



304
2 Gen.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales
" I Z T A C A L A "

TECNICAS EXODONTICAS POR ODONTECTOMIA

T E S I S

Que para obtener el Título de:

Cirujano Dentista

P r e s e n t a :

José Francisco Ortega Alvarez



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

INTRODUCCION

CAPITULO PRIMERO

DEFINICIONES

	PAG
a).- Razones embriológicas y obstáculos mecánicos	2
b).- Accidentes originados por órganos dentarios retenidos	4
c).- Causas locales y causas sistémicas de retención	5
d).- Complicaciones provocadas por la falta de retención	6
e).- Etiología y factores causantes de retención	9
f).- Factores etiológicos causantes de retención de caninos	11
g).- Diagnóstico de órganos dentarios retenidos	12
h).- Técnicas radiográficas	14

CAPITULO SEGUNDO

CLASIFICACIONES

a).- Caninos inferiores	18
b).- Caninos superiores	19
c).- Molares inferiores	21
d).- Clasificación de Pell y Gregory	23
e).- Molares superiores	25
f).- Estudio radiográfico del tercer molar superior	26

CAPITULO TERCERO

GENERALIDADES DE TECNICAS QUIRURGICAS DE CANINOS RETENIDOS

a).- Clasificación y técnica radiográfica de caninos superiores	29
b).- Técnica de extracción de caninos por palatino	31
c).- Otras técnicas de los mismos	35

	PAG.
d).- Técnica para la extracción de caninos clase III	41
e).- Técnica para la extracción de caninos inferiores	42
f).- Técnica para la extracción de caninos superiores	44
g).- Técnica para la extracción de premolares inferiores	49
h).- Técnica para la extracción de premolares superiores	50

CAPITULO CUARTO

TECNICA QUIRURGICA CON COLGAJO

a).- Indicaciones para un colgajo	52
b).- Técnica quirúrgica del colgajo	54
c).- Indicaciones para la realización de colgajos	56
d).- Tipos de colgajos	56
e).- Requisitos para un colgajo	57

CAPITULO QUINTO

GENERALIDADES DE TECNICAS QUIRURGICAS DE - TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

a).- Síntomas y complicaciones	58
b).- Técnica para la extracción de terceros molares inferiores	59
c).- Técnica de G. Maurel dividida en 4 tiempos	67
d).- Técnica de Winter	68
e).- Técnica por osteotomía	70
f).- Odontectomia profiláctica	70

CAPITULO SEXTO

TECNICA QUIRURGICA POR ODONTOSECCION

a).- Técnica de molares inferiores	73
b).- Técnica de molares superiores	77
c).- Técnica de extracción por odontosección	82
d).- Técnica quirúrgica de órganos dentarios y apices radiculares	85

CAPITULO SEPTIMO

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO GENERALIZADO

	PAG
a).- Tratamiento post-operatorio inmediato	90
b).- Tratamiento post-operatorio mediato	91
c).- Cuidados generales y indicaciones al paciente	92

CONCLUSIONES.-

BIBLIOGRAFIA.-

I N T R O D U C C I O N

El tratamiento para la extracción de órganos dentarios retenidos por medio de odontosección, a sido con el tiempo objeto de interés, tanto para los autores que utilizan técnicas diferentes como para el odontólogo de la -- práctica general.

Este tipo de tratamiento como cualquier otro es de suma importancia ya que se deben valorar cada caso y poder resolverlo mediante el empleo de cualquier técnica -- quirúrgica.

En la presente tesis se abordará el tema de extracción de órganos dentarios por medio de odontosección, desde un punto de vista tanto clínico como práctico, y tratando todos los puntos posibles a seguir:

Factores etiológicos de retención dentaria, -- diagnóstico de los diferentes tipos de retención, clasifica -- ciones, técnicas quirúrgicas específicas y un tratamiento -- post-operatorio adecuado según el caso.

Uno de los objetivos principales de la ex -- tracción por medio de odontosección es la de no traumatizar demasiado la región en la cual está retenido el órgano dentario, para lo cual se empleará una técnica quirúrgica adecuada para lograr el éxito en las operaciones y también la -- de no practicar maniobras bruscas que en un momento determi -- nado nos induzcan al fracaso.

En el desarrollo del presente trabajo se tra -- ta de una recopilación de datos que en un momento determina -- do nos pueden servir como guía en nuestra práctica diaria.

Se denomina órgano dentario retenido (incluidos, impactados) a aquellos que una vez llegada la etapa normal de su erupción quedan atrapados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

El término órgano dentario retenido se usa más bien imprecisamente para incluir los órganos dentarios-retenidos en el verdadero sentido de la palabra o sea órganos dentarios cuya erupción normal es impedida por órganos-dentarios adyacentes, órganos dentarios en malposición, hacia lingual o vestibular con respecto al arco normal o en infraoclusión, y órganos dentarios que no han erupcionado después de su tiempo de erupción, también un órgano dentario retenido puede estar en malposición y no haber erupcionado, o haberlo hecho parcialmente; un órgano dentario en malposición puede estar erupcionado por completo o en parte y no haber erupcionado y estar retenido o no; un órgano dentario no erupcionado puede estar en malposición retenido o en posición normal para la erupción.

La retención dentaria puede presentarse en dos formas:

1.- El órgano dentario está completamente rodeado por tejido óseo (retención intraósea).

2.- El órgano dentario está cubierto por mucosa gingival (retención subgingival).

El problema de la retención dentaria es ante todo de tipo mecánico, el órgano dentario que está destinado a realizar su normal erupción y a aparecer en la arcada-dentaria como sus similares, encuentra en su camino un obs-

táculo que impide la realización del trabajo normal que le esta destinado.

Las razones por las cuales el diente no hace erupción se clasifican en:

RAZONES EMBRIOLOGICAS.- La ubicación especial de un gérmen dentario en sitio muy alejado de su normal erupción, por razones mecánicas esta imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar.

El gérmen dentario puede hallarse en su sitio, pero en una angulación tal que al calcificarse el órgano dentario y empezar el trabajo de erupción, la corona hace contacto con el órgano dentario vecino retenido o erupcionado; este contacto constituye una verdadera fijación del diente en erupción en posición inadecuada. Sus raíces se forman pero no desarrollan y su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un eje que le permita erupcionar normalmente.

Algunos autores indican que los factores etiológicos de las retenciones son de carácter embriológico y sostienen que la retención se produce por trastornos de las relaciones afines que normalmente existen entre el folículo dentario y la cresta alveolar, durante las diversas fases de su evolución.

OBSTACULOS

MECANICOS

1.- Falta de espacio: se consideran varias posibilidades; el gérmen del tercer molar inferior debe desarrollarse entre una pared inextensible (cara distal del segundo molar) y la rama ascendente de la mandíbula; el canino superior tiene su gérmen situado en lo más elevado de la zona canina, completada la calcificación del diente, y en maxilares de dimensiones reducidas no tiene lugar para ir a ocupar su sitio normal en la arcada. Se lo impiden el incisivo lateral y el premolar que ya están erupcionados.

2.- Hueso de condensación tal que no puede ser vencido en el trabajo de erupción.

3.- El impedimento que se opone a la normal erupción puede ser un órgano dentario, dientes vecinos que por extracción prematura del órgano dentario temporal han acercado sus coronas constituyendo un obstáculo mecánico a la erupción del permanente.

4.- Elementos patológicos; como órganos dentarios supernumerarios y tumores odontogénicos.

ACCIDENTES ORIGINADOS POR ORGANOS DENTARIOS RETENIDOS

ACCIDENTES MECANICOS.- Los órganos dentarios retenidos actuando mecánicamente sobre los órganos dentarios vecinos pueden producir trastornos que se traducen sobre su normal colocación en el maxilar y en su integridad anatómica.

ACCIDENTES INFECCIOSOS.- Están dados en los órganos dentarios retenidos por la infección de su saco pericoronario; la infección de este saco puede originarse por distintos mecanismos y por distintas vías:

1.- Al hacer erupción el órgano dentario retenido su saco se abre espontáneamente al ponerse en contacto con el medio bucal.

2.- El proceso infeccioso puede producirse como una complicación apical o periodóntica de un órgano dentario vecino.

3.- La infección del saco folicular se traduce por procesos de distinta índole; inflamación local, con dolores, aumento de temperatura local, absceso y fístula, consiguiente osteitis y osteomielitis, adenoflemones y estados sépticos generales.

ACCIDENTES NERVIOSOS.- Estos son muy frecuentes; la presión que el órgano dentario ejerce sobre los órganos vecinos, sobre sus nervios o sobre troncos mayores, es posible originen neuralgias de intensidad, tipo y duración variables.

CAUSAS LOCALES DE RETENCION

- 1.- Irregularidad en la posición y presión de un órgano den
tario adyacente.
- 2.- La densidad del hueso que lo cubre.
- 3.- Inflamaciones crónicas continuadas con su resultante.
- 4.- Una membrana mucosa muy densa.
- 5.- Falta de espacio en maxilares; poco desarrollo.
- 6.- Indebida retención de los órganos dentarios fundamenta-
les.
- 7.- Pérdida prematura de la dentición primaria.
- 8.- Enfermedades adquiridas (necrosis) debido a infección
o abscesos.
- 9.- Cambios inflamatorios en el hueso por enfermedades exan
temáticas en niños.

CAUSAS SISTEMICAS DE RETENCION

a).- Causas prenatales.

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

b).- Causas posnatales: todas aquellas que --
pueden interferir en el desarrollo de un niño como:

- 1.- Raquitismo.
- 2.- Anemia.
- 3.- Desnutrición.

c).- Condiciones raras:

- 1.- Disostosis cleidocraneal.
- 2.- Oxicefalea.
- 3.- Progeria.
- 4.- Acondroplasia.
- 5.- Paladar fisurado.

DISOSTOSIS CLEIDOCRANEAL.- Es una condición - congénita muy rara, en la cual hay osificación defectuosa de los huesos craneales, ausencia completa o parcial de las clavículas, recambio dentario retardado, órganos dentarios permanentes no erupcionados y órganos dentarios supernumerarios rudimentarios.

OXICEFALIA.- Es la llamada "cabeza cónica" en la cual la parte superior de la cabeza es puntiaguda.

PROGERIA.- Representa envejecimiento prematuro, es una forma de infantilismo caracterizada por estatura pequeña, ausencia de bello facial y púbico con piel arrugada cabello gris, actitudes y maneras del anciano.

ACONDROPLASIA.- Es una enfermedad del esqueleto que empieza en la vida fetal y produce una forma de ena--nismo, en estas condiciones no se desarrolla normalmente el cartílago.

PALADAR FISURADO.- Es una deformidad manifestada por una fisura congénita en la línea media. Las mismas causas locales y generales pueden ser el factor etiológico - de dientes en malposición o no erupcionados.

Los órganos dentarios retenidos provocan diversas complicaciones, tales como el desarrollo de quistes foliculares y migración de los órganos dentarios, además de la erosión de órganos dentarios adyacentes.

Se han dado casos de degeneración del saco folicular formando un ameloblastoma y posteriormente carcinoma franco con sus graves secuelas.

Los problemas comunes con relación a los terceros molares son infección y dolor. La extracción de los terceros molares puede también contribuir a una mayor frecuencia de formación de bolsas periodontales afectando la cara distal de los segundos molares, es menos probable que esto ocurra si son extraídas al principio de su desarrollo.

Segundo en importancia, después de la periodontitis, se encuentra la pericoronitis, que puede ser transitoria y leve, o desarrollarse y provocar una grave infección que afecte los espacios aponeuróticos, causando considerable debilitamiento.

El tratamiento varía desde irrigación local y desbridamiento del colgajo pericoronario hasta la extirpación del órgano dentario; en la práctica cualquier órgano dentario puede estar retenido aunque los terceros molares inferiores son los afectados con mayor frecuencia.

Esta frecuencia puede explicarse debido a que el tercer molar es el último diente que hace erupción en condiciones normales y cualquier afección que tienda a reducir el espacio existente para estos órganos dentarios le impedirá hacer erupción por falta de lugar.

El canino es el último de los órganos dentarios anteriores que hacen erupción y en ocasiones falta espacio cuando esta parte del maxilar es afectada.

E T I O L O G I A

Es más teórica que real, y según un autor deberá ser tratada bajo tres teorías diferentes.

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

Por ejemplo, las infecciones agudas, fiebres, trauma severo y mal oclusión, así como la inflamación local de la membrana periodontal puedan aumentar la densidad - - ósea.

La respiración bucal constante también conduce a la contracción de las arcadas, y por lo tanto los órganos dentarios que hacen erupción al final carecen de espacio. En ocasiones, la pérdida prematura de los órganos dentarios deciduos puede provocar falta de desarrollo del maxilar y mala posición de los órganos dentarios permanentes, o ambos, lo que da como resultado una retención.

b).- TEORIA FILOGENICA.- La naturaleza trata de eliminar a aquello que no se emplea y nuestra civilización, con sus hábitos nutricionales cambiantes, ha casi eliminado la necesidad humana por maxilares grandes y fuertes. Como resultado de esta función alterada, el tamaño del maxilar y la mandíbula ha disminuido, en muchos casos el tercer

molar ocupa una posición anormal, se encuentra malformado y puede considerarse como un órgano vestigial sin motivo ni función, además suele faltar por motivos congénitos.

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

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

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

Hay muchos casos en que los órganos dentarios retenidos permanecen en estado inactivo dentro de los maxilares hasta después de la pérdida de órganos dentarios adyacentes y repentinamente comienzan a hacer erupción provocando inflamación y dolor.

FACTORES ETIOLOGICOS CAUSANTES DE RETENCION DE CANINOS:

1.- Los huesos del paladar duro ofrecen mayor resistencia que el hueso alveolar a la erupción de los caninos mal ubicados hacia lingual.

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

3.- La erupción de los órganos dentarios depende hasta cierto punto de un aumento asociado al desarrollo apical. Esta ayuda a la erupción de los caninos, está disminuida por que su raíz se halla normalmente más formada en el momento de su erupción que la de cualquier otro órgano dentario permanente.

4.- Cuanto más grande es la distancia que un órgano dentario debe recorrer desde su punto de desarrollo hasta la oclusión normal, tanto mayores son las posibilidades de que se desvie de su curso normal y se produzca la retención. El canino debe recorrer la distancia mayor de todos los órganos dentarios para llegar a su completa oclusión.

5.- Durante el desarrollo de la corona de los caninos permanentes está colocada por lingual del largo apice de la raíz del canino primario.

