

5
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales
"ZARAGOZA"

EXTRACCION POR DISECCION



TESIS PROFESIONAL

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



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

CAPITULO I.-

Introducción.....	1
Fundamentación de la elección del tema.....	2
Planteamiento del Problema.....	2
Objetivos.....	3
Hipotesis.....	3
Desarrollo y Edo. Actual.....	3
Criterios de Organización Documental.....	4
Criterios de Analisis.....	5
Material y Metodo.....	6

CAPITULO II.-

PASOS QUE DEBEMOS SEGUIR PARA LA EXTRACCION POR DISECCION.

Consideraciones Previas.....	8
Historia Clínica.....	10
Planteamiento de los procedimientos operatorios.....	13
Asepsia, Antisepsia e Instrumental.....	15
Anestesia.....	17
Incisión.....	19
Desprendimiento del Colgajo.....	21
Osteotomia y Osteotomia.....	22
Extracción Propiamente Dicha.....	24
Sutura.....	27
Bibliografía.....	31

CAPITULO III.-

LAS CLASIFICACIONES DE POSICIONES Y TECNICAS PARA LA EXTRACCION POR DISECCION DE LOS CANINOS SUPERIORES.

Clasificación de Posiciones.....	32
----------------------------------	----

Caninos Incluidos.....	33
Anestesia.....	34
Incisión.....	34
Desprendimiento del colgajo.....	34
Osteotomía y Osteotomía.....	34
Extracción por Disección.....	35
Sutura.....	35
Extracción de Caninos Vestibulares.....	36
Extracción Simultanea de los Caninos y Dientes en la Arcada.....	37
Extracción de los Caninos en los Maxilares Desdentados.....	33
Transtornos que lo Ocasionan.....	39
Transtornos de Origen Mecanico.....	39
Transtornos de Origen Infeccioso.....	39
Transtornos nerviosos.....	40
Posición Intermedia.....	41
Bibliografía.....	42

CAPITULOIV.-

LAS TECNICAS Y ALGUNAS CLASIFICACIONES PARA LA EXTRACCION DE LOS MOLARES SUPERIORES.

Clasificaciones de Posiciones.....	43
Consideraciones preliminares.....	45
Anestesia.....	46
Incisión.....	46
Desprendimiento del colgajo.....	47
Osteotomía y Osteotomía.....	47
Extracción por Disección de los Molares Superiores.....	48
Sutura.....	49
Extracción de Molares Superiores Mesioangulados.....	50
Extracción de Molares Superiores Verticales.....	52
Posición Distocangular y su Extracción.....	54
Bibliografía.....	55

CAPITULO V.-

ALGUNAS CLASIFICACIONES Y TECNICAS QUIRURGICAS PARA LA
EXTRACCION POR DISECCION DE LOS TERCEROS MOLARES INF.

Clasificación de posiciones.....	56
Consideraciones Preliminares.....	57
Evaluación Preoperatoria.....	58
Anestesia.....	59
Insición.....	60
Desprendimiento del Colgajo.....	60
Osteotomía y Ostectomía.....	61
Extracción de Molares Mesioangulados.....	63
Sutura.....	65
Extracción de Terceros Molares Verticales.....	66
Extracción de Terceros Molares Horizontales.....	68
Extracción de Terceros Molares Distoangulados.....	70
Conclusiones.....	73
Resultados.....	75
Anexos y Bibliografía Gra.....	77
Análisis Retrospectivo de 236 Retenciones Dentales.....	78
Técnica Modificada por Libramiento Lingual para la extracción de los Terceros Molares Inferiores Incluidos.....	82
Disestesia Originada por Cirugía de los Terceros Molares Inferiores. Un estudio Retrospectivo y el Analisis de 1377-procedimientos quirúrgicos.....	30
Bibliografía General.....	103.

INTRODUCCION

Considero de importancia la eleccion del tema por ser parte inherente en la Odontología para el Cirujano Dentista ya que en el consultorio dental con frecuencia se presentan extracciones complicadas, en los casos que hay necesidad de profundizar más nuestras técnicas quirúrgicas y recurrir a la extracción - por disección.

Profundizare este campo mas minuciosamente ya que se considera de total importancia y no se especifica en las materias de la - escuela; en la práctica diaria se presentan problemas para el -- Odontologo dando así una solución satisfactoria a los problemas de extracción de piezas dentarias incluidas o dificiles, para - tener así una mejor evolución postoperatoria para el paciente. Ahonlar las técnicas dentales a nivel particular nos ayudará de manera satisfactoria tanto para el Cirujano Dentista como para el paciente.

Espero que esta tésis realizada de una forma concreta y precisa ayude al mejoramiento de técnicas dentales a los Cirujanos Dentistas.

