto de apoyo se logra desprender el colgajo en toda la extensión que se desee; ya se verá que límites tendrá este desprendimiento.

A esta altura del procedimiento puede tomarse con la mano izquierda — una pinza de disección o dientes de ratón, la cual prenderá el labio bucal de la incisión, colaborando en las maniobras que siguen. El periostótomo, siempre con el apoyo en el ángulo bucodistal del segundo molar, desinserta la encía que cubre la cara externa del segundo molar; continuando el periostótomo en esta función, desinserta la encía bucal del primer molar, deteniéndose a nivel del espacio interdentario entre el primer molar y el segundo premolar.

Este desprendimiento del colgajo se realiza en distintas extensiones, según el tipo de retención de que se trate. Para la extracción de los terceros molares sin desviación o en desviación lingual, cualquiera que sea su posición, el despegamiento al nivel del retenido se hace hasta una línea, — mitad de camino entre borde alveolar externo y la línea oblicua externa. — Para la extracción de los terceros molares en desviación bucal o bucolingual, la maniobra se realiza a nivel del retenido, hasta encontrar el borde anterior de la mandíbula y su prolongación que es la línea oblicua externa. La extensión bucal del desprendimiento del colgajo no disminuye del lado distal o mesial; a nivel del espacio interdentario entre el primer molar y el

segundo premolar esta maniobra es mínima.

El separador, sirve para mantener fijo el colgajo desprendido, el labio interno del colgajo se separa del hueso subyacente o del saco pericoronario con idénticas maniobras que las realizadas para separar el colgajo externo. La extensión del desprendimiento está regida por el tipo de retención, procurando alcanzar el límite de la cara lingual del molar retenido. En algunas ocasiones el labio interno del colgajo puede ser mantenido fijo con un hilo rienda, que se obtiene atravesando el labio interno del colgajo con una aguja curva provista del respectivo elemento de sutura.

Se pasa la aguja y se toman los dos extremos del hilo que mantiene el ayudante o se prende con una pinza sobre la compresa del pecho del paciente; este mismo hilo puede servir para completar la sutura, sin necesidad de volver a realizar la toma del colgajo interno.* (3)

8.5 - OSTEOTOMIA

Se denomina osteotomía al tiempo operatorio que consiste en la eliminación instrumental del hueso que cubre, protege o aloja el objeto de la operación; en la cirugía del tercer molar retenido el término se aplica a la eliminación del hueso en relación con el tercer molar inferior retenido.

El objeto de la osteotomía es eliminar la necesaria cantidad de hueso como para tener acceso al molar y disminuir la resistencia, que esta dada precisamente, por la cantidad y calidad de hueso continente. Tiempo importante en la cirugía del tercer molar, la osteotomía, junto con la odontosección, simplifican extraordinariamente un problema, que de otra manera sería altamente traumatizante.

Es necesario eliminar suficiente cantidad de hueso, porque es preferible extraer más hueso que el necesario eliminando de este modo la resis-

cia que eliminar demasiado poco, empleando como compensación la fuerza traumática para eliminar el molar. La osteotomía colabora en la realización de la cirugía fisiológica; la fuerza puede tener como resultado la fractura de la mandíbula o lesiones alveolares de distinta intensidad.

La osteotomía se realiza en cirugía bucal por intermedio de escoplos, fresas y pinzas gubias.

Osteotomía con escoplo: El escoplo puede ser usado de dos modos distintos: el operador esgrime el mismo escoplo y martillo: el primer instrumento tomado contra la mano izquierda, el segundo con la derecha; o el operador maneja sólo el escoplo, dejando el empleo del martillo al ayudante.

La cortical externa es sumamente sólida, sobre todo las caras bucal y distal; los escoplos deben ser constantemente afilados para que su labor sea efectiva; el contacto brusco con una cara del molar retenido mella rápidamente su borde cortante.

Los fragmentos de hueso, producto de la osteotomía, deben de ser cuidadosamente eliminados con las pinzas de disección o pinzas de curación, y en algunas oportunidades con la pinza gubia.