DIAGNOSTICO DE ORGANOS DENTARIOS RETENIDOS:

Puede establecerse al menos por el examen -- clínico, es imperativo cubrir el área detalladamente con ra diografías, seguido por una interpretación precisa. El - - odontólogo deberá conocer la verdadera relación de un órga-- no dentario con otro; estos datos son difíciles de obtener-- si los órganos dentarios no pueden ser observados clínica-- mente, por lo que deberá derivarse esta información del exa-- men radiográfico.

Para hacer una interpretación precisa y gene-- ral de la radiografía, es necesario hacer comparaciones - - constantes de los órganos dentarios visibles con la imagen-- radiográfica. Por ejemplo, el examen clínico revela órga-- nos dentarios en su posición normal mientras que las radio-- grafías registran superposición puede deducirse que la angu-- lación del estudio radiográfico fué incorrecta y que deberá ser repetido. Si el examen clínico revela superposición de un tercer molar sobre el segundo puede tratarse en teoría - de un desplazamiento vestibular ya que el desplazamiento -- lingual no suele ocurrir.

Cuando los órganos dentarios se encuentran - en posición normal sin giroversiones, el esmalte puede ob-- servarse en la radiografía como un "capuchón de esmalte" y-- si el resto de los órganos dentarios en la placa se encuen-- tran en la alineación normal, sus capuchones de esmalte se-- rán de aspecto similar. Sin embargo si uno de los órganos-- dentarios presenta un desplazamiento, parte de su superfi-- cie oclusal será visible y su cubierta estará distorsionada

El esbozo de la cámara pulpar sobre la radiografía también -
puede indicar torción o giroversión del órgano dentario en -
estudio.

TECNICAS RADIOGRAFICAS

DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

RADIOGRAFIAS INTRABUCALES.- A veces es imposible visualizar por completo los terceros molares retenidos en las radiografías intrabucales porque:

a).- El paciente tiene nauseas.

b).- Desviación hacia el medio de la película por los tejidos blandos de la rama ascendente. Esto es especialmente cierto en los casos clase tres horizontal en que el tercer molar está retenido en la rama ascendente, y en menor grado en la clase dos horizontal y clase uno.

A causa de la desviación hacia mesial de los dos tercios posteriores de la película radiográfica, para que la imagen del molar retenido quede en ella es necesario dirigir el rayo central en ángulo recto respecto del eje longitudinal de la película.

RADIOGRAFIAS BITEWING O ALETA MORDIBLE.- En los casos de clase uno y dos de molares inferiores retenidos la única radiografía que visualiza las relaciones de las coronas del segundo y tercer molar es la de aleta mordible, en una correcta angulación, en este caso el rayo central se dirige en ángulo recto a través de la corona del segundo molar a la película con (0°) de angulación vertical.

RADIOGRAFIAS OCLUSALES.- Revelan la posición-vestibulolingual de la corona del tercer molar inferior retenido, puede usarse una pequeña película intrabucal o la película oclusal de tamaño común. Se coloca sobre la superficie

oclusal de los molares y se lleva hacia atrás, hasta que con
tacte con el borde de la rama ascendente, se hace occluir pa-
ra mantener la película en posición, la cabeza del paciente-
se lleva hacia atrás al máximo posible, y el rayo central se
dirige en ángulo recto a la película a través del borde infe-
rior del maxilar inferior.

OTRAS GUIAS PARA LA INTERPRETACION RADIOGRAFICA SON :

1.- El área de importancia deberá aparecer en el centro de la placa y deberán hacerse dos placas.

2.- Los puntos de contacto deberán observarse abiertos, indicando que el rayo central ha pasado en ángulo-recto con respecto al área expuesta.

3.- Deberá haber cierta superposición de las-cúspides de los órganos dentarios posteriores.

4.- Deberán registrarse algunos tejidos blandos.

5.- Toda la interpretación radiográfica deberá apoyar los datos obtenidos en la clínica.

El estudio radiográfico de tercer molar puede incluir placas oclusales y laterales, así como las placas in-trabucales normales.

Después de haber obtenido una radiografía satisfactoria, el operador deberá estudiarla para interpretar-correctamente cada punto de diagnóstico que pudiera existir.

Primero deberá estudiarse el tercer molar, seguido por el segundo y primeros molares.

EXAMEN RADIOGRAFICO DE MOLARES SUPERIORES.

Es tan importante que sea completo como que sea periódico, las placas de aleta de mordida son inútiles - para el diagnóstico, incluso las radiografías intraorales y apicales pueden resultar también inadecuadas para visualizar un tercer molar.

El órgano dentario y las partes que lo rodean deben observarse completamente, esto se consigue con las películas intraorales y juntamente en las placas extraorales - en proyección lateral. también pueden emplearse pequeñas placas oclusales que proporcionan una buena orientación.

Propiamente los rayos X no revelan ningún estado patológico; sin embargo (y esto es casi tan importante) nos dibuja la posición y la anatomía de la pieza impactada, esto es un valor inestimable de la extracción de molares.

CLASIFICACION DE CANINOS INFERIORES RETENIDOS.

CLASE I.- Maxilar dentado, retención unilateral, órgano dentario ubicado en lado lingual.

- a).- Posición vertical.
- b).- Posición horizontal.

CLASE II.- Maxilar dentado, retención unilateral, órgano dentario ubicado en lado bucal.

- a).- Posición vertical.
- b).- Posición horizontal.

CLASE III.- Maxilar dentado, retención bilateral, órgano dentario ubicado en lado lingual.

- a).- Posición horizontal.
- b).- Posición vertical.

CLASE IV.- Maxilar desdentado, retención unilateral.

- a).- Posición horizontal.
- b).- Posición vertical.

CLASE V.- Maxilar desdentado, retención bilateral.

- a).- Posición horizontal.
- b).- Posición vertical.

CLASIFICACION DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS.

No existe ninguna técnica determinada que sea aplicable para la extracción de caninos incluidos; se debe a las diferentes posiciones que algunos órganos dentarios ocupan, se basa en la clasificación; y facilitará en un momento determinado la extracción de la pieza dentaria.

CLASE I.- Inclusión unilateral, dientes en la arcada, corona situada palatinamente junto al borde gingival

CLASE II.- Inclusión unilateral, órganos dentarios en la arcada, corona situada palatinamente y a distancia del borde gingival.

CLASE III.- Inclusión unilateral, boca desdentada, los órganos dentarios inaccesibles a la palpación digital.

CLASE IV.- Inclusión unilateral, boca desdentada, posición palatina de la corona accesible a la palpación digital.

CLASE V.- Inclusión bilateral, órganos dentarios en la arcada.

CLASE VI.- Inclusión bilateral, boca desdentada.

Cuando se observa por medio de radiografías un canino retenido no hay trastornos sépticos, se le dice al paciente las posibilidades del tratamiento ortodoncico, esto es mientras el caso ofrezca condiciones favorables, de lo --

contrario hay que proponer la extracción.

Se recomienda la avulsión del canino retenido cuando existen las siguientes condiciones:

1.- Siempre que tenga que colocarse una prótesis superior, en casos que se han extraído todos los órganos dentarios, excepto los caninos retenidos (la presión puede ser causa de trastornos patológicos).

2.- Neuralgia atípica.

3.- Enfermedad general de origen desconocido.

En los últimos casos debe informarse al paciente que solo se le extraera el órgano dentario como una medida de precaución, para eliminar todas las posibles causas dentarias; porque la radiografía puede dejar de revelar la presencia de un quiste que generalmente circunda la corona en este tipo de órgano dentario.

El primer paso en la extracción de un canino retenido consiste en el estudio esmerado de las radiografías las cuales ponen de manifiesto lo siguiente.

- 1.- Situación del diente retenido.
- 2.- Su posición.
- 3.- Sus relaciones anatómicas.
- 4.- El tipo de órgano dentario normal o anormal.
- 5.- La condición patológica del órgano dentario y tejidos circundantes.
- 6.- La condición de los órganos dentarios contiguos.

CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

La posición del tercer molar situado en la -- mandíbula puede ser variable, por este motivo es necesario - estudiarlo tomando como referencia los elementos que lo ro-- dean.

Winter a clasificado los distintos tipos de - retención del tercer molar, y se basa en cuatro puntos escen-- ciales.

- a).- La posición de la corona.
- b).- La forma radicular.
- c).- La naturaleza de la estructura ósea que rodea al molar retenido.
- d).- La posición del tercer molar en rela-- ción con el segundo.

La posición del tercer molar retenido se pue-- de encontrar en la mandíbula en diferentes posiciones; la po-- sición del órgano dentario con relación a su eje longitudi-- nal ha sido clasificada por G. Winter, y considera las si-- guientes posiciones:

RETENCION VERTICAL.- El tercer molar en este-- tipo de retención puede estar total o parcialmente cubierto-- por hueso, pero lo característico reside en que su eje mayor es sensiblemente paralelo al eje mayor del segundo y primer-- molar y perpendicular al plano oclusal.

RETENCION HORIZONTAL.- Es cuando el eje mayor del tercer molar es sensiblemente perpendicular a los ejes -

del segundo y primer molar y paralelo al plano oclusal.

RETENCION MESIOANGULAR.- Es cuando el eje del tercer molar esta dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje de éste un ángulo de grado variable (alrededor de 45°).

RETENCION DISTOANGULAR.- El tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama ascendente, por lo -- tanto la corona ocupa dentro de la rama ascendente una posición variable, de acuerdo con el ángulo que esta desviado.

RETENCION INVERTIDA.- El tercer molar presenta la corona dirigida hacia el borde inferior de la mandíbula y sus raices hacia la cavidad bucal; es un tipo muy poco común de retención, se denomina también posición paranormal.

RETENCION BUCOANGULAR.- En este tipo de retención, el tercer molar ya no ocupa como en las anteriores, el mismo plano que el segundo o el primero, sino que su eje mayor es perpendicular al plano en que estan orientados estos órganos dentarios. La corona del molar retenido esta dirigida hacia bucal; en esta desviación el molar se pone en relación con la línea oblicua externa y el borde anterior de la rama ascendente.

RETENCION LINGUOANGULAR.- El eje del órgano dentario es perpendicular al plano en que estan orientados los molares, pero la corona del retenido esta dirigida hacia el lado lingual.

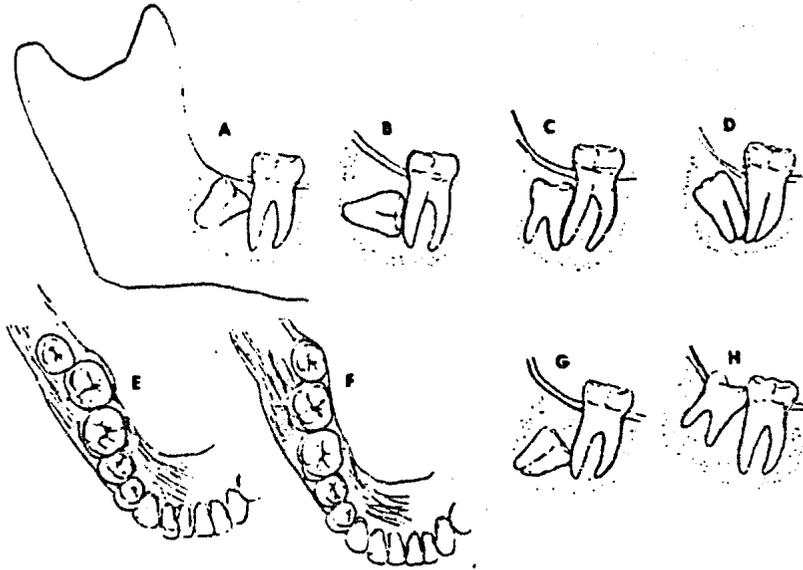


FIG. 1.- Clasificación de dientes inferiores retenidos. A, retención mesioángular; B, retención horizontal; C, retención vertical; D, retención distoángular; E, vestibuloversion; F, linguoversion; G, de nivel bajo; H, de nivel alto.

CLASIFICACION DE PELL Y GREGORY

Esta clasificación se basa en la evaluación-- de la relación del segundo molar con la rama ascendente de la mandíbula y la relativa profundidad del tercer molar dentro del hueso, así como la posición del tercer molar en relación con el eje del tercer molar.

Esto puede explicarse en detalle como sigue:

1.- Relación del órgano dentario con la rama ascendente del maxilar inferior:

CLASE I.- Cuando casi existe suficiente espacio entre la rama ascendente y la cara distal del segundo molar para dar cavida a todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

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

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

2.- Profundidad relativa del tercer molar dentro del hueso.

POSICION A.- Cuando la porción más alta del órgano dentario retenido se encuentra al mismo nivel, o por encima de la superficie oclusal del segundo molar.

POSICION B.- Cuando la porción más alta del órgano dentario se encuentra bajo la línea oclusal, aunque encima de la línea cervical del segundo molar.

POSICION C.- Cuando la porción más alta del órgano dentario se encuentra al mismo nivel, o por abajo, de la línea cervical del segundo molar.

3.- La posición del órgano dentario en relación con el eje mayor del segundo molar.

- a).- Vertical.
- b).- Horizontal.
- c).- Invertido.
- d).- Mesioángular.
- e).- Distoángular.

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

También proporciona datos valiosos para el odontólogo capacitado que así sabrá el tipo de instrumentos necesarios, la técnica adecuada y el tiempo que deberá tomar para la operación.

CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.

Como el tercer molar inferior, el superior es susceptible de una clasificación con fines quirúrgicos, las variantes en la posición del molar son menores en el maxilar superior que en el inferior, la retención del molar puede -- ser intraósea o submucosa, en este último caso pueden estar total o parcialmente retenidos.

a).- POSICION VERTICAL.- El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo-molar el órgano dentario puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso.

b).- POSICION MESIOANGULAR.- El eje del molar retenido esta dirigido hacia adelante, en esta posición la -raíz del molar, esta junto a la apófisis pterigoides, esta -posición no es muy frecuente.

c).- POSICION DISTOANGULAR.- El eje del ter--cer molar esta dirigido hacia la tuberosidad del maxilar, la cara oclusal del tercer molar se localiza hacia la apófisis-pterigoides con la cual puede estar en contacto.

d).- POSICION HORIZONTAL.- El molar se encuentra dirigido hacia el carrillo con el cual la cara oclusal - puede ponerse en contacto.

La cara oclusal del molar puede erupcionar en la bóveda palatina.

e).- POSICION PARANORMAL.- El molar retenido- puede ocupar diversas posiciones que no se enumeran en la -- clasificación.

ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO.

a).- POSICION 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 normal.

En cambio en las desviaciones hacia bucal o lingual, el molar aparece acortado en la radiografía, y en ciertos casos su porción radicular, por superposición de planos no es visible.

b).- POSICION DEL SEGUNDO MOLAR.- Puede estar desviado hacia distal el segundo molar, deben ser considerados además de la posición del molar, la posición y estado de la corona (integridad, caries, obturaciones y piezas de prótesis), y la posición y forma de las raíces.

c).- EL HUESO QUE CUBRE LA CARA OCLUSAL.- El estado la cantidad y disposición del hueso que cubre la cara oclusal del molar retenido deben ser cuidadosamente estudiados en la radiografía.

La existencia o ausencia del saco pericoronario deben ser considerados todos estos factores del hueso, indican la técnica a seguir y la osteotomía necesaria.

d).- EL TABIQUE MESIAL.- Su forma y dimensiones están dadas por la posición del molar. En la posición vertical, están en contacto el tercero y el segundo, este espacio es nulo o mínimo, en la posición distoangular este espacio tiene una forma triangular, a base inferior, en el espacio mesial (previa resección del 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 algunas ocasiones la cara oclusal del molar puede estar en contacto con la apófisis pterigoides.

f).- LA CORONA DEL TERCER MOLAR.- Tamaño, forma y estado de la corona, puede ser más pequeña o más grande que la normal.

La corona en algunas ocasiones está disminuida en su resistencia por caries de grado variable, aún en retención intraósea total, la corona puede estar profundamente careada.

g).- LAS RAICES DEL TERCER MOLAR.- Generalmente están fusionadas en una masa única, pueden presentarse separadas y dirigidas en distintas direcciones.

h).- CONTIGUIDAD CON EL SENO MAXILAR.- El tercer molar en algunos pacientes está contiguo con el seno maxilar, y en algunos casos sus raíces llegan a hacer hernia en el piso sinusal. La extracción del tercer molar puede ocasionar en tales circunstancias una comunicación patológica con el seno maxilar, o el molar puede ser proyectado en esta cavidad.

i).- CONTIGUIDAD CON LA APOFISIS PTERIGOIDES. El molar puede estar en íntimo contacto con la apófisis pterigoides, existe el peligro de fractura en los movimientos operatorios.

La tuberosidad del maxilar es susceptible de correr la misma suerte y ser desprendida en el curso de una

extracción, aún en la de un molar normalmente erupcionado.

j).- ACCESO A LA CARA MESIAL.- Sobre la cara mesial se aplicará el elevador que luxará al molar, la radiografía debe de indicar la facilidad de acceso a esta cara, - o fijar la necesidad de una osteotomía del tabique mesial para permitir la colocación del instrumento.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS.

C L A S I F I C A C I O N :

1.- INCLUSION UNILATERAL.- Organos dentarios- en la arcada, corona situada palatinamente junto al borde -- gingival.

2.- INCLUSION UNILATERAL.- Organos dentarios- en la arcada, corona situada palatinamente y a distancia del borde gingival.

3.- INCLUSION UNILATERAL.- Boca desdentada, - los órganos dentarios inaccesible a la palpación digital.

4.- INCLUSION UNILATERAL.- Boca desdentada, - posición palatina de la corona, accesible a la palpación digital.

RADIOGRAFIAS.- El primer paso en la extrac- - ción de un órgano dentario retenido consiste en el estudio - esmerado de las radiografias. Son de dos tipos:

a).- Periapicales.

b).- Oclusales.

Estas ponen de manifiesto lo siguiente:

- 1.- Situación del órgano dentario retenido.
- 2.- Su posición.
- 3.- Sus relaciones anatómicas.
- 4.- El tipo del órgano dentario normal o anormal.

- 5.- La condición patológica del órgano dentario y de los te
jidos circundantes.
- 6.- La condición de los órganos dentarios contiguos.

Si se toma una radiografía periapical con su-
ángulación correcta, permitirá descubrir la posición de la -
corona del órgano dentario retenido, en su relación con el -
borde gingival.

Esto servirá de guía para determinar la naturaleza de -
la incisión, sin embargo, esta forma de radiografía puede in
ducir a un error en cuanto a la situación del canino reteni-
do.

Puede parecer que el órgano dentario está muy superfi--
cial, cuando en realidad su posición es muy profunda. Una -
radiografía ordinaria no permite precisar si el órgano dentaa
rio retenido está en posición vestibular o lingual.

TECNICA EN CASO DE RETENCION UNILATERAL DEL CANINO CON LA CORONA SITUADA PALATINAMENTE CERCA DEL BORDE GINGIVAL :

Se hace una incisión que incluya el borde gingival en sentido distal con respecto al incisivo del lado -- opuesto a la incisión se extiende la incisión en sentido palatino en una línea vertical que llega apróximadamente al segundo premolar, se inserta cuidadosamente un elevador ancho de periostio y se separa del hueso.

El colgajo mucoperiostico se debe mantener en posición mediante una sutura de seda transfictiva para que -- se sujete a un molar.

El hueso suprayacente se extirpa cuidadosamente con fresas para hueso o gubias, en una extensión que comprende dos tercios de la longitud del órgano dentario desde el extremo coronario.

Se inserta debajo de la corona un elevador fino en lugar de aplicar presión manual, es mejor hacer uso -- del martillo y osteotómo aunque cuidadosamente, si se nota -- resistencia al intentar extirpar el órgano dentario debe quitarse más hueso. Al emplearse el elevador debe hacerse palanca sobre el proceso palatino maxilar superior y no sobre los dientes.

En caso de que la porción coronaria se fracture o quede una porción radicular, debe ponerse mucho cuidado en la extracción del fragmento.

Debe secarse perfectamente la herida, y por --

medio de una buena iluminación localizar el fragmento. Entonces se elimina el hueso que lo circunda con una fresa redonda o de fisura, lo cual permite extirparlo con poca dificultad.

Con una cureta se eliminan de la zona pedazos de hueso con mucho cuidado, se alisan los bordes del hueso y se lava la herida con una solución antiséptica.

Se abate el colgajo; se emplean solo suturas cuando faltan los órganos dentarios, una vez abatido el colgajo se coloca en el paladar un rodillo de gasa grande el cual se comprime contra el paladar cerrando la boca y se man tiene diez minutos.

La mejor sutura en estos casos se lleva a cabo con agujas finas curvas y seda, esta combinación evita el desgarro de la mucosa.

TECNICA EN CASO DE RETENCION UNILATERAL DE ORGANOS DENTARIOS
 EN LA ARCADE, CORONA COLOCADA PALATINAMENTE Y A DISTANCIA
 DEL BORDE GINGIVAL :

Deben estudiarse cuidadosamente las radiografías para ver si la porción coronaria se encuentra colocada palatinamente, la radiografía periapical nos facilitará la operación de precisar la proximidad de la corona retenida -- con respecto al borde gingival.

Si existe suficiente distancia entre la corona y el borde gingival se hace una incisión semilunar o semi circular paralela a la encía, debe dejarse un ancho margen -- de tejido entre la incisión y el borde gingival por las siguientes razones:

1.- Permitir una perfecta visualización de la corona una vez extirpado el hueso suprayacente.

2.- Poder suturar sin destruir el tejido existente entre la incisión y los cuellos de los órganos dentarios.

La extensión de la incisión es en base a la radiografía, en los casos ordinarios la porción coronaria se aproxima a la superficie mesial del incisivo lateral.

Por lo consiguiente una incisión que se extiende desde la superficie mesial del incisivo central a un punto aproximadamente enfrente del segundo premolar permitiría una visualización clara del campo operatorio.

Las fresas quirúrgicas de bola son las más convenientes para extirpar el hueso que recubra la corona retenida.

La técnica operatoria es igual a la antes mencionada.

TECNICA PARA LA EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS CANINOS
RETENIDOS POR PALATINO :

EL PLAN OPERATORIO CONSISTE EN :

- a).- Estudio cuidadoso de las radiografías, - para determinar la posición y relación con los otros órganos dentarios y con el seno maxilar.
- b).- Clasificación de la retención.
- c).- Determinación del tipo de colgajo.
- d).- Decidir si el seccionamiento del órgano dentario facilitará su extracción y al mismo tiempo la conservación del hueso.

Factores que complican la extracción de los caninos superiores retenidos.- En razón de la corona o raíz de los caninos retenidos a los órganos dentarios adyacentes (centrales, laterales, y premolares) hay mucho peligro de lesionarlos, y afectar también las estructuras vitales en el área de la intervención.

En gran porcentaje de estas retenciones la -- porción radicular esta separada del seno maxilar y cavidad -- nasal por una delgada pared de hueso, y en algunos casos solamente por el epitelio ciliado que lo reviste. Por esta razón, la posibilidad de forzar la raíz del canino dentro del seno maxilar, durante la extracción por odontosección de un canino retenido debe tenerse siempre presente.

Con bastante frecuencia se han producido aberturas de varios tamaños en el seno maxilar.

Debe observarse rígida asepsia pués de otro modo podría sobrevenir una infección aguda del seno maxilar, en cambio con estricta asepsia estas perforaciones accidentales, de la membrana sinusal no traerán infección.

Quando el colgajo mucoso se coloca en su lugar y se sutura, manteniendolo en contacto con el hueso palatino, por varias horas por medio de un apósito de gasa, la cicatrización tiene lugar sin complicaciones.

Muchas de las raices de los caninos retenidos tienen una pronunciada curvatura en el tercio apical.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS :

1.- Con un bisturí Bard Parker número 12, seccionan los tejidos linguales alrededor del cuello de los órganos dentarios, desde lingual del incisivo central superior hasta la cara distal del segundo premolar.

2.- Con una hoja número 15 Bard Parker y a partir de la cresta de la papila interdental, en lingual, entre los dos incisivos centrales se hace una incisión longitudinal por el centro del paladar, en una extensión de cuatro centímetros, esta incisión atraviesa el conducto nasopalatino, se produce algo de hemorragia, la cual se puede controlar por presión con una gasa durante pocos minutos, si no se frenara la hemorragia, se empaqueta una pequeña tira de gasa yodoformada en el conducto.

Se separa el colgajo mucoso del paladar duro por medio de un periostotómo, hasta que la estructura ósea este completamente expuesta.

Se puede observar una prominencia en el hueso o la corona del canino retenido.

3.- Con un taladro de punta de lanza o una fresa para hueso, se hacen orificios en el hueso palatino, a una distancia de tres milímetros uno de otro, alrededor de la corona del órgano dentario retenido, con cuidado de no lastimar las raíces de los órganos dentario vecinos.

4.- Por medio de una fresa o escoplo y martillo se unen estos orificios y se retira el pedazo de hueso que cubre la corona.

Se aumenta el tamaño de la abertura por medio de fresas hasta que se vea completamente la corona.

5.- La excepción a esta regla será el caso en cual una porción de la corona del órgano dentario retenido - este en contacto con las raíces de los incisivos centrales, - laterales o premolares.

Si se ponen las raíces de estos órganos dentarios se lesionarán, en estos casos se aumenta la abertura sobre el lado opuesto a la corona por medio de fresas para hueso o se secciona la corona separandola de la raíz.

6.- Después que se ha expuesto la corona del canino retenido por palatino, se coloca el elevador apical, - sobre cada lado de la corona y con doble movimiento de elevación se trata de levantar el órgano dentario de su lecho.

Hay que extremar los cuidados para no dañar - los órganos dentarios vecinos.

7.- Si no se tiene éxito en el primer intento se agranda la abertura y se repite el procedimiento por medio de dos elevadores de la misma manera.

8.- Si todavía no se ha extraído el canino se utiliza un forceps número 226, y se hacen movimientos rotatorios, el uso de este forceps es muy ventajoso, cuando la - - raíz del órgano dentario retenido termina en un gancho, si - se emplean elevadores probablemente se producirá una fractura de este tipo de raíz.

9.- Una vez extraído el órgano dentario, limpiense todos los restos, eliminense las esquirlas de hueso, -

y se suavizan los bordes del alveolo, remuevase el folículo-dentario si está presente, se coloca el colgajo en su sitio y se sutura.

10.- Coloque un aposito de gasa sobre el paladar, a nivel de la superficie oclusal, cortese un abatelenguas de un largo que corresponda a la distancia entre la superficie vestibular de los premolares superiores derecho e izquierdo y redondee el extremo cortado.

Coloquese esto sobre el aposito palatino, e instruyase al paciente para morderlo, si el paciente está bajo anestesia general se pasan suturas de seda entre las áreas de contacto de los premolares de ambos lados del arco, se tienden sobre el aposito palatino y se anudan. Mantengase este aposito en su sitio durante cuatro horas.

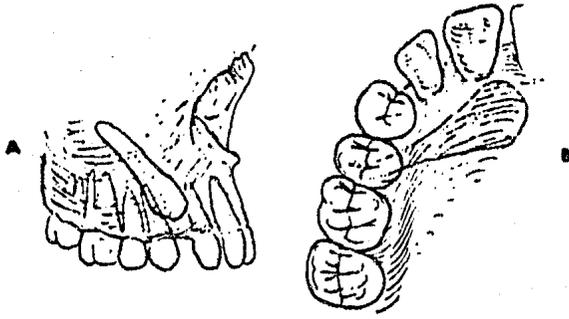


FIG. 2.- A, canino retenido en posición vestibular; B, canino retenido en posición intermedia.

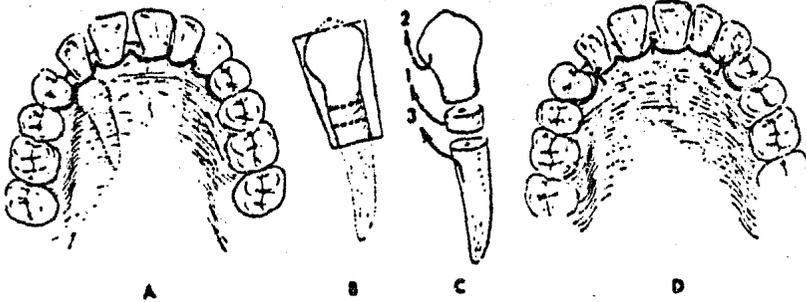


FIG. 3.- A, canino retenido en posición palatina, diseño del colgajo en los tejidos blandos; B, corte del diente; C, note-se que la sección media se extrae primero; D, cierre del colgajo.

OTRA TECNICA PARA LA EXTRACCION DE CANINOS RETENIDOS:

Esta técnica se indica cuando la punta de la corona del canino esta en contacto con las raices de los incisivos centrales y laterales.

