

303

2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

*Revisado
20-II-87
[Firma]*

**EXTRACCION DE TERCEROS
MOLARES INFERIORES
RETENIDOS**

T E S I S

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

ALEJANDRO MINEROS PEREZ
ARTURO JIMENEZ HERNANDEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

INTRODUCCION.

CAP. I.- ANATOMIA DEL MAXILAR INFERIOR

- A) CUERPO
- B) RAMAS
- C) CONFORMACION INTERIOR
- D) MUSCULOS MASTICADORES

CAP. II.- GENERALIDADES DEL TERCER MOLAR INFERIOR

- A) LOCALIZACION
- B) DESARROLLO DEL POLICULO
- C) MORFOLOGIA
- D) ERUPCION
- E) POSICIONES

CAP. III.- TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

- A) DEFINICION DE RETENCION DENTARIA
- B) ETIOLOGIA
- C) INCIDENCIA
- D) CLASIFICACION

CAP. IV.- INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE TERCEROS

MOLARES INFERIORES RETENIDOS

- A) TRANSTORNOS MUCOSOS
- B) TRANSTORNOS NEUROLOGICOS
- C) TRANSTORNOS CELULARES
- D) TRANSTORNOS OSEOS
- E) TRANSTORNOS LINFATICOS O GANGLIONARES
- F) FORMACION DE QUISTES
- G) EXTRACCION PROFILACTICA

CAP. V.- ESTUDIO RADIOGRAFICO

- A) RADIOGRAFIA PERIAPICAL
- B) RADIOGRAFIA OCLUSAL
- C) RADIOGRAFIA EXTRAORAL

CAP. VI.- PREOPERATORIO

- A) HISTORIA CLINICA
- B) ASEPSIA
- C) ELECCION DEL INSTRUMENTAL

CAP. VII.- TECNICA QUIRURGICA

- A) ANESTECIA
- B) INSICION Y PREPARACION DEL COLGAJO
- C) ELIMINACION OSEA
- D) TECNICA DE ODONTOSECCION
- E) LUXACION Y EXTRACCION
- F) TECNICA A SEGUIR SEGUN
EL TIPO DE RETENCION
- G) DISENO DE CAVIDAD OSEA
- H) SUTURA

CAP. VIII.- POSTOPERATORIO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

En la actualidad se han detectado, como uno de los principales problemas dentarios, la presencia de los terceros molares incluidos. Estos llegan a provocar serios trastornos cuando no son extraídos a tiempo, debido a que no existe el espacio suficiente para que puedan erupcionar.

Una de las teorías que explica la problemática relacionada con los terceros molares, se refiere a que el hombre en su evolución ha perdido la funcionalidad de su aparato masticatorio. Así como consecuencia de su proceso evolutivo por desuso, los terceros molares han tenido que desaparecer, encontrándose, ahora, en forma inconstante dentro de la dentición humana.

Entre los fósiles humanos, descubiertos en excavaciones arqueológicas, se han hallado maxilares hasta con ocho molares en cada arcada. Esto hace suponer que en aquellas épocas el tipo de alimentación requería de un buen aparato masticatorio, que triturara perfectamente el alimento.

A medida que el hombre evoluciona, va dominando a la naturaleza, su alimentación es cada día más blanda y el trabajo de masticación va siendo menor.

Esto trae como consecuencia que las piezas que ya no son necesarias vayan desapareciendo.

Es un caso común el que muchos Odontólogos lleguen a traumatizar innecesariamente la región donde se encuentran alojados los terceros molares. La mayoría de las veces esto se debe a la falta de conocimiento de técnicas apro-

piadas y de otros aspectos conducentes a una correcta in
tervención.

En el presente trabajo se expone una recopilación de co
nocimientos y experiencias, con el propósito de coadyuvar
en la implantación de un procedimiento afectivo para la -
extracción de los terceros molares retenidos.

I ANATOMIA DEL MAXILAR INFERIOR

- A) CUERPO
- B) RAMAS
- C) CONFORMACION INTERIOR
- D) MUSCULOS MASTICADORES

El maxilar inferior o mandíbula es un hueso impar y simétrico, situado en la parte inferior de la cara. Se divide para su estudio en dos partes; una parte media o cuerpo y dos partes laterales o ramas.

A) Cuerpo.— Tiene forma de herradura con la concavidad dirigida hacia atrás. Se estudia en él una cara anterior, otra posterior, un borde superior y otro inferior.

Cara anterior.— Lleva en la línea media una cresta vertical, resultado de las dos mitades del hueso, y conocida con el nombre de sínfisis mentoniana, a la derecha e izquierda de la sínfisis, se encuentra una línea ascendente llamada línea oblicua externa, que va de la eminencia mentoniana al borde anterior de la rama, un poco encima de esta línea y a nivel del segundo premolar se encuentra el agujero mentoniano, por el cual pasa el nervio y vasos mentonianos.

Cara posterior.— Esta cara presenta, cerca de la línea media, cuatro tubérculos llamados apófisis geni, de los cuales los dos superiores sirven de inserción a los músculos genioyugales, mientras sobre los dos inferiores se insertan los geniohioideos.

Partiendo de la rama vertical se presenta la línea obli

cua interna o milohioidea que se dirige de abajo hacia adelante y termina en el borde inferior de esta cara y a su vez sirve de inserción al músculo lilioideo.

Por encima de esta línea y por fuera de las apófisis geni, se observa la foseta sublingual que aloja a la glándula del mismo nombre.

Más aruera, por debajo de dicha línea, en la proximidad del borde inferior a nivel de los tres últimos molares, existe una foseta más grande, que aloja a la glándula submaxilar y recibe el nombre de foseta submaxilar.

Borde Superior o Alveolar.- Presenta una serie de cavidades alveolodentarias y todos ellos se hallan separados entre sí por puentes óseos o apófisis interdentarias donde se insertan los ligamentos coronarios de los dientes.

Borde Inferior.- Es roma y redondeado, lleva dos depresiones o fosetas digástricas, situadas una a cada lado de la línea media, en ellas se inserta el músculo digástri-
co.

En su parte externa, en el lugar donde comienzan las ramas se encuentra ordinariamente un canal, por el cual pasa la arteria facial.

B) Ramas.- Son en número de dos, derecha e izquierda, son de forma cuadrangular más anchas que altas y están oblicuamente dirigidas de abajo hacia arriba y de adelante hacia atrás. Cada una de ellas presenta dos caras y cuatro bordes.

Caras.- De las dos caras, una es externa y la otra es interna.

1.- Cara Externa.- Es plana y presenta sobre todo en su parte inferior líneas rugosas, sobre las cuales se inserta el masetero.

2.- Cara Interna.- La cara interna presenta en su centro el orificio superior del conducto dentario, por el — cuál pasa el nervio y los vasos dentarios inferiores. En el borde de este orificio, por delante y debajo del mismo, se encuentra una laminilla ósea triangular llamada espina de espix. De la parte posteroinferior de este orificio parte un canal oblicuamente descendente llamado canal milohioideo (para el nervio y los vasos milohioideos). Toda la parte inferior de esta cara está sembrada de rugosidades que sirven para la inserción del pterigoideo interno.

Bordes.- Se dividen en anterior, posterior, superior e inferior.

1.- Anterior.- El borde anterior está dirigido oblicuamente hacia abajo y adelante. Se halla excavado en forma de canal, cuyos bordes divergentes se separan a nivel del borde alveolar, continuándose sobre las caras interna y externa con las líneas oblicuas correspondientes.

2.- Posterior.- El borde posterior es liso y obtuso y recibe también el nombre de bordes parotídeo, por su relación con la glándula parótida.

3.- Superior.- El borde superior posee una amplia escotadura, denominada escotadura sigmoidea, situada entre dos gruesas salientes: la apófisis coronoides por delante y el cóndilo del maxilar inferior por detrás. La primera es de forma triangular, con vértice superior, sobre el — cuál viene a insertarse el músculo temporal. La escotadura sigmoidea está vuelta hacia arriba y comunica la región masetérina con la fosa cigomática, dejando paso a los nervios y vasos masetérinos. El cóndilo es de forma elipsoidal, aplanado de delante a atrás y se articula con la cavidad glenoidea del temporal.

Se une al resto del hueso merced a un estrechamiento llamado cuello de cóndilo, en cuya cara interna se observa una depresión rugosa donde se inserta el músculo pterigoideo externo.

4.- Inferior.- El borde inferior de la rama ascendente se continúa directamente con el borde inferior del cuerpo. Por detrás, al unirse con el borde posterior, forma el ángulo del maxilar inferior, o gonion.

C) Conformación Interior.- El maxilar inferior está constituido por una masa central de tejido esponjoso, circunscrita en toda su extensión por una cubierta muy gruesa y resistente de tejido compacto. Recorre cada una de sus mitades un conducto, el conducto dentario inferior, que comienza en la espina de Spix, y luego se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante hasta el segundo premolar

dividiéndose en este punto en dos ramas: una externa (con ducto mentoniano) que termina en el agujero mentoniano, y otra interna (conducto incisivo), que termina debajo de los incisivos.

D) Músculos Masticadores.- Los músculos masticadores son en número de cuatro e intervienen en los movimientos de elevación y lateralidad del maxilar inferior. Y son: El temporal, el masetero, el pterigoideo interno y el pterigoideo externo.

Temporal.- Ocupa la fosa temporal y se extiende en forma de abanico, cuyo vértice se dirige hacia la apófisis coronoides del maxilar inferior.

Inserciones.- El temporal se fija por arriba en la línea curva temporal inferior, en la fosa temporal, en la cara profunda de la aponeurosis temporal y, mediante un haz accesorio, en la cara interna del arco cigomático. Desde estos lugares, sus fibras convergen sobre una lámina fibrosa, la cual se va estrechando poco a poco hacia abajo y termina en constituir un fuerte tendón nacarado que acaba en el vértice, bordes y cara interna de la apófisis coronoides.

Si se diseccionan con cuidado las fibras musculares del temporal en su lugar de inserción, se pueden apreciar que las superficies se fijan sobre la cara externa de la aponeurosis de inserción, mientras que las profundas lo hacen en la cara interna de la misma; se originan así dos capas musculares, las cuales la externa está más desarro-

llada que la interna.

Relaciones.- Por su cara superficial, este músculo se relaciona con la eponéurisis temporal, y los vasos y nervios temporales superficiales, y el arco cigomático y la parte superior del masetero. Su cara profunda, en contacto directo con los huesos de la fosa temporal, se halla también en relación con los nervios y arterias temporales profundas anterior, media y posterior y las venas correspondientes; en su parte inferior, esta cara se relaciona por dentro con los pterigoideos, el buccinador y la bolsa grasosa de Bichat.

Inervación.- De la inervación del temporal se hallan encargados los tres nervios temporales profundos, que son ramos del maxilar inferior.

Acción.- Consiste en elevar el maxilar inferior y también en dirigirlo hacia atrás, en esta última actividad del temporal intervienen sus haces posteriores.

Masetero.- Se extiende desde la apófisis cigomática hasta la cara externa del ángulo del maxilar inferior. Se halla constituido por un haz superficial, más voluminoso dirigido oblicuamente hacia abajo y atrás, otro haz profundo, oblicuo hacia abajo y adelante. Ambos haces se hallan separados por un espacio relleno por tejido adiposo, donde algunos investigadores han señalado la existencia de una bolsa serosa.

Inserciones.- El haz superficial se inserta superior-

mente sobre los dos tercios anteriores del borde inferior del arco cigomático e inferiormente en el ángulo del maxilar inferior sobre la cara externa de éste. Su inserción superior se realiza a expensas de una fuerte aponeurósis, la cual se origina mediante numerosas láminas aguzadas hacia el tercio medio de la masa muscular. El haz profundo se inserta por arriba en el borde inferior y también en la cara de la apófisis cigomática, sus fibras se dirigen luego hacia abajo y adelante, yendo a terminar sobre la cara externa de la rama ascendente del maxilar inferior.

Relaciones.- La cara externa del masetero se halla recubierta totalmente por la aponeurósis maseterina, por fuera de la cual se encuentra tejido conjuntivo con la arteria transversa de la cara, la prolongación maseterina de la parótida, el canal de Stenon, los ramos nerviosos del facial y los músculos cigomáticos mayor y menor, risorio y cutáneo del cuello.

La cara profunda del masetero está en relación con el hueso donde se inserta y, además con la escotadura sigmoides y con el nervio y arteria maseterinos, que la atraviesan; con la apófisis cereneides, con la inserción del temporal y, por último, con la bola adiposa de Bichat, interpuesta entre éste músculo y el buccinador.

La parte inferior del borde anterior se relaciona con la arteria y la vena faciales, en tanto que su borde posterior se halla en relación con la arteria y la vena fa-

ciales.

Inervación.- Por su cara profunda penetra el nervio maseterino el cual es un ramo del maxilar inferior y que atraviesa, como ya se ha dicho, por la escotadura sigmoidea.

Acción.- Como la del temporal, la misión del masetero consiste en elevar el maxilar inferior.

Pterigoideo Interno.- Este músculo comienza en la apófisis pterigoides y termina en la porción interna del ángulo del maxilar inferior.

Inserciones.- Superiormente se inserta sobre la cara interna del ala externa de la apófisis pterigoides, en el fondo de la fosa pterigoidea, en parte de la cara externa del ala interna, y por medio de un fascículo bastante fuerte, denominado fascículo palatino de Juvara, en la apófisis piramidal del palatino. Desde estos lugares, sus fibras se dirigen hacia abajo, atrás y afuera para terminar merced a láminas tendinosas que se fijan en la porción interna del ángulo del maxilar inferior y sobre la cara interna de su rama ascendente. Sus fibras se prolongan a veces tan afuera sobre el borde del maxilar, que producen la impresión de unirse con las del masetero.

Relaciones.- Por su cara externa se halla en relación el pterigoideo interno con el externo y con la aponeurosis interpterigoidea. Con la cara interna de la rama ascendente del maxilar constituye este músculo un ángulo

diedro, por donde se desliza el nervio lingual, el dentario inferior y los vasos dentarios. Entre la cara interna del pterigideo interno y la faringe se encuentra el espacio maxilofaríngeo, por donde atraviesan muy importantes vasos y nervios; entre éstos el neumogástrico, glossofaríngeo, espinal e hipogloso; y entre aquéllos, la carótida interna y la yugular interna.

Inervación.- Por su cara interna se introduce en el ángulo el nervio del pterigideo interno, el cual procede del maxilar inferior.

Acción.- Es principalmente un músculo elevador del maxilar inferior, pero debido a su posición, también proporciona a éste hueso pequeños movimientos laterales.

Pterigideo Externo.- Se extiende de la apófisis pterigoides al cuello del cóndilo del maxilar inferior. Se halla dividido en dos haces, uno superior o esfenoidal y otro inferior o pterigideo.

Inserciones.- El haz superior se inserta en la superficie cuadrilátera del ala mayor del esfenoides, la cual constituye la bóveda de la fosa cigomática, así como en la cresta esfenotemporal. El haz inferior se fija sobre la cara externa de la apófisis pterigoides.

Las fibras de ambos haces convergen hacia afuera y terminan por fundirse al insertarse en la parte interna del cuello del cóndilo, en la cápsula articular y en la porción correspondiente del menisco interarticular.

Relaciones.- Por arriba el pterigoideo externo se halla en relación con la bóveda de la fosa cigomática, con el nervio temporal profundo medio y con el maseterino. - Entre sus dos fascículos pasa el nervio bucal.

Su cara anteroexterna está en relación con la escotadura sigmoidea, con la inserción coronóidea del temporal y con la bola grasosa de Bichat.

Su cara posterointerna se relaciona con el pterigoideo interno con el cual se entrecruzan por la cara anterior de éste, y también con los nervios y bases linguales y dentarios inferiores.

Su extremidad externa se corresponde con la arteria maxilar interna, la cual puede pasar por su borde inferior o entre sus dos fascículos, bordeando el cuello del cóndilo.

Inervación.- Recibe dos ramos nerviosos procedentes del bucal.

Acción.- La contracción simultánea de ambos pterigoideos externos produce movimientos de proyección hacia adelante del maxilar inferior. Si se contraen aisladamente, el maxilar ejecuta movimientos laterales hacia uno y otro lado; cuando estos movimientos son alternativos y rápidos se llaman de diducción, y son los principales en la masticación.

II GENERALIDADES DEL TERCER MOLAR INFERIOR

- A) LOCALIZACION
- B) DESARROLLO DEL FOLICULO
- C) MORFOLOGIA
- D) ERUPCION
- E) POSICIONES

El tercer molar tanto superior como inferior es la pieza más inconstante de la dentición humana. Así, en algunos casos ni siquiera llegan a formarse (ausencia congénita), en otros casos, habiendo terminado el desarrollo de su corona, no logran salir, (inclusión). El momento de su erupción es también muy irregular, algunos aparecen a los 16 años, otros a los 30 o aún más tarde.

A) Localización.- La localización del tercer molar en el maxilar inferior es a nivel del ángulo de la mandíbula y sobre su borde superior, corresponde al octavo lugar a partir de la línea media en el arco dentario. Está limitado hacia adelante por la cara distal del segundo molar y hacia atrás por el borde anterior de la rama ascendente. Además presenta una notoria inconstancia en su posición ya que en casi un 60% de los casos no hace oclusión.

B) Desarrollo del folículo.- El desarrollo del folículo se verifica entre los 8 y 16 años, edad de pobre metabolismo cálcico para los dientes (por estarlo haciendo los huesos del esqueleto). Lo que explica que en muchos casos la mineralización tenga múltiples fallas visibles -

en la superficie del esmalte, exponiéndolo así a la fácil agresión de afecciones cariosas. Con respecto al ápice, su formación y mineralización termina aproximadamente a los 25 años o más.