Osteotomía con fresas: La fresa es un instrumento muy útil para realizar la osteotomía; su empleo es simple y en función puede ser realizado con éxito, cumpliendo con ciertos principios: éstos se refieren a evitar el calentamiento por el excesivo y prolongado fresado y evitar el embotamiento del instrumento por las partículas óseas que se depositan entre sus dientes; en ambas contingencias se observan las molestias postoperatorias consiguientes, debidas a este motivo. Pueden usarse las fresas que comunmente se emplean en operatoria, redondas del No. 5 al 8, o de fisura No. 560, colocadas en la pieza de mano de baja velocidad. Son sumamente útiles las fresas de carburo de tungsteno, que resecan el hueso con precisión y rapidez.

La fresa con cualquier procedimiento elimina el hueso en total, o lo hace practicando pequeños orificios, vecinos los unos a los otros, orificios que se unen entre si por medio de una fresa de fisura o por un golpe de escoplo recto o de media caña.

En todas las circunstancias es sumamente importante para evitar el calentamiento del hueso, practicar la osteotomía realizando golpes sucesivos o intermitentes para no producir precisamente el frotamiento que origina calor. Resulta también de utilidad irrigar la zona en operación con un chorro de suero fisiológico tibio por medio de una jeringa o de un frasco de suero adaptado a este menester.

Osteotomía con pinza gubia: En ciertas circunstancias puede emplearse con fines de osteotomía la pinza gubia. La resección del hueso lingual exige el empleo de este instrumento, pues no logra siempre el escoplo cumplir su misión a nivel de esta cara. La pinza gubia con sus bocados presiona y elimina la cantidad necesaria de hueso, actuando como una cizalla.

Regiones óseas que deben eliminarse: Para la extracción del tercer molar inferior retenido, el hueso que lo cubre total o parcialmente debe de ser eliminado. El grado y cantidad de la osteotomía están dirigidos por el tipo de retención, cantidad de hueso y forma radicular.

Las normas generales de técnica quirúrgica con respecto a la resección ósea serán dadas en seguida:

En primer término estudiaremos el nombre de la osteotomía. Se rige simplemente por el nombre de la región ósea a researse.

Por lo tanto se denominará osteotomía mesial, bucal, distal, lingual y oclusal, de acuerdo con el lugar donde se realiza la eliminación del hueso.

En segundo término se considerará la cantidad de la resección ósea. -

La maniobra estará indicada por el estudio radiográfico de la retención y -varía de acuerdo con la mayor o menor extensión de hueso. En otras palabras, la cantidad de hueso a eliminarse permitirá la aplicación de un grado de fuerza en la palanca destinada a la extracción en relación con los preceptos de la cirugía fisiológica. El molar retenido deberá ser movilizado según principios mecánicos definidos, pero no a costa de excesiva fuerza, - que significa trauma, lo cual se traduce por dolores, molestias y retardo - del tiempo de cicatrización. La aplicación de la mecánica quirúrgica eliminará el molar siguiendo la vía de menor resistencia; lograr este aserto significa éxito en la extracción.

En tercer término deberá tenerse en cuenta el objeto de la osteotomía, son dos: resección para alcanzar el lugar donde aplicar la fuerza (osteotomía de acceso); resección suficiente para eliminar el hueso que se opone al desempeño de una correcta cirugía fisiológica (osteotomía para la extracción).

Quando el tercer molar se presenta con su cara mesial accesible es natural que no será necesario realizar ninguna osteotomía. Si el tercer molar presenta su cara mesial inaccesible habrá que realizar una osteotomía a nivel de la cara mesial que eliminando el hueso que cubre esta cara, permita la correcta aplicación de la fuerza sobre la cara mesial. En otras circunstancias requieren la osteotomía de parte del hueso bucal.

