



24/1/82

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES**

IZTACALA - U.N.A.M.

Carrera de Cirujano Dentista

"TECNICAS QUIRURGICAS EN DIENTES RETENIDOS"

ZAMUDIO GONZALEZ CLAUDIA MIREYA

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO 1982.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

PROLOGO

CAPITULO I

GENERALIDADES	1
---------------------	---

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA	7
------------------------	---

CAPITULO III

ANESTESIA	15
-----------------	----

CAPITULO IV

TECNICAS QUIRURGICAS.....	23
A) TERCEROS MOLARES INFERIORES.....	23
B) TERCEROS MOLARES SUPERIORES.....	40
C) CANINOS SUPERIORES	48
D) CANINOS INFERIORES	64
E) PREMOLARES INFERIORES	68
F) PREMOLARES SUPERIORES	69
G) INCISIVOS SUPERIORES	71

CAPITULO V

MEDIDAS POSTOPERATORIAS	72
-------------------------------	----

CONCLUSIONES 75

BIBLIOGRAFIA 76

P R O L O G O

Siendo este tema por lo demás interesante y por ser un aspecto que nos atañe, es necesario decir que la cirugía bucal es la rama de la cirugía que trata de las operaciones en la boca (la mandíbula, el maxilar y los tejidos contiguos).

Debemos mencionar que desde hace mucho tiempo viene practicándose la cirugía de dientes retenidos, aunque las técnicas utilizadas eran muy complejas y por lo mismo provocaban trastornos tanto en la intervención como postoperatorios quedando el paciente mucho más molesto de lo que ya estaba.- Con el tiempo han venido apareciendo técnicas cada vez más sencillas y menos traumáticas gracias al empleo de instrumentos, aparatos y fármacos que han ido apareciendo.- Así tenemos que el cirujano va perfeccionando su técnica es decir, va actualizándose simplificando más sus operaciones.

El Cirujano Dentista debe estar capacitado para reconocer cualquier estado normal o anormal en la boca, y solo ha de tratar aquellos casos en que posea suficiente experiencia y conocimiento- éste se consigue valorando al paciente por medio de la Historia Clínica haciendo inicialmente un diagnóstico y plan de tratamiento corroborándolo con radiografías y exámenes de laboratorio.

Ahora bien debido a lo extenso del tema, en esta tesis fue necesario resumir lo referente al estudio de dientes retenidos,

tanto en la arcada superior como en la inferior y las técnicas --
empleadas para cada una de estas en base a una investigación bi--
bliografica.

El objetivo buscado en esta tesis es el de recopilar datos re
cientes para el tratamiento de dientes retenidos a fin de tener ma
terial de referencia fidedigno y accesible para su consulta.

La sustentante.

CAPITULO I

GENERALIDADES.

Un diente incluido es aquel que no llega a ponerse en contacto con el medio bucal, si no que queda dentro del maxilar o mandíbula, o cubierto por tejidos blandos de la región.— Según el caso se llama inclusión ósea o submucosa.

Fisiológicamente, todos los dientes, tanto temporales como permanentes, permanecen en inclusión durante algún tiempo en los maxilares y después debajo de la mucosa; y cuando ya han adquirido cierto desarrollo aparecen en su sitio dentro de la cavidad bucal.

La verdadera inclusión es aquella que se produce más allá de las épocas normales de erupción del diente afectado.

La etiología de la inclusión puede deberse primero a las anomalías de desarrollo del diente, las que pueden producirse en cualquier periodo de la formación del germen y aún hasta definitiva calcificación de la corona y de la raíz.

Pero hay causas que producen con mayor frecuencia las inclusiones, y son éstas las que nos interesan quirúrgicamente.

a) Falta de desarrollo del maxilar.— Este punto puede producir la inclusión de cualquiera de los dientes y esta falta de desarrollo puede atribuirse a razones hereditarias, a influencias patológicas de orden general o a causas puramente locales entre las que debemos mencionar en primer término la extracción prematura de los dientes.

b) Falta de espacio.- En este caso el diente queda incluido y ello se debe casi exclusivamente a la pérdida del diente-primario, sus vecinos migran hacia el lugar que este ha dejado, - evitando así la erupción del diente.

c) Persistencia del diente temporario homónimo.- A veces persiste mayor tiempo de lo normal, y entonces el permanente - ó queda incluido ó hace su erupción en posición anómala.

d) Anomalía de las raíces de los dientes vecinos.- Esta causa es poco frecuente para que se produzca una inclusión debe haber verdaderos odontomas radiculares, la cual ya no sería cierta anomalía de las raíces, si no que ya sería una verdadera patología.

e) Calcificación exagerada del hueso en el sitio que - va hacer erupción el permanente.- Generalmente se debe a la ex - tracción prematura del temporal.- En donde el alvéolo se rellena - de tejido óseo de mayor calcificación que lo normal.

f) Mala posición del germen dentario.- Principalmente se observa en los terceros molares sobre todo en los inferiores y - caninos superiores.

g) Desarrollo incompleto de la raíz.- Suele presentar - so en caninos y terceros molares inferiores.

h) Presencia de quistos o tumores en la proximidad del sitio que debe ocupar el diente.- Principalmente esto se observa-

en incisivos superiores o terceros molares, a consecuencia de la erupción tardía de éstos últimos.

El quiste dado que no puede reabsorber el esmalte como lo hace con el hueso tiende a desviar la trayectoria del tercer molar, quedando incluido o erupciona desviado.

i) Dientes supernumerarios.- Es una causa en la cual permanecen incluidos uno ó más dientes permanentes; se presenta con mayor frecuencia en la zona de incisivos superiores.

Ahora bien el orden de frecuencia de los dientes incluidos es el siguiente:

- 1.- Terceros molares inferiores.
- 2.- Terceros molares superiores.
- 3.- Caninos superiores.
- 4.- Premolares inferiores.
- 5.- Caninos inferiores.
- 6.- Premolares superiores.
- 7.- Incisivos centrales superiores.
- 8.- Incisivos laterales superiores.

Frecuentemente la inclusión de terceros molares y caninos es bilateral.

CLASIFICACION:

Las inclusiones se dividen en dos: una que es la --
inclusion parcial y otra la total.

La parcial.- Corresponde al diente cuya erupción es incom --
pleta.- Clínicamente el diente es visible pero a menudo esta en --
posición anormal y siempre se halla cubierto por tejido blando ó --
hueso en cantidades variables.

La total.- El diente se halla totalmente encerrado en el --
hueso.

Los trastornos que puede ocasionar la retención o la inclu --
sión son variados, pero los clásicos son:

- a) De origen mecánico.
- b) De origen infeccioso.
- c) De origen nervioso.

Ahora bien, es convicción del Cirujano Dentista que a menos --
que se halla hecho un plan para ayudar a erupcionar una pieza in --
cluida transformándola en funcional, o si por ejemplo un segundo --
molar estuviese cariado y con infección podría verse la posibili --
dad de que el tercer molar sano ocupara el sitio del segundo molar
y así transformando el tercer molar incluido en funcional.

Dado que la extracción de una pieza retenida es un problema --
importante tanto para el operador como para el paciente, es neces --
ario que éste último entienda perfectamente las razones. por las --

cuales es conveniente la extracción, las posibles consecuencias - que puede acarrear el no efectuarla y las secuelas que pueden seguir a la intervención.

No es normal para el diente quedar bajo la superficie despues de la edad de 18 a 20 años; es fácil comprender por que producira trastornos.- Siempre que la saliva pueda alcanzar la corona, podra producirse caries al igual que un diente común.- No habiendo posibilidad de curarlas terminarán ocasionando fuertes dolores.

Los germenos de la saliva pueden ocasionar operculitis.- Esta infección puede extenderse en los carrillos, la garganta o el cuello, provocando fuertes dolores, rigidez de los maxilares y malestar general.

Cuando el diente incluido presiona contra otro diente sano le ziona las raíces de éste y lo empuja fuera de su posición.

A veces se forman grandes quistes alrededor de la corona del diente incluido produciendo destrucción de hueso perjudicando los dientes vecinos.

Actualmente, la extracción de dientes se realiza bajo principios quirúrgicos, con instrumentos meticulosamente esterilizados, buena luz, campo operatorio seco y manipulación suave de los tejidos.- La herida cierra con puntos de seda.

Es bien sabido que toda operación lleva consigo algún riesgo.-- Esto es reducido por la valoración preoperatoria de su estado físico, por las cuidadosas preparaciones del instrumental y demás elementos y por la habilidad del operador.

La herida resultante de la extirpación de un diente incluido es grande y su curación puede ser dilatada por el organismo que no puede construir tan rápidamente la normalidad de los tejidos.-- Por lo general en el maxilar la curación se efectúa sin inconvenientes Sin embargo, en la mandíbula alrededor de las tres cuartas partes de los alvéolos de dientes incluidos curan rápidamente mientras -- que cerca de una cuarta parte tarda más y requiere algunas curaciones en el postoperatorio.

Hay que tener cuidado con las piezas dentarias inferiores incluidas que a menudo descansan sobre el dentario inferior, ya que a veces, a pesar de todas las precauciones, éste nervio es lesionado o aún seccionado ocasionando parestesia del labio inferior, del mentón y de todos los dientes del mismo lado, que no dura más que unas semanas según la lesión.

Por lo que se refiere a los terceros molares superiores muchas veces están en contacto con la pared del seno maxilar ó antro en este caso se tendrá sumo cuidado en no dañar innecesariamente esa estructura; pero ocasionalmente la delgada pared del hueso puede romperse y penetrar sangre en el seno.

En este caso el paciente notará la salida de sangre por la nariz; ésto lo solucionan con antibiótico.

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA.

Interrogatorio (anamnesis).- El interrogatorio ó anamnesis-constituyen la primera parte de la historia clinica.- Se puede - considerar como una conversación profesional planeada que permita al paciente comunicarle al médico sus síntomas, sensaciones y en- ocasiones sus temores, de manera que éste pueda establecer la na- turaleza real ó probable de la enfermedad conociendo además sus - impresiones y actitudes mentales.

El interrogatorio se realizará tomando en cuenta los siquientes puntos:

a) El Cirujano debe motivar al paciente para que éste - pueda establecer comunicación.- Es su responsabilidad y su oportu- nidad crear un ambiente en el que el paciente pueda enfocar sus - problemas con facilidad y sin temor.

b) Deberá procurar la comodidad del paciente de manera- informal aunque profesional.

c) Dejar que el paciente exponga libremente sus moles - tias y oportunamente controlar la entrevista pidiendo al paciente- que se dirija al problema real.

d) Disponer del tiempo necesario para escuchar y hablar- con el paciente.

En toda Historia Clínica se debe constatar los siguientes -
datos:

I.- FICHA DE IDENTIFICACION:

1. Nombre y apellidos: Dato importante para la identifica -
ción de la persona.

2. Dirección y número telefónico: Datos auxiliares para la
localización del paciente ó de sus familiares.

3. Edad: Hay que señalar y relacionar la edad cronológica-
con la edad aparente y psíquica para comprender mejor su estado -
actual.

4. Sexo: En el que influyen las distintas funciones endó -
crinas, la ocupación y disposición anatómica.

5. Estado Civil: El celibato, la vida matrimonial y la viu
dez, son estados de la vida completamente diferentes que pueden in
tervenir en la génesis de padecimientos psíquicos u orgánicos.

6. Profesión u oficio actual: En ocasiones son causa de en
fermedades (ocupacionales ó profesionales), por lo que es de in-
terés este dato.

7. Lugar de residencia: El ambiente en el cual vivimos -
constituye una causa importante en la aparición de problemas morbo-
sos.

II.- ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES.

Los antecedentes familiares permiten obtener información acerca de enfermedades con carácter hereditario ó con cierta disposición para el paciente.

Debe preguntarse acerca de los padres, hermanos, hijos, abuelos, colaterales (edad, estado de salud ó edad al morir y causas de la muerte).