C) Morfología.-- En realidad, existe una gran inconstancia en su forma, incluso puede haber diferencias entre el tercer molar derecho e izquierdo en un mismo individuo. - Puede compararse en su forma anatómica al segundo molar inferior aunque de dimensiones más reducidas, pero comúnmente pueden encontrarse formas diversas tanto en corona como en raíz.

Su corona en el 40% de los casos posee cuatro cúspides y el resto puede tener cinco o bien ser tricuspídea.

Con respecto a su tamaño, un gran porcentaje indica que la corona es comúnmente más grande que la raíz.

Su raíz, lo mismo puede ser bifida, unirradicular o multirradicular, o bien presentarse en forma caprichosa y de tamaño generalmente menor que su corona, aunque algunas veces puede ser desproporcionadamente más grande. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones se presenta una porción radicular curvada hacia distal.

D) Erupción.-- Su erupción es también irregular, así bien puede aparecer desde los 16 años, hasta los 30. Por lo general hace erupción a partir de los 18 años, tiempo en el que el arco dentario ya ha tomado su funcionamiento normal o completo y su erupción por lo tanto, no es indig

pensable para realizar una función masticatoria específica.

Más de la mitad de las veces no hace erupción, dando lugar a los llamados molares retenidos que acarrearán casi en la mayoría de las veces trastornos no sólo funcionales - sino también traumáticos e infecciosos acompañados de dolor.

E) Posiciones. - El tercer molar inferior retenido se presenta en posiciones y desviaciones muy variadas con la cara mesial libre o cubierta. Estos rasgos nos permiten - realizar una clasificación útil e indispensable, para tener un éxito quirúrgico en la extracción del tercer molar. Existen muchos fracasos en la extracción del tercer molar debidos a un insuficiente y defectuoso estudio radiográfico y a una mala documentación sobre este tema, por lo que en este inciso se detallarán las posiciones más comunes de la erupción del tercer molar inferior.

1- Posición vertical sin desviación.

Cara mesial accesible: Se le llama así al tercer molar alineado atrás del segundo, sin variación en sentido bucal o lingual con su cara mesial libre de hueso. El hueso distal puede finalizar a nivel del cuello del tercero, cubrir la cara distal o continuarse con el hueso oclusal. En un estudio radiográfico se puede observar por lo general, los ejes de los molares en forma paralela, la coincidencia de las cúspides bucales y linguales, con la presen

cia de una figura triangular entre los dos últimos molares (no existe hueso mesial), este espacio representa donde debe introducirse el instrumento destinado a realizar la extracción.

Cara mesial inaccesible: Las características anatómicas son las mismas que el anterior, la única diferencia consiste en que la cara mesial está recubierta por hueso, por lo tanto existe una inaccesibilidad del molar y por esto tampoco existe el espacio triangular o espacio interdentario.

2- Posición vertical con desviación bucal.

Cara mesial accesible: El molar está dirigido hacia el lado bucal del maxilar, el hueso mesial se detiene a nivel del cuello del tercero y deja libre o accesible su cara mesial pero puede estar cubierto por hueso su cara distal, parte de la corona y la cara lingual; así mismo puede estar parcial o totalmente cubierta por mucosa. En un estudio radiográfico se observan superposiciones coronarias y radiculares, entre el tercero y segundo molares. La cara oclusal no es visible, también el espacio interdentario se puede ver de distintas formas y en ocasiones no es visible, pero es identificable el acceso a la cara mesial.

Cara mesial inaccesible: La diferencia con el caso anterior, consiste en que la cara mesial está cubierta por hueso mesial por lo tanto no existe espacio interdentario

a su vez, el molar puede presentarse en retención intraósea parcial o total.

3- Posición vertical con desviación lingual.

Cara mesial accesible: El molar se presenta dirigido hacia adentro o sea la cara oclusal en dirección de la lengua, la cara mesial se encuentra libre de hueso; sin embargo el molar puede estar cubierto en sus caras oclusal, distal, bucal, lingual por hueso. En radiografía se nota la ausencia de superposición coronaria, la poca visibilidad de la cara oclusal del tercer molar y el espacio interdentario.

Cara mesial inaccesible: Las características son parecidas al anterior, la diferencia estriba en que la cara mesial está totalmente cubierta por hueso, por lo tanto, por regla general estos molares son totalmente intraóseos.

4- Posición vertical con desviación bucolingual.

Cara mesial accesible: Se presenta en forma vertical, dirigido hacia la tabla externa (cara bucal) y de igual manera su cara oclusal está desviada hacia el lado lingual. La cara mesial, libre de hueso está desviada hacia el lado bucal, la parte media del ángulo mesiooclusal está en contacto con el ángulo distobucal de la corona del segundo molar y aún con la raíz de éste. Clínicamente estos molares se presentan totalmente cubiertos por mucosa, o sólo asoma la cúspide mesiobucal. El espacio interdentario se presenta descubierto, como corresponde a la ca-

ra mesial accesible.

Cara mesial inaccesible: Se diferencia del tipo anterior en que la cara mesial está cubierta por hueso mesial y los huesos vecinos pueden extenderse sobre las distintas caras, hasta el extremo de ofrecer molares en retención intraósea total.

5- Posición mesiangular sin desviación.

Cara mesial accesible: El eje mayor del tercer molar forma con el del segundo ángulo agudo abierto hacia abajo, sus caras bucal y lingual coinciden con los planos horizontales de los molares anteriores y la cara mesial está libre del hueso mesial. Los huesos bucal, lingual y oclusal pueden cubrir, en parte, las caras respectivas; lo común es que las dejen libres. La mucosa puede cubrir todas las caras del molar, dejando la oclusal libre, o sólo son visibles las cúspides distales. El espacio interdentario en esto es identificable.

Cara mesial inaccesible: La diferencia con el tipo anterior reside en que la cara mesial se presenta protegida por hueso; las caras vecinas pueden estar parcial o totalmente cubiertos por hueso.

6- Posición mesiangular con desviación bucal.

Cara mesial accesible: La angulación del tercer molar es la ya estudiada, pero su masa está dirigida hacia el lado bucal. El hueso mesial deja libre la cara respectiva. En este tipo de retención el hueso distal se com-

ra mesial accesible.

Cara mesial inaccesible: Se diferencia del tipo anterior en que la cara mesial está cubierta por hueso mesial y los huesos vecinos pueden extenderse sobre las distintas caras, hasta el extremo de ofrecer molares en retención intraósea total.

5- Posición mesiangular sin desviación.

Cara mesial accesible: El eje mayor del tercer molar forma con el del segundo ángulo agudo abierto hacia abajo, sus caras bucal y lingual coinciden con los planos homólogos de los molares anteriores y la cara mesial está libre del hueso mesial. Los huesos bucal, lingual y oclusal pueden cubrir, en parte, las caras respectivas; lo común es que las dejen libres. La mucosa puede cubrir todas las caras del molar, dejando la oclusal libre, o sólo son visibles las céntricas distales. El espacio interdentario es más o menos idéntico.

Cara mesial inaccesible: La diferencia con el tipo anterior reside en que la cara mesial se presenta protegida por hueso; las caras vecinas pueden estar parcial o totalmente cubiertos por hueso.

6- Posición mesiangular con desviación bucal.

Cara mesial accesible: La angulación del tercer molar es la ya estudiada, pero su masa está dirigida hacia el lado bucal. El hueso mesial deja libre la cara respectiva. En este tipo de retención el hueso distal se com-

ta de manera distinta con respecto a la cara distal del molar reterido, como que llega insensiblemente hasta su cuello o cubre la cara distal y se continúa en grado variable con el hueso oclusal. Clínicamente el molar se presenta por lo general, con su cara oclusal, libre de mu cosa o bien ésta cubre su tercio distal.

Cara mesial inaccesible: Este tipo, que es más frecuente que el anterior, presente como detalle diferencial al hueso mesial cubriendo la cara homónima del molar, que -- por otra parte pueden encontrarse en completa retención ósea y por lo tanto cubierto también por la mucosa. Por supuesto no es posible el espacio interdentario.

7- Posición mesioangular con desviación lingual.

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

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

8- Posición mesiolingual con desviación bucolingual.

Cara mesial accesible: Raros en la práctica, dado que por regla general los mesioangulares y los horizontales, en desviación bucolingual, presentan su cara mesial inaccesible, estos molares están dirigidos de atrás hacia adelante, de abajo hacia arriba y de afuera hacia adentro, por lo tanto, su cara oclusal está desviada hacia el lado lingual, de tal forma que el punto medio del ángulo diedro mesiooclusal de su corona está en contacto con el ángulo distobucal de la corona del segundo molar. Clínicamente se presentan totalmente cubiertos por la mucosa o alguna cúspide queda al descubierto.

Cara mesial inaccesible: Naturalmente, la diferencia con el tipo anterior reside en que la cara mesial está cubierta por hueso mesial. Las angulaciones son semejantes. El punto medio del ángulo mesiooclusal del tercero puede ponerse en fuerte contacto con distintas porciones del segundo molar: con el ángulo distobucal de la corona, con el

cuello, por debajo de la curvatura de la cara distal o con el ángulo distobucal de la raíz distal, detalles que prestan un sólido anclaje al molar retenido. El hueso mesial cubre la cara mesial y los demás huesos protegen parcial o totalmente las caras respectivas. Estos molares pueden presentarse en total retención intraósea, y clínicamente en su mayoría están cubiertos por la mucosa. Del punto de vista quirúrgico crean generalmente serios problemas, derivados en gran parte de la frecuencia con que el ángulo mesiooclusal de la corona del tercero se sitúa por debajo de el cuello del segundo.

9- Posición horizontal sin desviación.

Cara mesial accesible: Situado horizontalmente en el maxilar, su eje mayor, forma con el del segundo, un ángulo recto abierto hacia abajo y atrás. Como corresponde a un molar sin desviación, la cara bucal y la lingual no sobrepasan los planos homónimos de los molares vecinos. Su cara mesial está libre de hueso mesial. Sin embargo, estas retenciones horizontales, en cualquier tipo de desviación, con la cara mesial accesible, son poco frecuentes; la gran mayoría tienen su cara mesial inaccesible.

Cara mesial inaccesible: La diferencia con el tipo anterior reside en la altura en que se encuentra la cara mesial -por debajo de la línea cervical del segundo molar- y en la presencia de hueso sobre esta cara, lo cual la hace inaccesible. Los molares en estas condiciones presentan -

las caras restantes cubiertas parcial o totalmente por hueso, de modo que ofrecen una retención intraósea total o bien dejan sus cúspides distales al descubierto.

10- Posición horizontal con desviación bucal.

Cara mesial accesible: El tercer molar se presenta con la angulación similar a la de la anterior, pero su masa está dirigida hacia el lado bucal. En estas condiciones un trozo de la corona del tercero, se superpone a un segmento de la corona del segundo.

Su cara mesial libre de hueso homónimo, se ubica por lo general debajo del plano cervical de los molares vecinos.

Cara mesial inaccesible: La diferencia con el anterior consiste en que el molar, más profundamente colocado, presenta su cara distal por debajo del plano oclusal de los molares vecinos y su y su cara mesial -cubierta por el hueso homónimo- se encuentra próxima a nivel o por debajo de los ápices del segundo molar. El tercero puede presentarse parcial o totalmente cubierto por los huesos vecinos y por las partes blandas.

11- Posición horizontal con desviación lingual.

Cara mesial accesible: El tercer molar forma con el segundo al ángulo que le corresponde, pero el eje mayor de aquel se presenta dirigido de atrás hacia adelante y de afuera hacia adentro, detalle que permite que su cara oclusal desviada hacia el lado lingual, éste presente en un estudio radiográfico; ésta no es una forma común de ubica-

ción del molar. Aquí no es extraño encontrar procesos patológicos a nivel del espacio interdentario.

Cara mesial inaccesible: En estos molares, con su cara mesial cubierta por hueso homónimo, la mayor parte de las restantes está cubierta por hueso lo cual indica que se trata de molares profundamente colocados.

12- Posición horizontal con desviación bucolingual.

Cara mesial accesible: Es una posición difícil de ser interpretada en un profundo estudio, los molares citados son los que originan más dificultades operatorias, sobre todo los más inaccesibles los cuales son muy comunes. El molar retenido con su angulación propia de su posición está dirigido hacia el lado bucal y su cara oclusal se desvía hacia el lado lingual. Esta cara oclusal se pone en íntimo contacto con el ángulo bucodistal del segundo; en otras palabras, la cara oclusal aloja el ángulo señalado del segundo molar, lo cual significa un sólido anclaje del molar retenido, sobre todo cuando el centro o parte del ángulo mesioclusal se relacionan con el ángulo distobucal de la corona o raíz del segundo. La presentación de estos molares desde un punto de vista radiográfico, las características de las desviaciones bucolinguales: ángulo recto entre tercero y segundo molar, superposición segmentaria de sus coronas y presencia de la cara oclusal del tercero. Cara mesial libre de hueso, accesible. Esta forma de retención es común; casi todos los molares mesioangulares y ho-

horizontales se presentan con la cara mesial inaccesible.

Cara mesial inaccesible: Naturalmente la cara mesial está cubierta por hueso mesial, por regla general la retención intraósea es total y cubierta por mucosa. Su cara oclusal está en íntimo contacto con el ángulo distobucal — del segundo, su cara distal se presenta por debajo del plano oclusal de los molares vecinos y su cara mesial puede estar a la altura o por debajo del ápice distal del segundo molar; estas íntimas relaciones originan caries en la corona o raíz del segundo molar. El mayor problema quirúrgico en esta retención estriba en que el ángulo mesiooclusal de la corona del retenido está ubicado por debajo del cuello del segundo molar, anclaje que le da una sólida retención.

13- Posición distoangular sin desviación.

Cara mesial accesible: El eje mayor del tercero forma con el del segundo un ángulo agudo abierto hacia atrás y hacia arriba, en tanto que la corona del retenido está dirigida hacia la rama ascendente — el ángulo distooclusal de esta corona se sitúa en plena rama ascendente — y la cara mesial está libre de hueso homónimo; el hueso distal cubre la cara distal pero con interposición del saco pericoronario en virtud de la falta de desviación, las caras dentaria bucal y lingual no sobrepasan los planos respectivos de los planos vecinos por el hecho de la inclinación distal, existe un espacio variable entre la cara distal de la

corona y raíz del segundo y cualquier porción del tercero. El detalle de interés está en el ángulo distooclusal del tercero, cubierto generalmente por hueso oclusal, prolongación del hueso distal; constituye el punto de anclaje o retención del molar, obstáculo insalvable para la extracción si no se elimina el hueso oclusal o no se secciona el molar.

Cara mesial inaccesible: Presentación frecuente y serio problema quirúrgico, la diferencia con el tipo anterior radica en la cubierta ósea de toda la cara mesial; son además, en su mayoría, molares en retención intraósea total. El espacio interdentario tiene la forma de una U ó una V, variable según el grado de desviación distal.

14. Posición distoangular con desviación bucal.

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

Cara mesial inaccesible: La diferencia con el tipo anterior reside en la falta de acceso a la cara mesial, cubierta por hueso homónimo. Por lo general el molar se encuentra en retención intraósea total.

15- Posición distoangular con desviación lingual.

Cara mesial accesible: Además de su angulación correspondiente, el tercer molar presenta su eje mayor desviado hacia el lado lingual, y así su cara oclusal se dirige hacia la lengua. Es una presentación relativamente común, - se presenta con frecuencia la cara oclusal y la cara mesial libres de cubierta ósea.

Cara mesial inaccesible: La diferencia con el tipo anterior reside en que estos molares están cubiertos por hueso y lo están también por la mucosa.

16- Posición linguoangular.

Cara mesial accesible: Bastante frecuentes en la práctica diaria, estos molares retenidos presentan su eje mayor horizontal, pero dirigido de afuera hacia adentro, de modo que la cara oclusal que es vertical, está dirigida hacia - el lado lingual, son más frecuentes los terceros que presentan su cara mesial inaccesible; por regla general estos molares tienen sus raíces incompletamente formadas. llama la atención en el esquema radiográfico la clásica forma de disco o moneda rodeada por un halo radiolúcido que es el - saco pericoronario; con cara mesial inaccesible - cubierta ósea total - en la mayoría de los casos y raíces por lo general incompletamente formadas.

17- Posición buccoangular.

Cara mesial accesible: El tercer molar retenido en posición buccoangular es una forma excepcional; su eje mayor -

horizontal como en el caso anterior, pero dirigido de adentro hacia afuera, permite que la cara oclusal esté dirigida hacia la cara externa o vestibular del maxilar. En general, tales molares están en retención intraósea total, con la cara mesial inaccesible. Obsérvese la clásica forma de un disco o moneda, como en el caso estudiado anteriormente.

18- Posición paranormal (invertida, ectópica, heterotópica).

El tercer molar inferior puede presentarse en posiciones que no encuadran en la clasificación que antecede; se consideran fuera o apartados de los tipos normales de retención y por eso se les denomina paranormales. La cara oclusal está dirigida hacia la zona basal del maxilar y sus raíces, hacia la apófisis coronoides o hacia el cóndilo. Otros molares pueden hallarse en cualquier sitio del maxilar cerca del cóndilo, de la apófisis coronoides o en las vecindades del ángulo. Se encuentran por lo general acompañados de procesos patológicos (quistes dentígeros). Todos tienen su cara mesial inaccesible. Las consideraciones sobre la radiología de estos molares hacen reiteración de lo dicho con respecto a su anatomía. Escapando a todo intento de clasificación, cabe sólo efectuar la descripción de sus imágenes radiográficas dentro de los casos escogidos para ello.

III TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

- A) DEFINICION DE RETENCION DENTARIA
- B) ETIOLOGIA
- C) INCIDENCIA
- D) CLASIFICACION

A) DEFINICION DE RETENCION DENTARIA.-- Se dice que un diente se encuentra retenido, cuando llegado su tiempo normal de erupción, queda atrapado o encerrado ya sea en el maxilar o en la mandíbula.

Esta retención dentaria puede ser parcial o total y presenta dos casos principales:

1.- Retención Subgingival.-- Es cuando el diente está cubierto por mucosa gingival.

2.- Retención Intraósea.-- Es cuando el diente está totalmente incluido en tejido óseo o se encuentra parcialmente retenido por hueso.

B) ETIOLOGIA.-- La explicación más lógica a la incidencia de dientes retenidos, se refiere a una reducción evolutiva y gradual del tamaño de los maxilares humanos debida probablemente a la falta de estímulos, para lograr un desarrollo adecuado de los maxilares. Es decir, que el hombre actual ya no necesita de un maxilar tan grande para efectuar una gran función masticatoria como en tiempos antiguos, ya que la dieta moderna implica un número de alimentos blandos, que no requieren de tal esfuerzo masticatorio, lo cual inevitablemente acarrea la falta de desarro-

llo de los maxilares, que se traduce entonces en falta de espacio para las piezas dentarias y reducción de su función.

Esta teoría se apoya en estudios realizados por "Nodine" en mandíbulas y dientes de aborígenes australianos del sur, esquimales del norte, antiguos egipcios, modernos beduinos e indios de México, cuya alimentación requiere de masticación poderosa por la consistencia de los alimentos, aún cuando éstos estuvieran preparados.

Estos estudios implican también que la alimentación artificial en el bebé, la cual dá por consecuencia la falta de desarrollo maxilar, con la consiguiente retención dentaria.

Otros factores que también propician la retención dentaria son:

1.- Factores Embriológicos.

2.- Factores Mecánicos.

3.- Enfermedades Generales.

1.- Factores Embriológicos.-

a) Cuando la ubicación de un germen dentario no se encuentra en su sitio normal de erupción el diente originado se encuentra imposibilitado de alcanzar al borde alveolar.

b) Cuando el germen dentario se encuentra en su sitio pero en una angulación tal que al calcificarse el diente y empezar el trabajo de erupción, la corona se halla fijada en posición viciosa en contacto con otro diente y aunqu-

sus raíces se constituyan, el diente no logra reubicar su eje para permitir su erupción normal.

2.- Factores Mecánicos.-

a) Presencia de mucosa muy densa o condensación ósea, que no puede ser vencida en el trabajo de erupción.

b) Extracción prematura de dientes temporales y movilización de dientes vecinos o bien permanencia excesiva de dientes primarios, que constituyen un obstáculo mecánico a la erupción del permanente.

c) Dientes supernumerarios que dificultan o se oponen a la normal erupción dentaria.

d) Elementos patológicos como tumoraciones que constituyan también un impedimento mecánico a la erupción dentaria y que en ocasiones actúan profundizando hasta incluir totalmente a la pieza dentaria en erupción.

3.- Enfermedades Generales.-

Algunas enfermedades generales pueden dar lugar a retenciones, anodoncias y trastornos en la erupción, tal es el caso de enfermedades ligadas al metabolismo del calcio, como el raquitismo, osteopetrosis y osteoporosis. Otras enfermedades importantes que pueden dar anomalías tales son: sífilis hereditaria, anemia, tuberculosis, osteomielitis, desnutrición y puede incluirse también todo factor que pueda influir para el desarrollo del organismo en general no se lleve a cabo adecuadamente.

c) INCIDENCIA.-

a) Raza.- La mayor incidencia de dientes y, especialmente de terceros molares inferiores (por falta de espacio) se presenta en individuos de raza blanca, a diferencia de la raza negra en donde se encuentran mandíbulas grandes — que permiten una cómoda erupción.

b) Sexo.- Existe un ligero predominio a la retención en el sexo femenino y se dice que los estados fisiológicos de la mujer pueden exacerbar un proceso infeccioso o doloroso provocado por un tercer molar retenido.

c) Frecuencia.- Según la estadística realizada por Bertin-Cieszynski, la frecuencia con la que el tercer molar inferior se retiene respecto a los demás dientes, es la siguiente:

Tercer molar inferior	35%
Canino superior	34%
Tercer molar superior	9%
Segundo premolar inferior	5%
Canino inferior	4%
Incisivo central superior	4%
Segundo premolar superior	3%
Primer premolar inferior	2%
Incisivo lateral superior	1.5%
Incisivo lateral inferior	0.8%
Primer premolar superior	0.8%
Primer molar inferior	0.5%

Segundo molar inferior	0.5%
Primer molar superior	0.4%
Incisivo central inferior	0.4%
Segundo molar superior	0.1%

De esta estadística y de otras realizadas como la del Dr Blum, se deduce que el tercer molar inferior se retiene — con mayor frecuencia. Se dice también, que esta retención se presenta mayor número de veces del lado izquierdo que — del lado derecho, basándose en la comprobación hecha por — Madeline Pelletier, quien señala que el borde superior del cuerpo de la mandíbula es en ocasiones más largo a la derecha que a la izquierda, dando una diferencia aproximada de 2mm y alcanzando en algunas personas hasta 6mm. Por lo — que las piezas dentarias disponen para su desarrollo de me nos espacio a la izquierda que a la derecha.

D) CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS. — La cla sificación de George H. Winter que es la más aceptada, to ma en cuenta la posición que guarda el eje longitudinal de el tercer molar retenido con respecto al del segundo molar y admite siete clases de retenciones y tres desviaciones — en relación con la arcada.

Retenciones.-

- Clase I- Retención Vertical.
- Clase II- Retención Horizontal.
- Clase III- Retención Mesioangular.
- Clase IV- Retención Distoangular.

Clase V- Retención Buccoangular.

Clase VI- Retención Linguoangular.

Clase VII- Retención Invertida.

Desviaciones.-

- 1) Desviación Bucal.
- 2) Desviación Lingual.
- 3) Desviación Bucolingual.

Los terceros molares retenidos, también pueden clasificarse según Pell y Gregory de la siguiente forma.

1) Considerando la relación del tercer molar retenido en el borde anterior de la rama ascendente, se presentan tres clases.

Clase 1^a.- Existe el espacio necesario entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente para alojar sin problemas el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase 2^a.- El espacio entre el borde anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar es más pequeño que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase 3^a.- El tercer molar puede ubicarse en su totalidad o en su mayor parte en la rama ascendente.

También de acuerdo con la profundidad del tercer molar en el hueso o de la altura entre las caras oclusales del tercero y segundo molar, se presentan tres posiciones, que son:

Posición A.- La porción más alta del tercer molar retenido se encuentra al nivel o por encima del plano oclusal.

Posición B.- El tercer molar retenido presenta su porción más alta por debajo del plano oclusal.

Posición C.- La parte más alta del tercer molar retenido está al nivel o debajo de la línea cervical del segundo molar.

IV. INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

- A) TRASTORNOS MUCOSOS
- B) TRASTORNOS NEUROLOGICOS
- C) TRASTORNOS CELULARES
- D) TRASTORNOS OSEOS
- E) TRASTORNOS LINFATICOS O GANGLIONARES
- F) FORMACION DE QUISTES
- G) EXTRACCION PROFILACTICA

En algunos casos, una retención puede pasar inadvertida y no producir molestia alguna, sin embargo, los dientes retenidos son susceptibles de provocar trastornos diversos y dentro de los más frecuentes que pueden indicar su extracción se nombran los siguientes:

A) TRASTORNOS MUCOSOS.

1) Pericoronitis

2) Gingivostomatitis

1) Pericoronitis.— Es la inflamación de la encía al dedor de la corona del tercer molar inferior en vías de erupción. Puede ser de comienzo espontáneo o insidioso, y se debe generalmente a la constante traumatización del molar antagonista sobre el opérculo que recubre al tercer molar inferior. Este opérculo tumefacto y a veces sangrante dificulta la higiene y favorece la instalación de gérmenes que en un momento dado desencadenan una infección.

En las infecciones piógenas se puede formar un absceso pericoronar, que en la mandíbula pueden acompañarse de trismus, dolor, disfagia, celulitis, linfadenitis o absceso submaxilar.

La infección pericoronar puede abarcar el tejido óseo mesial o distal del molar contiguo y en ocasiones dar lugar a una osteitis que al evolucionar acarrea una osteomielitis. Los terceros molares retenidos pueden también originar cefaléas frontales, occipitales, otalgias de origen dental y en ocasiones hasta neuralgias glossofaríngeas.

En procesos muy agudos es conveniente ayudarse mediante la antibioticoterapia y esperar una mejoría o que ceda por completo la infección, para proceder después, invariablemente a la extirpación del molar en cuestión, que actúa como agente causante.

2) Gingivostomatitis. - El tercer molar en erupción que presenta paricoronitis es punto de iniciación de una gingivitis o gingivostomatitis (a veces de carácter ulcerooso), ya que el opérculo que recubre al tercer molar inferior sus tejidos vecinos y los fondos de saco vecinos al molar retenido pueden propiciar la exacerbación de la virulencia microbiana.

B) TRASTORNOS NEUROLÓGICOS.

Un tercer molar retenido que ocasiona la compresión del nervio dental inferior, puede originar trastornos neurológicos.

gicos como el dolor, que algunas veces es referido a zonas inervadas por cualquiera de las ramas del quinto par.

Estos trastornos se presentan por lo general durante la etapa de desarrollo del tercer molar (en individuos de menos de 30 años), cuando las raíces crecen sin que halla erupción compensadora del molar retenido, ocasionando éstas, dicha compresión.

La patología popular es otra de las causas comunes del dolor facial reflejo, así pues, la irritación o dolor puede deberse a la presión que en su intento de erupción realiza un tercer molar sobre un segundo, produciendo con el tiempo una resorción tal en su superficie distal, capaz de producir una pulpitis. Otra irritación pulpar puede producirse por caries, ya sea en el tercer molar parcialmente erupcionado o por extensión de un proceso cariioso del segundo molar hacia el tercero

C) TRASTORNOS CELULARES.

Abscesos.- La inflamación, para constituir el absceso consiguiente, puede tomar varias vías.

- Hacia adentro, arriba y atrás.- La colección purulenta puede abrirse camino entre el músculo constrictor superior de la faringe y la mucosa faríngea y amigdalina, produciendo abscesos del pilar anterior o subamigdalino.
- Hacia atrás y arriba.- Entre los fascículos del músculo temporal, el absceso puede abrirse camino hacia la fosa temporal, vía extremadamente rara.

- Hacia adentro. - Es una vía en que las disposiciones anatómicas permiten la prolongación de los procesos supurativos. Entre la cara interna del maxilar y la mucosa, y los órganos de la región sublingual, el absceso puede ganar el suelo de la boca y situarse entre el músculo milohioideo y las regiones supra o subyacentes, dando procesos siempre graves, algunas veces mortales: alguna de Ludwig, flemones circunscritos o difusos del piso de la boca.

-Hacia afuera y atrás.- Rodeado el borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior, el proceso infeccioso suele abrirse camino en dirección del músculo masetero, puede dar un flemon maseterino o un absceso caracterizado por un "trismus intenso", y la aparición, sobre la cara externa de la rama montante, de una tumefacción a gran eje vertical, paralela a la dirección general del cuerpo del masetero.

- Hacia afuera y adelante.- Siguiendo también disposiciones anatómicas favorables, la colección purulenta se dirige hacia adelante, dando un absceso llamado "sigmatario del vestibulo inferior o absceso buccinatomaxilar".

El absceso buccinatomaxilar asienta en la parte media del maxilar inferior, delante del masetero. A este nivel la mejilla se levanta exteriormente, por una tumefacción más o menos voluminosa, de tamaño aproximado al de una nuez o una mandarina. La piel está tensa, su color per-

manece normal en ciertos casos; en otros está roja o violeta. La palpación del pequeño tumor es dolorosa, pero - al mentón y el ángulo del maxilar son indoloros. En la - región infrahiocida lateral no hay reacción ganglionar ni empastamiento; la tumefacción, con la reacción edematosa periférica, es netamente facial.

D) TRASTORNOS ÓSEOS.

Los accidentes óseos propiamente dichos, como complicación de una pericoronaritis, son sumamente raros; más aún excepcionales. Son muy pocos casos de esta complicación ósea, pero todos, en general, extraordinariamente ruidosos; graves ostiomielitis, con grandes secuestros.

Con todo, son posibles accidentes óseos que se convierten en verdaderas osteitis, osteoflemones y osteomielitis.

E) TRASTORNOS LINFÁTICOS O GANGLIONARES.

La ~~reparación~~ ganglionar en el curso de una pericoronaritis es un hecho frecuente y común. Podemos decir que - todas las afecciones del saco pericoronario se acompañan de su cortejo ganglionar. Los ganglios tributarios de la región del tercer molar son los subangulomaxilares o submaxilares. Se trata por lo general de una adenitis que - evoluciona de acuerdo con la marcha del proceso pericoronario y retrograda totalmente una vez terminada la afección del saco pericoronario.

Adenoflemon.- Sin embargo, en las infecciones de gran virulencia o cuando el estado general del paciente está -

resentido, la adenitis simple puede transformarse en un verdadero flemón del ganglio con repercusión sobre el estado general. Se tiene instalado el adenoflemón: el ganglio está considerablemente aumentando de volumen, doloroso a la palpación y espontáneamente, con tendencia a la supuración, la cual se abre camino por sí misma o por intervención del cirujano.

El adenoflemón es un accidente común, su marcha y evolución se ha modificado favorablemente con los antibióticos.

F) FORMACION DE QUISTES.

En dientes retenidos, el folículo dental suele formar un quiste que se ubica alrededor de la corona y cuya membrana está adherida al cuello del diente. Radiográficamente este quiste se observa por debajo de la encía y en terceros molares a menudo alcanzan grandes dimensiones, pudiendo ser dentígenos (emperrando la corona) o paradonticos, desarrollados en el lado distal del molar.

Estos quistes pasan en ocasiones inadvertidos, a menos que adquieran gran dimensión, otras veces pueden infectarse y complicarse con procesos como pericoronitis, osteitis y osteomielitis.

G) EXTRACCION PROFILACTICA.

La extracción profiláctica implica la avulsión precoz de los terceros molares retenidos (previo estudio radiográfico), con el fin de evitar trastornos como los ya mencionados.

dos y posibles complicaciones en el paciente. Esta extracción de terceros molares inferiores retenidos se considera más segura cuando el paciente es joven, ya que la membrana que constituye el residuo del folículo dental entre el diente y el hueso facilita la operación, evitando también hueso muy duro y frágil como en personas de mayor edad.

Con respecto al desarrollo radicular, la ocasión ideal para efectuar la extracción profiláctica es cuando se han formado los dos tercios eliminándose así el riesgo de la curvatura hacia distal de los ápices o una posible cementosis.

La extracción profiláctica se puede llevar a cabo en las siguientes circunstancias:

1) Cuando los terceros molares se encuentren en mal posición o cuya erupción se dificulte o sea imposible por falta de espacio.

2) Para evitar problemas parodontales, cuando exista erupción incompleta de un tercer molar y presenta sobre su corona un opérculo con signos de traumatismo masticatorio sin que exista posibilidad de proseguir su erupción por estar retenido.

3) Cuando el tercer molar ejerza presión sobre la superficie distal del segundo molar causando resorción en éste predisponiéndole el ataque carioso en éstas zonas o cuando en el tercer molar parcialmente erupcionado se produzca caries que al invadir la pulpa pueda originar una infección periapical, misma que al prosperar y extenderse al

hueso produzca un absceso submaxilar o angina de Ludwig, por lo que, los terceros molares con caries deberán obtenerse o extraerse antes de que puedan infectarse.

4) En aquellos casos que requieren de tratamiento ortodóntico por maloclusión asociada con apiñamiento de los dientes y ocasionada por presión de terceros molares.

5) Cuando en mandíbulas sin desarrollo suficiente, existe formación precoz del tercer molar que no puede ser alojado todavía y éste presiona sobre el segundo molar incliniéndolo.

V ESTUDIO RADIOGRAFICO

- A) RADIOGRAFIA PERIAPICAL
- B) RADIOGRAFIA OCLUSAL
- C) RADIOGRAFIA EXTRAORAL

Para la extracción de terceros molares inferiores retenidos, es de suma importancia contar con un buen estudio radiográfico, con el fin de ubicar lo mejor posible al tercer molar en cuestión, conociendo su relación con el medio que le rodea y que permite valorar los pasos a seguir durante la intervención quirúrgica, previendo situaciones que en un momento dado puedan dificultar la extracción o complicarla.

Radiográficamente, la dirección y tamaño radicular configuran el problema más importante de entre todos los otros, puesto que las maniobras destinadas a eliminar el molar retenido, teniendo que vencer por procedimientos mecánicos - el anclaje de las raíces en el hueso, deberán adaptarse a dichas características a fin de que las fuerzas y movimientos aplicados en la extracción le hagan recorrer a esta - porción del molar la vía de menor resistencia.

A) Radiografía Periapical.-

Posición del paciente- Debe ser tal que, sentado en el sillón dental y con apoyo en el respaldo y el apoyacabeza, permita, una vez abierta su boca, que el plano de oclusión de los dientes del maxilar inferior sea horizontal.