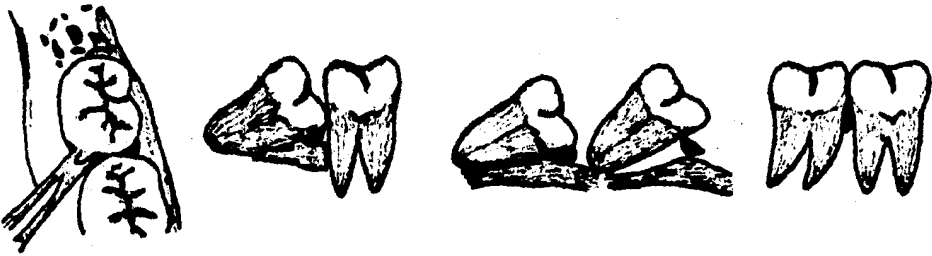
La osteotomía para la extracción está dirigida por la cantidad y calidad del hueso, la posición del molar, sus desviaciones, la forma de la corona y disposición de sus raíces.* (3)

8.6 - OPERACION PROPIAMENTE DICHA

Eliminadas las estructuras óseas que significa la resistencia, se ini-

cia la operación propiamente dicha, que consiste en la extracción del tercer molar retenido merced a la aplicación de la palanca.

El elevador llega a la cara mesial del molar retenido, allí su hoja, aplicada sobre la cara mesial, el instrumento con punto de apoyo en el borde óseo y con una fuerza ejercida sobre su mango, eleva el molar siguiendo el camino de menor resistencia. En términos generales ésta es la mecánica de la extracción, cuyos detalles se representan en los siguientes esquemas:



No siempre puede aplicarse en forma absoluta, por razones dependientes de la posición del molar y disposición y forma de sus raíces.

La odontosección en la cirugía del tercer molar inferior retenido. Como ya se indicó, en tales casos, será necesario disminuir el volumen del cuerpo a extraerse, es decir, se deberá realizar la sección del molar retenido en varios fragmentos, con el objeto de simplificar la operación.

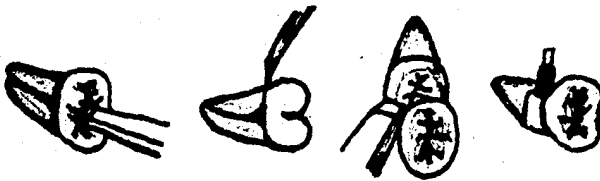
Esta es la técnica denominada de odontosección útil y fácil procedimiento que proporciona una eficaz ayuda en el acto operatorio.

Exige un grado de habilidad y precisión y un instrumental adecuado para realizar las maniobras con eficacia, que se concretan en los siguientes pasos:

1. Se disminuye el tamaño del campo operatorio, lo cual se traduce en menor edema postoperatorio.

2. Se disminuye o reduce la cantidad de hueso a eliminarse.
3. Se acorta el tiempo operatorio.
4. Se suprime casi por completo el trismus postoperatorio.
5. No hay lesión sobre los dientes vecinos.
6. Se realiza una lesión mínima sobre el hueso vecino, pues en la extracción se usan elevadores de hoja pequeña que no traumatizan las estructuras peridentarias.
7. El peligro de fractura de la mandíbula queda muy disminuído, pues no se emplea la fuerza mecánica como único factor.
8. El método previene la fractura en las tablas alveolares externa e interna.

La odontosección puede realizarse sobre el molar en dos distintas formas: se divide el diente según su eje mayor o se divide según su eje menor.



Ambas maniobras tienden a la finalidad de hacer de un cuerpo único, varios otros cuerpos de menor volúmen, sobre los cuales la aplicación de fuerzas logra el fin propuesto.

El éxito de la técnica es la resultante de la disminución mecánica de uno de los factores de la resistencia.

La odontosección se realiza en el campo quirúrgico que estamos conside

rando con distintos instrumentos: escoplo, fresas de carburo de tungsteno.

Odontosección con escoplo. El escoplo se emplea sobre todo para la división longitudinal del molar retenido, para la división del diente según su eje menor, es más útil la fresa. Debe usarse un escoplo doble filo y de hoja ancha, el escoplo puede ser usado de dos modos distintos, como fué señalado en la técnica de la osteotomía.