Por tal motivo, desarrollo esta tesis de "Extracción por Disección" que esta compuesta de la siguiente manera:

Capitulo I.- Pasos generales que va a seguir toda extracción por disección desarrollando paso a paso desde lo mas minucioso hasta lo mas complicado.

Capitulo II.- Las clasificaciones de los caninos superiores y las técnicas que se utilizan mas frecuentemente.

Capitulo III.- Las clasificaciones y técnicas para extraer los - terceros molares superiores por Odontosección.

Capitulo IV.- Las técnicas y clasificaciones de algunas posiciones de los terceros molares inferiores.

FUNDAMENTACION DEL TEMA.-

El motivo que me inclina a elegir el tema es: Me llamó la atención por ser un tema interesante ya que la investigación que se nos da en el transcurso de la carrera es mínima comparada con la ayuda que puede brindarnos en la práctica privada la extracción por disección de piezas dentarias erupcionadas ó incluidas, siempre y cuando se planea todo minuciosamente paso por paso.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

¿Es conocida correctamente las técnicas para la extracción por disección por los Odontólogos en la práctica privada?

Las clasificaciones de posiciones que puede requerir por simple ó compleja la extracción por disección en los caninos superiores, terceros molares superiores e inferiores. La historia clínica es lo más apegada al tratamiento a seguir; Asepsia y Antisepsia que es desde el paciente operador e instrumental que se va a ocupar en la intervención; En la parte de la anestesia se menciona en que forma debe aplicarse ésta y la zona anatómica de acuerdo a cada caso; Incisión, en este paso doy a conocer los tipos de colgajos y la secuencia que debemos seguir; Desprendimiento del colgajo, usaremos la técnica menos traumática para no lesionar el colgajo explíco el seccionamiento de hueso de la forma más adecuada a cada caso para no extenderse inútilmente o llegar a la necrosis del hueso restante; La extracción propiamente dicha es la extracción por disección que utilizando esta técnica nos causará problemas menos estresantes y traumáticos postoperatorios para el paciente; Sutura, las diferencias que existen en la sutura e hilos específicos de acuerdo con la necesidad de cada intervención.

OBJETIVOS.-

1.- Por medio de esta tesis es orientar al Odontólogo para implantar en la práctica profesional la extracción por disección de las piezas dentarias incluidas o problemáticas para una extracción sencilla.

2.- Lograr por medio de esta tesis que el Cirujano Dentista como profesionalista tome conciencia de la gran ayuda que nos puede brindar planeando adecuadamente la Odontosección.

3.- Familiarizar al Odontólogo con esta tesis con los métodos y técnicas adecuadas para hacer una buena extracción por disección.

HIPOTESIS.-

La atención Odontológica por Odontosección que recibe el paciente es manejada correctamente por los Cirujanos Dentistas.

DESARROLLO Y EDO. ACTUAL.-

Se han venido investigando acerca de los para la Odontosección y se han encontrado las modificaciones en las técnicas quirúrgicas que han ayudado a minorizar el traumatismo en la intervención de la práctica Odontológica.

Durante la planeación de la intervención consideramos de gran utilidad conocer paso a paso detalladamente las técnicas que utilizaremos.

CRITERIOS DE LA ORGANIZACION DOCUMENTAL.-

La organización documental esta planeada de acuerdo a la -
secuencia que se va a seguir en los siguientes 4 capitulos de -
que consta esta tesis y son:

Capitulo I.- Pasos generales para la extracción por disección

Capitulo II.-Clasificación y extracción por disección de los ca-
ninos superiores incluidos, y algunos transtornos que lo ocasio-
nan.

Capitulo III.-Clasificación de los molares superiores y técnicas
para la extracción por disección.

Capitulo IV.-Extracción por disección de los molares inferiores
y su clasificación.

CRITERIO DE ANALISIS.-

Algunos autores nos recomiendan utilizar escoplo y martillo siempre y cuando el Cirujano Dentista sea diestro en el manejo de éste y use la técnica adecuada para una buena intervención quirúrgica.

La preferencia que se ha hecho por el uso de la pieza de baja y alta velocidad es porque resulta menos complicada y menos traumática, tanto para el seccionamiento del hueso como de la pieza dentaria.

Debemos apegarnos a las reglas para el manejo del martillo y el escoplo, como sería en el uso de la pieza de baja o alta velocidad; la irrigación de solución estéril, apegándonos lo más posible a las reglas ya antes mencionadas.

MATERIAL Y METODO.-

CRITERIOS DE SELECCION.-

Para la información documental se recabará los datos de los siguientes libros y revistas, dos de los artículos son tomados del CENIT y otro de la A.D.M.

Los artículos del Cenit de Jada, J. Oral traducidos en español y uno de la A.D.M.

Los libros que utilizaré son: Anestesia, Radiología, Cirugía y Patología, y los artículos son de casos interesantes lo mas recientes y sobre el tema.