Posición de la película- En casi todas las bocas, la EE

lícula puede colocarse verticalmente, con su eje mayor horizontal; en otras, por el espesor de los tejidos de la cavidad interna de la arcada, la película estará inclinada, formando con la vertical un ángulo agudo abierto hacia abajo. La forma del maxilar o la proyección hacia el lado lingual de los molares inferiores harán que la película forme con el eje vertical un ángulo abierto hacia arriba. Este detalle deberá tenerse en cuenta para dirigir el rayo contral perpendicular a la película. También en relación con la forma de la arcada, el plano de la película será sensiblemente paralelo a ella o formará con la arcada un ángulo abierto hacia adelante o hacia atrás, según sean la forma y disposición del arco mandibular. En otros casos, habrá que colocar forzosamente la película, con el objeto de que el tercer molar, al radiografiarse se reproduzca en su totalidad sobre aquella; esto sucede en los casos de retenciones muy profundas, muy distales o en los terceros parnormales o invertidos.

El borde anterior de la película deberá quedar a nivel del espacio interdentario de segundo premolar y primer molar. Estas indicaciones tienen aplicación en los terceros molares verticales y en algunos mesioangulares; en los distoangulares, mesioangulares y horizontales, el borde anterior de la película deberá hallarse a nivel del espacio interdentario del primer molar. En muchos casos no es posible deslizar la película todo lo distalmente que se requiera.

re, pues lo impide el pilar anterior, contra el cual va a detenerse aquélla.

B) Radiografía Oclusal.-

No siempre es suficiente la radiografía intrabucal para establecer la posición del tercer molar retenido y para la aplicación correcta de la técnica quirúrgica. La radiografía intrabucal permite obtener con perfección todos los puntos de interés anatómicoquirúrgicos situados en el plano vertical. Pero la relación bucolingual y los detalles de los elementos que se encuentran orientados en esta dirección sólo pueden lograrse merced al empleo de la radiografía oclusal.

La radiografía oclusal se obtiene colocando una película radiográfica común sobre la arcada dentaria a radiografiar se y dirigiendo los rayos perpendiculares a la película; - el cono del aparato de rayos X se ubican por debajo del borde inferior del maxilar.

Colocación de la película- Una correcta radiografía oclusal de la zona a investigarse debe mostrar el tercer molar, el segundo, el hueso bucal y todo lo que puede lograrse de la porción radicular del tercero y del segmento de hueso distal que permitan las circunstancias, la posición y desviación del molar retenido.

Para tal objeto, debe colocarse la película sobre la arcada dentaria inferior, con su lado sensible hacia el molar a radiografiarse. No siempre logramos deslizar la pe-

lícula hacia el lado distal, por impedirlo el borde anterior del maxilar inferior y las partes blandas que lo cubren. Para mantenerla en su sitio, se lo pide al paciente que la sostenga con su índice o que lo haga cerrando su boca, para sostenerla en este último caso por la presión masticatoria.

Como con esta técnica, no siempre se obtiene una radiografía oclusal útil, pues al querer deslizar la película hacia el lado distal se oponen el borde anterior del maxilar y las partes blandas que lo cubren. Donovan, para obviar este, señala una técnica que puede aplicarse con éxito, ya que logra una mayor superficie útil para el examen radiográfico y que se resume de esta manera; se deposita la película sobre las caras oclusales de los molares, de modo tal que el borde posterior de la película puede ser deslizado a lo largo del borde anterior de la rama ascendente, con lo cual el borde anterior de la película se coloca a nivel de la línea media de la cara triturante del primer molar.

Dirección de los rayos- Varían de acuerdo con cada una de las dos técnicas antes señaladas. Para las radiografías de la primera técnica, tanto con boca cerrada como con boca abierta, el rayo central, que debe dirigirse perpendicularmente a la película, obligará a colocar el tubo por debajo del borde inferior del maxilar, de modo tal que dicho rayo central se sitúe a nivel del segundo molar. Para

la técnica de Donovan, el tubo de rayos X, que deberá ubicarse perpendicular a la película debajo del maxilar, y a nivel del ángulo, exigirá inclinar y llevar forzosamente - la cabeza hacia el lado opuesto al maxilar a radiografiar para permitir su cómoda colocación entre el borde inferior del maxilar y el hombro del paciente.

C) Radiografía Extrabucal.-

Según se ha dicho antes, cuando no se es posible obtener las radiografías intrabucales comunes (casos excesivos de trismus, procesos inflamatorios locales ó pronunciadas náseas), debemos utilizar la radiografía extrabucal, cuyos detalles radiográficos, sin alcanzar el valor ni la exactitud que presta el exámen intrabucal, pueden con todo ser de utilidad.

Por todo lo antes mencionado podemos decir que los puntos principales que debemos tomar muy en cuenta con la ayuda de las radiografías son las siguientes: 1.- Posición y desviación del tercer molar inferior, 2.- Posición del segundo molar, 3.- Relación del tercer molar retenido, con el borde anterior de la rama, 4.- Profundidad relativa - del tercer molar en el hueso, 5.- Estudio de la corona del tercer molar, 6.- Estudio de las raíces del tercer molar, 7.- El septum radicular del tercer molar, 8.- El hueso digital, 9.- Contacto del segundo y tercer molar, 10.- La - posición ósea, entre el segundo y tercer molar, 11.- La - cara mesial del tercero, 12.- El espacio interdentario, -

13.- La corona del segundo molar, 14.- Las raíces del segundo molar, 15.- El conducto dentario,

Todos estos puntos que acabamos de mencionar son de vital importancia y son los datos que obtenemos gracias a una radiografía de ahí su importancia fundamental para un buen diagnóstico y por lo tanto un mayor porcentaje de éxito en la intervención quirúrgica de un tercer molar inferior retenido.

VI PREOPERATORIO

- A) HISTORIA CLINICA
- E) ASEPSIA
- C) ELECCION DEL INSTRUMENTAL

El preoperatorio es la preparación previa del paciente - que permite acondicionarle para que soporte con éxito una operación, estableciendo si la intervención puede ser realizada sin peligro alguno o deben adoptarse ciertas medidas que eliminen o reduzcan al mínimo cualquier riesgo.

El preoperatorio implica una buena historia clínica, la mejor asepsia y la preparación de todo instrumental que se considere necesario.

A) HISTORIA CLINICA.-

Contar con una buena historia clínica es indispensable - en la extracción de terceros molares, ya que mediante la misma se puede apreciar el estado de salud general del paciente y las condiciones en las que se efectuará la extracción. Una historia clínica se lleva a cabo con el propósito de valorar al paciente, realizar un diagnóstico, sospechar un pronóstico e instituir un tratamiento y debe incluir desde la fecha de iniciación del examen hasta el momento en que el paciente sea dado de alta.

La elaboración de la historia clínica es un proceso ordenado y cronológico, en el que se investigan los antecedentes del paciente para obtener datos que permitan al Clínico conocer mejor a su paciente.

Es evidente que resulta imposible hacer el diagnóstico de alguna afección hasta saber desde un principio cuales pudieron ser los factores que desencadenaron la misma.

Cabe señalar que aunque se cuente con una historia clínica muy bien elaborada, no es suficiente para obtener datos exactos, si no se sabe interrogar y dar confianza suficiente al paciente para obtener su total cooperación.

En términos generales, la elaboración de la historia clínica y el examen bucal se relaciona con tres situaciones típicas.

1- El paciente que ha acudido al consultorio para recibir tratamiento desde hace ya varios años. Se supone que éste paciente cuenta ya con una historia clínica, por lo que ahora se requieren sólo datos adicionales pertinentes desde la última visita.

2- El paciente que llega por primera vez buscando un tratamiento de urgencia, para este tipo de situaciones, sólo deberá hacerse un pequeño interrogatorio enfocado al padecimiento motivo de la visita, y una vez solucionado el problema dental, en la próxima visita se llevará a cabo el interrogatorio para complementar la historia clínica.

La fecha y la forma de presentación de los síntomas así como su duración y gravedad; también deberán ser registrados, así mismo se deberá establecer la relación de éstos con otras actividades tales como ejercicio, alimentación, medicinas y emociones.

En ocasiones pueden descubrirse los factores que precipitan el problema empleando la anterior forma de hacer preguntas.

Si el paciente ha sido tratado anteriormente debido a esta enfermedad principal, el nombre de su médico, medicinas tomadas, hospital o consultorio en donde fué atendido así como el curso de su tratamiento, pueden resultar datos muy valiosos por lo que deben buscarse.

La revisión de Aparatos y Sistemas, constituye una exploración minuciosa de la historia sistemática del paciente - porque es posible que exista relación con los problemas bucales.

En cada pregunta debe obtenerse el máximo de información pero estas deben ser específicas, por ejemplo; si contesta en forma afirmativa la dificultad para respirar.

El entrevistador buscará la forma para determinar si se relaciona con asma o alguna otra enfermedad pulmonar, cardíaca, desórdenes metabólicos y aún trastornos nerviosos.

Si la pregunta es para la micción frecuente y es contestada en forma afirmativa, también se harán preguntas adicionales apropiadas como son; padecimientos de la próstata trastornos nerviosos, Diabetes, Hipertensión, Nefritis, Cistitis, o un exeso de ingestión de líquido durante la noche.

Cada una de estas preguntas elegidas cuidadosamente posee el potencial para descubrir gran cantidad de -

datos adicionales.

3- El paciente que se presenta para atención dental en una institución, también requiere de una historia clínica que será anexada a su expediente junto con los datos obtenidos por el médico durante el examen médico general.

El dentista debe motivar al paciente para que éste pueda establecer comunicación. Es su responsabilidad y su oportunidad para crear un ambiente en el que el paciente pueda enfocar sus problemas con facilidad y sin temor.

El operador debe procurar la comodidad del paciente de manera informal aunque profesional. Puede establecer la comunicación con la pregunta habitual empleada para dar confianza al paciente.

La entrevista deberá ser controlada pidiendo oportunamente al paciente que se dirija al problema, haciendo esto mediante preguntas eficaces. Las primeras preguntas deberán ser de carácter neutral, haciéndose posteriormente directas.

Las preguntas neutrales establecen un tema (¿Cual es el motivo de su visita?), mientras que la interrogación directa es capaz de provocar una respuesta afirmativa o negativa (¿Acaso el calor agrava sus males?). La importancia de las respuestas deberá ser valorada y atendida según sus méritos. En ocasiones el paciente deberá ser interrumpido y vuelto a dirigir sobre el tema más pertinente si es que se aleja demasiado del mismo. Si el facultativo conserva su

vocabulario a nivel de comprensión del paciente se obtendrán respuestas coherentes y el paciente sentirá que se entienden sus experiencias y antecedentes.

En la historia clínica es importante que cuente con el mayor número posible de preguntas; se recomienda el uso de una forma impresa, lo cual evita el olvido de algunas preguntas como las siguientes.

DATOS PERSONALES

NOMBRE _____ TEL _____

DOMICILIO _____

EDAD _____ SEXO _____ OCUPACION _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____

ESTADO CIVIL _____

HABITOS PERSONALES

ALCOHOLISMO _____ TABAQUISMO _____ DROGAS _____

OTROS _____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

VIVEN SUS PADRES: SI _____ NO _____

SI NO VIVE(N) DE QUE MURIO _____

ALGUN FAMILIAR HA PADECIDO:

DIABETES _____ PROBLEMAS NERVIOSOS _____

ENFERMEDADES VENEREAS _____ PROBLEMAS CARDIACOS _____

CANCER _____ PROBLEMAS HEPATICOS _____

ALERGIAS _____ PROBLEMAS RENALES _____

PERSONALES NO PATOLOGICOS

ALIMENTACION _____ HIGIENE _____

OBESIDAD _____

HISTORIA OBSTETRICA _____

INTERVENCIONES QUIRURGICAS _____

EXAMEN BUCAL

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

PIEZAS AUSENTES _____ DESDENTADO _____ CARIES _____

_____ PIEZAS RETENIDAS _____

SUPERNUMERARIOS _____ RESTOS RADICULARES _____

_____ DEPOSITOS TARTAROS _____

GINGIVITIS _____ PARODONTITIS _____

ULCERAS _____ FISTULAS _____

ABSCESOS _____ QUELOSIS _____ PIGMENTACIONES _____

_____ PROTESIS FIJA _____ PROTESIS REMOVIBLE _____

PROTESIS TOTAL _____

DIAGNOSTICO _____

TRATAMIENTO _____

ESTUDIO DE APARATOS Y SISTEMAS

CARDIOVASCULAR

HIPERTENSION _____ HIPOTENSION _____

ANEMIA _____ LEUCEMIA _____

INSUF. CARDIACA _____ FIEBRE REUMATICA _____

ARTERIOESCLEROSIS _____ HEMOFILIA _____

ANGINA DE PECHO _____ OCLUSION CORONARIA _____

TAQUICARDIAS _____ DOLOR PRECORDIAL _____

DISNEA DE ESFUERZO _____ DISNEA DE DECUBITO _____

CIANOSIS _____ EPISTAXIS _____

EDEMAS _____

GENITOURINARIOS

HEMATURIA _____ HEMATURIA _____

ALBUNURIA _____ DISNURIA _____

POLIURIA _____ NICTURIA _____

PIURIA _____ MIDRIASIS _____

MICCION SANS _____ DIURESIS _____

MENSTRUACION _____ EMBARAZO _____

MENOPAUSIA _____ ENFERMEDADES VENEREAS _____

SISTEMA NERVIOSO

INSOMNIO _____ ANSIEDAD _____

CEFALEAS _____ BRUXISMO _____

ESTADO EMOCIONAL ACTUAL: _____

APARATO DIGESTIVO

DISFAGIA _____ DISPESIA _____

DIARREA _____ ACIDEZ ESTOMACAL _____

ESTREÑIMIENTO _____ CEFALEO _____

METEORISMO _____ NAUSEAS _____

VOMITO _____ DOLOR EPIGASTRICO _____

MUCOSIDADES EN HECEAS FECALES _____

APARATO RESPIRATORIO

DIF. PARA RESPIRAR _____ ANOREXIA _____

ASMA _____ BRONQUITIS _____

TUBERCULOSIS _____ DOLOR TORAXICO _____

TOS CON ESPECTORACION _____ SUDORACION NOCTURNA _____

ENDOCRINO

POLIDIPSIA _____ POLIFAGIA _____

PERDIDA DE PESO _____ HIPERHIDROSIS _____

INTOL. AL CALOR _____ COLICOS URETRALES _____

PRUEBAS DE LABORATORIO

TIEMPO DE COAGULACION _____

TIEMPO DE PROTROMBINA _____

RETRACCION DEL COAGULO _____

ESTUDIOS RADICOGRAFICOS _____

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE _____

ANALGESIA INDICADA _____

FECHA _____

FIRMA DEL C. DENTISTA

FIRMA DEL PACIENTE

B) ASEPSIA.-

Para que sea exitosa una intervención, todos los elementos que en ella intervienen deben estar perfectamente estériles, o sea, libres de gérmenes vivos.

La asepsia es uno de los fundamentos de la cirugía moderna.

Las manos y ropa del operador y ayudantes, los instrumentos, materiales o cuerpos de cualquier índole que forman parte del acto quirúrgico.

Por su parte, la cavidad bucal con su riquísima flora microbiana, se debe no apartar de este principio quirúrgico; no admite concesiones de ninguna especie que debiliten este rigor, aún admitiendo que ella posee un extraordinario mecanismo de defensa.

La esterilización de los elementos intervinientes se hace por medios químicos y físicos.

Agentes Químicos- Denominados en terapéutica antisépticos y desinfectantes, citaremos sólo los vinculados con nuestro objeto.

a) Alcohol- Se utiliza para la antisepsia de las manos del cirujano y del campo operatorio y para conservar ciertos materiales (antisepsia es el procedimiento por el cual se logra inhibir o destruir los gérmenes).

b) Tintura de Yodo- (Yodo diluido en alcohol al 10%). En cirugía bucal no se emplee mucho pues su aplicación es irritante y mal soportada por las mucosas orales. No obs-

tante la aplicamos en la antisepsia local del punto de pun-
ción de la aguja en las distintas anestecias y en partes i-
guales con alcohol para pincelar los espacios interdenta-
rios, los capuchones del tercer molar en el atio donde se
aplicará la incisión.

c) Acido Fénico- Tiene ligeras propiedades anestésicas,
pero se le emplea, en soluciones alcoholicas para esterili-
zar el punto de punción, como en el caso de tintura de yo-
do. En dilución del 10% sirve para conservar materiales -
de sutura.

d) Tintura de Merthiolate- Reconoce las mismas aplicacio-
nes que la de yodo, que en la actualidad ha reemplazado a
aquel.

Agentes Físicos- Empleáanse en la esterilización el calor
seco y el húmedo.

a) Calor seco- Lo proveen aparatos (estufas secas, con-
sistentes en cajas metálicas cuyo ambiente se calienta por
medio del gas o de la electricidad), preferimos estos últi-
mos.

b) Calor húmedo- Método simple es el de lograr la ebulli-
ción del agua (100°C) contenida en un recipiente en el que
se ha depositado el material a esterilizar. Más perfecto
aunque complejo es el aparato denominado autoclave en el -
que merced al calor bajo presión se obtienen temperaturas
de 130 a 140°C.

Esterilización del instrumental quirúrgico.

Instrumental- El instrumental quirúrgico metálico requiere estufa seca y temperatura de hasta 130° y mantenida hasta 30 min, dispuesto en sus cajas respectivas y acondicionados según las circunstancias o necesidades. Los instrumentos con filo (bisturíes, escoplos) pueden esterilizarse por métodos químicos.