El golpe destinado a seccionar el molar debe ser de una intensidad tal que logre su propósito en un sólo intento. El borde cortante del escoplo se coloca sobre la cara oclusal del molar a seccionarse o sobre un surco bucal. Para que su acción sea efectiva debe estar colocado perpendicular a la cara oclusal, o sea paralelo al eje mayor del diente.

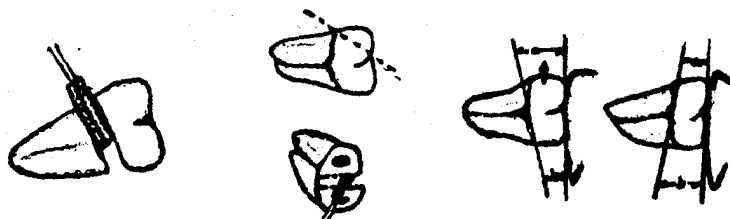
La odontosección según su eje mayor requiere que se tenga una suficiente cantidad de cara oclusal al descubierto, para poder realizar de este modo la maniobra sin tropiezos, por esta razón la osteotomía debe ser previa a la odontosección.

Odontosección con fresa. La fresa se emplea para seccionar el diente según su eje menor, en algunos casos puede usarse para la sección longitudinal.

Para la odontosección según su eje menor, el corte del diente debe hacerse a nivel de su cuello. Se emplean fresas redondas o de fisura. Debe evitarse el calentamiento del molar por el fresado, calor que se transmitirá al tejido óseo vecino, lesionándolo; es útil irrigar la zona con suero fisiológico.

El corte del molar puede iniciarse desde el lado bucal al lingual, seccionando el diente en su totalidad, o la fresa se detiene a la altura que le permita su acceso. Si la sección con la fresa es incompleta, el corte -

se termina con un golpe de escoplo, o con un elevador, el cual se insinúa entre los bordes de la sección. La dirección que debe darse al corte del molar es la siguiente:



La fresa es dirigida de atrás a adelante, moviendo el ángulo recto hacia arriba, todo lo que le permitan los tejidos blandos distales y la abertura de la boca. Esta dirección que se da al corte tiene por objeto que la parte distal de la corona del molar seccionado sea mayor que la parte mesial, con el objeto de que la corona pueda desplazarse en las maniobras, cómodamente hacia arriba; el corte de la corona en sentido inverso, dejando la cara mesial mayor que la distal, impide por razones de lógica que la corona se desplace en el sentido indicado. En algunos casos de desviaciones bucolinguales con la cara mesial accesible, será menester realizar en la corona ya seccionada, un nuevo corte mesiodistal, corte que dividirá la corona en una porción bucal y otra lingual, las cuales se eliminarán por separado.

Dividido el molar por los procedimientos señalados y siguiendo cualquiera de los dos sentidos, las partes resultantes deben extraerse por separado y con un instrumental adecuado.

El método de la odontosección en colaboración con el de la osteotomía brindan un eficaz y seguro procedimiento para cumplir las leyes de la cir-

gía fisiológica en la extracción del tercer molar inferior retenido. El éxito en la aplicación de estos métodos está en relación directa con el grado de habilidad manual del operador y en el inteligente cumplimiento de las indicaciones. La habilidad es condición innata y se mejora, perfecciona y estiliza por el entrenamiento quirúrgico.* (3)

8.7 - TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

Realizada la total extracción del molar retenido, dos son las maniobras postoperatorias con respecto a la cavidad ósea que alojaba el molar, complementado por una maniobra posterior, la sutura, en relación con los tejidos blandos de cubierta.

La primera se refiere a la eliminación quirúrgica del denominado saco pericoronario; la segunda, al tratamiento médico de la cavidad ósea, obteniéndola con diversas sustancias.

Eliminación quirúrgica del saco pericoronario. Fuente de hemorragias, infecciones postoperatorias y eventualmente neoplásicas, el saco pericoronario debe ser rigurosa y prolijamente resecaado de la cavidad ósea donde se aloja. La eliminación de éste saco se realiza a merced a cucharillas filosas, que permiten separar los dos tejidos: el saco pericoronario y la cavidad ósea alveolar.