1.- Después que la corona del órgano dentario se ha expuesto parcialmente, se secciona con una fresa de fisura, esta pérdida de sustancia dentaria permite correr la corona hacia atrás, sin molestar los órganos dentarios bajo los cuales está apoyada.

2.- Se hace otro orificio en la raíz del órgano dentario con una fresa, insertece la punta de un elevador apical en este orificio, muevase la raíz hacia adelante, con el hueso palatino como punto de apoyo y extraigase.

3.- Se limpia el alveolo, se sutura el colgajo y se coloca el aposito de gasa como ya se describió.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE CANINOS CLASE III

Esta técnica se indica cuando la corona está en el paladar y la raíz sobre vestibular.

1.- Se hace un colgajo vestibular semicircular a nivel de la raíz.

2.- Exposición radicular por eliminación de hueso utilizando fresas y escoplo.

3.- La raíz se separa por medio del escoplo o una fresa de fisura. Si se usa el escoplo, el golpe se dirige hacia arriba para evitar la traumatización de las raíces contiguas.

4.- Se eleva la raíz de su lecho.

5.- Se hace un colgajo palatino y se quita completamente el hueso que cubre la corona para exponerla a la periferia.

6.- Se coloca un instrumento romo en contacto con el extremo radicular de la corona, através de la cavidad vestibular, y se golpea con un martillo sacando la corona de de su sitio.

7.- Se colocan los colgajos en su lugar y se suturan.

CANINOS INFERIORES RETENIDOS:

Estos órganos dentarios están por lo regular - retenidos verticalmente y cerca de la superficie vestibular, - a veces están localizados bajo los apices de los incisivos inferiores situados transversalmente en ángulo de 45° hacia el borde inferior de la mandíbula. Muy rara vez se encuentran - horizontales y cerca del lado lingual, las posiciones vestibulares o linguales de estos órganos dentarios deberán ser determinados por una radiografía oclusal.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE UN CANINO INFERIOR RETENIDO

1.- En todas las retenciones de caninos inferiores se hace una incisión para un colgajo amplio, se levanta el colgajo y se cortan las inserciones musculares localizadas en el área operatoria.

2.- Se hacen orificios a través de la cortical ósea vestibular, alrededor de la corona con fresas de punta de lanza, hay que tener cuidado de no cortar las raíces de los órganos dentarios adyacentes y se elimina la cortical ósea con un escoplo o una fresa de fisura.

3.- Se expone la corona por completo mediante fresas óseas, esto recibe el nombre de fenestrado de la cortical ósea.

4.- Se trata de luxar y remover el canino con elevadores número 73 y 74 colocados debajo de la corona, y se usa la cortical ósea vestibular como punto de apoyo.

5.- Si la corona está retenida se hace una --

muesca y se secciona la corona fuera del margen gingival.

6.- Se expone más raíz y se realiza otra muesca.

7.- Se elimina la raíz con elevadores de barra cruzada número 11-D o 11-I, usando la cortical vestibular como punto de apoyo y el principio de trabajo de rueda y eje, y se eleva la raíz.

8.- Se sutura el colgajo en su posición con seda 000 y aguja atraumática.

CANINO SUPERIOR RETENIDO

Las retenciones del canino superior se clasifican como vestibulares, palatinas e intermedias.

La localización es importante, dado que las técnicas quirúrgicas para la extracción de los tres tipos varían tanto que son prácticamente operaciones que no tienen relación entre sí. Las radiografías intrabucales pueden interpretarse de manera de determinar la forma del órgano dentario así como su ubicación (regla de Clarck, regla del objetivo vestibular).

A menudo son necesarias la verdadera vista --oclusal hecha con un chasis intraoral, y las vistas extraorales. La palpación clínica del lado vestibular no es confiable, dado que el abultamiento sentido puede ser tanto el retenido como la raíz desplazada hacia vestibular del incisivo o el premolar.

POSICION CANINA PALATINA

Se hace una incisión en los espacios interdentarios palatinos, comenzando con el espacio entre los premolares de un lado y rodeando las fibras palatinas libres y -- los espacios interdentarios hasta la zona premolar del otro lado, el grueso colgajo mucoperiostico es despegado del hueso con una cucharilla para hueso Molt número 4. Se hace la remoción del hueso con escoplo se comienza con un pequeño -- rectángulo por detrás del incisivo que aparece más cercano -- al órgano dentario retenido en la radiografía.

Inicialmente, el rectángulo tiene un escoplo de ancho, y se lo agranda tan pronto como se ubique la coro-

na.

Debe tenerse cuidado en disecar hacia adelante en la región de los incisivos y debe mantenerse un margen de uno o dos milímetros de hueso entorno a sus alveolos.

Cuando se expone la mitad o dos tercios del órgano dentario, se hace un corte en el cuello anatómico si la corona está cerca de los incisivos, de manera que su punta en una retención, se hace inmediatamente una segunda división a tres milímetros del ápice de la primera.

Se extrae el pequeño trozo, se hace retroceder la corona hacia el espacio así creado y se extrae la raíz con un elevador número 34 o una cucharilla para hueso Molt.

Las retenciones de los caninos superiores son especialmente susceptibles de ser extraídas por la técnica de la fresa. Se emplea un movimiento de vaivén hasta que se encuentra una porción del órgano dentario retenido. Se continúa con la odontosección creando surcos en el hueso adyacente al órgano dentario hasta que éste queda expuesto.

La fresa es excelente para seccionar el órgano dentario, particularmente por que el ancho de la fresa -- crea espacio para maniobrar las partes.

Se eliminan las partículas óseas y los restos se alisan los bordes de la herida ósea con una cucharilla para hueso y se cierra la herida por medio de dos o tres suturas a través de los espacios interdentarios ligandolas en la cara vestibular.

La presión de un trozo grande de gasa sobre el paladar durante quince minutos ayuda a impedir la formación de un gran hematoma, para soportar el colgajo palatino contra el hueso resulta útil una ferula palatina de acrílico transparente.

POSICION VESTIBULAR DEL CANINO

Una vez que se ha ubicado el órgano dentario - retenido, se hace una incisión semilunar que se extiende desde el frenillo vestibular hasta la zona premolar, con su curvatura apuntando hacia el margen gingival.

Se elimina hueso vestibular de la manera habitual hasta que el órgano dentario este ubicado, este puede estar alto en la cara vestibular del maxilar superior, se hace una disección suficiente hasta que el órgano dentario pueda - ser elevado con los instrumentos adecuados, y con la técnica- quirúrgica ya descrita.

POSICION CANINA INTERMEDIA

La posición habitual para una retención intermedia es con la corona en el paladar y la raíz sobre los ápices de los premolares, cerca de la cortical vestibular.

Aunque el estado no haya sido diagnosticado en el preoperatorio, se debe sospechar de él cuando surgen dificultades para la extracción de la porción radicular de cualquier canino ubicado hacia palatino. La exposición palatina- se hace de la manera habitual y se extrae la corona, en la región sugerida por los hallazgos radiográficos y clínicos se - hace un colgajo vestibular separado, generalmente por encima- y entre los premolares del mismo lado. La cuidadosa resec- -ción ósea va a descubrir el extremo radicular del órgano den- tario retenido que puede ser empujado desde la abertura vesti- bular hacia la herida palatina.

Se vuelve el colgajo a su posición y se sutu--

ran los sitios operatorios.

PREMOLARES INFERIORES RETENIDOS

Se hallan por lo regular en posición vertical o cerca a esta y con mayor frecuencia inclinados hacia lingual que hacia vestibular, se encuentran a menudo premolares inferiores supernumerarios que pueden desarrollarse en distintas áreas del arco dental.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE PREMOLARES INFERIORES RETENIDOS

Los premolares retenidos en forma vertical son extraídos por medio de la elaboración de un colgajo, el cual es levantado, y la cortical ósea vestibular es eliminada alrededor de la corona y el tercio gingival de la raíz. El espacio adicional se crea con fresas, mesial y distalmente debajo del ecuador de la corona de manera que después que se elimina un segmento de la raíz por medio de cortes con fresa de fisura, la corona se lleva al espacio creado por la remoción de esta porción radicular, y luxada hacia vestibular con un elevador apical, se realiza una perforación en el resto de la raíz, se coloca un elevador apical en la perforación hecha y el hueso vestibular se utiliza como apoyo, la porción radicular es extraída del alveolo.

Se sutura el colgajo.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE PREMOLARES SUPERIORES RETENIDOS

Depende de la colocación, la formación del órgano dentario, su relación con los órganos dentarios adyacentes, el seno maxilar, la cavidad nasal, y si están comprendidos en un quiste.

Si el premolar se localiza por vestibular o está en el proceso alveolar a mitad de camino entre la superficie vestibular y lingual, se diseña un amplio colgajo vestibular y se elimina el tejido óseo que lo cubre con fresas y escoplo para exponer la corona.

El órgano dentario se puede seccionar para facilitar su remoción, si el premolar está hacia palatino del maxilar se diseña un amplio colgajo palatino desde el margengingival del incisivo lateral y hacia distal alrededor de los cuellos de todos los órganos dentarios posteriores sobre eselado, hasta llegar al ángulo mesiolingual del segundo molar, si se levanta ahora todo el espesor del tejido mucoperiostico esto crea lo que se llama "colgajo a manera de sobre" el queda 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 sea levantado y se reduce el trabajo mínimo, cuando se libera todo el espesor incluyendo desde luego el periostio, se eleva un colgajo que contiene la arteria, vena y nervio palatino anterior.

Ello evita traumatizar este paquete vasculónervioso 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 premola-

res, la misma técnica que para caninos retenidos por palatino, se admite sin embargo que el acceso es mucho más difícil por palatino, deberá tomarse más cuidado para no comprometer la cavidad nasal o el seno maxilar.

El colgajo palatino es reubicado y suturado en su lugar, y sigue una cicatrización normal.

LA OPERACION DE COLGAJO

Se debe de ajustar a ciertos principios básicos al planear, diseñar y manipular los colgajos de mucoperiostio.

INDICACIONES PARA UN COLGAJO:

- 1.- Aumentar la visión.
- 2.- Obtener acceso quirúrgico.
- 3.- Eliminar hueso.
- 4.- Evitar lesionar los tejidos blandos, que pudiera resultar del trabajo anticipado.

Los principios quirúrgicos que son la base del diseño de un colgajo son:

- 1.- Que posea base amplia que asegura un buen aporte sanguíneo.
- 2.- Que sea lo suficientemente grande para permitir buen acceso sin estiramiento.
- 3.- Que el colgajo sea de grosor total e incluya el periostio cuando sea levantado.
- 4.- Que cuando el colgajo se regrese a su sitio original, sus margenes descansen sobre hueso sano para reducir el encogimiento, la cicatrización, y la contracción.

El tiempo de cicatrización para un colgajo corto es comparable al que es necesario para un colgajo largo, por lo tanto, la longitud de la incisión no es un factor crítico por lo cual no debe ser comprometido.

La incisión del colgajo deberá comenzar en la papila interdientaria, esto permite la mejor reposición y sutura, a la vez que proporciona aporte sanguíneo al terminar la incisión.

Algunos autores recomiendan una incisión vertical en un extremo del colgajo y otras dos incisiones verticales, si se emplean incisiones verticales, estas deberán hacerse en el área interproximal de un diente distal con respecto al margen de la herida ósea, de tal forma que una superficie de hueso apoye el margen del colgajo cuando sea suturado en su posición.

La línea de incisión deberá ser diseñada de tal forma que la esquina libre del colgajo no sea un ángulo agudo, esto es importante para evitar comprometer el aporte sanguíneo del colgajo, a la vez que se obtiene buen acceso sin estirar o desgarrar.

Una consideración importante en el diseño de los colgajos es asegurar una reinserción apropiada, esto es cierto siempre que se reponga tejido para obtener una buena base sobre el borde para una prótesis y para evitar la formación de bolsas periodontales alrededor de los órganos dentarios, especialmente cuando se extraen terceros molares.

Es conveniente proporcionar el bisel adecuado a la incisión ya que básicamente se decapita la papila cubierta de epitelio, así como el tejido de la endidura gingival, permitiendo nueva epitelialización e inserción.

TECNICA DE LA OPERACION DE COLGAJO

1.- Es necesario lograr anestesia adecuada, en colgajos de mucoperiostio, la anestesia adicional por inyección de suero bajo el colgajo permite la disección y la refección del mismo (por ejemplo, cuando se levanta un colgajo sobre un torus) sin embargo cuando se piensa hacer un colgajo de Z-plastia o un colgajo deslizante de tejidos blandos, el inyectar demasiado líquido cerca del campo operativo puede distorsionar la forma anatómica de los tejidos blandos, dificultando el diseño del colgajo y su planeamiento.

Para tales casos, resulta mejor depositar el anestésico en el sitio apropiado de inervación.

2.- Prepara una charola para colgajo.

3.- Hacer la incisión con un bisturi afilado, recordando los principios que rigen el diseño de los colgajos.

4.- Levantar el colgajo con una legra para periostio. Los instrumentos recomendados incluyen la espátula para cera número 7, la espátula de Woodson número 1, el elevador para periostio número 9, y la cureta de Molt número 4.

Para comenzar la elevación del colgajo, deberá utilizarse la porción afilada del elevador e inmediatamente voltear el instrumento de tal forma que la convexidad del elevador se encuentre contra el colgajo.

Deberá utilizarse el instrumento más grande apropiado a la situación y habrá menos desgarro de tejidos.

Deberá evitarse un levantamiento excesivo del colgajo, así como una retracción con mano pesada. La relajación periódica del colgajo, aflojando el retractor, permitirá un retorno de sangre y nutrimiento general de los tejidos

5.- Una vez terminada la cirugía deberán alisarse los márgenes óseos con limas y realizarse un toilette-completo de la herida. El raspado, desbridamiento e irrigación, se realizan justamente antes de cerrar el colgajo, éste es colocado de nuevo sobre la cortical ósea sana y suturado correctamente en su lugar.

El borde del colgajo (margen interdentario)- es recortado para permitir la aproximación apropiada de los márgenes tisulares, ya sea haciendo una sutura continua o empleando la técnica de suturas interrumpidas. Las porciones más profundas del colgajo deberán ser alisadas hacia la superficie incidida para asegurar buena adaptación, colocándolos apositos de presión adecuados.

6.- La responsabilidad después de un procedimiento de colgajo implica discutir con el paciente las secuelas anticipadas (por ejemplo, dolor, edema, equimosis), el dar explicaciones apropiadas, prescribir medicamentos y disponer la visita siguiente.