Dentro de las normas de asepsia que debe cumplir el operador y sus ayudantes podemos mencionar los siguientes elementos para un mejor resultado de la operación.-

Delantal- Sin botones, se cierra por atrás por medio de cintas y las mangas deben de llegar hasta las muñecas.

Cubrecabeza- Un cubrecabeza de género protege la cabeza del operador.

Tapaboca- Evita que la flora del cirujano llegue al campo operatorio y así mismo protege a aquel de infecciones y de salpicaduras de sangre, pus, agua de lavajes y aún de -
~~que le salten restos óseos o dentarios (los ojos del operador pueden ser protegidos mediante anteojos de cristales grandes).~~

Gautes de goma- Completan las medidas de asepsia de la cirugía. Si para la práctica de la exodoncia prescindimos de ellos el lavado de nuestras manos deberá ser cuidadoso.

Cepillos- Elementos indispensables para el lavado de las manos, se les debe esterilizar y guardar en una caja de metal o en un recipiente especial, portacepillos, cuya tapa está accionada por un pedal.

Compresas- Son los trazos cuadrados, de género de hilo o algodón, blancos o verdes con los que se cubren la mesa de instrumentos. Con compresas de diversos tamaños se cubre así mismo el campo operatorio. Para ésta última finalidad usamos compresas fenestradas o simples, según que operemos con el enfermo sentado o acostado.

Tomando en cuenta todos estos elementos obtendremos mejores resultados en nuestras intervenciones quirúrgicas.

G) ELECCION DE INSTRUMENTAL.-

La cirugía bucal necesita de instrumental especializado. Estos instrumentos pueden seleccionarse.

En términos generales, toda operación de cirugía bucal se propone abrir la encía, llegar hasta el hueso, practicar una ventana en él y por ella eliminar el objeto de la operación (un diente, un tumor o un proceso patológico). Conseguido esto, se vuelven sus tejidos a su sitio normal y se da por terminada la intervención.

La inmensa mayoría de las operaciones de cirugía bucal se practican dentro de la boca y por vía bucal, sin interesar la piel de la cara ni los músculos de la región facial o sea que la técnica quirúrgica intrabucal es distinta a la de cirugía general, en la que es preciso incidir la piel, actuar sobre los músculos, hacer hemostasia, abrir órganos total o parcialmente y volver los tejidos a sus sitios y funciones normales.

Para relizar los trabajos manuales que significan una -

operación (según esté implícito en la definición y semántica de cirugía), es menester valerse de instrumentos y material quirúrgicos apropiados.

Instrumentos para sección de los tejidos blandos.-

a) Bisturí.- En cirugía bucal se usa comunmente un bisturí de hoja corta. Este instrumento consta de un mango y de una hoja de distintas formas y tamaños, que, intercambiables en algunos casos, se eligen según la clase de operación a realizar.

Mead ha creado el bisturí cuyas características importantes consisten en la curvatura de su hoja, en forma de hoz, y en el filo de esta hoja, presente en sus dos bordes; --- con este bisturí se pueden realizar insisiones en sitios poco accesibles, pues corta por los dos filos. El bisturí llamado sindesmótomo se usaba para separar la encía del cuello del diente.

b) Tijeras.- Como instrumentos de sección de tejidos encuentran escasa aplicación en nuestra especialidad. Se les emplea para seccionar trozos de encía.

También pueden usarse tijeras para seccionar bridas fibrosas, cicatrices y trozos de colgajo, unas rectas y otras curvas. Los puntos de sutura se cortan con tijeras de hoja pequeña en especial curvas.

c) Pinzas de disección.- Con las dentadas es posible tomar la delicada fibromucosa bucal sin lesionarla. Las pinzas de diente de ratón poseedoras de tres dientecitos que

engranan entre sí permiten sostener firmemente el colgajo.

d) Legras y Periostómos.- Seccionada la fibromucosa, su separación y desprendimiento para preparar el colgajo exigen instrumentos adecuados. Pueden usarse las pequeñas legras insinuándose las entre los labios de la herida y entre mucoperiostio y el hueso.

e) Separadores.- Para mantener apartados los labios o los colgajos, sin que sean heridos ni traumatizados, pueden emplearse los separadores de Farabeuf de extremos acodados y también los de Volkmann que constan de un mango y un tallo que terminan en forma de dientes, los cuales se insinúan debajo del colgajo, al cual mantienen fijo.

Instrumentos para sección de los tejidos duros.-

a) Escoplos y Martillo.- De uso muy frecuente en cirugía bucal, se les emplea para efectuar la sección quirúrgica (osteotomía), y aún la resección (ostectomía) del hueso que cubre el objeto de la intervención. La tabla externa en las extracciones del tercer molar inferior retenido.

El escoplo, barra metálica con un extremo cortado en bisel a expensas de una de sus caras y convenientemente afilado, actúa a presión manual o a golpes de martillo y la hoja puede ser recta o estar ahuecada en media caña.

El martillo, que consta de una maza y un mango que permite egrimirlo con facilidad y debe ser dirigido por el mismo operador o por el ayudante.

b) Pinzas gubias.- Para realizar la resección del hueso

(osteotomía), podemos utilizar las denominadas pinzas gu-
bias, rectas o curvas, que actúan extrayendo el hueso por
mordiscos sobre este tejido, previa preparación de una -
puerta de entrada con los escoplos (osteotomía) como cuan-
do se desea eliminar bordes cortantes, crestas óseas o tro-
zos óseos que emergen de la superficie del hueso.

c) Fresas.- El empleo del torno dental en las operaciones
de la boca es de extraordinaria utilidad.

La fresa puede sacar el hueso de por sí, o abrir camino
a otros instrumentos, osteotomía u osteotomía respectiva-
mente. Cuando son efectuadas con cuidado, resultan sencila-
s y carentes de inconvenientes, la fresa se pone en la
pieza de mano o en el contrángulo según lo requiera el ope-
rador.

d) Limas para hueso.- Se les requiere para preparar maxil-
lares, aparatos de prótesis o para alisar bordes y elimi-
nar puntas óseas.

e) Pinzas para tomar algodón, gasa, etc.- El campo opera-
torio debe mantenerse libre de la sangre que mana de los -
vasos seccionados, por tratarse de vasos muy pequeños, su
ligadura es imposible, por lo que procedemos a eliminar la
sangre con trozos de gasa aplicada sobre la herida, con -
pinzas para algodón.

f) Pinzas y elevadores para la extracción.- Los más in-
dicados y con los que más nos auxiliamos son el cuerno de
vaca y elevadores recto y de bandera derecho e izquierdo.

g) Agujas para sutura.- Casi todas las operaciones de cirugía bucal, incluyendo exodoncia, exige efectuar suturas pero por la delgadez y delicadeza de los tejidos gingivales, tan propicios a desgarrarse, las agujas deberán ser sencillas, curvas o rectas, pero de dimensiones pequeñas.

h) Portaagujas.- Destinadas a dirigir las agujas pequeñas las toman por su superficie plana y las guían en sus movimientos.

VII TECNICA QUIRURGICA

- A) ANESTESIA
- B) INCISION Y PREPARACION DEL COLGAJO
- C) ELIMINACION OSEA
- D) TECNICA DE ODONTOSECCION
- E) LUXACION Y EXTRACCION
- F) TECNICA A SEGUIR SEGUN EL TIPO DE RETENCION
- G) DISEÑO DE LA CAVIDAD OSEA
- H) SUTURA

Una vez efectuada la preparación del paciente y la asepsia del instrumental elegido, así como del campo operatorio, se procede a la anestesia.

A) ANESTESIA.--

En la Odontología, uno de los problemas más frecuentes es la presencia de dolor, antes y en el momento de efectuar una intervención.

Para la solución de este problema, actualmente, gracias a los avances anestésicos, que ofrecen extraordinarias ventajas y un gran margen de seguridad, por su fácil aplicación y su baja toxicidad.

Después de elaborar una buena historia clínica y antes de inyectar el anestésico, debe entablarse una plática intrascendente con el paciente, a fin de inspirarle confianza y tranquilidad, durante dicha plática debe hacerse hincapié en que el procedimiento será indoloro.

Estando en el sillón debidamente ajustado en la posición que permita anestesiar adecuadamente determinada zona, se procede a estudiar la topografía de las estructuras que han de anesthesiarse, mediante la palpación y observación, entonces se limpia con gasa estéril el área de la inyección y se aplica el anestésico tópico. Cuando éste haya hecho efecto se vuelve a limpiar la mucosa.

Nunca deberá aplicarse una inyección si antes no se ha saneado la cavidad bucal.

El dentista debe conocer las propiedades de sensibilidad relativa de las diferentes estructuras que serán afectadas por la anestesia. Así, las mucosas, los tendones y los músculos son sensibles al dolor en tanto el tejido adiposo laxo de relleno alveolar tiene poca sensibilidad.

Por lo tanto, la aguja debe evitar las estructuras sensibles al dolor o, cuando esto no sea posible, como el caso del periostio, el sitio debe quedar anestesiado antes de que lo alcance la aguja.

La sensación de avance de la aguja puede evitarse si es movida por etapas; a cada pausa, se detiene la aguja para inyectar aproximadamente una gota de solución anestésica, esperando de 5 a 6 segundos antes de proseguir.

El bloqueo del nervio dental inferior es considerado como el más importante utilizado en la Odontología. Esto se debe a que no existe otro método seguro que pueda proporcionar una anestesia local para las piezas posteriores in-

feriores. La zona anestesiada comprende los dientes de una de las mitades del maxilar inferior, y la piel de la barbilla. Frecuentemente se observa un decaimiento de la anestesia, que será entonces incompleta en la línea media. La anestesia de la encía lingual de la mucosa adyacente, así como de la encía bucal adyacente al segundo premolar y al primer molar del maxilar inferior, suele ser realizada simultáneamente, mediante los bloqueos lingual y bucal respectivamente.

Para llevar a cabo este tipo de anestesia, es necesario emplear una aguja larga, fuerte y con bisel corto. La rigidez de la aguja le permite actuar como sonda. El dedo índice del operador, colocado sobre el cuerpo adiposo de la mejilla es usado para empujarlo lateralmente, hasta que la punta del dedo quede apoyada en la escotadura coronoides. Se procede a limpiar con antiséptico la zona lateral al rasé, palpando al mismo tiempo, el tendón profundo del músculo temporal.

Se apoya la jeringa entre los premolares del lado opuesto y se punciona la mucosa a la altura indicada por la escotadura coronoides, lo más cercana posible del tendón profundo del músculo temporal, pero hacia adentro del cuerpo adiposo. Al penetrar en la mucosa, se detiene la aguja y se inyecta una gota del anestésico. Después de esperar 5 minutos se avanza lentamente la aguja unos 5 mm, moviéndola ligeramente a los lados, pudiéndose sentir el tendón -

profundo del músculo temporal. Debido a que entre éste — punto y la espina de Spix hay una distancia de un centímetro, se hunde la aguja unos milímetros más y se inyectan 0.5 mm de solución anestésica si se quiere anestesiar el nervio lingual.

Para anestesiar el nervio dental inferior, se vuelve a empujar la aguja, inyectando una o dos gotas antes de que la aguja toque el periostio en la parte anterior de la espina de Spix. Después de una pausa de unos cuantos segundos, se desliza suavemente la aguja a lo largo del periostio y, sobre la escotadura de la espina de Spix, hacia el zurco, donde se inyecta de 0.5 a lo sumo 1mm de la solución. La velocidad de la inyección debe ser de 1cm por minuto. Esta técnica no sufre ninguna modificación en el niño, ya que la distancia comprende entre la línea oblicua interna de la espina de Spix es, aproximadamente, la misma que en el adulto.

Complicaciones y accidentes de la anestesia.

Accidentes inmediatos.— Al realizar una inyección, la aguja puede interesar un nervio y provocar dolor de distinta índole, intensidad, localización, irradiación y persistencia.

Como se señala, el dolor subsiguiente a la inyección(que no debe confundirse con el dolor posquirúrgico) se puede deber a inyecciones con agujas desafiladas, que desgarran los tejidos, a la introducción demasiado rápida de las soluciones anestésicas, a que éstas no sean isotónicas o que

esten muy calientes o frías. El desgarró de los tejidos - gingivales y sobre todo el periostio es causa de molestias posoperatorias de intensidad variable.

Lipotimia, síncope.- La etiología de este accidente es compleja en algunos casos es neurogénico, y el miedo la - causa originaria. La adrenalina de la solución anestésica tiene en otras circunstancias un papel muy importante, entre o no en el juego la patología cardíaca del paciente. Con cierta frecuencia, durante la realización de la anestesia o algunos minutos después, el paciente ofrece el cuadro clásico ya descrito: palidez, taquicardia, sudores fríos, nariz afilada, respiración ansiosa. De este estado, - puede recuperarse en pocos minutos o entrar en un cuadro - más serio, felizmente poco común, el síncope. En él, el - pulso se hace filiforme o imperceptible, la respiración es - gustiosa o entrecortada. El fenómeno puede producirse durante la administración de cualquier tipo de anestesia local, pero es más común en el curso de la troncular.

La inyección del líquido anestésico en un vaso sanguíneo hace más importante la gravedad del cuadro.

Tratamiento de la lipotimia.- Podemos considerar dos tipos de tratamiento: El que llamaremos preventivo y el del accidente.

El tratamiento preventivo comienza pensando en la posibilidad de que se produzca el accidente (lipotimia o síncope), con ello nos hará tomar en cada caso las medidas pre-

cauterias necesarias; sentar cómodamente al paciente, aflojar sus prendas para favorecer la circulación, comprobar antes de inyectar: que la aguja no ha penetrado en un vaso inyectar lentamente (sobre todo en las anestésias tronculares). Siguiendo estas normas, se evitarán muchos disgustos. Por lo general no conocemos con antelación el estado del aparato circulatorio de nuestros pacientes; a muchos de ellos los vemos por primera vez en el acto quirúrgico. Será una sabia medida de prevención la inyección de dos o tres gotas de anestesia y la espera de dos o tres minutos antes de realizar la inyección completa. Muchos cardiacos pueden ser anestesiados inyectando muy lentamente una solución anestésica carente de adrenalina. Por otra parte, existen pacientes sencibles o alérgicos a la Novocaina; conviene recordarlo para evitar la precipitación de un cuadro que puede ser grave, con solo el recaudo ya mencionado de inyectar unas gotas previas y verificar que nada anormal se oponga a completar la inyección.

El tratamiento del accidente, por su parte, depende del grado; lipotimias fugaces desaparecen recostando al paciente con su cabeza más baja que su cuerpo, en la posición de Trendelenburg, o con la cabeza forzada entre sus rodillas, o bien, haciéndole respirar sales aromáticas.

Los casos graves requieren inyectar cafeína, aceite alcohorado o niquetamida (coramins).

En pacientes nerviosos, pusilánimes o con antecedentes -

de accidentes de este tipo, en el curso de una inyección anestésica, será útil y recomendable la narcosedación basal como se señala oportunamente.

La administración de cualquier tipo de anestesia infiltrativa debe hacerse con toda lentitud, vigilando las reacciones del paciente. Ante pacientes alérgicos a la Novocina que presenten tras la inyección de la anestesia, urticaria, edema angineurótico (urticaria gigante), broncospasmo asmático, se administrarán adrenalina y antihistaminicos y aún corticoides.

Rotura de la aguja en la intimidad de los tejidos.- Accidentes raros en nuestra práctica son de relativa frecuencia sobre todo en el curso de la anestesia troncular. La prevención del accidente se realiza usando agujas nuevas, no oxidadas, de buen material; las agujas de acero (jeringa-carpula), si no están oxidadas y dobladas, son prácticamente irrompibles; en las inyecciones tronculares, el empleo de buen material nos asegurará contra este accidente, más aún si evitamos flamearlas. Como el sitio de menor resistencia de la aguja es el límite entre éste y el pabellón, al cual está soldada, será una buena práctica usar agujas un poco más largas que lo necesario para llegar al punto convenido; de esta manera quedará un trozo fuera de los tejidos por el cual puede ser tomada para retirarla en caso de fractura.

Se consideran dos razones para la ruptura de la aguja; -

movimientos intempestivos del paciente y contracción repentina del pterigoideo interno. En este caso, la infiltración a nivel del músculo estimula su contracción; como su fascia externa es rígida, esta actúa como punto de apoyo para doblar y romper la aguja.

La extracción de la aguja para anestesia troncular, rota a nivel de la cara interna del maxilar requiere un procedimiento más complicado. Cuando el instrumento ha desaparecido en los tejidos, no es fácil encontrarlo y ubicarlo, y por lo tanto extraerlo. Para su localización debe hacerse una radiografía de perfil y otra de frente (mento-nasoplaca), con una aguja de guía colocada según la misma técnica que la empleada para la inyección troncular. La aguja que también puede usarse para realizar la anestesia con el fin de extraer el trozo fracturado. Guiados por el examen radiográfico y la aguja-guía, tendremos una clara idea de su ubicación. A nivel de donde presumimos se encuentra el extremo anterior de la aguja fracturada, se traza una incisión vertical que llegue hasta el objeto y se disecan con un instrumento como los tejidos vecinos, cuidando no profundizar más la aguja rota. Localizada y visible el extremo anterior, se le toma con una pinza de Kocher y se le retira.

Si se ha llegado con la disección más atrás de la punta y se localiza la aguja, se la prende con la pinza de Kocher y se procura llevarla en dirección anterior, permitiendo -

que salga a través de la mucosa en la cara interna del maxilar. Cuando aparece el extremo se toma éste con la otra pinza, y luego de abandonar la primera pinza, se retira el cuerpo fracturado. La herida se cierra con uno o dos puntos de seda o nylon.