Es importante corroborar la existencia de enfermedades como diabetes, tuberculosis, sífilis, obesidad, neoplasias, cardiopatías, hipertensión arterial, artritis, hemofilia, alergias, padecimientos en la familia que pueden sugerirnos el estado actual del paciente.

III.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Dentro de los antecedentes no patológicos del paciente encontramos:

Habitación.- (Tipo de construcción, materiales, No. de cuartos, ventilación iluminación, servicio de drenaje etc.)

Alimentación.- Tanto cualitativa como cuantitativamente (especificar)

Higiene general (baño, lavado de manos, etc.); Religión, si

practica algún deporte, hábitos, alcoholismo, tabaquismo, toxicomanías. Inmunizaciones. Escolaridad.

IV.- PERSONALES PATOLOGICOS:

Los antecedentes médicos del paciente contienen información - acerca de cualquier enfermedad importante ó grave que sufrió en el pasado.- El interrogatorio sobre este punto es muy útil puesto - que la enfermedad puede ser consecuencia de otra anterior.

Se interroga al paciente acerca de: Fiebres eruptivas (sarampión, varicela, rubiola, escarlatina) tuberculosis, paludismo, - reumatismo, hemorragia (epistaxis, melena, hematemesis, hemoptisis) epilepsia, enfermedades venereas, infarto del miocardio, hemofilia, hipertensión.

Padecimientos bucales.- (caries, tumoraciones, úlceras, sangrado bucal, herpes, etc.).

Antecedentes traumáticos.- Caídas, fracturas, heridas, fecha evolución, etc.

Alergicos.- (medicamentos, alimentos, polen, etc.)

Transfusionales.- (fecha y causa, reacciones)

Tratamientos médicos previos, para cualquiera de todos los padecimientos mencionados en boca, extracciones, endodoncia, obturaciones, puentes, etc.

V.- PADECIMIENTO ACTUAL:

La narración del padecimiento actual es la parte más importante del interrogatorio, que consiste en pedir al paciente que nos relate su enfermedad actual, debe expresar sus emociones y el ambiente que le rodea pero sin alejarse del tema.

Debe notarse en esta inciso la molestia o causa por la cual - acude el paciente, es importante anotar la fecha de iniciación y - posteriormente hacer la descripción de cada síntoma, duración periodicidad, intensidad y radiación, localización, etc.

VI.- INTERROGACION POR APARATOS Y SISTEMAS.

Aquí el paciente debe referir lo que presenta en el momento - actual no lo que presento en el pasado.

Digestivo: Nauseas, vómito, regurgitaciones, halitosis, sangrado, dolor gingival o dental, masticación, odinofagia, hábitos - (bruxismo, chuparse el dedo, el uso de palillos, etc.) distensión abdominal, meteorismo, dolor en la ingestión de alimentos o medicamentos.

Respiratorio: Dentro del interrogatorio del aparato respiratorio estudiaremos en particular, (dolor, disnea, tos, expectoración, vómitos y hemoptisis).

Circulatorio: Determinaremos la posible presencia de los siguientes síntomas.- Disnea, cianosis, dolor precordial, palpitaciones, edemas, lipotimias, síncope.

GenitoUrinario: Se recubaran datos como .- Número de micciones al día, hematurias, piuria, oliguria, pujo, tenesmo, expulsión de cálculos, en la mujer fecha de la última menstruación, frigidez en el hombre impotencia.

Hemático y linfático: Palidez, petequias, equimosis, edema sangrado prolongado de heridas, retardo en la cicatrización.

Endócrino: Poliuria, polidipsia, polifagia, aumento o disminución rápida de peso, bradilalia, bradipsiquia, etc.

Nervioso: Motilidad general, parálisis, parestias, calambres- alteraciones del equilibrio etc.

Músculo esquelético: LA exploración de este sistema tiene como fin reunir y valorar los signos y síntomas que permitan detectar alteraciones morfológicas y funcionales de los músculos estriados, articulares, atrofiar musculares, chasquidos articulares.

Piel, Mucosa y Anexos: El estudio de la piel, se justifica- tomando en cuenta que puede ser asiento de reacciones morbosas propias de ella, ó bien manifestaciones de enfermedades de origen sistémico.

Síntomas Generales.- Fiebre, anorexia, astenia, pérdida de peso.

Exámenes Previos.- Enumerar todos los exámenes con fecha y resultados en relación al padecimiento actual, que se le han practicado al paciente, también se puede anotar exámenes que sean recientes y no relacionados con el padecimiento actual.

Exploración Física.- Datos generales: Peso habitual, peso ideal, peso real, talla, pulso, tensión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria.

Inspección General del Paciente:

Es el examen del paciente por medio de la vista.- Para señalar los datos que se obtienen mediante este procedimiento se utilizan los siguientes términos: Estatura, peso, desarrollo físico, estado de nutrición, constitución y conformación; todos ellos se refieren a características funcionales que también deberán especificarse.- La adaptación de la conducta, grado de conciencia, cooperación, orientación, estado emocional, estado psíquico o mental y lenguaje, solamente tendrán la finalidad de señalar alteraciones nerviosas o psíquicas.

Resumiendo, la Historia Clínica nos muestra un panorama gene-

ral de nuestro paciente ya que todos los puntos referentes a éste, desde antecedentes hereditarios, estado económico, tendencias, padecimientos que lo aquejan etc., de los datos recogidos formaremos un criterio acerca de nuestro paciente, y de la enfermedad que lo trajo a consulta y evaluaremos la posibilidad de que tenga éxito ó no la intervención así como su recuperación y vuelta a la normalidad de los tejidos u órganos que hayan sido afectados antes y durante la intervención de las piezas incluidas en este caso.

CAPITULO III

ANESTESIA

Todas las intervenciones quirúrgicas e incluso algunas exploraciones son dolorosas para el paciente; ésto ha motivado al Cirujano ha tratar de eliminar el dolor en dichas intervenciones.

Por lo tanto debemos de reconocer que la anestesia local juega un papel muy importante dentro de la práctica quirúrgica.- Aún en la actualidad todas las grandes intervenciones de la cirugía maxilar se han practicado con anestesia local, por lo que se considera esencial tener ciertas nociones acerca de su farmacología para poder emplearlos con buenos resultados en la práctica diaria.

En Odontología estos compuestos actuan deprimiendo de manera reversible las conducciones de las sensaciones dolorosas desde el área bucal hasta el sistema nervioso central.

TIPOS DE ANESTESIA:

Existen dos tipos de anestesia que son:

a) ANESTESIA LOCAL POR INFILTRACION, terminal ó periférica.- Se anestesian las fibras terminales periféricas de un área determinada.- Las terminaciones de los nervios sensitivos se para

lizan inyectando la solución anestésica en una región limitada; - el metodo por infiltración consiste en depositar el anestésico en el tejido celular, por medio de la ósmosis se efectua la absorción del anestésico en los tejidos óseos adyacentes donde estan situadas las ramas terminales de los troncos que inervan el diente.

b) ANESTESIA REGIONAL POR CONDUCCION ó por bloqueo nervioso.- Se anestesia el tronco nervioso en algún punto de su trayecto entre la periferia y el cerebro con lo cual se priva de sensibilidad el área inervada por dicho tronco nervioso hasta donde se produjo el bloqueo.

Todo agente bloqueador que se use actualmente en Odontología debe llenar los siguientes requisitos:

- 1o. Período de latencia corto.
- 2o. Duración adecuada al tipo de intervención.
- 3o. Compatibilidad con vasopresores.
- 4o. Difusión conveniente.
- 5o. Estabilidad de las soluciones.
- 6o. Baja toxicidad sistémica.
- 7o. Alta incidencia de anestesia satisfactoria.

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

Tanto en la anestesia por infiltración como en la anestesia regional, la solución debe ser aplicada correctamente para obtener el efecto máximo, y para satisfacer los requisitos mencionados es conveniente recordar algunas técnicas de anestesia que se utilizan más frecuentemente:

BLOQUEO DE LAS RAMAS DEL NERVIO MAXILAR SUPERIOR.

1o. Nervio Infraorbitario (técnica intraoral).- Se palpa con el dedo medio la porción media del borde inferior de la órbita y luego se desciende cuidadosamente cerca de un centímetro por debajo de este punto, donde por lo general se puede palpar el paquete vasculonervioso que sale por el agujero infraorbitario.- Manteniendo el dedo medio en el mismo lugar y con la otra mano se introduce la aguja en el repliegue superior del vestibulo oral, dirigiendola hacia el punto en el cual se ha mantenido el dedo medio.- Aunque no se pueda palpar la punta de la aguja, es posible sentir con la punta del dedo como la solución es inyectada en los tejidos subyacentes.

Indicaciones.- Intervenciones quirúrgicas en el lugar de distribución del nervio infraorbitario.

Extracciones complicadas con resección de colgajo sobre uno ó varios incisivos ó caninos.

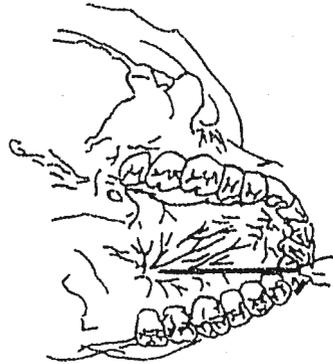
20. Nervio Palatino Anterior.-- Se bloquea en ó al lado del agujero del conducto palatino posterior situado a la altura del segundo molar, un centimetro por encima del reborde gingival.

30. Nervio Nasopalatino.-- Se bloquea en ó inmediatamente al lado del conducto incisivo situado en la linea media por detras de los incisivos.

Indicaciones.- La técnica intraoral se utiliza comunmente en Odontología para la anestesia de los dientes del maxilar superior para tratamiento conservador, en donde generalmente sólo se necesita anestesiarse la pulpa dentaria, la infiltración de la mucosa gingival que rodea al diente es suficiente.- Si se trata de intervencciones quirúrgicas es necesario completar con infiltración palatina para cada diente en particular.



Bloqueo del Nervio Nasopalatino.



Bloqueo del Nervio Palatino anterior.

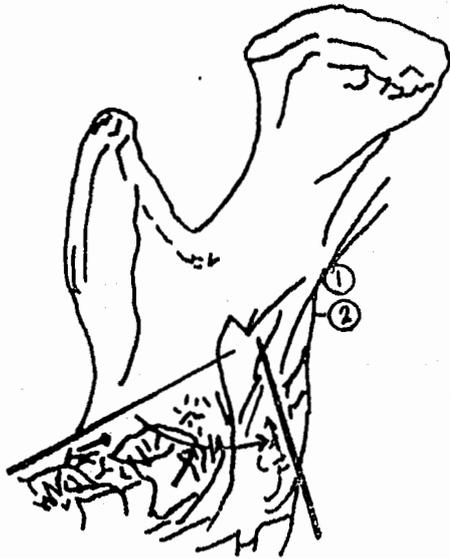
BLOQUEO INTRAORAL DEL NERVIO ALVEOLAR INFERIOR:

Con el dedo índice izquierdo se localiza la línea oblicua, - es decir, el borde interno de la rama del maxilar inferior.- Se hace la punción inmediatamente por dentro de ese punto a un centímetro por encima del plano oclusal del tercer molar.- La jeringa debe mantenerse paralela al cuerpo del maxilar inferior y sobre todo paralela al plano masticatorio de los dientes del maxilar inferior.- Desde este punto, la punta de la aguja se introduce lentamente dos centímetros pegada a la cara interna de la rama del maxilar; al mismo tiempo se gira la jeringa hacia los premolares del lado opuesto manteniéndola siempre en el mismo plano horizontal.

Esto bloqueo se puede también efectuar insertando, desde un principio, la aguja con la jeringa en la posición final descrita anteriormente y haciéndola avanzar directamente hacia la rama.

Indicaciones.- La técnica intraoral es la más adecuada para la cirugía bucal y el tratamiento de los dientes correspondientes a la mandíbula.