7.- En general, las suturas pueden retirarse - en tres o cinco días, lo cual suele coincidir con la próxima cita quirúrgica, si esta es necesaria.

Los pacientes suelen anticipar el retiro de las suturas con apresión indebida. Con buena visión, luz, aspiración y ayuda, el operador puede lograr que éste procedimiento sea comparable a un examen.

INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE COLGAJOS

1.- Se practicará un colgajo cuando en ello se consiga mejorar la visualización del campo operatorio, hay muchas situaciones en las cuales los tejidos blandos circundantes interfieren en la visualización en el acceso al campo operatorio, en estas circunstancias los tejidos blandos se deben separar para conseguir el mejor acceso al campo operatorio.

2.- El colgajo deberá realizarse cuando está indicada la eliminación de hueso, para conseguir un buen acceso para la extracción de los órganos dentarios, a veces es necesario eliminar una porción de hueso, para evitar traumatizar los tejidos blandos, será preferible revertirlos antes de la osteotomía.

Resulta mucho menos traumático hacer una incisión y reflejar la mucosa, que pellizcarla y traumatizarla constantemente, mientras se está realizando una eliminación de hueso con instrumentos cortantes para los tejidos blandos.

3.- Se hace colgajo siempre que los tejidos blandos sean dañados en las intervenciones que se realicen en hueso, en todas las circunstancias en que la instrumentación pueda dañar a los tejidos blandos, es preferible practicar un colgajo y reflejarlo lejos del campo operatorio, restituyendo más tarde a su lugar de origen.

TIPOS DE COLGAJOS

Unos emplean una incisión vertical en un solo-

márgen, en incisiones verticales en ambos márgenes.

Otros prefieren hacer el colgajo sin incisiones previas, simplemente reflejan los tejidos blandos, separandolos de los cuellos dentarios como si se tratase de una envoltura.

REQUISITOS PARA UN COLGAJO

1.- El colgajo deberá ser lo suficientemente grande para permitir una buena visualización y un buen acceso a las porciones de hueso afectado.

2.- La base del colgajo deberá ser lo suficientemente amplia para asegurar un aporte sanguíneo a los tejidos reflejados.

3.- Los márgenes del colgajo deberán ser redondeados y no tener bordes agudos ni ángulos pronunciados.

4.- El colgajo debe incluir todo el mucoperiostio, este requisito es el que se viola con más frecuencia, puesto que es muy frecuente que no se incluya el periostio, este debe quedar incluido ya que esta estructura tiene una potencialidad osteogénica y es un importante factor en la reparación del defecto óseo.

5.- Si es necesaria una incisión vertical se llevará a cabo en el área interproximal.

6.- El colgajo se efectuará de tal forma que cuando se vuelva a su posición original, los márgenes descansen sobre hueso sano.

TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

Para indicar la posición y relación con las estructuras adyacentes los terceros molares inferiores retenidos se clasifican en:

- 1.- Los situados en mesio-versión o sea con la corona hacia el segundo molar y la raíz hacia la rama ascendente de la mandíbula.
- 2.- Los situados en disto-versión, es cuando la corona esta situada hacia la rama ascendente de la mandíbula y las raíces hacia el segundo molar.
- 3.- Los que se localizan en vestibulo-versión
- 4.- Los que se localizan en linguo-versión,
- 5.- Los que se localizan en posición vertical pero retenidos en el hueso.

SINTOMAS Y COMPLICACIONES

Aquellos síntomas en los que existen palpables cambios patológicos inflamatorios o de otra clase en los tejidos circundantes.

Síntomas en los que no existen signos palpables de inflamación y de otros factores patológicos, y si síntomas puramente subjetivos y de carácter neurológico.

Los primeros síntomas inflamatorios pueden observarse antes de la completa formación del órgano dentario o después de ella. Sin embargo se caracterizan casi siempre por erupción incompleta, esto es la corona del órgano dentario no emerge por completo sobre la superficie gingival, una parte de la corona o toda ella esta cubierta por la encía, - los síntomas pueden manifestarse en forma de tumefacción de los tejidos en la zona del tercer molar, y dolor de diferente intensidad y duración, a menudo hay cierto grado de trismo y a veces disfagia.

La extracción quirúrgica del tercer molar retenido, se propone abrir por medios quirúrgicos la mucosa -- que tapiza la región de éste órgano dentario, preparar los - colgajos resultantes de la primera maniobra, eliminar el hueso que protege al molar retenido y terminar la operación.

INCISION.- Tiene por objetivo abrir los tejidos para llegar a planos más profundos, donde se debe realizar el objetivo de la intervención.

Para realizar la incisión se utiliza un bisturí, la manera de tomarlo es como la de otros instrumentos de cirugía bucal dedicados a la exodoncia del tercer molar, para la exodoncia del tercer molar se han practicado toda clase de incisiones, las cuales en la cavidad bucal deben de -- cumplir los preceptos que da la cirugía, la incisión y el -- colgajo que es su resultante reuniran una serie de condiciones que Schiele y Hauenstein señalan suscintamente.

Por lo consiguiente la incisión debe tener -- una base ancha como para que la irrigación no se encuentre - perturbada ni impedida, los vasos sanguíneos siguen un trazo anatómico y las incisiones no deben seccionarlos, ya que se-

pueden producir necrosis y esfacelos en el colgajo. Una indicación importante es que durante la intervención se debe tener buena visualización de modo que el colgajo obtenido -- permita ver correctamente lo que se hacen y que no interfiera en las maniobras quirúrgicas posteriores.

Las incisiones deben de ser hechas de un solo trazo sin línea secundarias que permitan una adecuada adaptación, será menester que el colgajo descanse en lo posible, - sobre hueso sano e integrando y que la sutura final repose - sobre una base segura y firme.

Con un bisturi de hoja corta se hace la incisión en la parte más alta de la cresta distal, por detrás de la cara distal del segundo molar, la longitud anteroposte- - rior de la incisión estará dada por el tipo de retención del tercer molar.

El trazo de la incisión se hará energicamente con el bisturi hasta percibir por debajo del instrumento la sensación de hueso o de la cara dentaria.

La incisión llega hasta la cara distal del segundo molar, desde ahí se contornea el cuello del segundo molar en su cara distal y continua festoneando la encia en su adaptación al cuello del segundo y primer molar, llegando -- también profundamente hasta hueso y seccionando los ligamentos correspondientes, está incisión se detiene en el espacio interdentario.

Es importante que con el bisturi se perciban nitidamente los tejidos duros suprayacentes; esto indicará - que se ha seccionado la mucosa y el periostio facilitando el despegamiento del colgajo.

Para los terceros molares retenidos con ausencia del segundo molar o en desdentado total, la incisión se realiza sobre la cresta alveolar, deteniéndose a nivel de la cara distal del primer molar, contorneando el cuello de este órgano dentario o prolongándose sobre la región vestibular.

En el caso de ausencia de todos los órganos dentarios de la arcada la incisión corre por el borde hasta dos centímetros aproximadamente del límite mesial del molar retenido, pudiéndose realizar una prolongación vestibular de la incisión.

PREPARACION DE LOS COLGAJOS.- Trazada la incisión se hace hemostasia, comprimiendo por breves instantes la región, se toma el periostotómo o en su defecto una legra o la espatula de freer, se introduce entre los labios de la herida progresando desde el lado distal hacia el mesial, el periostotómo toca el hueso y apoyándose en él se hacen suaves movimientos de lateralidad y giro, se desprende el labio bucal de la incisión, para facilitar la maniobra se puede apoyar el instrumento en el ángulo bucodistal del segundo molar desplazando el instrumento hacia la línea media del paciente, con este punto de apoyo se logra desprender el colgajo en toda la extensión que se desee.

A esta altura del procedimiento se toman unas pinzas de disección las cuales prenderán el labio bucal de la incisión y colabora en las labores siguientes.

El periostotómo siempre con apoyo en el ángulo bucodistal del segundo molar separa la encía que cubre la cara externa del segundo molar, continuando el periostotómo en esta función, desinserta la encía bucal del primer molar retenido deteniéndose a nivel del espacio interdentario en--

tre primer molar y segundo premolar.

OSTEOTOMIA.- Es el tiempo operatorio que consiste en la eliminación instrumental de hueso que cubre, protege o aloja el objeto de la operación, en la cirugía del tercer molar el término se aplica a la eliminación de hueso en relación con el tercer molar inferior retenido.

El objetivo de la osteotomía es eliminar la cantidad necesaria de hueso como para tener acceso al molar y disminuir la resistencia que está dada precisamente como ya fue señalado en su oportunidad; por la cantidad y calidad de hueso.

La osteotomía junto con la odontosección, simplifican un problema que de otra manera sería traumatizante, la osteotomía se realiza con escoplos, fresas y pinzas guías.

OSTEOTOMIA CON ESCOPLO.- El escoplo puede ser usado de dos modos distintos; el operador puede tomar el escoplo y el martillo, el primer instrumento tomado con la mano izquierda el segundo con la derecha, o el operador toma solo el escoplo dejando el martillo al ayudante. Este método parece el más indicado, puede de este modo el operador mantener separado el colgajo con la mano izquierda por medio del periostotómo, lo cual es muy útil en las maniobras de resección de hueso.

El manejo del martillo a cargo del ayudante, debe de ser desempeñado con energía y justeza, actuando sobre el extremo del escoplo con golpes secos, pero de real efectividad.

El hueso pericoronario es sumamente sólido,-

sobre todo los huesos bucal y distal, los fragmentos de hueso producto de la osteotomía deben ser cuidadosamente eliminados con pinzas de disección o pinzas para algodón.

OSTEOTOMIA CON ESCOPLA AUTOMATICO.- Cumple -- con precisión su misión de eliminar hueso, su manejo debe -- ser realizado con cuidado y experiencia, no es de fácil empleo. Las puntas se adaptan al martillo, movido por el torno dental, también es utilizado para la odontosección.

OSTEOTOMIA CON FRESAS.- Las fresas son instrumentos útiles para realizar la osteotomía, su empleo es simple y su función es realizada con éxito cumpliendo con ciertos principios:

Estos se refieren a evitar el calentamiento -- por el excesivo y prolongado fresado y evitar el embotamiento del instrumento por las partículas óseas que se depositan entre sus dientes, en ambas contingencias se observan las molestias postoperatorias consiguientes debidas a este motivo, son sumamente útiles las fresas de carburo de tungsteno, que resecan el hueso con precisión y rapidez.

El empleo del torno de altas velocidades simplifica aún más las técnicas para la osteotomía y la odontosección. Velocidades de 150 mil revoluciones por minuto pueden emplearse con el fin señalado.

La fresa en cualquier procedimiento elimina -- el hueso en total, o lo hace practicando pequeños orificios, los cuales se unen entre sí por medio de una fresa de fisura o de bola, o por un golpe de escoplo recto, resulta también de utilidad irrigar la zona en operación con un chorro de -- suero fisiológico tibio con una jeringa, o de un frasco de --

suero adaptado a esta función.

OSTEOTOMIA CON PINZA GUBIA.- En ciertas circunstancias puede emplearse para la osteotomía, la resección del hueso lingual exige el empleo de este instrumento, pues no siempre el escoplo logra cumplir esta misión a nivel de hueso.

La pinza gubia con sus bocados presiona y elimina la cantidad necesaria de hueso, actuando como una cizalla.

OSTEOTOMIA MESIAL.- Se trata de una osteotomía de acceso que se realiza a nivel del hueso mesial se puede efectuar por medio de escoplo o de escoplos finos de mediacaña o con fresas de bola, utilizando la pieza de mano.

El escoplo elimina la porción ósea mesial a partir del hueso al órgano dentario, la fresa se dirige trazando pequeños círculos que posteriormente se uniran.

OSTEOTOMIA BUCAL.- Se realiza con escoplos la extracción del hueso bucal, desde el borde alveolar hasta el lugar que la desviación del molar indique, puede actuar este instrumento dirigiendo su borde cortante paralelamente a la cara bucal, o puede hacerlo estando este borde perpendicular a dicha cara.

El hueso bucal es útil como punto de apoyo y debe ser conservado todo lo que permitan las circunstancias.

OSTEOTOMIA DISTAL.- La más útil y efectiva de todas las resecciones óseas es la que se realiza en el hueso distal, la eliminación del hueso permite que el elevador cum

pla su misión, dirigiendo al molar retenido hacia el espacio creado por la osteotomía distal.

Esta maniobra se realiza con fresa de fisura en el ángulo recto para las retenciones verticales, también se puede utilizar escoplo como el de Barry o el de Sorensen.

Puede efectuarse con el escoplo perpendicular a la cara superior del hueso distal, el bisel de la hoja dirigido hacia el lado distal o también puede actuar tangencialmente al borde óseo distal, realizándose la resección de bucal o lingual.

OSTEOTOMIA LINGUAL.- En algunos tipos de retención del tercer molar será necesario eliminar una porción de hueso lingual que puede oponerse a las maniobras operativas (no confundir osteotomía lingual con osteotomía del hueso oclusal que cubre el tercio lingual de la cara oclusal del retenido).