Las revistas y libros utilizados en esta tesis son lo mas apegado para el tema y extractados de una forma sencilla.

Y son los siguientes:

- 1.- W. Harry Archer. ATLAS PASO A PASO DE TECNICAS QUIRURGICAS Editorial mundi 2a. edición.
- 2.- Leo Winter D.D.S. TRATADOS DE EXODONCIA Editorial Pubul Barcelona.
- 3.- Dr. Edmundo Batres Ileson PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA BUCAL Editorial Continental S.A. de Méx. 1a. edición.
- 4.- Cmo. A Ries Centeno EL TERCER MOLAR RETENIDO INFERIOR Editorial el Ateneo.
- 5.- Cvo. D. Kruger TRATADOS DE CIRUGIA BUCAL Editorial Interamericana 1a. edición.
- 6.- Cmo. A. Ries Centeno CIRUGIA BUCAL Editorial el Ateneo 3a. edición.
- 7.- H. Birn J.E. Winther ATLAS DE CIRUGIA ORAL Salvat editores
- 8.- Jess Hayden jr. y Niel Bjorn Jorgensen ANESTESIA ODONTOLOGICA Editorial Interamericana 1a. edición.
- 9.- R.A. Carson CIRUGIA Y PATOLOGIA ODONTOLOGICAS Editorial el manual moderno 3a. edición
- 10.- Richard C. Obrien RADIOLOGIA DENTAL Editorial Interamericana 2a. edición.

- 11.-A. Bauchet J. Cuilleret ANATOMIA DE CARA CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS Editorial Panamericana.
- 12.-Marcelo Friedenthal DICCIONARIO ODONTOLOGICO Editorial Panamericana
- 13.-W. Harry Archer CIRUGIA BUCAL Editorial mundi 1a. y 2a. edición.
- 14.-Mead Sterlin V. CIRUGIA BUCAL
- 15.-Dr. Abel Archundia EDUCACION QUIRURGICA Editorial fco. Mendez Cervantes 1a. edición.
- 16.-Deryl P. Kipp D.D.S.; BURTON H. Goldestein, William W. Weiss, - DYSESTHESIA AFTER MANDIBULAR THIROL MOLAR SURGERY A RETROSPECTIVE STUDY AND ANALYSIS OF 1377 SURGICAL PROCEDURES Jada vol. 100 February 1980 pag. 185-191.
- 17.-James E. Lewis, Lincoln Neb. MODIFIED LINGUAL SPLIT TECHNIQUE FOR EXTRACTION OF IMPACTED MANDIBULAR PRD MOLARS J. Oral surgery vol. 38 August 1980 pag. 578-583.
- 18.-Dr. Salvador Anaya Alva, Dra. Ma. Patricia Garduño Garduño ANALISIS RETROSPECTIVO DE 238 RETENCIONES DENTARIAS A.D.M. XXXVI mayo-junio 1979 pag. 269-271.

CONSIDERACIONES PREVIAS.-

(1) Es aquella extracción que vamos hacer con la preparación previa de un colgajo mucoperiostico, esto es con el fin de tener una buena visibilidad. Para la extracción de una pieza dentaria por extraer y evitar los problemas posteriores.

También se le da el nombre de extracción con alveolotomía por desalojar un órgano dentario de la tabla ósea.

El término de extracción quirúrgica por disección es una técnica en cirugía bucal ya que una extracción por mas sencilla que sea, se complica.

Ahora en nuestros días no es concebido correr riesgos como cuando existen raíces supernumerarias, raíces anormales, dilaceradas, etc.

Se debe hacer una historia clínica completa, estudios radiográficos, estas extracciones por disección están indicadas en:

Indicaciones:

- 1.- Restos radiculares
- 2.- Dientes de posición anómala
- 3.- Dientes retenidos
- 4.- fracturas por fragilidad en dientes desvitalizados
- 5.- Dientes con coronas destruidas sin punto de apoyo
- 6.- En alveolos hipercalcificados
- 7.- Dientes con apices perpendiculares al eje largo de los dientes.
- 8.- Dientes con corona de pivote
- 9.- Cuando el piso del seno maxilar esta muy abajo y penetra entre las raíces bucales y palatinas de los molares superiores.
- 10.- Cuando la tuberosidad alveolar del maxilar superior esta hueca porque la cavidad central se extiende hasta allí
- 11.- Mandíbulas delgadas en las cuales se requiere fuerza excesiva para luxar los dientes, esto puede provocar fractura mandibular.
- 12.- Cuando la presión de las piezas para extracciones sobre un diente inferior al intentar su luxación produce la dislocación del cóndilo mandibular de la cavidad glenoidea (a pesar de los esfuerzos.)

CONTRAINDICACIONES.-

Por toda la bibliografía ya estudiada las contraindicaciones - serian: nulas ante el buen planeamiento y usando la técnica adecuada para realizar la extracción por disección con éxito.