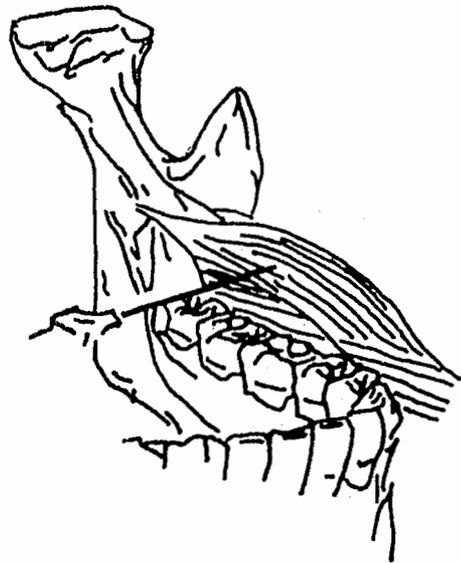
Cuando se ha completado la anestesia con bloqueo del nervio bucal, inclusive intervenciones en la encía correspondiente a los molares 2o. y 3o. y extracción de los mismos.



1.- N. alveolar inferior.

2.- N. lingual.

Bloqueo intraoral del Nervio alveolar inferior.



NERVIO MENTONIANO: (técnica intraoral)

El foramen mentoniano se encuentra en el repliegue inferior - del vestibulo oral por dentro del labio inferior e inmediatamente por detras del primer premolar.- Con el dedo índice izquierdo se palpa el paquete vasculonervioso a su salida del agujero mentoniano.- El dedo se deja allí ejerciendo una presión moderada mientras la aguja se introduce hacia dicho punto hasta que la punta este en la cercanía inmediata del paquete vasculonervioso.

Indicaciones.- Tratamiento de los incisivos, caninos ó primeros premolares de la mandíbula.

Intervenciones quirúrgicas en el labio inferior, mucosa gingival ó porción labial del proceso alveolar.

Las extracciones en el grupo de dientes mencionados anteriormente deben ser efectuadas despues de haberse completado con anes-tesia del nervio lingual.

CAPITULO IV
TECNICAS QUIRURGICAS

TERCEROS MOLARES:

Clasificación.- El tercer molar inferior se encuentra situado en la mandíbula con distintas posiciones y desviaciones; por tal motivo, es necesario clasificarlo de acuerdo con:

- 1o. La dirección del eje longitudinal del diente comparada con la de sus vecinos (Clasificación de Winter).
- 2o. La relación del diente con la rama ascendente y su profundidad relativa en el maxilar (Clasificación de Pell y Gregory)
- 3o. En relación al grado de dificultad y profundidad.

CLASIFICACION DE WINTER:

Esta se refiere a la posición del diente con respecto a su e eje longitudinal y se consideran las siguientes posiciones:

- 1o. Vertical.
- 2o. Horizontal.
- 3o. Mesioangular.
- 4o. Distoangular.
- 5o. Bucoangular.
- 6o. Linguoangular.
- 7o. Paranormal o invertida.

Estas posiciones pueden ser acompañadas por:

a) Desviación bucal.

b) Desviación lingual.

Posición Vertical.— Cuando el tercer molar tiene su eje mayor paralelo al eje mayor del segundo molar y es perpendicular al plano de oclusión.

Posición Horizontal.— Cuando el eje longitudinal del diente es paralelo al plano oclusal y por lo tanto perpendicular al eje mayor del segundo molar, formando un ángulo recto entre los dos ejes.— La cara oclusal del tercero estará en relación con la cara distal del segundo.

Posición Mesioangular.— Aquí el eje longitudinal del diente está dirigido de adelante atrás, de arriba abajo, y por lo tanto no es perpendicular al plano de oclusión ni tampoco al eje longitudinal del segundo molar; al interceptarse estos dos ejes forman un ángulo agudo (aproximadamente 45°).

Posición Distoangular.— El tercer molar presenta su corona dirigida en grado variable hacia la rama ascendente, su eje mayor con el eje mayor del segundo molar forman un ángulo agudo abierto hacia arriba y atrás.

Posición Bicoangular.- La corona del tercer molar se encuentra dirigida hacia la tabla externa y sus raíces hacia la tabla interna, por consiguiente la cara oclusal mirará hacia bucal y la raíz hacia lingual.

Posición Linguoangular.- Lo contrario del caso anterior, ahora la corona del tercer molar se encuentra dirigida hacia la tabla interna y sus raíces hacia la tabla externa, por lo tanto la cara oclusal mirará hacia lingual y la raíz hacia bucal.

Posición Invertida.- Es cuando la cara oclusal se encuentra dirigida hacia abajo y la raíz hacia arriba.- De aquí tenemos sus variantes como son la distal invertida, mesial invertida y mucho más raramente la horizontal invertida.

Cuando esto ocurre, se trata siempre de inclusiones totales.

DESVIACION BUCAL Y LINGUAL:

Las inclusiones verticales, mesioangulares, distoangulares y horizontales pueden tener además desviaciones hacia vestibular ó lingual.

Cuando es bucal, el molar se pone en relación con la línea oblicua externa y el borde anterior de la rama ascendente.

CLASIFICACION DE PELL Y GREGORY

En ésta se considera la relación del diente con la rama ascendente de la mandíbula ó sea el espacio comprendido entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama y el tamaño mesio-distal de la corona.- Aquí pueden presentarse tres variedades, cualquiera que sea la posición del diente con relación al eje longitudinal del segundo molar.

Clase 1.- Es cuando el espacio entre la cara distal del segundo molar y el borde de la rama ascendente es mayor que el tamaño de la corona del tercer molar.- En este caso el diente ha tenido suficiente espacio para hacer su erupción correcta y se trata más bien de una mala posición.

Clase 2.- El espacio que existe es un poco menor que la medida mesio-distal de la corona del molar incluido.

Aquí, las inclusiones son muy frecuentes y posiblemente parte de éste este incluido dentro de la rama ascendente.

Clase 3.- Aquí el espacio es mucho menor que en la clase 2 y la mayor parte del molar está en la rama ascendente.

PROFUNDIDAD DEL DIENTE EN EL MÁXILAR.

Se establecen 3 posiciones que son las siguientes:

Posición A.— En esta posición la cara oclusal del diente incluido se encuentra a la misma altura que la cara oclusal del se-
gundo molar ó del plano oclusal; por lo general el hueso cubre la-
corona parcialmente.

Posición B.— Aquí la cara oclusal del diente incluido se en-
cuentra por debajo del plano oclusal pero por encima de la línea --
cervical del segundo molar; igualmente el hueso cubre parcialmente
a la corona, pero no tan favorablemente como en la posición A.

Posición C.— En ésta posición la cara oclusal del diente incluido esta debajo de la línea cervical del segundo molar.

ESTUDIO RADIOGRAFICO:

El éxito de la intervención quirúrgica del tercer molar infe-
rior retenido depende de un correcto exámen radiográfico.— El exá-
men informará al operador de multiples detalles de interés quirúr-
gico.

En la película radiográfica intraoral debe verse con absoluta

corrección la totalidad del molar objeto de la intervención, el - segundo molar, el hueso distal y la zona ósea por debajo de los - ápices del molar retenido, es decir, la región del tercer molar - inferior.

La radiografía del tercer molar retenido debe obtenerse con películas intraorales comunes.- Solo en caso de excepción (ciertos procesos inflamatorios, trismus) debemos valernos de películas extraorales.

Estas no dan con perfección los detalles que se necesitan para interpretar las imágenes y no son suficientemente útiles para lograr la exitosa intervención del molar retenido.

No siempre es suficiente la radiografía intraoral para establecer el diagnóstico correcto de la ubicación del tercer molar retenido y para la aplicación correcta de la técnica quirúrgica.- La radiografía intraoral solo da detalles en el plano vertical, obteniéndose con perfección todos los puntos de interés anatómicos y quirúrgicos, ubicados en este plano.- Pero la relación buco-lingual y los detalles de los elementos que se encuentran en este sentido sólo pueden lograrse con el empleo de la radiografía oclusal.

El tercer molar debe ser observado en su posición, forma, tamaño, presentación y relaciones.- El diagnóstico radiográfico de la posición del tercer molar es un detalle fundamental en la cir-

gía del molar retenido.- La forma y tamaño del molar retenido debe deducirse también de este exámen y de los hallazgos que la clínica efectúe.- El estudio radiográfico de la porción radicular es también de extraordinario valor e importancia, tanto como el estudio de la corona, pues la técnica quirúrgica a emplearse en cada caso particular está relacionada y en dependencia con la anatomía radicular, coronaria y ósea.

En la película radiografica se observará:

- a) Posición del tercer molar inferior retenido.
 - Cara mesial accesible ó inaccesible
 - Profundidad relativa del tercer molar inferior en el hueso.
- b) Corona del tercer molar.
 - Tamaño de la corona.
 - Forma de la corona.
- c) Raíces del tercer molar.

Realizados los exámenes clínicos y radiográficos se procede a la intervención del paciente.

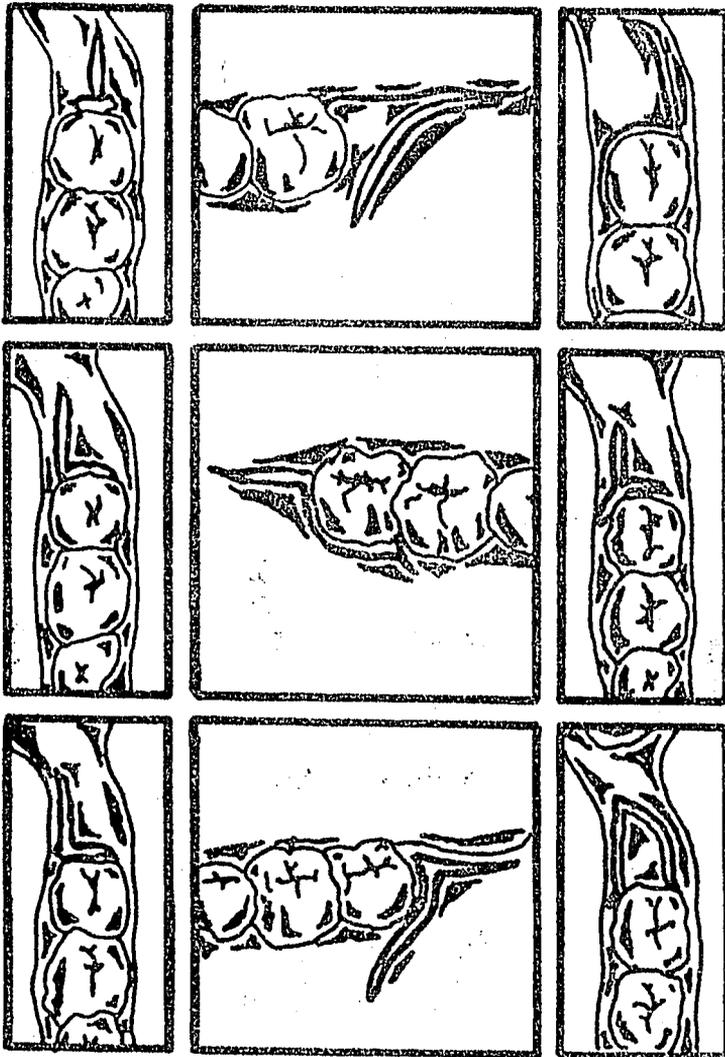
El primer objetivo en cualquier intervención, es plantear la operación para realizarla con éxito y tan rápidamente como sea posible con el mínimo de traumatismo y de destrucción de los tejidos vecinos.

La técnica quirúrgica de la extracción consta de los siguientes tiempos:

- 1o. Incisión.
- 2o. Preparación de los colgajos.
- 3o. Osteotomía.
- 4o. Operación propiamente dicha.
- 5o. Tratamiento de la cavidad ósea.
- 6o. Sutura.

1. Incisión : Con un bisturí de hoja corta se traza una incisión en la parte alta de la cresta distal, por detrás de la cara distal del segundo molar.- La longitud anteroposterior de la incisión estará dada por el tipo de retención del tercer molar.- Por lo tanto debe fundarse en los detalles que se obtengan del examen radiográfico.

El trazo de la incisión deberá ser hecho energicamente hasta percibir por debajo del instrumento la sensación del hueso ó la cara dentaria.