Hematoma.-

La punsión de un vaso sanguíneo origina un derrame, de intensidad variable, sobre la región inyectada. La complicación no es muy frecuente, porque los vasos se desplazan y no alcanzan a ser punzados. Este accidente es común en la inyección a nivel de los agujeros infraorbitario o mentoniano, sobre todo si se introduce la aguja en el conducto óseo. El derrame sanguíneo es instantáneo y tarda varios días para su resolución, tal como los hematomas quirúrgicos, con los que comparte la ausencia de consecuencia excepto la infección del hematoma.

El tratamiento consiste en la aplicación de bolsa con hielo sobre el lugar de la inyección.

Parálisis Facial.-

Este accidente ocurre en la anestesia troncular del dentario inferior, cuando se ha llevado la aguja por detrás del borde parotídeo del hueso y se inyecta la solución en plena glándula parótida. Tiene todos los síntomas de la parálisis de Bell; caída del párpado o incapacidad de oclusión ocular, y reproyección hacia arriba del globo ocular además de la caída y desviación de los labios. Es sin du-

da un accidente alarmante, del cual el paciente por lo general no se percata, pero lo advierte el profesional. - La parálisis felizmente es temporaria y dura el tiempo que persiste la anestesia. No requiere ningún tratamiento.

Izquemia.-

Izquemia de la piel de la cara en algunas oportunidades, a raíz de cualquier anestesia. se notan sobre la piel de la cara del paciente zonas de intensa palidez, debidas a izquemias sobre esta región. Está originada por la penetración y transporte de la solución anestésica con adrenalina en la luz de una vena. La adrenalina ocasiona la vasoconstricción izquemiante. No requiere ningún tratamiento.

Accidentes Mediatos.-

Peristencia de la anestesia. Después de la inyección del dentario inferior puede ocurrir que la anestesia se prolonga días, semanas y aún meses.

Esta complicación se debe, cuando no es de origen quirúrgico al desgarró del nervio por agujas con rebabas o a la inyección del alcohol junto con la novocaína, alcohol que puede quedar como residuo en la jeringa en aquellos casos en que se acostumbra conservar estos instrumentos en ese material, método anacrónico de esterilización y conservación del instrumental, que está reemplazado por más científicos y actuales.

Tratamiento.- No hay tratamiento más eficaz para esta complicación que el tiempo. El nervio regenera lentamente y después de un periodo variable se recupera la sensibilidad.

Infección en el lugar de la punción.-

Las inyecciones en la mucosa bucal pueden acompañarse de procesos infecciosos a su nivel; la falta de esterilización de la aguja o de antisepsia del sitio de punción son los culpables. En algunas ocasiones, en punciones múltiples, se originan zonas dolorosas e inflamadas. La inyección séptica, a nivel de la aspina de Spix, ocasiona trastornos más serios, abscesos y flemones, acompañados de fiebre, trismus y dolor. El tratamiento de éstas complicaciones consiste en : calor, antibióticos y abertura quirúrgica de los abscesos. El trismus debe ser vencido muy lentamente (riesgo de síncope).

Dolor.-

Puede persistir el dolor en el lugar de la punción; este fenómeno se observa en la anestesia troncular del dentario inferior, cuando la aguja ha lesionado o desgarrado el periostio de la cara interna del maxilar.

El tratamiento puede realizarse con onda corta, infrarrojos y complejo vitamínico B.

B) INCISION.-

La incisión está condicionada al tipo de retención, pero siempre incluye el mucoperiostio en todo su espesor. -

El trazo y tamaño de la incisión depende de si la retención es superficial o profunda y de si existe gran cantidad de hueso que la oculte.

Al tratarse de una retención superficial, en donde la pieza sobresale de los tejidos blandos, basta realizar una incisión distal pequeña de 4 o 5 milímetros que se dirige hacia atrás. En cambio, si la retención es profunda se opta por una incisión amplia que permita preparar un colgajo adecuado y debe practicarse sobre el borde alveolar a una distancia aproximada de 2 centímetros por distal del segundo molar inferior y dirigirla hacia adelante hasta llegar a la cara distal de este molar, la incisión después se prolonga hacia la superficie vestibular de la encía, hasta el espacio interproximal del primero y segundo molar, y en ocasiones, como en retenciones mesioangulares y horizontales, se hace necesario llevar el corte hasta el primer molar. Otras veces sin tener que efectuar una incisión bucal puede prepararse un colgajo por despegamiento de la fibromucosa del cuello del primero y segundo molar.

PREPARACIÓN DEL COLGAJO.-

Se entiende por colgajo, una masa de tejidos separada incompletamente del organismo, especialmente con fines quirúrgicos. En la extracción de terceros molares retenidos, la preparación del colgajo tiene sus indicaciones y debe cumplir ciertos requisitos.

Indicaciones.-

- 1.- La extracción por medio de colgajo se practicará cuando con ello se consiga mejorar la visibilidad del campo operatorio.
- 2.- Cuando esté indicada la eliminación ósea.
- 3.- Cuando se considere que los tejidos blandos pueden ser dañados por los instrumentos al estar trabajando sobre dientes y sobre hueso.

Requisitos.-

- 1.- El colgajo debe ser lo suficientemente amplio para permitir la mejor visibilidad y buen acceso a toda porción ósea que tenga que eliminarse.
- 2.- Debe contar con una base amplia que asegure buen aporte sanguíneo al tejido reflejado, márgenes redondeados que eviten escaras por falta de irrigación.
- 3.- Debe de incluir todo el mucoperiostio.
- 4.- Debe trazarse de tal forma que al volver a su posición original, sus márgenes descansen sobre hueso sano.

Preparación.-

Practicada la incisión, el desprendimiento del colgajo se realiza introduciendo una legra roma en ángulo disto-vestibular del segundo molar y efectuando movimientos suaves de lateralidad entre la fibromucosa y el tejido óseo.

Una vez despegado el colgajo, puede separarse con la ayuda de un punto de sutura o de un separador, de manera -

que se facilite el acceso y visibilidad del campo operatorio.

C) ELIMINACION ÓSEA.-

La cantidad de tejido óseo a eliminar dependerá de la clase de retención que se presente, de la posición y tamaño del molar retenido, de su conformación y dirección radicular.

En muchos casos es necesario resacar considerables porciones óseas, para permitir elevar el molar de su alveolo sin tener que emplear mucha fuerza que nos pueden provocar alguna fractura. Debe tomarse entonces en consideración, que al tratar de elevar un molar retenido a través de una abertura pequeña, sólo dificulta la operación y aumenta el traumatismo y trastornos postoperatorios. La eliminación ósea puede llevarse a cabo por el uso de fresas quirúrgicas, escoplos y osteotomos.

Fresas.-

Para eliminar tejido óseo, el uso de la fresa dental es excelente, ya que es poco traumatizante si se evita su calentamiento acompañando el fresado de suero fisiológico o de agua destilada, que permita enfriar la zona, evitando necrosis ósea y asimismo dolor postoperatorio.

Planeada la cantidad ósea a resacar, se realizan orificios en el tejido óseo que cubre al molar, guardando distancias aproximadas entre ellos de 4 milímetros más o menos y profundizando hacia el molar con un mínimo de pre-

sión y velocidad.

Después estos orificios pueden unirse con la misma fresa redonda con una fisura o bien con un escoplo, de manera que pueda eliminarse la porción ósea deseada.

Cuando se usa fresa, debe siempre vigilarse que sus bordes cortantes no se obstruyan con astillas que dificulten el corte y así favorecer a un máximo calentamiento. Además se prescindirá de hacer perforaciones cerca del segundo molar para no lesionarlo.

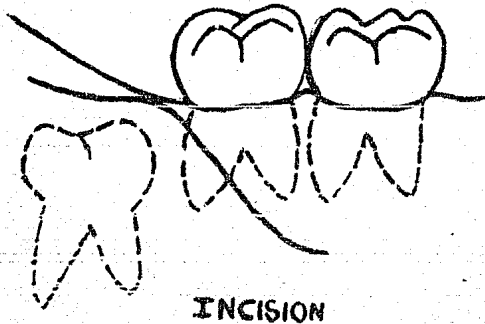
Escopio.-

En retenciones superficiales el escoplo bajo presión manual puede ser de gran utilidad, no así en retenciones profundas en donde se hace necesario el golpeo del martillo, que es pensadamente soportado por el paciente. En cambio, el uso del martillo automático cuando se cuenta con la habilidad suficiente, proporciona un impacto menos molesto si se gradúa a un punto medio y se usan puntas de bayoneta para cortes en bicel o en lanza.

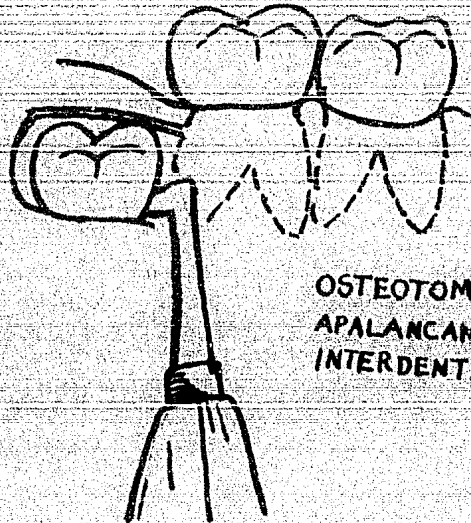
En la eliminación ósea puede también usarse el osteotomo de Winter que es un escopio o cincel que actúa a presión manual y presenta ligeras variantes en sus hojas, que se adaptan al tipo de resección ósea que se indique y además facilita la elevación del molar en cuestión.

D) TÉCNICA DE ODONTOSECCION.-

Por la técnica de la odontosección (previa eliminación ósea), el riesgo de fractura de la mandíbula se reduce, -



INCISION



**OSTEOTOMIA Y
APALANCAMIENTO
INTERDENTAL**

ya que no se hace necesaria la elevación forzada o la aplicación de gran fuerza de apalancamiento, que a la vez puede traducirse en lesiones al nervio dentario inferior, con la consecuente pérdida de la sensibilidad.

La odontosección del molar, disminuye considerablemente la resección ósea y el daño a tejidos periodontales, lo cual significa menos traumatismo quirúrgico, menos tejido óseo a regenerar y un mejor postoperatorio, sin gran inflamación y pocas molestias dolorosas.

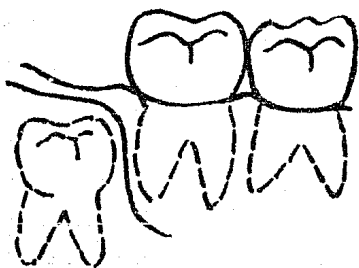
El acto quirúrgico se mejora, al reducir al mínimo el traumatismo transoperatorio en el paciente, prescindiendo de presiones descomunales o de producir gran golpeteo, que mediante la odontosección se evita y algunas veces contribuye también a acortar el tiempo operatorio.

E) LUXACION Y EXTRACCION.-

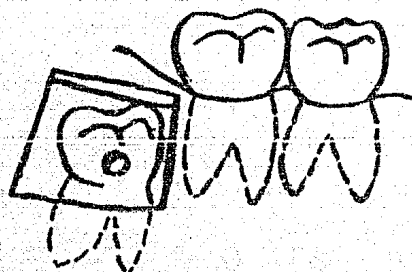
Existen muchas técnicas de luxación que facilitan la extracción del molar retenido, la elección de aquella a seguir, se determina por medio del estudio radiográfico adecuado, pero siempre se tendrá en cuenta que no debe intentarse la luxación del molar si la abertura en la mandíbula no ha sido adecuadamente preparada para ello.

Entre las técnicas más usadas para la luxación de terceros molares inferiores retenidos, se encuentran las siguientes:

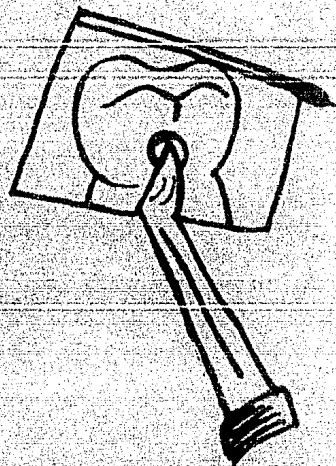
- 1.- Técnica de Apalancamiento Interdental.
- 2.- Luxación por Apalancamiento Vestibular.



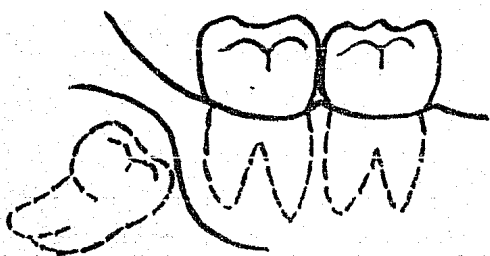
INCISION



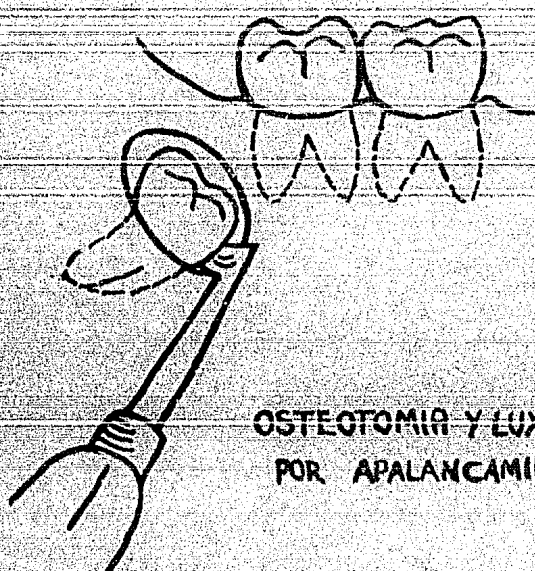
OSTEOTOMIA Y ORIFICIO PARA
APLICACION DEL BOTADOR.



LUXACION POR APALANCAMIENTO
VESTIBULAR.



INCISION EN RETENCION
MESIOANGULAR



OSTEOTOMIA Y LUXACION
POR APALANCAMIENTO

3.- Luxación por Apalancamiento.

4.- Técnica de Botador.

Técnica de Apalancamiento Interdental.-

Generalmente esta técnica se lleva a cabo en retenciones verticales; cuando el molar se adelgaza hacia su raíz, si se presenta ligera inclinación del mismo hacia adelante y si existe espacio entre el segundo molar y el cuello del tercero.

En la técnica de apalancamiento interdental, se introduce un botador de banderan debajo de la parte voluminosa de la corona por su cara mesial y haciendo girar varias veces el elevador para romper el ligamento, el molar se extrae fuera de su alveolo, elevándole poco a poco y teniendo cuidado de no transmitir el traumatismo al segundo molar en la colocación del elevador.

Luxación por Apalancamiento Vestibular.-

La luxación por apalancamiento vestibular, es muy útil en retenciones verticales con raíces rectas y puede efectuarse cuando la raíz del molar es casi tan ancha como su corona y cuando el molar se encuentre demasiado separado del segundo o por el contrario esté en íntimo contacto con él.

La fuerza de la luxación se aplica sólo verticalmente, introduciendo el botador en un orificio previamente hecho con una fresa en la cara bucal del tercer molar y por encima de la bifurcación de su raíz.

De la misma forma, una vez luxado el molar y sirviéndose

del mismo instrumento, se va elevando hasta completar su extracción.

Luxación por Apalancamiento.-

Esta técnica facilita la extracción en retenciones mesioangulares y está contraindicada cuando existen raíces curvas mesialmente, en cuyo caso debe procederse a la odontosección.

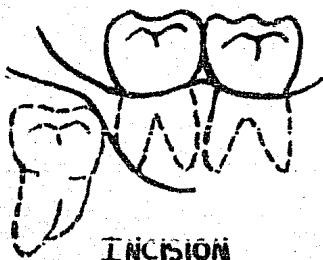
En retenciones mesioangulares la extracción del molar puede realizarse por elevación simple, si existe espacio suficiente para elevar el tercer molar sin perjudicar al segundo, pero si se considera que existe riesgo de lesionarlo, es preferible la odontosección del tercer molar.

En la elevación simple, la luxación por apalancamiento se verifica aplicando la fuerza con un botador en bayoneta por debajo de la cara mesial del molar retenido de manera que el molar pueda colocarse verticalmente y se proceda entonces a su extracción, aún cuando éste posea raíces curvas hacia distal.

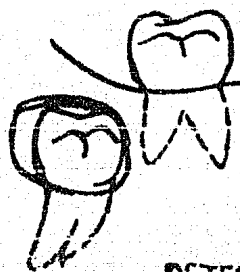
Técnica de Botador.-

La luxación por la técnica del botador puede practicarse en todos los casos, como cuando se cuenta con el espacio necesario para que el molar sea extraído sin seccionarse o cuando ya seccionado, la aplicación del botador se hace necesaria para luxar y extraer los fragmentos.

F) TÉCNICA A SEGUIR SEGUN LA CLASE DE RETENCION.-



INCISION



OSTEOTOMIA



ODONTOSECCION Y
EXTRACCION DE LA
PARTE DISTAL DE
LA CORONA



LUXACION Y
EXTRACCION DE
LA PORCION
RESTANTE

a) Retención Vertical.-

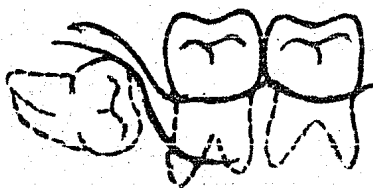
La incisión se practica sobre el borde alveolar desde la rama ascendente hasta la cara distal del segundo molar y se prolonga después hacia vestibular, para permitir despegar un colgajo y proceder a la eliminación ósea.