La eliminación no es siempre fácil aún en sacos sin infección, están sólidamente adheridos al hueso en las regiones basal, bucal y lingual, y a las partes blandas en las regiones distal y lingual.

Se toma el saco con una pinza curva y se recorre con la cucharilla las distintas paredes óseas, buscando o procurando un plano de clivaje que permitirá la total resección del saco; en algunos casos de desviación lingual,

por la ausencia parcial o total del hueso lingual, el saco se adhiere íntimamente a las partes blandas, siendo su enucleación difícil; necesitará emplearse la cucharilla, el periostótomo y la pinza gubia para separar los elementos.

Si existen procesos patológicos de distinta índole, deben ser rigurosamente resecados con cucharillas. Después de la resección de los procesos citados se vigilarán cuidadosamente los bordes óseos para evitar que queden puntas agudas o aristas cortantes, éstas se eliminarán con pinzas gubias y limas para hueso.

Debe recorrerse cuidadosamente con la vista el fondo accesible de la cavidad, para retirar los fragmentos de hueso, diente o cuerpos extraños.

Obturación de la cavidad alveolar. Dos son las conductas que se siguen en la extracción del tercer molar inferior: a) terceros molares sin complicaciones pericoronarias aparentes; b) terceros molares con pericoronaritis.

a) Terceros molares sin complicación pericoronaria aparente. El número de complicaciones postoperatorias de la línea infección se han reducido a proporciones ínfimas con la administración de antibióticos por vía parenteral o digestiva.

Algunos medicamentos o sustancias destinadas a obturar la cavidad ósea tienen por fin actuar mecánicamente llenando el alveolo, un número de ellos tienen funciones hemostáticas.

La prevención de la hemorragia se realiza con la cuidadosa limpieza de la cavidad alveolar, eliminando saco pericoronario y restos de tejidos óseos o patológicos y el cierre bajo sutura; con esta conducta se logra la cicatrización per primam, ideal que no siempre puede ser logrado y al cual se contribuye con la administración de penicilina. Cuando las condiciones del

alveólo muestren una excesiva hemorragia, por lesión de los vasos dentarios, o vasos de las paredes, la obturación de la cavidad alveolar con fibrinfoam (espuma de fibrina), celulosa oxidada, o gelfoam, impregnados o no de trombina, logra cohibir la excesiva salida de sangre. Tal vez el cierre inmediato bajo sutura sea la conducta de elección, aunque algunos autores precocifican el sistemático taponeamiento del alveólo.

El mecanismo por el cual se produce la cicatrización del alveólo, se funda en la organización bajo condiciones asépticas del coágulo sanguíneo, se trata de un proceso con las características de la inflamación. El coágulo sanguíneo se epiteliza en su superficie, identificándose este epitelio con el vecino de la cavidad oral; en profundidad, se resorbe y es reemplazado por tejido conjuntivo embrionario, a cuyas expensas se reedifica el tejido óseo, proceso de resorción, de descombro, de neoformación y de modelado, que constituyen la cicatrización alveolar.

En síntesis se requiere un mínimo traumatismo quirúrgico compatible con la operación a realizarse (franca incisión, franca osteotomía, eliminación de esquirlas y restos patológicos, supresión de aplastamiento de las trabéculas óseas, supresión de la fuerza traumática, operación bajo absolutas condiciones asépticas.

b) Terceros molares con pericoronaritis. En terceros molares inferiores con infección pericoronaria, aguda o crónica, debe empaquetarse el alveólo con una tira de gasa yodoformada, de tamaño proporcionado a la cavidad a obturar, impregnada en medicamentos balsámicos; la gasa yodoformada, sin productos agregados, no se puede mantener más de 48 horas en la cavidad alveolar sin que sufra procesos de putrefacción. Con el agregado de los medicamentos que se indicarán en líneas posteriores, el tapón puede conservarse una semana.

El objeto y fin del taponeamiento es obturar completamente la cavidad, para impedir que queden acumuladas cantidades de sangre entre el tapón y la pared alveolar, la cual se descompondrá.