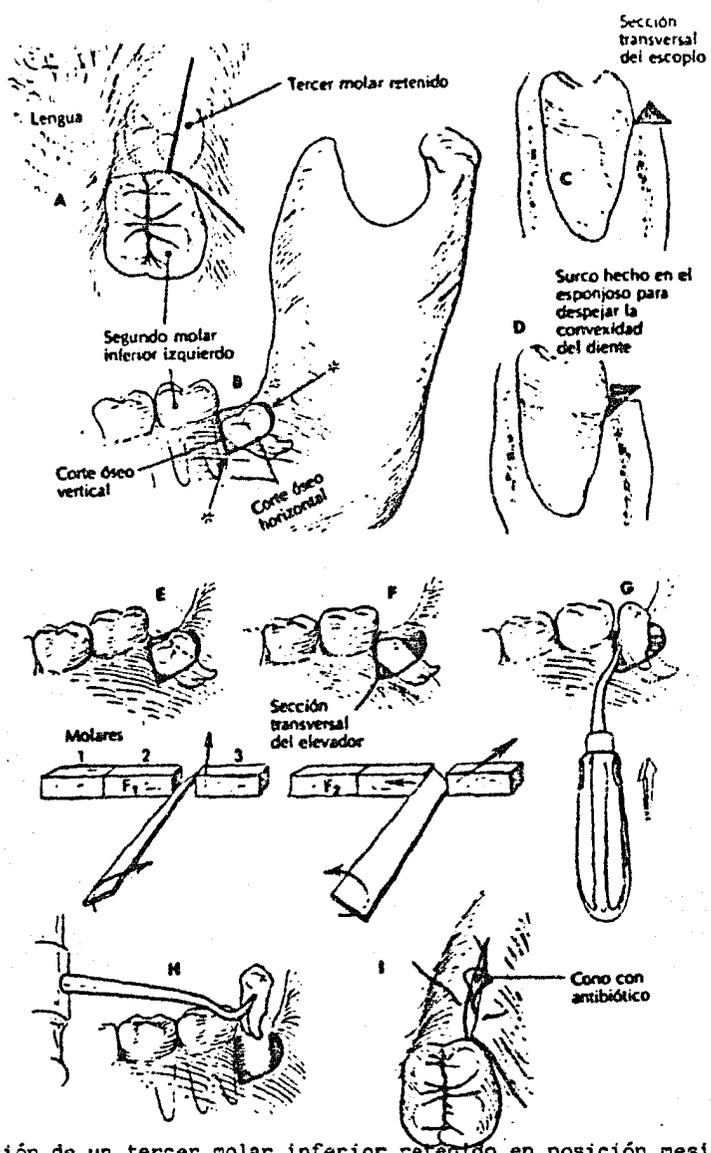
Cuando es necesaria la osteotomía lingual se realiza con escoplos o con pinzas gubia, puede ser útil también la fresa de bola número 8, utilizando la pieza de mano pero hay que tener cuidado de no desgarrar el colgajo lingual.

OSTEOTOMIA OCLUSAL.- El hueso oclusal requiere su eliminación con fines de abordaje y se realiza con fresas de bola o con escoplos.

En el primer caso se labran orificios formando entre ellos un rectángulo cuyos lados externo e interno coincidan aproximadamente con los ángulos bucooclusal y linguooclusal del molar retenido, se unen las perforaciones por

medio de un escoplo y se retira total o parcialmente la tapa ósea. En el segundo caso el escoplo realiza perforaciones y elimina los fragmentos de hueso lograndose la osteotomía por este medio.

El escoplo de Barry es útil en las retencio--
nes profundas donde hay bastante hueso oclusal.



4.- Extracción de un tercer molar inferior retenido en posición mesioángular. A, se ha una incisión por detrás de la cuspe vestibular del segundo molar y abarcando los tejidos fibulares. B, osteotomía; C, osteotomía horizontal; D, realización de una canaleta para -- rrar altura de la cortical externa; E, seccionamiento de la cuspe distal; F, posición -- elevador por debajo de la unión amolecemataria en la cara mesial. F1, dibujo que repre -- ta la acción del borde superior del instrumento al elevar el objeto posterior, observese -- el borde inferior de instrumento se apoya en la superficie basal y no en el objeto ante -- or. F2.- la toma con el instrumento fuerza al objeto posterior hacia atrás en lugar de lle -- c hacia arriba.; G, el diente es movido hacia arriba y atrás, tanto como lo permita el -- de oseco posterior; H, se realiza un movimiento hacia arriba con un elevador No. 14, si la -- z no puede extraerse siguiendo un arco con el elevador en punta de lanza; I, se lleva a ca -- la sutura.

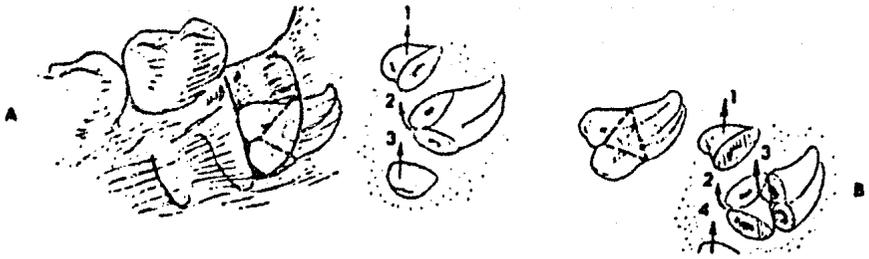


FIG. 5.- Retención horizontal. A, se seccionan las cuspides superior e inferior, el fragmento superior se extrae primero seguido por el grueso del diente, finalmente se extrae el fragmento inferior; B, retención horizontal (variación), si el lugar es insuficiente para la extracción del grueso del diente se hace una división cerca del cuello anatómico.

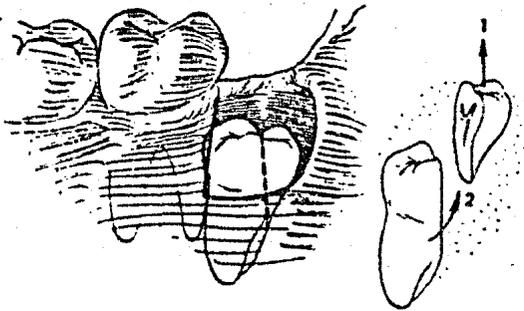


FIG. 6.- Retención vertical, se hace un corte largo, la cúspide distal se extrae primero seguida por la elevación del diente.

TECNICA DE G. MAUREL DIVIDIDA EN CUATRO TIEMPOS

1.- Incisión en bayoneta, de dirección anteroposterior, el trazo de la incisión es vestibular, un poco -- oblicua hacia adentro y hacia atrás, entre el espacio com- -- prendido entre el segundo y tercer molar, el segundo trazo -- es transversal, pasa entre los dos órganos dentarios y llega hasta la cara lingual, el tercero se dirige directamente hacia atrás, cortando la mucosa que recubre el tercer molar, -- esta incisión debe llegar hasta el hueso y en su última parte debe hacerse cerca de la tabla interna, pero sin llegar -- hasta ella, para evitar el corte de nervio lingual que pasa -- por sus proximidades.

2.- Terminada la incisión se empieza el segundo tiempo, que es el desbridamiento del colgajo, el que será siempre externo hacia el lado vestibular, con una legra se -- desprende la fibromucosa, dejando al descubierto el maxilar- -- inferior, si la retención es total y la mandibula y parte -- del órgano dentario, la retención será parcial.

3.- El tercer tiempo es la trepanación ósea -- la que tiene por objeto descubrir la corona del órgano dentario, debe comprender cuando éste está en posición horizontal a todo el hueso que cubre la totalidad del molar.

4.- El cuarto y último tiempo es la extrac- -- ción propiamente dicha la que se realizará con instrumentos -- como botadores y forceps.

Terminada la extracción se regulariza la herida ósea con pinzas de lombard o con cucharilla y finalmente -- se hace hemostasia por medio de un taponamiento de gasa yodo -- formada, que se deja hasta la próxima cita.

TECNICA DE WINTER

G. Winter realiza la extracción del molar en un solo bloque, pero su técnica se diferencia por ser conservadora de hueso en todo lo posible, para la realización de la cual, diseñó un instrumental adecuado, lo divide en dos grupos:

Elevadores y Osteotómos: los elevadores son 28, 14 para el lado izquierdo y 14 para el lado derecho.

Los osteotómos son 24 igualmente destinados a ambos lados del maxilar.

1.- Se incide la encía paralelamente al eje de la rama horizontal de la mandíbula, unas veces en la línea media, otras a lo largo del borde bucal, se completan estas incisiones con otra que corta verticalmente a las primeras y que se extiende hacia la cara bucal, en las proximidades del segundo molar.

2.- Se desprende el colgajo con legra.

3.- Se realiza la osteotomía con la extensión conveniente, utilizando los osteotómos indicados en caso de existir en la porción ósea distal un proceso patológico como focos de osteitis, granuloma posterior o el saco dentario de dimensiones suficientes, la osteotomía no será necesaria porque la pieza puede desplazarse hacia distal, a expensas del espacio creado por el proceso patológico. La cantidad de hueso a resecaarse está indicada por la forma radicular, la relación del borde superior de la oseoestructura con la bifurcación de las raíces y la distancia que el órgano dentario puede ser dirigido fuera de su alveolo, hacia distal y -

hacia arriba por la aplicación del elevador en la superficie mesial o mesiobucal.

La forma de las raíces indica el movimiento del molar y la cantidad de hueso a resecarse de la siguiente manera, según Winter.

Ambas raíces dirigidas hacia distal, la cantidad de hueso a resecarse debe ser suficiente como para que el órgano dentario pueda describir el arco que corresponde a la forma radicular y no encuentre hueso distal que se oponga a este movimiento.

Raíz mesial dirigida hacia distal y raíz distal recta, la cantidad de hueso a eliminarse debe ser tal -- que permita al molar dirigirse hacia atrás, siguiendo el arco de su raíz mesial, el hueso debe ser resecado en suficiente cantidad como para que el órgano dentario pueda ser dirigido hacia distal y permita la fractura del septum radicular

Raíces rectas, este tipo no necesita de una gran eliminación de hueso distal, con la aplicación del elevador en la cara mesial se dirige al órgano dentario en sentido distal.

Se aplicará la hoja del elevador cuidadosamente elegido, de acuerdo con el examen radiográfico previo.

El elevador es el instrumento que movilizará a la pieza y con el cual en todos los casos se terminará la operación.

Sutura del colgajo.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA

El uso de la fresa quirúrgica para realizar la osteotomía, es excelente, la fresa es un instrumento poco traumatizante, usandola con prevenciones debidas.

Estas se refieren al empleo de un instrumento nuevo y constantemente renovado en la misma extracción, y su refrigeración con agua esterilizada o suero fisiológico para evitar su recalentamiento. Empleada así no se tienen inconvenientes: necrosis, ni deformaciones del hueso, las cuales se originan por elevación de su temperatura.

TIPO DE FRESA.- Para realizar la osteotomía distal en esta clase de retenciones usamos la fresa quirúrgica colocada en ángulo recto, las fresas de bola o troncocónicas de carburo tungsteno, realizan facilmente la osteotomía, nunca ni en ningún caso se deben emplear piedras montadas en cirugias.

ODONTECTOMIA PROFILACTICA

El argumento que con más insistencia se aduce para la odontectomía profiláctica es el de la potencialidad de destrucción, los que aconsejan este procedimiento creen que el momento más oportuno para realizar la odontectomía es en edades comprendidas entre los 15 y los 20 años, puesto que los pacientes jóvenes presentan un curso operatorio y postoperatorio mucho mejor que los adultos y ancianos, aunque es obvio que estos argumentos son válidos es preferible no precipitarse y realizar una cuidadosa selección de casos. se deriva de las reglas para un cuidadoso examen radiográfico:-

co.

EXAMEN RADIOGRAFICO.- Es tan importante que sea completo, como que sea periódico, las placas de aleta de mordida son practicamente inútiles así como también las radiografías apicales, para poder visualizar un tercer molar, el órgano dentario y las partes y tejidos circunvecinos que lo rodean, deben observarse completamente, y esto se puede lograr con películas intraorales y extraorales en proyección lateral, también pueden emplearse pequeñas placas oclusales que proporcionan una buena orientación.

Propiamente los rayos X no revelan ningún estado patológico, sin embargo (y esto es casi tan importante) nos dibujan la posición y la anatomía del órgano dentario retenido, esto es de un valor inestimable en la extracción de los molares.

TECNICA QUIRURGICA

La técnica de elección aconsejada para practicar las odontectomías, es el seccionamiento dentario retenido, esto puede realizarse con el empleo de un martillo, cincel o de una fresa, esto último es el método recomendado.

Como en todo procedimiento quirúrgico la técnica se basa en un cuidadoso planteamiento, una exposición e instrumentación adecuadas y una buena asistencia auxiliar.

LOS PRINCIPIOS BASICOS SON LOS SIGUIENTES:

1.- Las incisiones horizontales proporcionan una buena exposición y facilitan el cierre posterior de la herida.

2.- En las retenciones mesioangulares, la incisión se realizará en el mismo sentido que el eje mayor del órgano dentario.

3.- En las retenciones verticales y distoangulares, la sección se realizará en el cuello dentario, separando la corona de las raíces.

4.- La alta velocidad en cirugía es eficaz y permite la eliminación rápida de hueso y deberá ser empleada ejerciendo movimientos muy delicados, sin presión y con irrigación continua.

5.- Se emplearán de preferencia elevadores.

6.- Se eliminarán cuidadosamente todos los restos de saco coronario, antes de suturar la herida.

7.- Es preferible en la mayoría de los casos la sutura de la herida y su curación por primera intención, a la aplicación de pastas periodontales.

TECNICA DE EXTRACCION POR ODONTOSECCION

Este método tiene como fin el de seccionar un molar de varias raices, transformando un órgano dentario único, en dos o más porciones para facilitar su extracción por separado. Se indica la elaboración de un colgajo mínimo del lado vestibular, para no traumatizar la cubierta gingival.

EXTRACCION POR ODONTOSECCION DE MOLARES INFERIORES

a).- PREPARACION DEL COLGAJO.- El cual deber ser mínimo o amplio que sea necesario, se hace una incisión vertical que partiendo de la papila interdientaria mesial, -- descienda medio centímetro oblicuamente hacia abajo y adelante, con el mismo bisturi se realiza la sindesmotomía en las caras lingual y bucal del molar, se separa el colgajo con -- una espátula de Freer, o con un periostotómo.

b).- OSTEOTOMIA.- Puede realizarse con un escoplo o con fresa de bola del número 3 o 4.

c).- ODONTOSECCION DEL MOLAR.- Puede seccionarse el molar a nivel de su cuello separando así la corona de las raices, para esto se emplea una fresa de bola con la cual se realizan orificios, la corona se elimina con un golpe de escoplo, también el escoplo puede separar la corona -- aplicandolo a nivel del cuello del molar.

USO DE LA FRESA.- Para completar el corte de la corona se usa la fresa de fisura número 560, la cual se -

dirige de bucal a lingual tratando de llegar hasta el espacio interradicular.

d).- SON DOS LOS FINES QUE SE BUSCAN CON LA ODONTOSECCION CON LA FRESA.- El primero es lógico separar las raíces, el segundo es crear un espacio en la corona que permita desplazar cada una de las porciones seccionadas, hacia distal o mesial, en el momento de la aplicación de los elevadores, para comprobar que el órgano dentario está perfectamente seccionado y dividido en dos partes, se introduce un elevador fino en el espacio creado por la fresa y se imprime un movimiento al instrumento hacia mesial y hacia distal con lo cual aseguramos la separación radicular y permitimos cierto grado de luxación a las raíces.

e).- EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.- Separados los elementos mesial y distal, pueden procederse a la eliminación de las raíces con pinzas, este instrumento está indicado con las raíces rectas y cuando se a hecho osteotomía en la tabla externa.

f).- APLICACION DE ELEVADORES.- Para extraer la raíz mesial se usa un elevador recto, este se introduce con pequeños movimientos giratorios de penetración en el espacio anterior. Esta maniobra será muchas veces suficiente para luxar, hacia distal, la raíz mesial, a expensas del espacio creado por la fresa.