Incisiones para la extracción de los terceros molares inferiores incluidos.

La incisión llega hasta la cara distal del segundo molar y - continua festoneando la encía en su adaptación al cuello del segundo molar llegando también profundamente hasta el hueso y seccionando los ligamentos correspondientes; esta incisión se detiene en el espacio interdentario.

2. Desprendimiento del colgajo: Con la ayuda de la legra vamos a desprender el colgajo desde el borde de la cresta hasta la - incisión terminal, festoneando al segundo molar tanto por vestibular como por lingual, por ésta última cara el festoneado se extenderá hasta un poco más allá de la cara distal del primer molar sin llegar a la mesial.- Con este tipo de colgajo tendremos una mejor visibilidad durante las maniobras.

3. Osteotomía : La osteotomía se va a realizar con una fresa quirúrgica de bola y su debida irrigación con el fin de no destruir tanto hueso, sólo dejaremos expuesta la corona del diente incluido si éste está en inclusión total y si lo esta en inclusión - parcial tan solo se eliminará el poco hueso que la cubre ya que si trataramos de dejar expuesta la raíz ó raíces, su extracción será - más fácil, pero sin embargo, destruiremos más tejido óseo y será - más largo su periodo de osificación y por lo tanto traerá más complicaciones.

Esto sólo se practicará cuando las raíces estén dilaceradas, haya hiper cementosis ó cuando la raíz esté soldada al hueso.

4. Operación propiamente dicha : Eliminadas ya las estructuras óseas que significan la resistencia se inicia la operación propiamente dicha.- El elevador llega a la cara mesial del molar retenido y allí su hoja aplicada sobre la cara mesial el instrumento con punto de apoyo en el borde óseo y con una fuerza ejercida sobre su mango eleva el molar siguiendo el camino de menor resistencia.- En términos generales está es la mecánica de la extracción, no siempre puede aplicarse en forma absoluta por razones dependientes de la posición del molar y disposición y forma de sus raíces.- En este caso deberá seccionarse la pieza.

5. Tratamiento de la cavidad ósea: Realizada la total extracción del molar retenido, dos son las maniobras postoperatorias con respecto a la cavidad ósea que alojaba al molar:

La primera se refiere a la eliminación quirúrgica del denominado saco pericoronario.

La segunda, al tratamiento médico de la cavidad ósea obturandola con diversas sustancias.

6. Sutura : El cierre con sutura es ideal quirúrgico.- Se revisa e inspecciona la cara interna del colgajo, eliminando tejido de granulación ó restos óseos ó dentarios, se adapta cuidadosamente el periostio y se vuelve el colgajo a su sitio normal.

El operador toma la pinza y con una aguja enhebrada con nylon ó seda procede a atravesar en primer término el colgajo lingual, - despues el bucal (para el lado derecho a la inversa para el izquierdo), retirandose la aguja y practicandose luego el nudo.

POSICION MESIOANGULAR SIN DESVIACION CON CARA MESIAL ACCESIBLE.

1. Incisión : El acto quirúrgico requiere una amplia y cómoda incisión, que provea un colgajo abundante y fácilmente desplazable.

La incisión se inicia sobre la mucosa a nivel de la cara distal del tercer molar, punto de origen que estará regido por la cantidad de hueso distal a resacarse (dato obtenible por la radiografía); llega hasta el límite mesial de la mucosa y se continua festoneando la cara bucal del molar retenido y la cara bucal del segundo y primer molar.

2. Desprendimiento de colgajo : Se separa cuidadosamente la-

porción bucal de la mucosa hasta los límites señalados y la porción lingual hasta el espacio entre segundo y tercer molar.- Se sostiene el colgajo con el periostótomo ó con un separador.

3. Osteotomía: Se realiza con una fresa quirúrgica de bola y su debida irrigación se elimina todo el hueso distal que cubre la cara distal continuandose la osteotomía distal sobre el tercio superior de la raíz distal.

4. Operación propiamente dicha : En este tipo de retención con la cara mesial accesible, la extracción puede hacerse por el método de palanca, aplicando esa fuerza sobre la cara mesial del molar retenido.- Dicho de otra manera, molares con sus raíces dispuestas en sentido favorable a la vía de menor resistencia, permitirán la extracción por intermedio del elevador; aquellos que presentan su porción radicular significando resistencia deberán dividirse para salvar inconvenientes.

1.- Extracción por medio de elevador: Se emplea un elevador de cualquier tipo, que actuando como palanca de primer género con punto de apoyo sobre el hueso mesial dirija al diente hacia arriba y hacia distal.

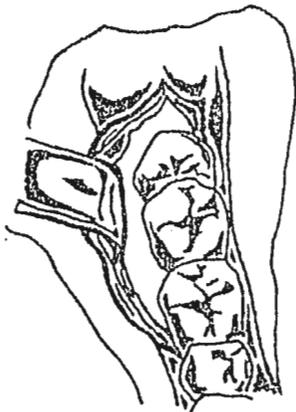
Se introduce la hoja del elevador en el espacio interdentario con su cara plana aplicada contra la cara mesial del molar a ex...

traerse, apoyando el borde de la hoja sobre la cresta del hueso mesial, girando el mango del instrumento con la intención de levantar el molar con este esfuerzo, que se traduce, lógicamente por la aplicación de este movimiento rotatorio de la hoja del instrumento, uno de cuyos bordes (el inferior) al desplazarse hacia arriba como producto del movimiento deslaza hacia arriba y hacia el lado distal la curva mesial del molar retenido sobre el cual está apoyado.

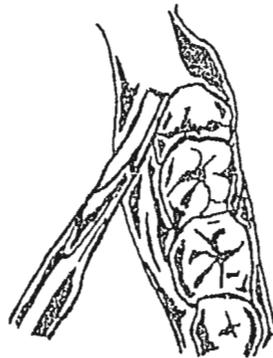
Terminación de la intervención: Una vez hecha la extracción se eliminan los restos del saco folicular, se alisan bordes, se lava con suero y se sutura- (observar las figuras siguientes).



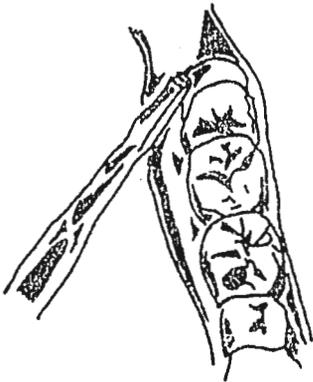
Extracción de un tercer molar inferior derecho retenido. Posición mesioangular sin desviación, cara metasal inaccesible. Trazado de la incisión.



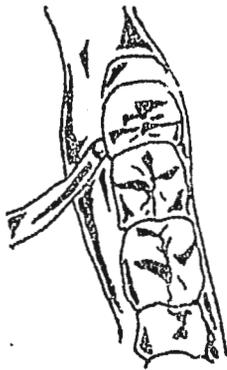
Desprendido ya el colgajo, y que se mantiene con un separador de Farabeuf, se hace visible el hueso, sobre el cual se realiza la osteotomía.



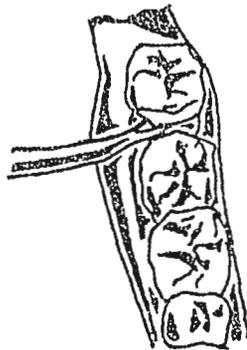
Por tratarse de un tercer molar retenido con su cara metasal accesible, sólo se hará la osteotomía del hueso distal en cantidad necesaria.



La osteotomía del hueso distal se prolonga hasta llegar a descubrir el tercio cervical de la raíz distal.

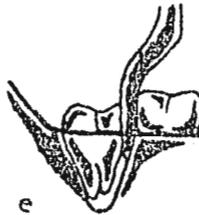
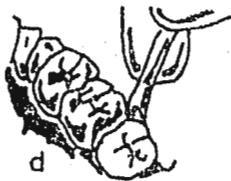
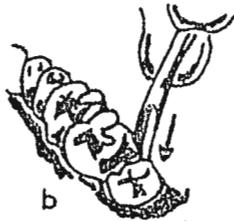
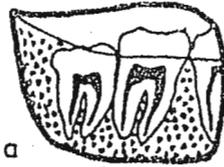


En los casos indicados en el texto, se procede a realizar la extracción con elevador N° 2 aplicando sobre la cara mesial. Girando el mango del instrumento, se desplaza el molar retenido hacia arriba y en sentido distal.



Ultimo tiempo de la extracción con elevador. Desde esta posición, el molar puede ser eliminado con un elevador N° 4 de aplicación bucal.

(a) Inclusion vertical en la cual la cara triturante se encuentra por debajo de la cara oclusal del 2º molar. Entre la cara distal de éste y la cara mesial del 3º no hay prácticamente espacio; (b) Introducción de la punta del botador en el ángulo mesiobucal del tercer molar; (c) Esquema de la figura anterior; (d) Penetración de la hoja del botador entre el hueso y el tercer molar. Al introducirse en forma de cuña, el tercer molar se eleva de su alvéolo; (e) Esquema de la figura anterior; (f) El tercer molar movilizado; (g) Esquema de la figura anterior.



B) TERCEROS MOLARES SUPERIORES.

Los terceros molares superiores quedan retenidos en una posición mucho menor que los inferiores, ya que en el maxilar el hueso es mucho más esponjoso y elástico que en la mandíbula y por lo mismo se extraen con menos dificultad quirúrgica que los inferiores.

En el maxilar las láminas óseas que rodean al diente por su cara mesial, vestibular y distal son mucho más delgadas y se reabsorben con facilidad por la presión que el diente ejerce durante su erupción, por lo que puede observarse que frecuentemente hay desviación de la corona hacia vestibular o hacia distal cuando no permanecen incluidos.

Entre las complicaciones que pueden presentarse es la penetración al seno maxilar.— El tercer molar en ciertos pacientes está muy cerca al seno y en algunos casos sus raíces llegan a hacer hernia en el piso sinusal.— La extracción en tales casos puede ocasionar una comunicación con el seno maxilar, o el molar puede ser proyectado a esta cavidad.

Estudio Radiografico:

Es muy importante la determinación de la posición que ocupan—

estos dientes.- Esto puede conseguirse con las películas intraorales, también pueden emplearse placas oclusales que proporcionan una buena orientación.

Con la película periapical nos daremos cuenta de la cercanía que tiene el tercer molar con el seno maxilar.

En el estudio de la radiografía del tercer molar superior retenido puede ser considerada una serie de puntos de interés:

a) Posición del tercer molar.- Cuando el tercer molar presenta su cara vestibular verticalmente dirigida, aunque el molar se encuentre en posición mesio o distoangular, su imagen radiográfica es aproximadamente normal.- En cambio en las desviaciones hacia bucal ó lingual, el molar aparece acortado en la radiografía y en ciertos casos su parte radicular por superposición de planos no es visible.

b) Posición del segundo molar.- El segundo molar puede estar desviado hacia distal, deben ser considerados además de la posición del molar, la posición y estado de la corona y la posición y forma de las raíces.

c) El hueso que cubre la cara triturante.- El estado, la cantidad y disposición del hueso que cubre la corona triturante

del tercer molar retenido deben ser estudiados en la radiografía.

La existencia y ausencia del saco pericoronario deben ser consideradas, todas estas condiciones del hueso indican la técnica a seguirse y el grado de osteotomía necesaria.

d) El tabique mesial.-- Su forma y dimensiones está da- do por la posición del molar.-- En la posición vertical estando en contacto el tercero y el segundo molar, este espacio es nulo ó mi- nimo.-- En la posición distoangular este espacio tiene forma trian- gular.-- En este espacio mesial (previa resección de hueso) deben- aplicarse los elevadores para extraer el molar retenido.

e) El hueso distal.-- También la cantidad de hueso en -- la región distal puede ser variable.-- En algunos casos la cara -- triturante del molar puede estar en contacto con la apófisis pteri- goides.

f) La corona del tercer molar: Tamaño, forma y estado- de la corona.-- La corona puede ser más pequeña ó más grande que -- lo normal.