La eliminación ósea, luxación y extracción del molar retenido verticalmente, depende de la curvatura y forma radicular. Cuando existen raíces rectas, se crea un espacio mayor que el perímetro de la corona y el molar se luxa y se eleva ejerciendo fuerza en dirección vertical, por apalancamiento interdental o vestibular según el caso y se extrae con el botador mismo o con el uso de un forceps para terceros molares inferiores.

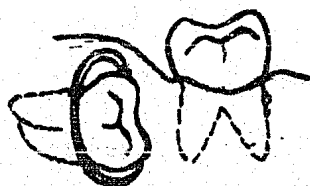
Cuando las raíces están curvadas distalmente, se resaca una porción considerable de la rama de la mandíbula que permite inclinar la corona o bien se recurre a la odontosección y extracción de la parte distal de la corona, para obtener el espacio suficiente para hacer girar el molar. Por último, cuando se presenta curvatura radicular hacia mesial se resaca la porción mesial de la corona y se introduce el elevador entre el hueso alveolar y el molar para inclinar el molar hacia adelante y lograr así su extracción.

b) Retención Horizontal.-

En la extracción de terceros molares retenidos horizontalmente, la mejor técnica a seguir es la odontosección, ya que reduce el esfuerzo operatorio, el traumatismo y los



INCISION



OSTEOTOMIA



ODONTOSECCION Y EXTRACCION
DE LA CORONA



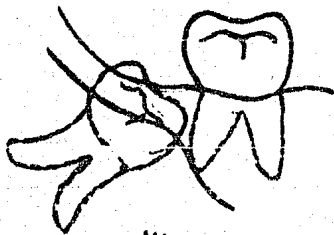
LUXACION Y
EXTRACCION DE
LA RAIZ

trastornos postoperatorios.

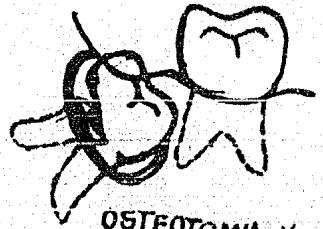
Se prefiere una incisión amplia, como la ya descrita y la preparación de un buen colgajo, que facilite la eliminación ósea, dejando al descubierto poco más de la mitad de la cara vestibular del tercer molar y resacando todo el hueso distal que se considere necesario.

La odontosección se practica siguiendo el eje menor del molar, ya sea a partir de su cara distal a nivel del cuello o por su cara vestibular. Cuando la división se realiza por la cara distal se aplica la fresa en el cuello de ésta cara y se introduce por lo menos hasta la mitad de la cara mesial de este molar, pasando a través de su cámara pulpar.

Obteniendo este orificio central se hacen otros dos, uno a cada lado del primero y se unen los tres por medio de una fresa, después se repite la misma operación por las caras lingual y vestibular con el fin de debilitar lo suficiente la corona y lograr separarla por completo de la raíz con un elevador recto, para extraerla finalmente.



INCISION



OSTEOTOMIA Y
ODONTOSECCION



LUXACION Y EXTRACCION
DE LA CORONA



EXTRACCION
DE RACES
DIVERGENTES
POR SEPARADO

La extracción de las raíces juntas, en ocasiones se lleva a cabo sin mayor problema, pero algunas veces cuando están firmes y curvadas distalmente, se hace necesario luxarlas con un elevador colocado debajo de ellas o introduciendo el mismo en el conducto pulpar.

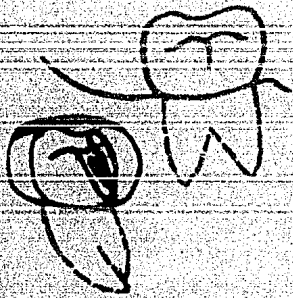
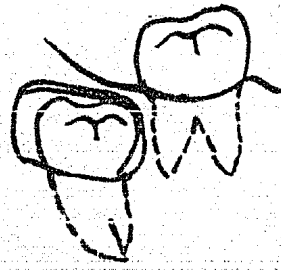
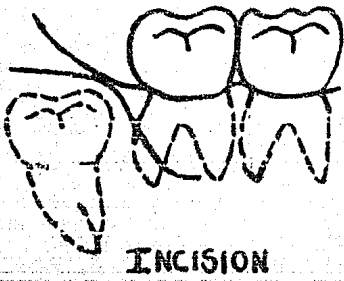
Por otro lado, cuando se presentan curvadas hacia mesial, se hace un orificio por la cara distal junto al borde óseo, para introducir en él, un elevador pequeño, que por apalancamiento permita elevar las raíces juntas.

Generalmente las raíces pueden extraerse juntas, pero cuando alguna de ellas se dirige a mesial y la otra a distal, sólo pueden extraerse separándolas primero y elevándolas después una a una.

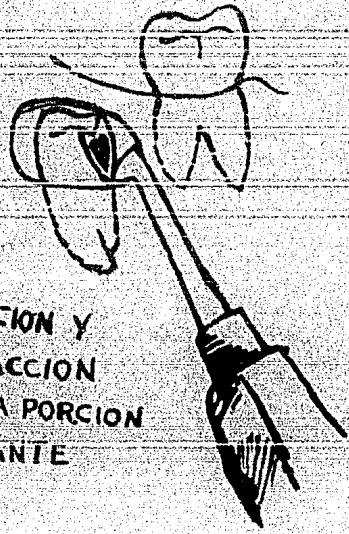
La odontosección según el eje mayor del molar también puede llevarse a cabo, pero exige mayor eliminación ósea distal y bucal y se indica por lo general cuando la corona presenta ligera desviación bucal. La sección del molar ofrece una porción mesial y otra distal que se extraen por separado con un elevador.

La mayoría de las veces las retenciones horizontales exigen la odontosección, principalmente cuando el molar está ubicado profundamente.

Sin embargo, también es posible lograr la extracción del molar entero por medio de la luxación, con la técnica del botador, cuando existe suficiente espacio entre la superficie de oclusión del tercer molar y la cara distal del segun



ODONTOSECCION Y
EXTRACCION DE LA
PARTE MESIAL DE
LA CORONA



LUXACION Y
EXTRACCION
DE LA PORCION
RESTANTE

do y si sus raíces no están curvadas mesialmente.

c) Retención Mesioangular.-

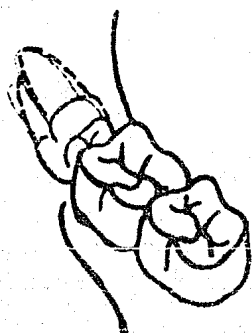
Se puede practicar el mismo tipo de incisión usada en retenciones verticales, para preparar un colgajo. La cantidad de hueso a resacar está de acuerdo a la profundidad del molar en la mandíbula, de la forma y disposición de sus raíces y principalmente del grado de inclinación mesial que se presente. Tomando en cuenta el espacio existente entre el segundo y tercer molar y si la cara mesial del tercer molar retenido es accesible o no a la introducción del elevador para su luxación y extracción, se procede a la elevación simple o a la odontosección.

Elevación Simple.-

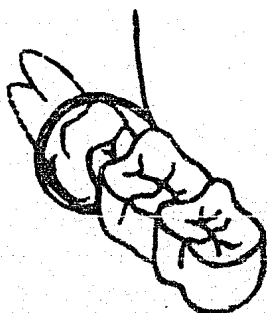
Para lograr este tipo de extracción debe contarse con un tercer molar cuya cara mesial sea accesible y cuyas raíces no estén curvadas mesialmente.

La resección ósea por lo menos debe exponer las caras vestibular y oclusal del molar retenido, de manera que se permite colocar el botador por debajo de su cara mesial y a expensas de ésta se ejerza la fuerza suficiente para la luxación por apalancamiento y a su vez se coloque al molar verticalmente para después extraerlo, ya sea con un forceps o con el botador mismo.

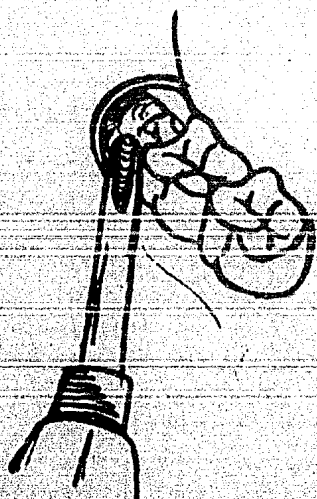
En retenciones mesioangulares muy profundas se hace necesario el uso de fresa para hacer lugar al elevador, cuidando de no resecar el hueso que cubre la raíz distal del se-



INCISION



OSTEOTOMIA



ODONTOSECCION SEGUN
EJE MAYOR Y EXTRACCION
DE LA PORCION DISTAL.



EXTRACCION DE LA
PORCION MESIAL.

gundo molar.

Odontosección.-

La odontosección en retenciones mesioangulares se lleva a cabo, cuando radiográficamente se observa que el tercer molar se encuentra atrapado debajo de la cara convexa distal del segundo molar o si la conformación y curvatura radicular hacia mesial impiden una elevación simple. Según el grado de inclinación mesial del tercer molar, ésta puede seccionarse ya sea siguiendo su eje mayor, o por su eje menor.

Odontosección según Eje Menor.-

La odontosección requiere de una incisión amplia y de osteotomía suficiente que permita la maniobra. La sección se facilita realizando primero con una piedra montada, un surco a nivel del cuello en la cara distal del tercer molar y continuando después el corte con una fresa de fisura hasta llegar a la cara mesial de este molar.

Seccionado el molar según su eje menor se consigue luxar su corona, llevándola hacia adelante por medio de un elevador colocado entre la corona y la raíz.

Una vez luxada se extrae volviéndola hacia atrás para evitar el contacto con el segundo molar y elevándola poco a poco con el elevador apoyado en el hueso subyacente y en la cara mesial del molar. La porción radicular se extrae con la ayuda de un elevador, que se introduce entre la raíz y el tejido óseo y se gira hacia bucal, pero en el caso

de raíces divergentes conviene seccionar las raíces y extraerlas por separado.

Odontosección según Eje Mayor.-

En este caso, al seccionar el molar en una porción mesial y otra distal, la extracción de cada una de ellas se efectúa por separado y primeramente se extrae la porción distal, facilitando así, la eliminación de la mesial. La porción distal se luxa introduciendo profundamente un elevador recto entre las dos porciones del molar seccionado, por debajo de su línea cervical y girando hacia mesial, de manera que la raíz se dirige hacia arriba y atrás. La porción mesial, se elimina por medio de un elevador colocado entre la cara mesial del tercer molar y el borde óseo y apoyándose en esta cara, se va elevando hasta librar completamente la convexidad del segundo molar, gracias al espacio creado por la extracción de la porción distal.

d) Retención Distoangular.-

La retención distoangular es poco frecuente, pero cuando se presenta, generalmente el tercer molar se halla muy atrapado por debajo de la rama ascendente, a causa de lo cual su elevación simple o su extracción sin seccionamiento se hace casi imposible. Así como en la retención horizontal, se aconseja una incisión grande y un colgajo amplio que favorezca la eliminación ósea, que a su vez consiste en resecar tejido óseo sobre el tercer molar y por su cara vestibular, hasta exponer la mayor parte de su corona.

En este tipo de retención la odontosección está completamente indicada, ya que al tratar de extraer el molar entero sólo implica una gran resección y pérdida ósea en la rama ascendente.

Así pues, la mejor forma de seccionar al molar, es siguiendo su eje menor, de manera que pueda facilitarse su extracción de la corona, por medio de un elevador y proceder después a la eliminación de las raíces, que de acuerdo a su forma y disposición se llevan fuera de su alveolo juntas o por separado.

Por lo común, como en cualquier tipo de retención, se extraen juntas cuando ambas están curvadas en la misma dirección, y por separado cuando son divergentes.

Pero en cualquiera de los casos es conveniente, siempre desplazarlas siguiendo la curvatura de sus ápices, elevándolas en dirección de la cavidad en donde originalmente se alojaba la corona antes de su extracción.

e) Retención Bucoangular y Linguoangular.

Estos dos tipos de retenciones son también poco frecuentes y al la radiografía oclusal la que permite conocer y aclarar cualquier duda sobre la dirección y posición que el tercer molar inferior presente ya sea hacia bucal o hacia lingual.

En ambos casos, la mejor técnica a seguir, es la odontosección según el eje menor del molar retenido y extraer después por separado corona y raíces.

En retenciones vestibuloangulares la extracción de la corona se facilita, mientras que en las linguoangulares debe retraerse lo mejor posible la mucosa lingual, con el fin de facilitar el acceso al molar. Con respecto a las raíces, pueden hallarse curvadas en dirección distovestibular o distolingual y muchas veces, en la radiografía no se observan claramente debido a la presencia de la corona, por lo que conviene tomar una segunda radiografía ya que se ha extraído la corona para poder conocer y ubicar cuál es la curvatura de las raíces y decidir así, como habrán de extraerse.

f) Retención Invertida.

Los terceros molares retenidos en posición invertida pueden presentarse relativamente superficiales o profundamente ubicados.

En retenciones superficiales la resección ósea se lleva a cabo descubriendo la cara más cercana del molar al borde alveolar.

La técnica más usada para la extracción implica la previa odontosección según el eje menor del molar, de manera que puedan elevarse las raíces y a expensas del espacio creado se extraiga la corona.

En retenciones profundas la odontosección y extracción se realizan de la misma forma, sólo que en este caso, se hace necesaria una mayor resección ósea que ofrezca mejor acceso al molar retenido.

G) DISEÑO DE LA CAVIDAD ÓSEA.-

En cualquier clase de retención, una vez efectuada la extracción debe inspeccionarse cuidadosamente la cavidad ósea, con el fin de eliminar esquilas óseas o dentales que puedan quedar o para eliminar el saco pericoronario, evitando así la formación de quistes foliculares posteriores.

Es necesario examinar la cavidad ósea en cuanto al tejido que le rodea, pues en casos de procesos patológicos, debe legrarse el hueso hasta encontrar tejido sano, deben también eliminarse bordes óseos agudos o prominentes que dificultan la cicatrización por medio de limas para hueso y así mismo con una cucharilla filosa se eliminan quistes, abscesos y restos de folículo dental que pudieran encontrarse. Para asegurar las mejores condiciones a la cavidad ósea, es aconsejable tomar una radiografía postoperatoria que es de gran ayuda para detectar cualquier resto óseo o bien para asegurarse de que existen paredes óseas sanas y entonces proceder al lavado de la cavidad usando suero fisiológico o agua destilada. Algunas intervenciones, debido a las condiciones óseas o al traumatismo transoperatorio, requieren de tratamiento particular de la cavidad ósea, como es la introducción en ella de medicamentos, gasa con medicamentos o de drenado.

H) SUTURA.-

Procedimiento que tiene por finalidad reunir los tejidos separados por la incisión e indispensable en cirugía gene-

ral y bucal, es aconsejable en grandes incisiones y también para reunir los bordes gingivales tras una simple extracción dentaria.

Técnica de las suturas.- En cirugía bucal se acostumbra iniciar la sutura en la cara palatina i lingual del maxilar y terminarla en la bucal. En las incisiones situadas en una sola cara, la aguja debe ser dirigida desde lo más complicado a lo más simple, esto es, de distal a mesial.

Manejo de portaagujes.- Se maneja con la mano derecha, cómodamente aplicado en el hueco de la mano y dirigido por el pulgar por un lado y los tres últimos dedos en el lado opuesto; el índice apoyado contra el instrumento sirve de director. El instrumento toma la aguja aproximadamente en el centro de su arco; la aguja debe estar enhebrada antes de iniciar la maniobra.

La aguja perfora la fibromucosa, sale entre los labios de la herida y tras perforar nuevamente la fibromucosa, es ta vez del colgajo opuesto, aparece en la superficie. En este momento el portaagujas abandona la aguja de su lugar de toma y vuelve a asirla, ya del otro lado; tracciona para ayudarla a pasar y le hace describir el último tramo de su recorrido.

Este procedimiento no siempre es aplicable en la cavidad bucal. Por dificultades inherentes al sitio donde se realiza la operación, la maniobra debe efectuarse en dos tiempos. En el primero, la aguja atraviesa el colgajo palati-

no y aparece entre los labios de la incisión; de allí la toma el portaagujas por el extremo emergente, y le hace terminar su recorrido; el portaagujas vuelve a tomar la aguja y le hace recorrer un nuevo trayecto introduciéndola entre los labios de la herida; ella perfora el colgajo de adentro hacia afuera y es extraída por el portaagujas con una maniobra parecida a la anterior.

Métodos de sutura.- Dos son los métodos para realizar las suturas; el que emplea puntos separados y el que se vale de la sutura continua.

a) Sutura con puntos separados.- Método de mayor uso en cirugía bucal, consiste, como su nombre lo indica, en realizar puntos independientes uno de otro. Con la aguja enhebrada con el material de sutura (lino, seda, excepcionalmente catgut) y manejada por el portaagujas o a mano, se perfora a la fibromucosa del lado lingual, a una distancia aproximada de 0.5 cm del borde de la incisión. La aguja recorre su trayecto y aparece en el colgajo bucal, a una misma distancia del borde libre y frente a la perforación lingual. Se retira la aguja y el hilo recorre todo el trayecto que necesita hasta quedar tenso; se toman ambas extremidades, se afrontan los labios de la incisión y se anuda el hilo. Sucesivos pases de aguja siguiendo las mismas indicaciones completarán el procedimiento, cada punto estará colocado a una distancia aproximada de 1cm. Ciertos tipos de sutura se pueden realizar con puntos más sepa-

rados o más aproximados.

b) Nudos.- El material de sutura con el cual se han afrontado los labios de la herida ha de ser asegurado por medio de nudos, los cuales pueden ser de dos clases: a) - simples; b) de cirujano.