Para completar la extracción se gira el elevador, en el sentido de adelante a atrás, apoyándose en el tabique mesial y dirigiendo el mango del elevador hacia adelante y hacia arriba y atrás.

El distinto grado de curvatura de la raíz me-

sial, condiciona la intensidad y la dirección de la fuerza.- La raíz debe ser desplazada en el sentido de su curvatura, - siguiendo el arco que la raíz describe.

EXTRACCION DE LA RAIZ DISTAL.- Eliminada la entidad mesial se habrá simplificado la operación en un 75%. La extracción de la raíz distal ofrece menos inconvenientes, pues puede ser abordada desde dos puntos distintos: El alvéolo mesial desocupado, o luxandola de distal a mesial por el mismo procedimiento con que fué eliminada la raíz anterior.

Para la extracción de la raíz distal preferimos el elevador angular de Winter número 12 o 13 (según el tamaño de la raíz), o el número 14, estos elevadores junto con el recto y sus similares (de Barry, Mead, Cleveland - - etc,), son de los instrumentos más utilizados para este tipo de tratamiento.

EXTRACCION DE LA RAIZ DISTAL CON ELEVADORES ANGULARES.- Pueden presentarse dos condiciones distintas en la extracción de la raíz distal: un tabique interradicular alto y un tabique interradicular bajo. La porción alta del tabique debe ser eliminada sin consecuencias, para esta maniobra es suficiente la punta aguda del elevador angular que actuando como un "pico", extirpa parte del hueso. Sin esta porción del tabique que se interponga a la acción del elevador, se introduce el elevador distal número 12, 13, 14 de Winter, en el alvéolo mesial vacío y apoyando la punta de la hoja del instrumento contra la cara mesial de la raíz distal e imprimiendo al mango del instrumento un pronunciado movimiento giratorio, se desplaza la raíz hacia arriba y atrás.

EXTRACCION DE LA RAIZ DISTAL CON ELEVADOR REC

TO.- Se coloca el elevador recto en el espacio interdental distal, con los mismos movimientos de rotación que los señalados para la raíz mesial.

La raíz debe ser dirigida hacia el alveólo vacío, con un movimiento similar pero en sentido opuesto al de la extracción de raíz mesial.

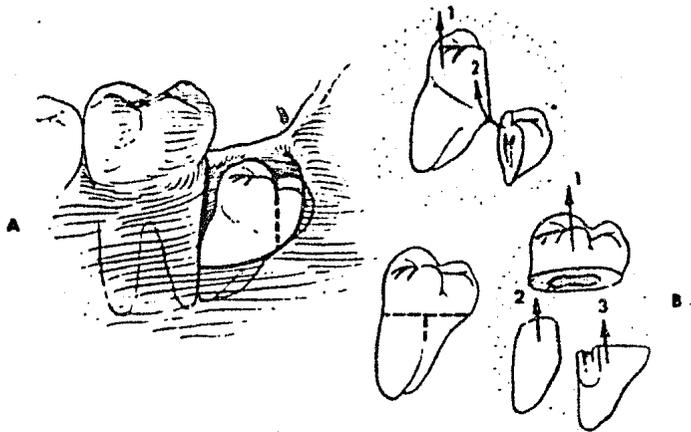


FIG. 7.- Retención distoangular; A, se separa la cuspe -- distal, se eleva primero el diente y luego se extrae la cuspe distal seccionada; B. retención distoangular (varia-- ción), se secciona el diente a nivel del cuello anatómico, -- se extrae la corona y se dividen y extraen las raíces por se -- parado.

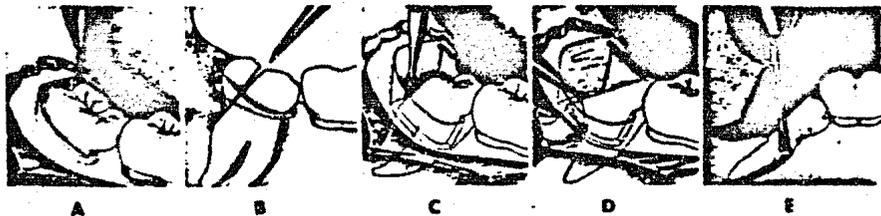


FIG. 8.- Técnica de la fresa. A, se reseca hueso alrededor -- de la corona; B, se secciona la corona con escoplo; C, se -- continua la resección a nivel de la bifurcación; D, se sec-- ciona la raíz distal; E, se secciona la raíz mesial.

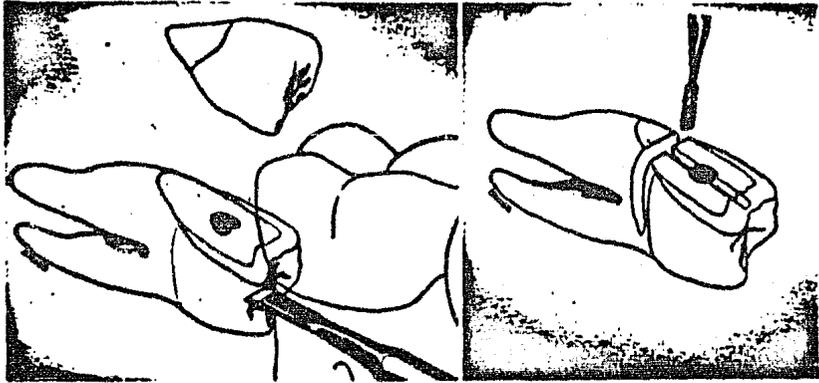


FIG. 9.- Retención horizontal; A, sección inicial con el escoplo; B, surco en forma de T, tallado de la dentina con una fresa.

EXTRACCION QUIRURGICA DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES

Se deben observar los siguientes pasos para la extracción de los terceros molares superiores:

1.- Se hace un exámen visual y digital de los tejidos blandos, tejidos duros y órganos dentarios adyacentes.

2.- Se estudian las radiografías del órgano dentario por extraer, tejidos vecinos y órganos dentarios adyacentes.

3.- Hay que clasificar el tipo de retención.

Factores que complican la extracción quirúrgica de los terceros molares superiores:

a).- Proximidad del seno maxilar.

b).- Ubicación del tercer molar en parte dentro de las raíces del segundo molar superior o inmediatamente por encima de ellas.

c).- Fusión del tercer molar con las raíces del segundo.

d).- Curvatura radicular anormal.

e).- Hiper cementosis.

f).- Proximidad al hueso cigomático del maxilar.

g).- Densidad ósea extrema.

Otros factores que también complican la ex---

tracción quirúrgica de los terceros molares superiores son -
en pacientes adultos:

1.- Espacio folicular lleno con hueso, lo que se ve con mayor frecuencia en pacientes ancianos.

2.- Dificultad de acceso al campo operatorio, a causa del musculo orbicular de los labios.

3.- Incapacidad para abrir la boca ampliamente.

NOTA.- Es muy difícil obtener visión directa en esta zona si el musculo orbicular de los labios es pequeño y si el paciente no puede abrir la boca ampliamente. En la actualidad la mayor visión se obtiene, en algunos casos, - con la boca parcialmente cerrada, lo cual permite mayor tracción de la mejilla.

TECNICA QUIRURGICA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR

a).- INCISION.- Puede realizarse de dos maneras que se llamarán bucal y anteroposterior, esta última se traza próxima a la cara palatina del órgano dentario, paralelamente a la arcada y en una longitud de un centímetro.

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 periostotómo y se sostiene con un separador

b).- OSTEOTOMIA.- El hueso que cubre la cara oclusal se elimina con escoplos rectos o con fresa, siguiendo las indicaciones dadas para la exodoncia del tercer molar inferior. En ciertos casos el hueso a nivel de la cara oclusal es tan frágil que puede ser eliminado con una cucharilla para hueso o con el mismo elevador.

c).- VIA DE ACCESO A LA CARA MESIAL.- La cara mesial será la superficie sobre la cual se aplicará el elevador para extraer el molar retenido.

Si es accesible, no se requiere ninguna manobra previa, si no lo es, se necesitará eliminar el hueso del tabique mesial, que impide la entrada del instrumento. La osteotomía a este nivel se realiza con un escoplo recto o con una fresa de bola.

d).- EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.- Cualquiera de los elevadores rectos puede ser empleado en la extrac-

ción del tercer molar retenido. Frecuentemente se emplean el número uno o dos R-L de Winter.

La técnica de empleo de los elevadores es penetrando la punta del instrumento en el espacio existente entre la cara mesial del tercero y la cara distal del segundo molar, la introducción del instrumento se realiza mediante un movimiento débil rotatorio que se le imprime al elevador, actúa en su primer tiempo como cuña, en este primer paso el elevador luxa el tercer molar.

El elevador de Winter o el recto de Ash, se aplican con su cara plana sobre la cara anterior del órgano dentario.

Por lo general el punto de apoyo útil es en la cara distal del segundo molar o el tabique óseo en caso de existir.

MOVIMIENTO DEL ELEVADOR.- Aplicado el elevador y separado el labio y carrillo con un espejo, se inicia suavemente el movimiento de luxación del molar retenido, para abandonar su alveólo el molar debe dirigirse en el sentido de la resultante de tres direcciones de fuerzas: el molar debe ser dirigido hacia abajo, hacia afuera y hacia atrás. Por lo tanto debe desplazarse el mango del elevador hacia arriba, adentro y adelante, con punto de apoyo en la cara distal del segundo molar.

Luxado el molar y si la fuerza aplicada no ha logrado extraerlo puede ser tomado con una pinza para extracciones y ser eliminado como un molar normal.

SUTURA.- Extraído el molar, revisados los

bordes óseos, en especial el tabique externo y posterior, se une el colgajo en su sitio y se hace: uno o dos puntos de su tura.

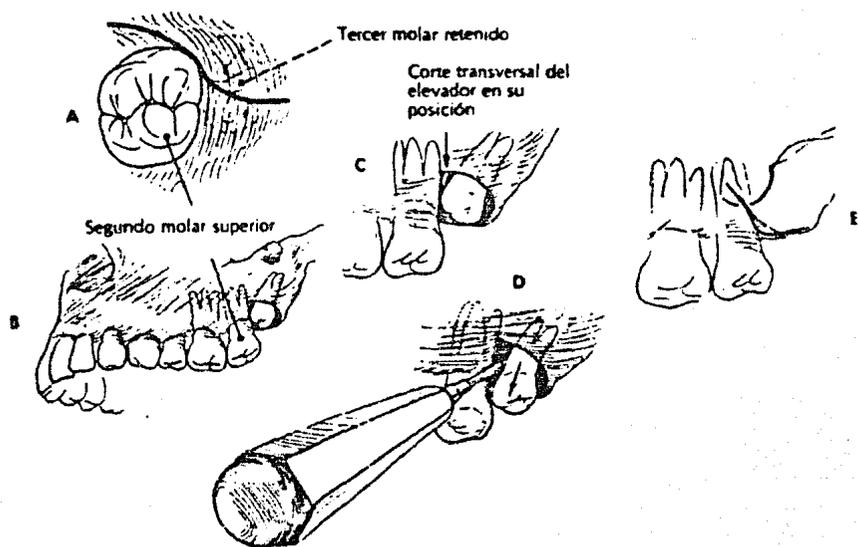


FIG. 10.- Extracción de un tercer molar superior retenido en posición mesioángular; A, se hace una incisión sobre la cresta alveolar, que se extiende hasta los tejidos vestibulares; B, se remueve el hueso; C, posición del elevador en la unión amelocementaria; D, se mueve el mango del elevador hacia - - arriba y abajo; E, se sutura el colgajo.

EXTRACCION POR ODONTOSECCION

a).- PREPARACION DEL COLGAJO.- Despegamiento de la fibromucosa, el colgajo mucoperiostico debe ser separado del tejido óseo, para esto se emplea una espátula roma o legra, el despegamiento del colgajo se inicia a nivel de la papila interdientaria, se introduce en este punto la espátula o la legra la cual se coloca debajo de la fibromucosa aplicando directamente sobre el hueso.

Es más sencillo despegar primero el colgajo a nivel del cuello del órgano dentario y luego continuar en toda la extensión necesaria tratando de no lastimar o cortar el colgajo.

b).- OSTEOTOMIA.- Puede realizarse con fresas, escoplo o martillo, la delgadez de la tabla externa permite el uso del escoplo bajo presión manual, con lo cual se elimina la porción necesaria de hueso.

c).- SECCIONAMIENTO DEL MOLAR.- Con una fresa de fisura se secciona la porción coronaria que posea esmalte, el corte debe llegar hasta el cuello del órgano dentario y se dejan libres las tres raíces.

Por tratarse de un molar superior se divide el cuerpo dentario en tres elementos, uno mesiobucal, otro disto-bucal y el tercero palatino. Este objeto se consigue seccionando el molar con una fresa de fisura número 560. Se comienza por separar las raíces bucales, la fresa de fisura dirigida perpendicularmente el plano del cuello dentario, llega hasta el espacio interdientario que separa las raíces bucales, a continuación se secciona y se separa el macizo pa

latino de las raíces bucales ya divididas, la fresa llega -- hasta el espacio interradicular, consiguiendo separar la -- raíz palatina de las bucales.

Se coloca un elevador en la cara bucal, entre las raíces del mismo lado, y dirigiendolo de atrás a adelante (o visceversa), se verifica la existencia de la separación radicular y al mismo tiempo se imprime un cierto grado de luxación a las raíces bucales.

EXTRACCION DE LA RAIZ BUCO-DISTAL.- Se coloca el elevador recto perpendicularmente en el espacio interdentario distal, lo más cerca posible del borde óseo.

El elevador debe dirigirse en el espacio interdentario por pequeños movimientos oscilatorios como fué - indicado antes para el maxilar inferior, se dirige el mango del elevador hacia atrás y se logra luxar la raíz hacia abajo y afuera.

EXTRACCION DE LA RAIZ MESIO-BUCAL.- Se utiliza la técnica antes mencionada para la extracción de dicha raíz, se introduce el elevador en el espacio interdentario mesial, dirigiendo el mango del instrumento hacia adelante, - se luxa la raíz hacia atrás y hacia abajo.