La forma puede también apartarse de la normalidad.-- La coro- na en algunas ocasiones está disminuida en su resistencia por ca- -- rios de grado variable.

g) Las raíces del tercer molar.-- Generalmente están fusionadas en una masa única.-- Pueden presentarse separadas y dirigidas en distintas direcciones, pueden no estar aún calcificadas.

Para la extracción del tercer molar superior retenido es necesario practicar una incisión y realizar la osteotomía necesaria como para poder eliminar el molar dentro del hueso que lo aprisiona.

TERCER MOLAR SUPERIOR EN POSICION VERTICAL.

a) Incisión.-- Puede usarse la incisión de dos ramas, que llamaremos bucal y anteroposterior.-- La rama anteroposterior se traza próxima a la cara palatina del diente, paralela a la arcada y con un centímetro de longitud.-- La incisión bucal parte del extremo anterior de la primera incisión y se dirige hacia afuera rodea la tuberosidad del maxilar y asciende hasta las proximidades del surco vestibular donde termina.-- La incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso o corona del molar y en sentido anterior hasta el cuello del segundo molar.-- El colgajo se desprende con un periostótomo y se sostiene con un separador.

b) Osteotomía.-- El hueso que cubre la cara triturante se elimina con fresa quirúrgica igual que en el molar inferior retenido.

Via de acceso a la cara mesial.- La cara mesial sera la superficie sobre la cual se aplicará el elevador para extraer el molar retenido.

Si es accesible, no se requiere ninguna maniobra previa.- Si no lo es se necesitará eliminar el hueso del tabique mesial, que impide la entrada del instrumento.

c) Extracción.- Se penetra la punta del elevador en el espacio existente entre la cara mesial del tercero y la distal del segundo.- El molar debe ser dirigido hacia abajo y hacia afuera y atrás, por lo tanto debe desplazarse el mango del elevador hacia arriba, adentro y adelante con punto de apoyo en la cresta ósea.- Luxado el molar y si la fuerza aplicada no ha logrado extraerlo puede ser tomado con una pinza para extracciones y ser eliminado.

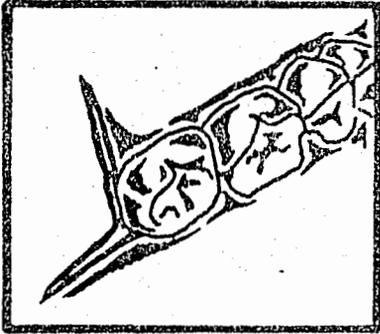
d) Sutura.- Extraído el molar, revisados los bordes óseos - en especial el tabique externo y posterior se aplica el colgajo en su sitio y se practican uno o dos puntos de sutura.

TERCER MOLAR SUPERIOR EN POSICION DISTOANGULAR.

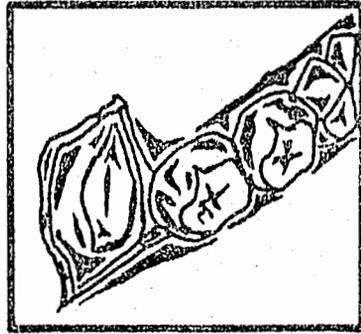
El corte anteroposterior de la incisión debe dirigirse más distalmente que en los casos anteriores, para evitar desgarrros de la encia.

Osteotomía.- Generalmente no hay hueso sobre la cara triturante ni hacia distal.- Sólo hay que preparar la vía de acceso - en el lado mesial.

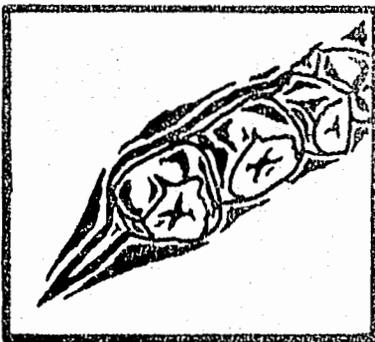
Empleo de los elevadores.- Se coloca el elevador sobre la cara mesial del tercer molar y éste se dirige hacia abajo y hacia - atrás.- Hay que tener especial cuidado en este tipo de retención- con la tuberosidad y la apófisis pterigoides.- Movimientos bruscos pueden fracturarla.



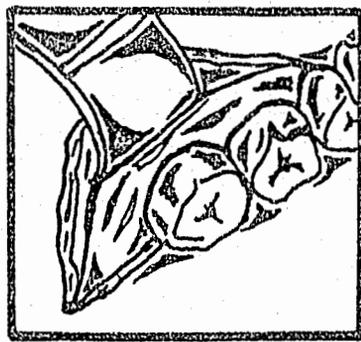
Extracción del tercer molar superior.
 Incisión angular.



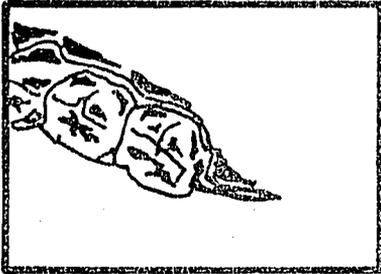
Separación del colgajo.



Incisión para la extracción del tercer molar superior, que permite un colgajo más amplio.



El colgajo rebatido y sostenido con un separador.



Tercer molar superior retenido, en posición distoangular.
Incisión.



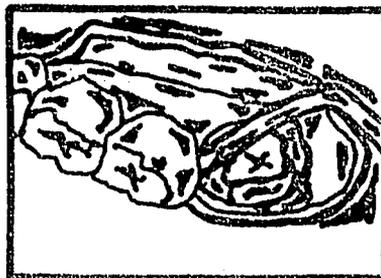
Desprendimiento del colgajo.



Aparecer del tercer molar.



Se introduce un elevador Clev-dent entre la cara mesial del tercer molar y el hueso. En algunas oportunidades, cuando el espacio entre el 2ºdo. y 3ºcer. molar es muy pequeño, el elevador, con su cara plana, mirando hacia el segundo molar.



El elevador izquierdo de Clev-dent opuesto al de la figura anterior, luxa el molar.



Adaptación del colgajo. Un punto de carga basta a nivel del alveolo del diente extraído.

c) CANINOS SUPERIORES INCLUIDOS

Por orden de frecuencia los caninos superiores ocupan el tercer lugar en dientes incluidos.- La extracción quirúrgica de un canino profundamente en posición horizontal en el paladar, y en estrecha relación con el seno maxilar, cavidad nasal ó ambas, es uno de los procedimientos quirúrgicos más difíciles de realizar en cavidad bucal; de hecho presentan mayores dificultades que los terceros molares inferiores incluidos.

Además de las causas generales de una inclusión, debemos considerar otros factores etiológicos causantes de la retención de los caninos superiores:

1.- La mucosa que cubre el tercio anterior del paladar esta sujeta a repetidos esfuerzos y presiones durante la masticación por lo cual se vuelve gruesa y resistente, está adherida más firmemente a la estructura ósea que ningún otro tejido blando de la cavidad bucal.

2.- La erupción de los dientes depende en cierta forma del desarrollo apical ésta ayuda en la erupción de los caninos está disminuida por que su raíz se encuentra normalmente más formada en el momento de su erupción que la de cualquier otro diente permanente.

3.- La distancia que tiene que recorrer el canino para llegar a la completa oclusión es mayor, y se considera que cuando más grande es la distancia para recorrer mayores son las posibilidades de que se desvie su curso normal y se produzca la retención

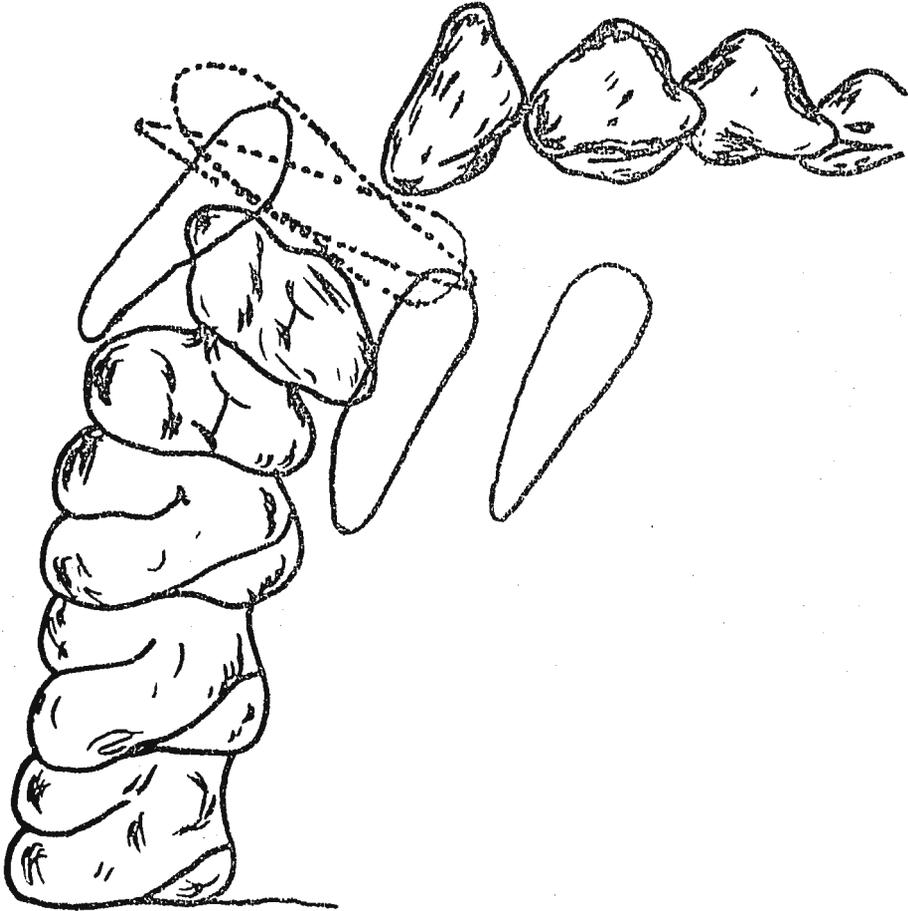
4.- El canino está presedido por un canino primario cuyo diámetro mesio-distal es menor.

Clasificación de los caninos superiores:

La retención de los caninos superiores puede presentarse de dos maneras de acuerdo con el grado de penetración del diente en el tejido óseo; retención intraósea cuando la pieza esta por entero cubierta de hueso, y retención subgingival cuando parte de la corona emerge del tejido óseo, pero está cubierta por la fibromucosa.

Los caninos pueden ser clasificados de acuerdo a:

- 1.- El número de dientes retenidos.
- 2.- La posición que estos dientes presentan en el maxilar.
- 3.- La presencia ó la ausencia de dientes en la arcada.



Tomando en cuenta los puntos anteriores se puede ordenar una clasificación que corresponda a todos los casos de estas retenciones:

Clase I : Caninos retenidos localizados en el paladar.

- a) Horizontal
- b) Vertical
- c) Semivertical

Clase II : Caninos retenidos localizados en superficie vestibular del maxilar.

- a) Horizontal
- b) Vertical
- c) Semivertical

Clase III : Caninos retenidos localizados a la vez en palatino y vestibular.- Corona en paladar y la raíz colocada entre las raíces de los dientes colindantes en sentido bucal y tomando generalmente una incidencia oblicua.

Clase IV : Caninos retenidos localizados en la apófisis alveolar entre el incisivo y el primer premolar posición vertical.

Clase V : Caninos localizados en maxilar superior desdentado.

Clase VI : Dientes retenidos bilateralmente.

- a) Palatinamente.
- b) Vestibularmente.
- c) Mixto.

Estudio Radiográfico.

Cuando existe una sospecha ó cuando esta comprobada la presencia de un canino incluido es importante que la posición sea cuidadosamente determinada antes de la operación por lo que se considera importante realizar un exámen radiográfico completo.- Para enfrentarnos al problema quirúrgico no es suficiente una radiografía intraoral ya que ésta solo nos informará de la existencia del diente, por lo que debe de ir acompañada para un diagnóstico mejor de una radiografía oclusal.