El trozo de gasa debe impregnarse (toda la gasa, pero sin exceso de medicamento) con el líquido del cemento quirúrgico. Se trata de mantener seca la cavidad alveolar y se le empaqueta cuidadosamente, pero sin presión excesiva. Este tapón se deja in situ 6 u 8 días, tiempo suficiente para que se organice la granulación por debajo de él, el procedimiento de retirar la gasa yodoformada a las 48 horas es innecesario y contraproducente, cuando no doloroso y generador de hemorragias. Transcurrida la semana de espera, se impregna el tapón con agua oxigenada, cuya acción facilita el desprendimiento del tapón, y se retira suavemente su totalidad o la mitad superior; se lava la cavidad alveolar con un chorro de agua tibia.

Se vuelve a taponear la cavidad por dos o tres días, técnica que se repite hasta que el alveólo muestre que está cubierto por tejido de granulación y no existen síntomas inflamatorios ni dolorosos.* (3)

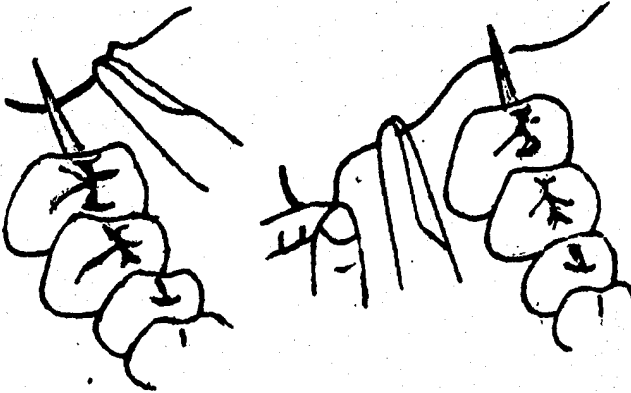
8.8 - SUTURA

El cierre con sutura es el ideal quirúrgico. Está indicado, en la extracción de terceros molares sin procesos infecciosos aparentes.

Se revisa e inspecciona la cara interna del colgajo, eliminando tejidos de granulación, o restos óseos o dentarios, se adapta cuidadosamente el periostio y se vuelve el colgajo a su sitio de normal ubicación. El operador toma la pinza portaagujas con una aguja curva con hilo nylon o seda y se procede, a atravesar en primer término el colgajo lingual, después el bucal (para el lado derecho, a la inversa para el lado izquierdo), retirándose la

aguja y practicando luego el nudo, valiéndose de la pinza portaagujas, según la siguiente técnica:

Pasados los hilos, se toma con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda el cabo portador de la aguja; se apoya este cabo en la portaagujas y se hace dar dos vueltas completas al hilo alrededor del extremo del instrumento; se entreabre ligeramente el portaagujas y se toma entre sus mordientes el cabo libre; se tracciona el portaagujas de manera que las dos vueltas del hilo se deslicen hacia la punta del instrumento y que el cabo libre pase entre ellas. Se ajusta el hilo a nivel de la herida operatoria y se tiene de este modo realizada la primera parte del nudo. Para completar el nudo se realiza nuevamente la maniobra, pero en sentido inverso, y se ajusta nuevamente el segundo nudo, seccionándose los cabos del hilo con una tijera. Si se cree necesario puede realizarse otro punto de sutura, a distal del primero.* (3)