EXTRACCION DE LA RAIZ PALATINA.- Esta puede ser extraída con el mismo elevador empleado para las raíces bucales, se coloca la punta del instrumento contra la cara bucal de la raíz palatina, en el espacio periodóntico, todo lo que permita el ancho del instrumento, el elevador puede - actuar como cuña o como palanca, la raíz palatina también -- puede ser extraída después de luxada en el primer tiempo quirúrgico.

Tratamiento de la cavidad ósea.

Sutura de la región.

EXTRACCION QUIRURGICA DE ORGANOS DENTARIOS Y APICES RADICULARES

Si se respetan los buenos principios quirúrgicos, en la extracción de órganos dentarios y ápices radiculares, se conseguirán métodos terapéuticos más eficaces, con menos pérdida de tejidos, menos molestias post-operatorias.- un restablecimiento más rápido y menos defectos consecutivamente a la curación.

RETRACCION DEL COLGAJO.- La disección del tejido para exponer las estructuras subyacentes se denomina retracción del colgajo, este procedimiento es necesario para extraer las raíces retenidas. Los quistes residuales o el tejido patológico periapical en algunos tratamientos endodónticos, y para exponer exostosis y órganos dentarios retenidos.

Con frecuencia se llega a prescindir del colgajo en la extracción de muchos órganos dentarios y raíces fracturadas, es conveniente practicarlo, porque hace más rápida la operación, permite la osteotomía, la remoción de las raíces en visión directa. La retracción cuidadosa de un colgajo bien diseñado también reduce el trauma de los tejidos y por consiguiente contribuye a prevenir las molestias post-operatorias, el edema y el retardo en la curación.

Todo colgajo ha de tener el tamaño suficiente para exponer una zona adecuada con el fin de poder realizarla intervención sin lesionarlo, y también los tejidos adyacentes. Los instrumentos que se utilizan para la retracción del colgajo deben apoyarse sobre hueso y no sobre tejidos blandos.

El tipo de colgajo adecuado es el de forma se milunar, tomando como base incisión gingival, y la retrac- - ción del colgajo se lleva a cabo con una legra o una espátu- - la.

Si no hay suficiente campo operatorio se rea- - lizará una incisión oblicua liberatriz. La base del colgajo debe ser más ancha que el borde libre, con el fin de mante- - ner una buena irrigación del borde, todas las incisiones se- - milunares han de hacerse al menos un órgano dentario más - - aliá de la región en que se ha de eliminar hueso.

La incisión oblicua o vertical ha de terminar en el área interproximal y no en la superficie labial o bu- - cal de la raíz.

El tejido que recubre la prominencia de la -- raíz es delgado y después de la curación cualquier irregula- - ridad producida por contracción de la cicatriz o por una téc- - nica deficiente puede retener residuos y afectar a las es- - tructuras subyacentes sin protección, así mismo la incisión- - no ha de dividir la papila interdental, puesto que esta zona tiende a acumular residuos, la papila debe conservarse intac- - ta en el espacio interdental.

El colgajo debe hacerse de tal manera que se- - evite que la incisión llegue a lesionar estructuras anatóni- - cas vitales, como el nervio mentoniano o los grandes vasos y nervios palatinos. Cuando la intervención quirúrgica se rea- - liza para alcanzar las áreas periapicales de los órganos den- - tarios, los colgajos han de invertirse por medio de incisio- - nes en la hendidura gingival, y las papilas interdentarias - - deben incluirse en aquellos, las papilas no se deben cortar.

Otro método para la cirugía radicular periapical consiste en hacer una incisión en la encía adherida un milímetro coronal a la unión con la mucosa alveolar, con lo cual se proporciona mucoperiostio al margen del colgajo que se invierte.

La cicatriz es más rápida con este método, -- que con la incisión de la mucosa apical la cicatriz es mínima.

ODONTOSECCION DEL ORGANO DENTARIO

Los molares cuyas raices son muy divergentes-
presentan problemas para su extracción, estos se pueden sim-
plificar mediante la elaboración de un colgajo semilunar in-
vertido, y extirpación de la cresta del hueso vestibular al-
órgano dentario que se ha de extraer. Se expone así la bi--
furcación de las raices lo cual permite seccionar una o más-
raices de la corona para facilitar su extracción, antes de -
seccionar las raices hay que luxar la pieza con el forceps,-
con esta maniobra se luxan las raices y se pueden extraer --
más fácilmente.

EXTRACCION DE APICES DE RAICES FRACTURADAS

Tratar de recuperar a ciegas un fragmento de-
raíz, es hacer oposición al tratar de resolver el problema -
de tener que recuperarlo en estructuras más profundas, hay -
pérdida de tiempo y mayores problemas para el paciente.

El simple hecho de retraer el colgajo permite
con frecuencia visualizar el fragmento, si la separación del
colgajo no descubre la raíz, la supresión de la cresta vesti-
bular del hueso completará la exposición. Por lo regular se
emplean puntas para ápices de raíz, y fresas quirúrgicas de-
bola para cortar la raíz y el hueso en toda la circunferen--
cia de la raíz, con lo cual se crea un espacio que permite -
movilizarla, luxarla y extraerla.

ORGANOS DENTARIOS RETENIDOS

Es sumamente importantes la evaluación preoperatoria del paciente y del órgano dentario a extraer, se debe revisar la anatomía de la región.

El nervio lingual está muy cerca de la cresta alveolar en la zona del tercer molar inferior, y se expone el nervio y vasos alveolares inferiores al extraer dicha pieza, además la mandíbula es muy delgada detrás del tercer molar, y es fácil proyectar las raíces hacia el piso de boca.

El tercer molar superior tiene una vía de rotación hacia vestibular y distal, este órgano dentario se puede desplazar con facilidad al seno maxilar en su parte interna.

El órgano dentario retenido se secciona para facilitar su extracción por partes, hay que seccionarlo de modo que no se pierda de vista ningún fragmento. El operador nunca debe ejercer más fuerza con el elevador que la que permite el pulgar y los dos primeros dedos, si con esta fuerza no se luxa la pieza hay que eliminar hueso con una fresa de bola, haciendo la osteotomía, no deben utilizarse los elevadores con mango cruzado, por que desarrollan demasiada fuerza, y provocarían daño, al estar eliminando hueso hay que mantener una buena irrigación con suero fisiológico mediante una jeringa asepto.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

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

El tratamiento post-operatorio, como sostiene Mead, es la fase más importante de la labor del cirujano, ya que contribuye al éxito de la operación y al bienestar del paciente y aún puede mejorar o modificar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO INMEDIATO

Terminada la operación se limpia la cara del paciente con un trozo de gasa impregnada de suero fisiológico, y se lava la cavidad bucal con una jeringa asepto, con el fin de eliminar sangre, restos blandos, óseos y dentarios que pudieran haberse depositado en los espacios interdentarios, en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina, evitando de este modo que los coágulos entren en estado de putrefacción.

Se coloca un trozo de gasa esterilizada sobre el lugar de la extracción y se le dice al paciente que la muerda, en caso de haber realizado la intervención bajo anestesia general, el momento de colocar la gasa es al retirarse el mantenedor bucal: se cierra la boca del paciente, forzándole a morder el apósito.

Bajo cualquier forma de anestesia se lleva al paciente a una sala adjunta, para que descansa un tiempo pru

dente; este reposo post-operatorio es conveniente.

Si se realiza la operación bajo anestesia general la necesidad de reposo postoperatorio es obvia; en las intervenciones bajo anestesia local es útil para volver al paciente a su estado fisiológico normal.

Una taza de café o un estimulante mejorarán las condiciones que, aún ocultas, puede presentar un paciente normal después de una intervención.

Puede colocarse una bolsa de hielo sobre la cara, del lado operado, durante algunos minutos; este tratamiento lo repetirá el paciente en su domicilio, según las instrucciones impresas que es útil entregar al paciente, para que él mismo cuide su post-operatorio. El frío reduce la congestión, el edema y la hinchazón post-operatoria; tiene acción sobre la prevención de los hematomas y del dolor que preside a la operación.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO MEDIATO

De regreso él paciente a su domicilio, es útil y se acomoda a los principios de la cirugía fisiológica que guarde reposo durante algunas horas: 24 horas sería el tiempo ideal. Esta noción choca un poco con el espíritu desaprensivo de los pacientes, pero el reposo ayuda a restaurar las condiciones físicas, que naturalmente y sin él advertirlo han sido vulneradas. Por otra parte el reposo previene la posible hemorragia secundaria.

El paciente continuará colocando sobre su ca-

ra, una bolsa de hielo que mantendrá en su sitio durante 15- minutos con otros 15 minutos de descanso; en el caso de haberse realizado las extracciones de ambos lados, alternará la posición de la bolsa de hielo.

No es necesario que practique ningún tipo de enjuagatorios durante las primeras tres horas; es menester conservar la integridad del coágulo, el mejor obturador de la cavidad alveolar.

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

ALIMENTACION.- El paciente necesita someterse a un régimen de alimentación blando durante las primeras-48 horas siguientes a la operación. Es necesario cumplirlo, muchos de los trastornos post-operatorios se deben al hecho de que los alimentos duros lesionan la región, o el acto mas ticatorio y la succión puede modificar el estado local.

ANALGESICO.- El dolor post-operatorio es la consecuencia lógica de una operación en la cavidad bucal. - Esta en relación directa al grado del trauma; aplastamientos desgarros, dilaceraciones originan dolorosas consecuencias.

Heridas limpias y operaciones sin traumatismo raramente ocasionan dolor. De presentarse, debe ser combati vo por los distintos medicamentos que dispone la terapéutica

VITAMINOTERAPIA.- La ingestión de vitaminas- B y B12 colaborará a la restitución de los tejidos en el proce so cicatrizal.

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

El paciente debe regresar a la consulta a las 24 - 48 horas.

Se revisará el lugar de la intervención y se practicará un lavado sobre el sitio operado y sus alrededores, este lavado se realiza con comodidad por medio del atomizador del equipo dental en el cual se colocará una solución antiséptica débil y tibia, sobre la región operada y en los alrededores se deposita una capa blanquecina, de difícil eliminación. Los lavados con el atomizador lograrán desprenderlas; en su defecto se limpiará la región con una torunda de gasa.

RETIRO DE LOS PUNTOS DE SUTURA.- Los hilos - deben retirarse recién al cuarto o quinto día de la operación; la eliminación prematura puede originar hemorragias secundarias o por lo menos la movilización del coágulo con los consiguientes trastornos. El respeto por el coágulo es la base del éxito post-operatorio. Los hilos se retiran previo corte con tijera; sobre la zona operada se aplica un delicado chorro de agua tibia.

RETIRO DEL TAPONAMIENTO.- El objeto del taponamiento, es el de obtener un medio de obturación de la cavidad ósea que impida la putrefacción del coágulo. Por eso el taponamiento, aunque realizado sin fuerza, debe llenar toda la cavidad. La función reparadora por debajo del tapón se realiza recién al sexto u octavo día.

Por lo tanto es inútil y perjudicial extraer el tapón antes de transcurrido ese lapso. Además de las hemorragias y dolor que pueda originar, la (estructura) extracción prematura suprime los fines de esta terapéutica.

Al sexto día se extraerá la porción superior de gasa del taponamiento; tres o cuatro días después el restante.

La cavidad alveolar aparece cubierta por un franco tejido de granulación que indica la conducta a seguir. Se realizará un nuevo taponamiento con gasa yodoformada, impregnada tenuemente en el líquido del cemento quirúrgico, -- que permanecerá en la cavidad por dos o tres días.

Después de cada cambio de gasa se lavará la cavidad alveolar con un chorro de agua tibia a la que se le agregará una porción de solución de fenol alcanforado.

Realizando el último cambio de gasa el paciente mismo puede lavar su cavidad alveolar con una jeringa común; sobre todo después de las comidas.

C O N C L U S I O N E S

Una vez realizado la tesis sobre extracción de órganos dentarios retenidos, a través de la práctica y de los casos clínicos, observamos la importancia que tiene para el odontólogo no solo poner atención a lo que respecta a la cavidad oral, sino que también se da una cuenta de la importancia que tienen las estructuras anatómicas y la relación tan estrecha que guarda con los órganos.

Observamos que para poder llevar a cabo un adecuado plan de tratamiento se deben observar los siguientes factores:

Técnica radiográfica del órgano dentario, -- clasificación a la que corresponde el órgano dentario por -- extraer, técnica quirúrgica específica de extracción, y el instrumental adecuado para la realización de la operación.

También en este trabajo realizado hemos observado la importancia que los órganos dentarios no presentan alguna alteración patológica tales como abscesos y quistes.

El poder llevar a cabo una extracción correcta y sin complicaciones, la base es un diagnóstico preciso y adecuado para su realización, además de mantener una relación estrecha con los demás especialistas tales como; patólogos, cirujanos bucales, con lo cual nos llevará a resolver los casos con mayor efectividad.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- ANATOMIA DENTARIA,
José Luis Pagano,
Editorial Mundi.

- 2.- CIRUGIA BUCAL,
Guillermo A. Riez Centeno,
Editorial El Ateneo.

- 3.- CIRUGIA BUCAL,
W. Harry Archer,
Editorial Mundi.

- 4.- CIRUGIA BUCO-MAXILO-FACIAL,
Gustavo O. Kruger,
Editorial Panamericana.

- 5.- COMPLICACIONES EN CIRUGIA Y SU TRATAMIENTO,
Curtis P. Artz - James D. Hardy,
Editorial Interamericana.

- 6.- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICOS,
J. Englebert Dunphy - Lawrence W. Way,
Editorial Manual Moderno 1979.

- 7.- EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO,
Guillermo A. Riez Centeno,
Editorial El Ateneo.

- 8.- FARMACOLOGIA MEDICA,
Andrés Goth,
Editorial Interamericana, S. A. 1971.
- 9.- FISIOPATOLOGIA BUCAL,
Richard W. Tiecke,
Editorial Interamericana, S. A. 1960.
- 10.- MEDICINA BUCAL,
Dr. Malcolm A. Linch,
Editorial Interamericana, S. A. 1977.
- 11.- TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO,
Jesús Miguel Herrera,
Tesis Profesional.
- 12.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL,
Gustavo Kruger,
Editorial Interamericana, S. A. 1978.
- 13.- TRATADO DE CIRUGIA ORAL,
Walter C. Guralnick,
Salvat Editores.
- 14.- RADIOLOGIA ODONTOLOGICA,
Recaredo A. Gómez Mattaldi,
Editorial Mundi.