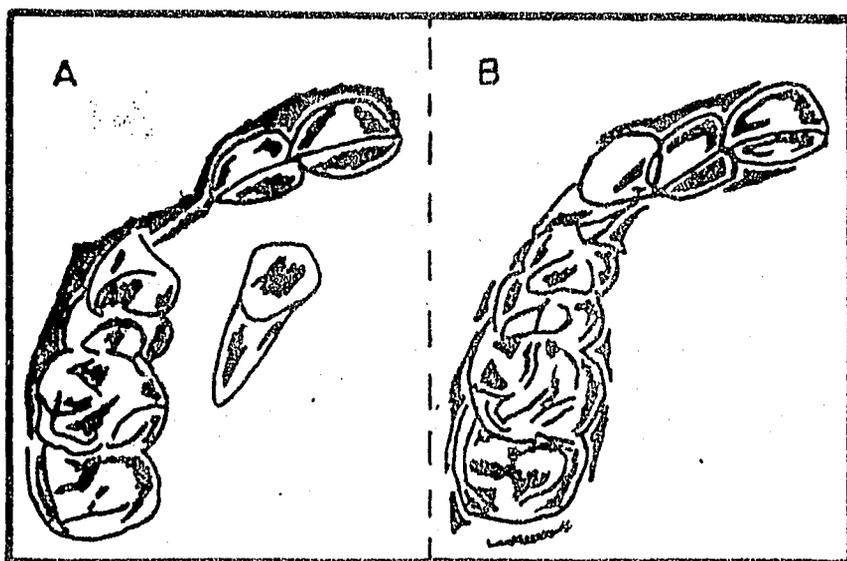
La radiografía nos dará la oportunidad de verificar con absoluta precisión la clase a que pertenece el canino retenido (posición vestibular ó palatina) distancia de los dientes vecinos, número de caninos retenidos para imponer el tipo de operación necesaria (via de acceso, incisión, etc.) evitando así el fracaso de la intervención.

Verificación de la relación vestibulo-palatina. Es natural que lo primero que se necesita conocer es la posición vestibular ó palatina del diente retenido para elegir la vía de acceso.- A pesar de que aproximadamente un 85% de los caninos retenidos son palatinos y que en muchas ocasiones el relieve que producen en la bóveda los identifica hay que tener la absoluta seguridad de su posición.

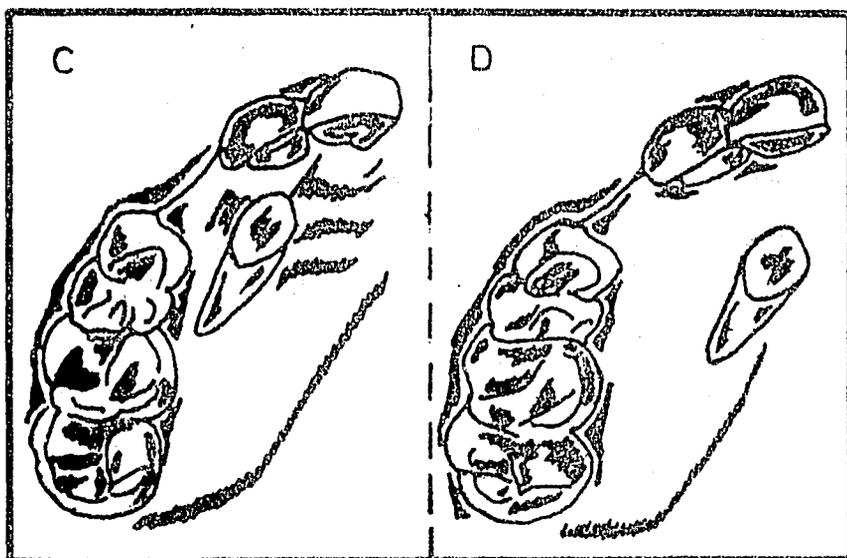
El método más preciso para ubicar con exactitud aproximada la relación vestibulo-palatina es el empleo de la radiografía oclusal con el rayo central paralelo al eje de los incisivos, la técnica para obtener esta placa es la siguiente: paciente sentado, con su espalda dirigida verticalmente, el plano de la arcada dentaria superior debe ser horizontal; por lo que, la película oclusal después de sostenida entre ambos maxilares en oclusión debe estar también horizontal.- En esta posición, para que el rayo central sea paralelo al eje mayor de los incisivos el cono del aparato radiográfico deberá colocarse sobre la cabeza del paciente, aproximadamente a la altura del punto de unión del hueso frontal con los parietales, o dicho de otro modo en una línea de prolongación del eje de los incisivos centrales.

Con esta radiografía oclusal los incisivos centrales han de aparecer radiografiados de tal modo que solo sea perceptible el

corte elíptico de la raíz de cada diente.- El diente retenido aparece por delante ó por detrás (vestibular ó palatino) de la proyección radiográfica de los dientes anteriores.



Esquemas de los distintos tipos de retenciones que pueden presentar los caminos superiores.
 (A) El canino está en retención palatina.
 (B) El canino está en retención vestibular.



Esquema de los tipos de los caninos superiores en relación con la con la arcada dentaria.
 (C) El canino en la proximidad de la arcada.
 (D) Lejos de la arcada.

Caninos Incluidos en Bóveda Palatina:

Posiblemente estas retenciones son unas de las que ofrecen mayor dificultad y las que llovan mayor tiempo para su extracción.

Anestesia .- Local infiltrativa de la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y del agujero palatino posterior del lado a operarse.

Incisión .- Se hará un festoneado palatino ó sea festoneando los dientes.- La incisión se iniciará a la altura del espacio interdentario entre el primer premolar y el segundo premolar y se prolongará hasta el espacio interdentario de los incisivos centrales.

Desprendimiento de colgajo.- Practicada la incisión se desprende el colgajo, el instrumento se coloca entre la arcada dentaria y la encía y por pequeños movimientos sin herir ni desgarrar la encía se desprende la fibromucosa hasta dejar al descubierto el hueso del paladar.- Este colgajo debe estar inmóvil durante la operación.

Osteotomía .- La osteotomía se realiza con una fresa quirúrgica e irrigación con suero ó agua bidestilada.- Es importante especificar la cantidad de hueso a eliminarse.

En la osteotomía debe descubrirse toda la corona y por lo menos una tercera parte de la raíz.

Extracción propiamente dicha .- Como se dijo anteriormente, la corona debe estar totalmente expuesta y por lo tanto puede ser extraído con un elevador recto ó de bandera.- Con movimientos de rotación se introduce el instrumento con lo cual se consigue luxar al diente.- La extracción en tales casos se termina tomando el diente a nivel de su cuello (cuando es accesible) con una pinza de premolares superiores ejerciendo suaves movimientos de rotación y tracción del eje del diente.

Cuando se dificulta la extracción del canino se aplica la odontosección, para realizarla debe haber perfecta visión y fácil acceso; el diente debe estar cortado a nivel de su cuello se realiza el corte con una fresa de fisura y dirigida perpendicularmente al eje mayor del diente.- Seccionado el diente se introduce un elevador recto en el espacio creado por la fresa y se imprime al instrumento un movimiento rotatorio con el cual se logrará un cierto grado de movilidad separando la corona de la raíz, para extraer la corona se empuja en dirección del ápice aprovechando el espacio creado por la fresa, eliminada la corona hay un amplio espacio creado para dirigir la raíz hacia la cavidad ósea vecina.

Figura 1.- Extracción de un canino superior derecho retenido en el lado palatino.

- A, incisión
- B, desprendimiento del colgajo
- C, osteotomía realizada con escoplo
- D, el colgajo se sostiene con un hilo a un molar (después de realizada la osteotomía aparece la corona del canino)
- E y E', sección del diente a nivel de su cuello usando un escoplo
- F, sutura del colgajo palatino.

Figura 2.- Extracción de caninos bilaterales.

- A, incisión
- B, desprendimiento del colgajo
- C, el colgajo se mantiene fijado con un hilo a un molar vecino
- D, Osteotomía, que se realiza: a y a', con escoplo recto; b con fresa redonda; b' levantamiento de la tapa ósea con un escoplo
- E, sección a fresa de los caninos; a, extracción de la corona con un elevador; b, con fresa se practica un orificio en el diente, donde se introducen los elevadores finos, que dirigen la raíz hacia adelante, c; d, se regularizan bordes óseos con fresa redonda. f, colocación del colgajo en su sitio se realiza la sutura.

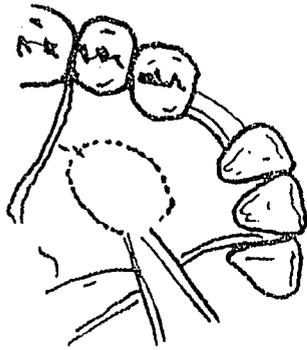
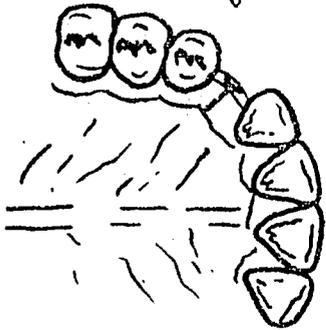
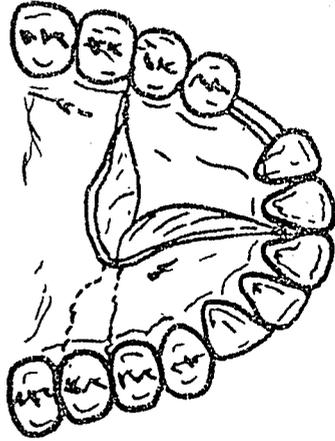
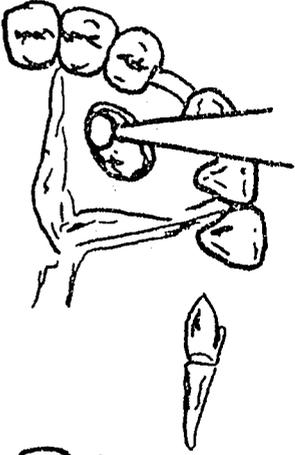
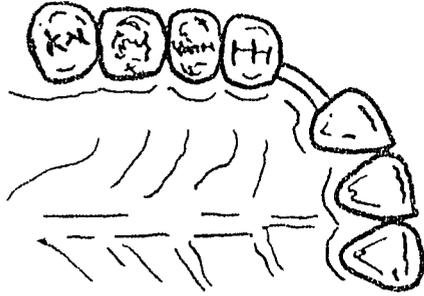
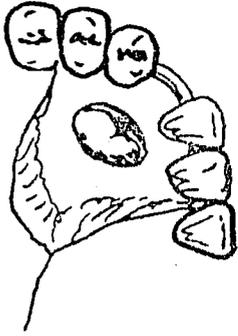


Fig 1.