Paso 1

Paso 2

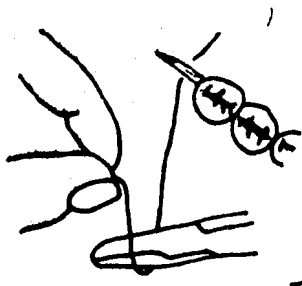


Fig 3

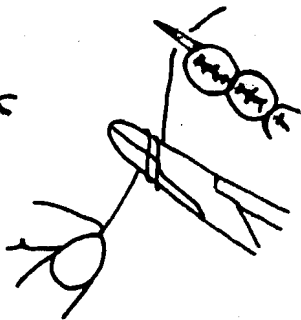


Fig 4

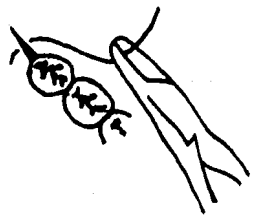


Fig 5

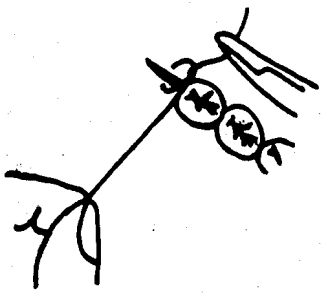


Fig 6



Fig 7

IX - INDICACIONES POSTOPERATORIAS

El tratamiento que se realiza después de la extracción debe ser estudiado en dos aspectos: el tratamiento inmediato y el tratamiento mediato.

El tratamiento postoperatorio inmediato. Terminada la operación se limpia la cara del paciente con un trozo de gasa impregnada de agua oxigenada, se lava la cavidad bucal con un atomizador, el que lleva una solución de agua bidestilada, con el fin de eliminar sangre y restos blandos, óseos o dentarios, que pudieran haberse depositado en los espacios interdentarios, en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina, evitando de este modo que los coágulos entren en putrefacción.

Se aplica un trozo de gasa esterilizada sobre el lugar de la extracción, indicándole al paciente que muerda sobre ella, la cual debe retirar al cabo de una hora.

Puede colocarse una bolsa de hielo sobre la cara, del lado operado, durante algunos minutos; este tratamiento repetirá el paciente en su domicilio, según las instrucciones impresas que es útil entregar al paciente, para que él mismo cuide su postoperatorio.

El tratamiento postoperatorio mediato. De regreso el paciente a su domicilio, es útil y se acomoda a los principios de la cirugía fisiológica — que guarde cama por algunas horas, con la cabeza en alto; el reposo previene la posible hemorragia secundaria.

El paciente continuará colocando sobre su cara, en el lado operado, una bolsa de hielo que mantendrá en su sitio durante 15 minutos con otros 15 minutos de descanso, en el caso de haberse realizado las extracciones de ambos lados, alternará la posición de la bolsa de hielo, el primer día y des-

pués del segundo día aplicar fomentos de agua caliente. No deberá practicar ningún enjuagatorio durante las primeras 3 horas, para poder conservar la integridad del coágulo.

En caso de hemorragia colocará en su boca, del lado operado, un trozo de gasa seca, que mantendrá en su sitio durante media hora.

Alimentación. El paciente necesita someterse a un régimen de alimentación blando y líquido durante las primeras 48 horas siguientes a la operación. Es necesario cumplirlo. Muchos de los trastornos postoperatorios se deben al hecho de que los alimentos duros lesionan la región, o el acto masticatorio y la succión puede modificar el estado local. La dieta debe también estar exenta de grasa e irritantes.

Higiene bucal. El paciente no debe escupir ni enjuagarse la boca durante las primeras 12 horas después de la operación. La lengua y los dientes que quedan, no afectados por la operación, deben cepillarse a la hora de acostarse. Esto limpia la boca de sangre y proporciona una sensación de fresca limpieza que hará que el paciente se sienta más cómodo. El cepillo suave no lesiona los tejidos y así puede el paciente hacer una limpieza a fondo. Al día siguiente puede empezar a enjuagarse la boca con agua tibia con sal.

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

Analgésico. El dolor postoperatorio es la consecuencia lógica de una operación en la cavidad bucal. Está en relación directa al grado de trauma; aplastamientos, desgarros, dislaceraciones, originan consecuencias dolorosas. Heridas limpias y operación sin traumatismos raramente ocasionan dolor. De presentarse, debe ser combatido por los distintos medicamentos que dispone la terapéutica.

La ingestión de vitamina B y B12 colabora a la restitución de los tejidos en el proceso cicatrizal.

Antibióticos. La prevención de procesos infecciosos, que de distinto orden pueden desarrollarse teniendo como punto de partida el sitio de la extracción, deben ser prevenidos o tratados con el nutrido arsenal terapéutico a cargo de los antibióticos.