Nudos simples- Tenso el material de sutura, se toma el cabo bucal con la mano izquierda o el palatino o lingual - con la mano derecha. Cuando se trata de colgajos bucales la mano derecha coge el hilo derecho y la izquierda el izquierdo. El hilo se fija entre las caras palmares de los dedos pulgar e índice de cada mano. Los dedos índice y - pulgar de la mano izquierda se flexionan sobre sí mismos, de manera que los tres restantes queden separados de los - dos primeros. El hilo izquierdo cruza en diagonal por su cara dorsal los tres dedos extendidos; el hilo derecho rodea el borde cubital del meñique, cruza la cara palmar de este y la del anular y medio, y rodea el borde radial del dedo medio, a cuya altura se pone en contacto con el hilo izquierdo. Con los dedos pulgar e índice se insinúa la - extremidad del hilo izquierdo entre los dedos medio y anular, de manera que ella quede colocada dentro del círculo ya formado por el hilo; esta extremidad del hilo izquierdo es frecuentemente sujeta por los dedos antedichos; - pulgar e índice sueltan el cabo izquierdo, y los tres unidos se retiran del círculo, llevando entre los dos primeros el cabo izquierdo. Ya está efectuado el primer nudo;

sólo falta desplazarlo hacia el sitio debido para lograr el efecto de sutura. Pulgar e índice izquierdos vuelven a tomar el cabo, haciendo que el hilo izquierdo repose sobre la cara palmar de los dedos extendidos.

Para terminar el nudo, el hilo de la mano derecha se des-
plaza rodeando la cara dorsal, el borde radial y la cara -
palmar del dedo medio y se apoya sobre la cara palmar de -
los dedos medio, anular y meñique. Se flexiona enseguida
el dedo medio, el cual se introduce por debajo del hilo iz-
quierdo; se vuelve a extender dicho dedo, el cual transpor-
ta en su extensión el cabo izquierdo; éste se mantiene só-
lidamente aferrado entre los bordes cubital del dedo medio
y radial del anular; se separan el pulgar e índice y libe-
ran el cabo izquierdo. Se retiran los dedos medio, anular
y meñique en dirección contraria a la incisión, llevando -
el hilo izquierdo que no han soltado; realizando el segun-
do nudo, pulgar e índice vuelven a tomar el cabo izquier-
do.

Nudos de cirujano— Las suturas realizadas con el nudo -
simple no siempre son seguras, pues los nudos pueden co-
rrerse; esto sucede sobre todo cuando se usa un material -
rígido, como el catagut. Para evitar el desplazamiento de
los nudos se emplean, en cirugía, los llamados "nudos de ci-
rujano", que se logran con un doble entrecruzamiento del -
primer segmento del nudo simple.

El hilo derecho, que para el nudo simple cubrió la cara

palmar de los dedos extendidos, para realizar el nudo de -
cirujano cubre en cambio la cara dorsal de dichos dedos, -
vuelve sobre la cara palmar y corre junto al primer segmen
to hasta llegar al borde radial del dedo medio; la reali-
zación del nudo sigue las indicaciones anteriormente dadas
al pasar el cabo izquierdo entre los dedos medio y anular,
cubre dos vueltas de hilo; el primer segmento del nudo es,
por lo tanto, doble.

Preparación de los nudos utilizando el portaagujas- Pa-
ra la realización de un nudo podemos valernos del mismo -
portaagujas, la maniobra es sencilla y efectiva. Los nu-
dos se preparan rápidamente, ahorrándose mucho tiempo en -
la intervención.

Se pasa el hilo por los labios de la herida, como para -
practicar una sutura corriente con portaagujas; se toma con
los dedos índice y pulgar de la mano izquierda, el cabo -
que tiene la aguja; se le apoya en el instrumento y se ha-
ce dar al hilo dos vueltas completas alrededor del extremo
del portaagujas, se entreabre ligeramente el instrumento y
se toma entre sus mordientes el cabo libre, se tracciona -
el portaagujas de manera que las dos vueltas de hilo se -
deslicen hacia adelante y que el cabo libre pase entre e-
llas. Se ajusta a nivel de la herida y se tiene realizada
la primera parte del nudo; para completar el nudo, se rea-
liza la maniobra en sentido inverso y se ajusta el nudo.

Esta técnica puede aplicarse en cualquier parte de la to

ca; a nivel del tercer molar inferior es utilísima, por las dificultades que presenta una sutura a mano en ese lugar; para realizar suturas con puntos separados, en alveolectomías y heridas extensas es muy útil.

Sutura continua- No la empleamos sino en alveolectomías y preparación quirúrgica para prótesis, sobre toda la arcada, se inicia en un extremo de la arcada y se la continúa hasta el extremo, o bien, hasta la línea media. El punto inicial se traza como para una sutura con puntos separados y se anuda. Con el cabo más largo la aguja vuelve a perforar la fibromucosa de adentro a afuera, y entre cada punto se deja 1 cm de distancia. El hilo recorre en espiral la línea de incisión y se mantiene tenso, con el objeto de cerrar y adaptar los bordes de la herida. Completada la sutura, se efectúa un punto terminal.

Sutura festoneada- Variedad de sutura continua, empleada también para la alveolectomía. se inicia como la anterior, pero en vez de introducir nuevamente la aguja, como se ha indicado, para practicar la sutura en espiral, se la desliza entre la primera vuelta de espira y la encía, y se tracciona el hilo; de esta manera se continúa hasta el final y se da término a la sutura con un punto aislado.

Punto capitoné- En cirugía bucal sólo tiene por objeto mantener un colgajo dentro de la cavidad ósea, con fines plásticos, un trozo de gasa se encarga de mantener fijo el colgajo y evita que se desplace; se atraviesa un trozo de

gasa con una aguja enhebrada cerca de uno de los extremos del hilo. El hilo recorre todo el ancho de la gasa y la aguja la perfora nuevamente, cerca del otro extremo, ambos cabos atraviesan la tabla interna del hueso y la encía de la cara lingual o palatina, a distintas alturas. El nudo se realiza a nivel de dichas caras.

Extracción de los puntos de sutura- La técnica es la siguiente: se pasa sobre el hilo a extraerse un algodón embebido en tintura de yodo o de merthiolate con el objeto de desinfectar la parte del hilo que estando en la cavidad bucal se encuentra infectada.

Se toma con una pinza de disección, o pinza para algodón (manejada con la mano izquierda), un extremo del nudo que emerge sobre los labios de la herida, y se tracciona el hilo como para permitir obtener un trozo de éste por debajo del nudo y poder cortarlo a este nivel.

Con una tijera tomada con la mano derecha, se corta el hilo, la mano izquierda sigue traccionando el hilo o lo vuelve a tomar próximo al punto que emerge por el extremo opuesto al de la sección y lo tracciona para extraerlo del interior de los tejidos. Es importante procurar que la menor cantidad de hilo infectado pase por el interior de los tejidos; las razones son obvias.

De esta manera se eliminan todos los puntos de sutura, procurando no lastimar la encía ni entreabrir los labios de la herida. En algunas ocasiones el nudo, por hipertro-

fía de las partes vecinas, se encuentra alojado en el fondo de un embudo, el cual es difícil desalojarlo, pero conviene extirparlo cuanto antes; demorar su extracción significa mantener la causa irritativa de la hipertrofia, y las dificultades de la extripación aumentan con el tiempo. Con cuidado y delicadeza puede eliminarse el punto.

Las suturas festoneadas y continuas se eliminan cortando por separado cada vuelta de espira y se las extrae con precaución descrita anteriormente.

VIII POSTOPERATORIO

Por postoperatorio se entiende, el conjunto de maniobras que se realizan después de la operación con el objeto de - mantener los fines logrados por la intervención, reparar - los daños que surjan debido a la extracción del molar retenido y colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud.

En la extracción de terceros molares retenidos, los cuidados postoperatorios se dirigen no sólo a la herida, sino también al campo operatorio en general, que es la cavidad bucal e importantemente al estado general del paciente.

Suturada la herida, se irriga la cavidad bucal con una solución de agua oxigenada o de agua destilada para eliminar sangre, saliva y restos óseos o dentales que pudieran quedar y después con una gasa húmeda, se limpia la sangre que pudiera haber quedado en la cara del paciente.

Cuando existen heridas pequeñas en donde no ha sido necesaria la sutura, se vigila que en la cavidad ósea se forme un coágulo que después se protege con una compresa de gasa colocada sobre la herida y que se mantiene entre los maxilares durante treinta minutos.

En este caso se advierte al paciente que no debe succionar la herida, poner la lengua sobre ella, ni realizar enjuagatorios severos durante las 24 horas siguientes a la operación, con el fin de no perturbar la organización del coágulo inicial, en la herida.

Para favorecer la cicatrización es mejor dejar en reposo la región operada, por lo que se aconseja al paciente evitar la masticación de alimentos duros y se indica entonces la dieta blanda pero rica en proteínas para promover la cicatrización, evitar pérdida de peso y malestar general.

Las primeras 24 horas el paciente debe tomar jugos y tratar de mantener su cabeza en alto por lo menos durante las 6 horas siguientes a la intervención.

Cuando no existe ningún proceso inflamatorio o cuando el traumatismo no es muy extenso, la herida cura por formación de tejido de granulación en el fondo, en las paredes de la cavidad ósea gradualmente se llena de tejido.

Posteriormente, la superficie se cubre de epitelio y aproximadamente después de quince días de efectuada la extracción, la herida sana por completo.

En ausencia de infección durante las 24 a 48 horas de la extracción, el paciente en su domicilio puede realizar aplicaciones frías en la zona operada, con el fin de disminuir la inflamación, el dolor y evitar hemorragia.

El proceso inflamatorio se retarda y aminora ya que el frío origina una contracción de los vasos periféricos, evitándose así la extravasación de sangre y líquidos tisulares, que al acumularse originan el aumento de volumen en los tejidos. A su vez, esta vasoconstricción permite controlar la hemorragia y el riesgo de hematomas o equimosis. El uso del frío proporciona también alivio al dolor, pero

en ocasiones cuando el dolor persiste, es mejor recetarle al paciente un analgésico.

Transcurridas las primeras 24 horas, el paciente puede - realizar colutorios con soluciones tibias antisépticas y - debe ser vigilado en los días siguientes, para proceder - después a la remoción de las suturas.

Cuando el traumatismo quirúrgico ha sido mayor o se ha - lla instalada alguna infección, se prescriben fármacos - coadyudantes a la cicatrización o a la eliminación de la - infección y en algunos casos conviene introducir en la he - rida drenados, gasas impregnadas con analgésicos, anti - sépticos, antibióticos o agentes coagulantes y después, de - acuerdo al grado de evolución del proceso cicatrizal estas - grasas (previo lavado de la herida), pueden cambiarse dia - riamente o cada dos días según sea necesario, hasta obser - var que la herida ha curado por completo y la infección ha - cedido.

Para reforzar el tratamiento de la infección cuando éste - existe, se puede administrar por vía oral algún antibióti - co y generalmente bastan dos o tres semanas para un resta - blecimiento completo.

En infecciones agudas se prefiere el uso del calor, con - el objeto de aumentar la vascularización de la zona y per - mitir mayor afluencia de leucocitos que localicen y contr - rresten el proceso infeccioso.

Las aplicaciones de calor, dilatan los tejidos, ayudan -

en la reabsorción y si bien favorecen la supuración, también apresuran la normalización y restablecimiento de los tejidos.

Generalmente el calor se indica en infecciones agudas - severas o en casos de celulitis resultantes de pericoronitis infecciosas, abscesos alveolares ó de extracciones de molares retenidos infectados que afectan regiones vecinas. Pero en todos los casos es aconsejable acompañar la aplicación de calor con antibióticos que ayudan a eliminar el proceso infeccioso.

Remoción de puntos de sutura- Si el proceso de cicatrización se realiza normalmente y sin provocar molestias, los puntos de sutura se retiran entre los cinco y diez días siguientes a la intervención.

Sin embargo, muchas veces debido a la falta de higiene, estos puntos pueden infectarse y para evitar mayores complicaciones, se hace necesario levantarlos inmediatamente al menor signo de infección.

Una vez eliminados los puntos, se lava la herida cuidadosamente y con fines preventivos y profilácticos puede aplicarse una solución antiséptica.

Por último, en los días siguientes, debe vigilarse la cicatrización hasta observar la completa curación de la herida.

CONCLUSIONES

1.- La presencia de los terceros molares incluidos es un problema que no debe descuidarse, ya que puede acarrear serios problemas y complicaciones.

2.- Esta situación se puede convertir en la causa directa de problemas de mal oclusión, trayendo como consecuencia graves alteraciones de la función masticatoria.

3.- El diagnóstico y tratamiento temprano de los terceros molares incluidos nos permite prevenir aquellos problemas que podrían suscitarse como consecuencia de la fuerte presión que ejercen los terceros molares sobre la cara distal de los segundos molares, los cuales son obligados a sufrir una migración hacia mesial, provocando, como consecuencia, el apilamiento de la armonía oclusal, entre otros.

Un buen estudio radiográfico nos dará el sentido exacto de la ubicación del molar incluido, así como una visión clara que nos permite elegir el procedimiento quirúrgico más adecuado. La importancia de la historia clínica es esencial a nuestro paciente y así mismo predecir los resultados o saber el grado de riesgo que se corre al ser intervenido.

4.- El conocimiento de la anatomía regional, así como el dominio de una buena técnica en anestesia, nos garantizará un mínimo de traumatismo y la ausencia de dolor en la intervención.

5.- La planificación de la intervención es muy importante, ya que nos puede evitar situaciones desagradables, una buena pre-medicación, así como una explicación al paciente de algunos aspectos de la misma, servirán para realizar el trabajo en mejores condiciones.

6.- Se debe tener especial cuidado en que el equipo de cirugía como botadores, forceps, fresas quirúrgicas, agujas, hilo, etc, esté completo.

El uso de instrumentos reduce las posibilidades de traumatismo y favorece la cicatrización.

7.- No se debe de dejar fuera de control a un paciente después de la intervención, pues, muchas veces el éxito obtenido en el acto quirúrgico se convierte en fracaso en el post-operatorio.

8.- Del orden y cuidado que tengamos va a depender el triunfo o fracaso de la intervención.

El tercer molar inferior es la pieza dentaria más incógnita en la dentición humana y que se retiene con mayor frecuencia.

En la extracción de los terceros molares inferiores retenidos debe tenerse un buen conocimiento de la zona a operar y es indispensable contar con el estudio radiográfico adecuado.

El preoperatorio implica una buena historia clínica, la mejor asepsia y la preparación de todo el instrumental que se considera necesario para la operación.

La técnica a elegir es en base a la clase de retención y debe siempre asegurar la efectividad de la extracción, - ofrecer un mínimo de traumatismo, pocas molestias en el paciente, tratar de que la intervención dure el menor tiempo posible.

Realizada la extracción los cuidados postoperatorios son de gran importancia, ya que deben mantenerse los fines logrados por la operación y habrá que colaborar con la naturaleza en el restablecimiento completo de la herida y del estado general del paciente.

BIBLIOGRAFIA

I ANATOMIA DEL MAXILAR INFERIOR

- 1) Compendio de Anatomía Descriptiva
L. Testut - A. Latarjet p.p. 46-48.
- 2) Tratado de Anatomía Humana
Fernando Quiroz Tomo I p.p. 108-111.

II GENERALIDADES DEL TERCER MOLAR INFERIOR

- 1) Anatomía Dental y Oclusión
Kraus - Jordan - Abrams p.p. 94-114.
- 2) Anatomía Dental
Rafael Esponda Vila p.p. 255-257 y 286-287.

III TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

- 1) Cirugía Bucal
Thoma, Kurt Hermann p.p. 196-197.

- 2) Cirugía Bucal
Ries Centeno Séptima Edición 1975
p.p. 300-307 y 344.

IV INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

- 1) Cirugía Bucal
Thoma, Kurt Hermann p.p. 196-203.

- 2) Cirugía Bucal
Ries Centeno p.p. 344-356.

V PREOPERATORIO

- 1) Cirugía Bucal
Thoma, Kutr Hermann p.p. 203-210.
- 2) Cirugía Bucal
Ries Centeno Séptima Edición 1975
p.p. 89-116.
- 3) Apuntes del Dr. Samuel Ibarra.
- 4) Diccionario Odontológico
Ciro Duarte Avellanal.

VI TECNICA QUIRURGICA

- 1) Cirugía Bucal
Ries Centeno Séptima Edición 1975
p.p. 369-407.
- 2) Cirugía Bucal
Thoma, Kurt Hermann p.p. 211-233.
- 3) Apuntes de Anestesia Local y General
C.D. Enrique Grageda Cantú.
- 4) Apuntes de Cirugía Bucal
C.D. Raúl Hernández Islas.
- 5) Diccionario Odontológico
Ciro Duarte Avellanal.

- 6) Tesis: Extracción por Disección
Rogelio Ruiz Velazquez
Técnica Quirúrgica para la extracción de
los terceros molares incluidos.

VII POSTOPERATORIO

- 1) Cirugía Bucal
Thoma, Kurt Hermann p.p. 257-258.
- 2) Cirugía Bucal
Ries Centeno Séptima Edición 1975
p.p. 138-140.
- 3) Apuntes de Cirugía Bucal
C.D. Samuel Ibarra.