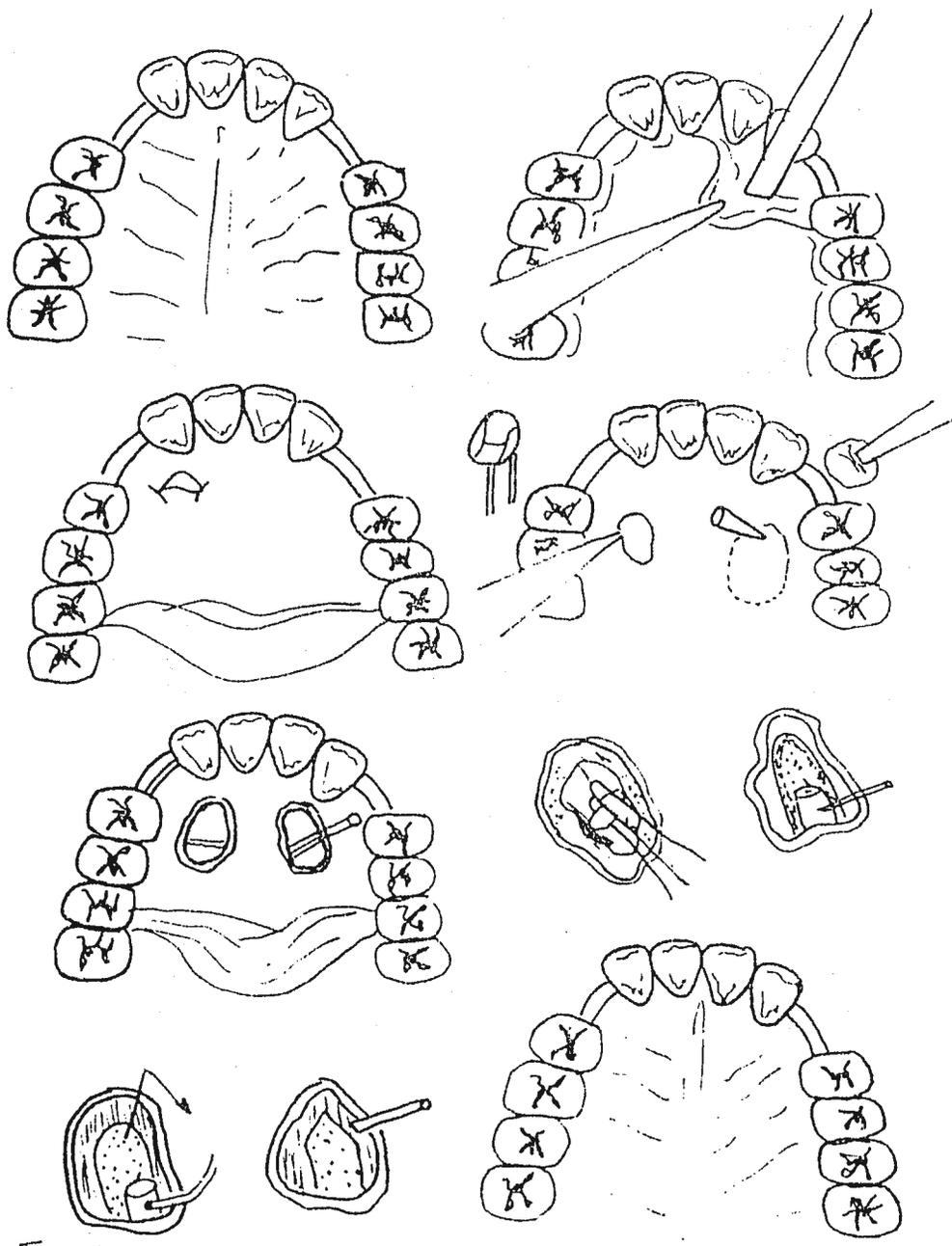


Fig 2.

Tratamiento de la cavidad ósea.- Una vez extraído el canino se inspecciona la cavidad ósea y se extraen las esquirlas de hueso ó de diente que pueden quedar y eliminar el saco pericoronario del diente retenido (se realiza con una cucharilla) , se lava con suero.

El colgajo se vuelve a su sitio, adaptandolo perfectamente de manera que las papilas interdentarias ocupen su ubicación normal.

Caninos Incluidos en zona Vestibular:

Los caninos incluidos en zona vestibular ofrecen menos contratiempos que los incluidos en paladar.

Anestesia.- Local infiltrativa, desde el primer molar hasta el canino del lado contrario.

Incisión.- Se hace la incisión hasta el borde libre (Neuman)

Desprendimiento de colgajo.- Sigue las mismas normas trazadas para los otros tipos de colgajo.

Osteotomía.- Se realiza con fresa quirúrgica, no es tan dura como la de la bóveda palatina y se realiza más fácilmente.

Extracción propiamente dicha.-- Una vez descubierta la corona se introduce en su cara palatina el botador recto y con movimientos giratorios de arriba abajo el diente se luxa y aún puede ser que -- salga del alveolo, si no sucediera así se toma el diente con un -- forceps por sus caras mesial y distal de la corona.

Tratamiento de la cavidad ósea.-- Se elimina el hueso que sobresalga con exceso y los bordes óseos, hecho esto se lava con suero.

Sutura.-- Dos ó tres puntos de sutura después de repuesto el colgajo en su sitio.

Figura 3.-- Canino superior retenido con la corona en el paladar y la raíz sobre la superficie vestibular

A, colgajo vestibular

B, Desprendimiento del colgajo, osteotomía y exposición de la raíz.

C, Odontosección.

D, E, se eleva la raíz de su lecho.

F, colgajo palatino.

G, desprendimiento del colgajo, osteotomía y exposición de la corona.

H, I, se retira la corona de su sitio.

J, K, se vuelven los colgajos a su lugar y se sutura.

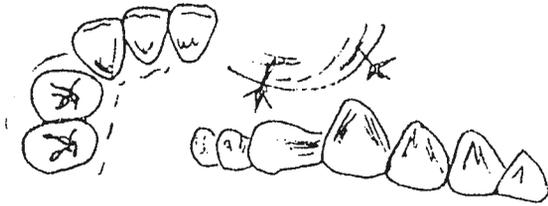
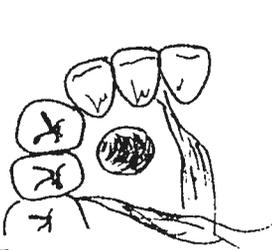
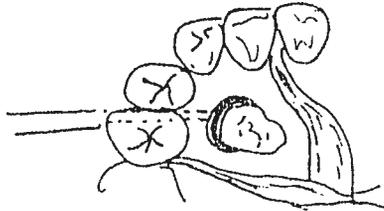
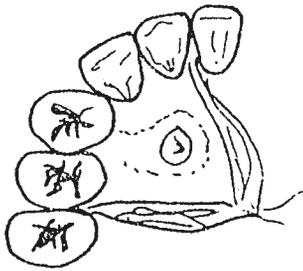
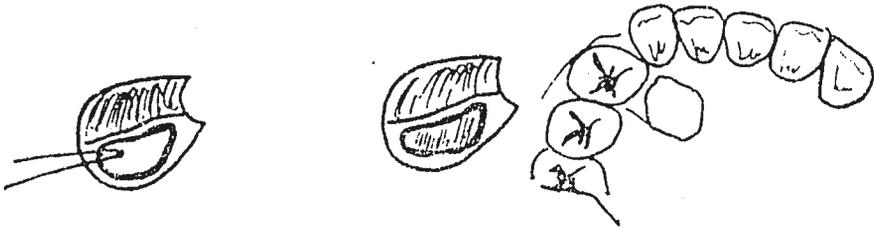
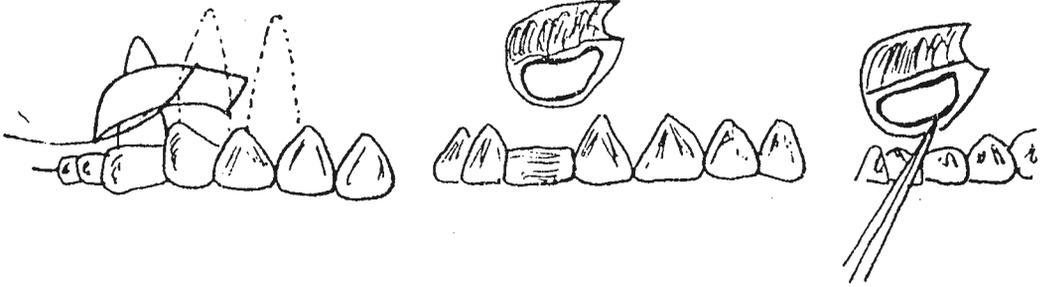


Fig 3.

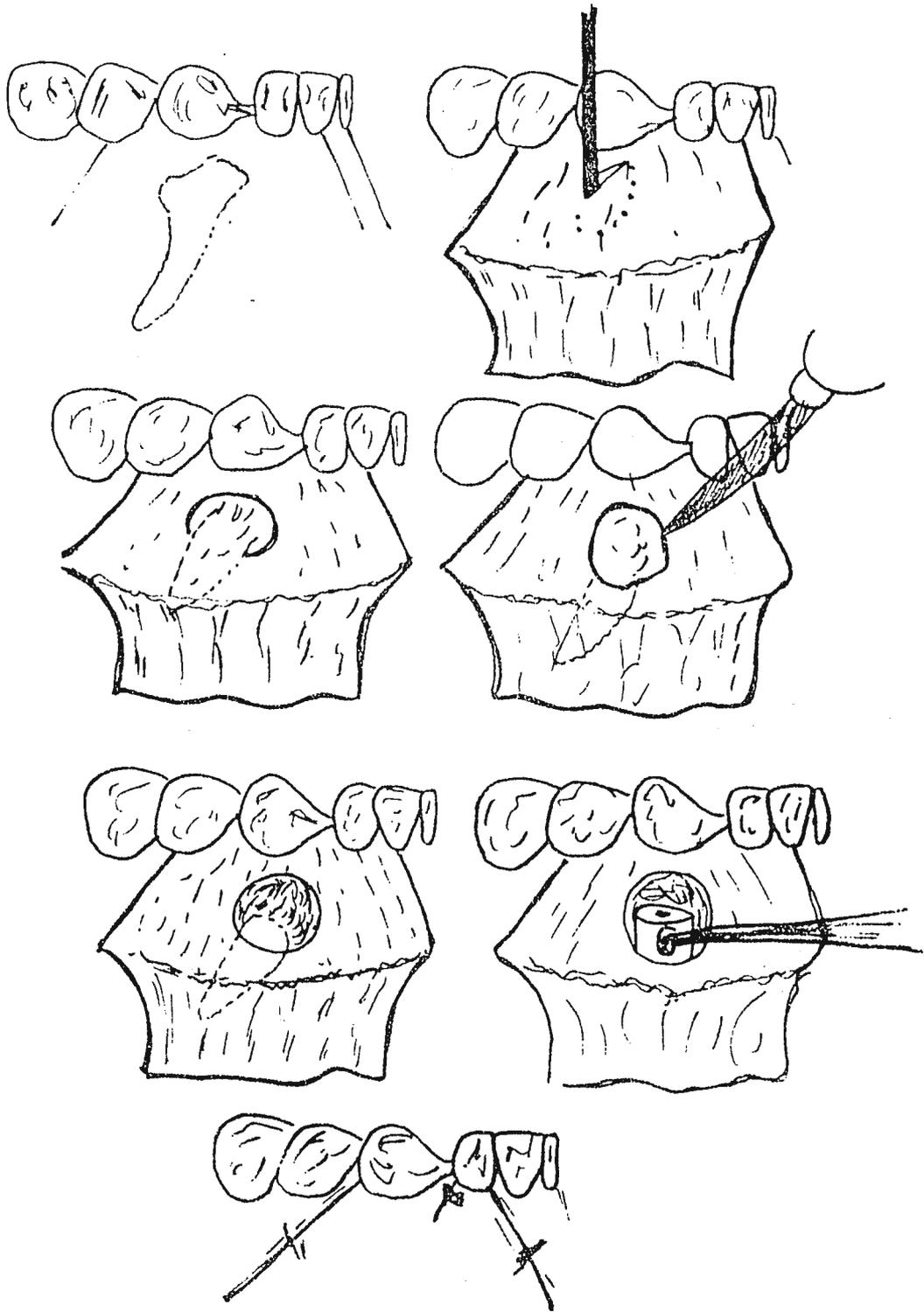


Fig 4.

D) CANINOS INFERIORES RETENIDOS

Existen en un número menor que los superiores.- En muchos casos encontramos estas inclusiones relacionadas con los quistes dentigeros.- Los caninos inferiores incluidos toman generalmente una posición horizontal ultra apical con respecto a los bicúspides y - algunas veces la posición vertical cerca de la superficie vestibular.

Exámen radiográfico:

Para determinar con toda precisión la posición bucal ó lingual que puede tener el diente retenido se toman radiografías periapicales y oclusales con el rayo central dirigido paralelamente al eje de los dientes vecinos.

Caninos Inferiores Vestibulares:

Anestesia.- Con anestesia regional completando con la mentoniana y en la línea media con infiltración periférica.