El paciente debe regresar a nuestra consulta a las 24-48 horas. Se revisará el lugar de la intervención y se practicará un lavaje sobre el sitio operado y sus vecindades. Este lavaje se realiza con comodidad por medio del atomizador del equipo dental, en el cual se colocará una solución antiséptica débil y tibia. Sobre la región operada y en las vecindades se deposita una capa blanquesina, de difícil extracción. Los lavajes con el atomizador lograrán desprenderla; en su defecto se limpiará la región con una ronda de gasa.

También resulta práctico el lavaje de la cavidad bucal por medio de un irrigador común o una jeringa. El paciente se muestra aliviado y más confortable después de una limpieza correcta de la boca, que le elimina el mal gusto y el mal aliento.

Extracción de los puntos de sutura. Los hilos deben retirarse recién al 4o. ó 5o. día de la operación; la eliminación prematura puede originar -

hemorragias secundarias o por lo menos la movilización del coágulo, con los consiguientes trastornos. El respeto por el coágulo es la base del éxito postoperatorio. Los hilos se retiran previa sección con tijera; sobre la zona operada se proyecta un delicado chorro de agua tibia.

Extracción del taponeamiento. La función reparadora por debajo del tapón se realiza recién al 6o. u 8o. día. Por lo tanto es inútil y perjudicial extraer el tapón antes de transcurrido ese lapso. Además de las hemorragias y dolor que pueda originar, la extracción prematura suprime los fines de esta terapéutica. Al 6o. día se extraerá la porción superior de la gasa del taponeamiento; tres o cuatro días después el remanente. La cavidad alveolar aparece cubierta por un franco tejido de granulación que indica la conducta a seguir. Se realizará un nuevo taponeamiento con gasa yodo formada, impregnada tenuemente en el líquido del cemento quirúrgico, que permanecerá en la cavidad por dos o tres días. Tres o cuatro cambios de gasa son suficientes. Después de cada cambio de gasa se lavará la cavidad alveolar con un chorro de agua tibia a la que se agrega una porción de la solución de fenol alcanforado. Realizado el último cambio de gasa el paciente mismo puede lavar su cavidad alveolar con una jeringa común; sobre todo después de las comidas.* (3)

CONCLUSIONES

Es importante señalar que no es posible hablar de la cirugía bucal como algo aislado y específico, sino como parte unida a la cirugía general, - por tal motivo la cirugía bucal es tan importante como cualquier otra especialidad.

La cirugía bucal como especialidad es la encargada de la extracción — quirúrgica de los terceros molares retenidos.

Necesario es, que el Odontólogo de práctica general conozca las técnicas adecuadas para llevar a cabo la extracción quirúrgica de los terceros molares retenidos, en su consultorio, tomando las medidas necesarias.

Para este tipo de cirugía, debemos hacer una correcta evaluación del paciente, para poder llegar a un diagnóstico y a su vez un tratamiento adecuado.

Nunca debe de efectuarse una intervención quirúrgica por pequeña que sea, sin los conocimientos ni el instrumental y equipo necesarios.

Así pues, el éxito en cualquier tipo de operación que se realice en — nuestra práctica odontológica dependerá del cuidado y empeño que pongamos — en el mismo.

BIBLIOGRAFIA

Morris Alvin L., "Especialidades odontológicas en la práctica general", 1980, Editorial Labor, S.A.

Quiroz Gutiérrez Fernando, "Anatomía Humana", Tomo I, 1978, Editorial Porrúa, S.A.

Ries Centeno Guillermo, "El tercer molar inferior retenido", 1960, Editorial El Ateneo.

S.U.A., "Anestesia", 1978, Facultad de Odontología, U.N.A.M.

S.U.A., "Exodoncia", 1980, Facultad de Odontología, U.N.A.M.

S.U.A., "Técnicas Quirúrgicas", 1981, Facultad de Odontología, U.N.A.M.

Thoma, Gorlin Robert J., Goldman Henry M., "Patología Oral", 1979, Editorial Salvat, S.A.

Waite Daniel E., "Cirugía Bucal Práctica", 1978, Compañía Editorial Continental, S.A., México