Incisión.- La incisión en arco, sin llegar al borde gingival provee un colgajo suficiente.- Puede prepararse un colgajo a expensas del borde libre, trazando una incisión vertical y despreñ

diendo la encía de los cuellos dentarios.- De esta manera correnmenor riesgo de ser traumatizadas durante las maniobras quirúrgicas, las franjas gingivales entre el borde libre y la incisión.

Desprendimiento de colgajo.- Con una legra fina se descien- de el colgajo mucoperióstico que se sostiene con un separador.

Osteotomía.- Se realiza con la picza de mano, fresa qui- rúrgica y su debida irrigación.

Extracción propiamente dicha.- Para facilitar el problema - quirúrgico la odontosección se impone.- La odontosección puede - realizarse con fresa, las porciones seccionadas se extraeran por- separado, con elevadores rectos ó angulares, según la posición y- facilidad de acceso.

Sutura.- Se puede realizar la sutura con seda, hilo, catgut ó nylon.

Caninos inferiores linguales:

Esta posición es relativamente rara.- La intervención puede realizarse por via vestibular, cuando exista espacio entre los - dientes vecinos.

La extracción por el lado lingual es muy laboriosa, por las dificultades de acceso inherentes a la ubicación del diente reteni- do y la mala iluminación y visibilidad a este nivel.

Figura 4.- Extracción de un canino inferior retenido en posición vertical.

- A, Delineamiento del colgajo.
- B, Osteotomía en la cortical vestibular rodeando la corona.
- C, Una vez expuesta la corona, se realiza la odontosección con fresa de fisura.
- D, Extracción de la corona con un elevador.
- E, con una fresa redonda se realiza un orificio en el tercio cervical de la raíz.
- F, Se introduce un elevador fino en el orificio de la raíz y se extrae de su lecho óseo.
- G, Después de la limpieza de la cavidad, se coloca el colgajo en su sitio y se sutura.

E) PREMOLARES INFERIORES.

Las coronas de los premolares suelen quedar cercanas a la placa cortical lingual y pueden perforar a veces la placa, pero no la mucosa que está encima.- En muchas ocasiones el premolar inferior puede hacer erupción y quedar en mala posición lingualmente.- Las radiografías periapicales dentales tomadas en diferentes ángulos incluyendo una placa oclusal ayudaran a establecer la posición exacta de la corona y la raíz del premolar incluido.

El acceso lingual es el más comúnmente empleado para la extracción de este diente.- La adecuada exposición la da una incisión en el borde gingival junto con reflexión de colgajo en forma de sobre en la superficie lingual.- El colgajo debe extenderse hasta el área molar.- El mucoperiostico se desprende fácilmente del hueso lingual.- Es importante hacer la incisión en el borde gingival por que se facilita la reposición del colgajo.

Se extirpa cuidadosamente el hueso que cubre el diente para exponer la corona, sin incluir las raíces del diente adyacente.

A veces la simple exposición de la corona y la perforación de un agujero en ella es todo lo que se necesita para tener un punto de tracción para un elevador que permita sacar el diente de su posición.- Si es necesario extirpar una porción de la corona para obtener una vía de salida, la sección debe planearse cuidadosamente para que el segmento de diente que queda sea visible y el fragmento sea suficientemente grande para colocar puntos de tracción ó para asirlo con pinzas de extracción.

F) PREMOLARES SUPERIORES.

Estos son raros, la localización de un premolar superior incluido es muy difícil.- Muchos están contenidos en el reborde alveolar, por lo tanto siempre se tomará una radiografía oclusal para ayudar en la localización.

La técnica depende de la localización, la formación del diente, su relación con los dientes adyacentes, el seno maxilar, la cavidad nasal, y si están comprendidos en un quiste.

Si el premolar se localiza por vestibular ó está en el proceso alveolar a mitad de camino entre las superficies vestibular y lingual, un amplio colgajo vestibular es elevado y el tejido óseo que lo cubre es eliminado con fresa quirúrgica y escoplos, para exponer la corona.

El diente puede haber sido seccionado para facilitar su remoción.- Si el premolar está hacia palatino del maxilar, se eleva un amplio colgajo palatino, desde el margen gingival del incisivo lateral y hacia distal alrededor de los cuellos de todos los dientes posteriores sobre este lado hasta llegar al ángulo mesiolingual del segundo molar.- Si se levanta ahora todo el espesor del tejido mucoperióstico esto crea lo que se llama un "colgajo a manera de sobre", el que da una inadecuada exposición al campo operatorio, de modo que se hace una incisión desde lingual del incisivo lateral hasta la línea media del paladar.- Esto permite que

el colgajo palatino levantado reduzca el trabajo al mínimo.

Cuando se libera todo el espesor incluyendo, desde luego el periostio elevamos un colgajo que contiene la arteria, vena y nervio palatino anterior.- Ello evita traumatizar este paquete vascular nervioso y el peligro de una hemorragia muy difícil de controlar.

Una vez que el campo operatorio se expone de manera adecuada, se emplea para exponer y extraer los premolares la misma técnica - que para la extirpación de caninos retenidos por palatino.

G) INCISIVOS SUPERIORES

La extracción de estos dientes está determinada por el diagnóstico correcto y por la determinación exacta del sitio de la inclusión.- Esta extracción se efectúa empleando una de las técnicas de fenestración, similar a la de los caninos superiores.- Algunas veces la inclusión de estos dientes puede ser determinada por la palpación pero siempre es necesaria la radiografía, en donde las oclusales son de gran valor.

La posición de la corona es la que va a determinar si la incisión ha de hacerse en la cara vestibular ó en la palatina.

Cuando el diente se observa en la cara vestibular por ahí se ha de hacer la extracción, por lo contrario, si el diente está - haciendo su erupción hacia el lado palatino, se hará por esa cara.

Si el diente está situado hacia la cara vestibular se hace una incisión en media luna, en si la técnica en el tipo de incisión es similar a la de los caninos superiores.- Al descubrir - la corona se corta la porción de tejido óseo necesaria para hacer la visible, se realiza la osteotomía y la luxación del diente con los botadores de bandera ó recto.

CAPITULO V

MEDIDAS POSTOPERATORIAS

Una operación realizada en la cavidad bucal requiere una serie de cuidados postoperatorios. Parte de éstos debe realizarlos el paciente, otros los efectúa el profesional. La colaboración entre el Odontólogo y el enfermo llevarán a buen éxito la intervención.

Por esta razón, no es prudente que el paciente salga de viaje inmediatamente después de la intervención, ó que esta se realice no estando él mismo seguro de poder seguir siendo visto por el Odontólogo.

No debe darseles de alta hasta que la herida este completamente cicatrizada. Se citará al paciente al día siguiente.

Se le darán instrucciones precisas respecto al cuidado que ha de tener en su domicilio; tratamiento postoperatorio, enjuagatorios, alimentación, tratamiento médico (antibióticos, quimioterápicos, córticoides).

Estas instrucciones son:

- Guardar reposo por algunas horas, con la cabeza en alto.
- Colocarse una bolsa con hielo sobre la región operada du-

rante quince minutos alternados con quince minutos de descenso durante varias horas.

- No realizar ninguna clase de enjuagatorios, salvo indicación expresa por el término de tres horas.- Si se hubiera dejado en la boca alguna gasa protectora, retirarla al cabo de una hora.

- Después de transcurridas las tres horas, realizar enjuagatorios tibios, con una solución de agua y sal, repitiéndose cada dos horas.

- Si se tuviera una hemorragia mayor que lo normal, el paciente puede realizar un taponamiento de urgencia, colocando sobre la herida un trozo apreciable de gasa esterilizada mordiéndola.- Cuando esté muy mojada la cambiará por otra, hasta que cese la hemorragia, si después de una hora esta persiste, se recurrirá al Cirujano Dentista para que intervenga.

- En caso de dolor, tomar una tableta del analgésico indicado cada cuatro ó seis horas.

- La alimentación deberá ser líquida y semisólida, si no puede tomar los alimentos líquidos directamente se le recomienda el uso de popotes.- Evitará comer alimentos grasosos e irritantes así como las bebidas alcohólicas durante las 48 horas posteriores a la operación.

En las primeras visitas que nos haga, se irrigará suavemente la herida con suero fisiológico tibio.-- La eliminación de los puntos de sutura se harán al cuarto ó quinto día.

Los fármacos deberán administrarse debidamente y con la posología adecuada para un mejor rendimiento y así lograr un éxito.

Estos pueden ser: relajantes musculares, antiinflamatorios, vitaminas, analgésicos, antihemorrágicos y antibióticos.

No debe olvidarse que el dolor postoperatorio reconoce por causa el trauma que acompaña a la intervención y que el agente anestésico no presenta ningún papel, si se exceptúa que al desaparecer gradualmente los efectos analgésicos, se presenta la verdadera situación-dolor debido a la intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES

Nos damos cuenta de la importancia que tiene una pieza incluida, para la conservación de la salud bucal y el curso que puede seguir.- Ya que estos dientes pueden desarrollar alguna infección, problemas de oclusión, apiñamiento dental, y por lo tanto de enfermedad.

De ahí la importancia que tiene el observar la falta de algunas piezas dentarias pasado su periodo de erupción y debemos localizarla radiográficamente, (donde las radiografías serán tan variadas y repetidas como sean necesarias) para hacer una buena valoración tanto subjetiva como objetivamente, así como un plan de tratamiento adecuado.

Generalmente cuando se diagnostican dientes retenidos el tratamiento más indicado es la extracción, aunque en algunos casos se trabaja de acuerdo con el Ortodoncista en la conservación de algunos dientes, en dicho tratamiento es necesario emplear una adecuada técnica quirúrgica, pues así se reduce las complicaciones postoperatorias.

Tenemos entonces que un diente incluido puede ó no ser un factor importante para la preservación de la salud bucal.

Por lo que cada día es aconsejable el estudio, preparación y actualización del Cirujano Dentista dentro de la Cirugía Bucal.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Archer W. Harry
Cirugía Bucal. Atlas paso por paso de Técnicas Quirúrgicas. Reimpresión de la 2a. ed. castellana. Editorial Mundi. Buenos Aires 1978.
- 2.- Bjorn Jergensen, Niels.
Anestesia Odontológica
México, Interamericana 1970.
- 3.- Clark. Henry B.
Practica de la Cirugía Oral. Tr. por Basilio --
Arienza. Buenos Aires Argentina 1957.
- 4.- Dun Martin J.
Farmacología, analgesia y Cirugía bucal en la-
Practica Dental. México, El manual moderno 1980.
- 5.- Costich Emmett R.
Cirugía Bucal, 1er ed. en español
Editorial Interamericana 1974
- 6.- Guralnick, Walter C.
Tratado de Cirugia Oral
Barcelona Salvat 1971.
- 7.- Hutchinson, A.C.W.
Diagnóstico Radiológico Dental y Bucal
Tr. por Samuel Leyt.
Editorial Mundi. Buenos Aires 1954

- 8.- Manual Ilustrado de Odontología
ASTMA.
- 9.- Mead Sterling.
Cirugía Bucal. Vers. española por Oscar G. Carrera
México Unida Tipográfica 1937.
- 10.- Miranda Francisco.
Problemas de las piezas dentarias retenidas en
Cirugía Estomatológica. Rev. de la Academia -
Nacional de Estomatología Vol. XIII No. 1
(México D.F. 1970) pp.16-19.
- 11.- Ries Conteno Guillermo A.
Cirugía Bucal patología Clínica y terapéutica 5a ed.
Editorial Ateneo Buenos Aires 1957.
- 12.- Ries Conteno Guillermo
Cirugía Bucal "El tercer Molar inferior retenido"
Editorial "El Ateneo". Buenos Aires 1970.
- 13.- Sanchez Torres, Javier y Zfax Victor
"Importancia de la radiografía lateral de proceso
alveolar en piezas anteriores". Rev. A.D.M. Vol. XXVI
No. 4 (julio-agosto 1969) pp.341-345.
- 14.- Winter, Leo
Tratado de Exodoncia Tr. de Vi. y Torrest.
Barcelona Pubul S.A.