HISTORIA CLINICA

Nombre

Edad

Sexo

Antecedentes Heredofamiliares No PATOLÓGICOS

En este capítulo entran todos aquellos antecedentes que no tengan que ver con la patología del paciente como son:

-¿Si los padres padecan de alguna enfermedad...de cancer, diabetes, enfermedades crónicas dentales.

Algunas enfermedades que pudieran dar en un momento determinado una orientación al cirujano dentista para pensar que podría estar relacionado con la enfermedad que presenta el paciente en estos momentos.

Antecedentes personales No PATOLÓGICOS

Es importante porque nos dice la forma de vida que ha llevado el paciente con sus hábitos higiénicos, dietéticos; también si el paciente tiene el hábito de fumar o tomar bebidas embriagantes.

-¿ Y desde que edad inicio estas toxicomanías ?

También se pregunta, ¿que grado de escolaridad tiene?

Porque se puede apoyar en esta la educación, cultura-habitos, ya que cuando una persona tiene mayor escolaridad no va necesitar de tanta explicación y además se va a llevar su tratamiento adecuado.

La alimentación es importante para saber si cumple con los requisitos mínimos necesarios en proteínas, grasas, carbohidratos.

Padecimiento Actual

Es por lo que acude el paciente, aquí hay que hacer semiología de cada uno de los síntomas que presenta el paciente, así como el tiempo de inicio del padecimiento, si es agudo o crónico.

¿En que pieza dentaria tiene el dolor?

¿Si este dolor es irradiado?

¿Si únicamente lo presenta al masticar, por las noches, a los cambios extremos de temperatura, de los alimentos que ingiere ó con que aumenta?

¿Si el dolor es súbito o insidioso?

¿La intensidad del dolor?

Además de estos puntos es importante preguntar.-

¿Que tipo de medicamentos a utilizado para el dolor?

¿Si se automedicamento ó bien acudio con algun medico en particular?

¿Los medicamentos que receto, la dosis y el tiempo que los tom6?

Exploración Fisica.-

T-A	Temperatura	Pulso	Respiración
-----	-----	-----	-----

Estos datos son importantes porque nos damos cuenta del estado del paciente.

Con estos datos podremos saber si hay alguna alteración cardiovascular, hipertensión, también infecciones que no se observen clinicamente, su facie de dolor y si coopera con el interrogatorio y al tratamiento.

Examen Intrabucal.-

Mucosa.- Se observa el color, su constitución integral, forma y volumen.

Estudios de laboratorio y radiográficos.-

B H

Tipo sanguineo

Radiografias - Se tomaran radiografias periapicales, extrabucales superiores e inferiores (en estos se observa perfectamente los terceros molares incluidos).

(9) En los casos de los terceros molares incluidos superiores e inferiores en las radiografias periapicales se debe centrar la película sobre la región del tercer molar, también debe adaptar una posición superior en el paladar de manera que pueda obtenerse una exposición adecuada o paralela al mismo nivel que las cúspides del 1º y 2º molar se debe encontrar el borde superior de la película del 3er. molar inferior.

Y para tener una mejor visión de todas las piezas dentarias que existen o que nos puedan dar algun problema con el tratamiento a seguir proseguiremos con el llenado del parodontograma.

Dientes cariados
Dientes obturados
Extracción indicada
Extracción efectuada
Parodontopatías

Enseguida el plan de tratamiento a seguir en la cirugía
o bien en la restauración total de su boca.

Pronóstico.-

Este puede ser bueno o malo.

PLANTEAMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS.-

(13) Estudiaremos las radiografías cuidadosamente, observando si la radiografía muestran el tamaño exacto y completo, no elongadas o acortadas, la forma y curvatura de las raíces. también en el número y la proximidad de las raíces o coronas de los dientes adyacentes o estructuras vitales.

-Clasificar la retención - Estudiar las radiografías oclusales y periapicales para establecer la relación vestibulolingual del diente.

-Examinar la posición de las raíces en relación con la región anatómica.

-Releerse los resultados de los exámenes clínico y físicos bucales de los tejidos duros y blandos que rodean el sitio de la intervención.

-Ya reunida toda la información obtenida de los exámenes precedentes y planeada la operación. Si fuera necesario hay que modificar el plan, por si surgiera complicaciones inesperadas en el planteamiento.

-Planear la extensión del colgajo per realizar teniendo en mente la necesidad de una exposición adecuada, con el mantenimiento de una buena irrigación sanguínea del colgajo después de la operación. Al considerar el colgajo debe tenerse presente las zonas musculares nos interesa al igual que los agujeros y vasos que salgan de ellos.

Hay que decidir si la pieza dentaria retenida puede ser extraída o no por medio de la odontosección, una combinación de remoción ósea y división dentaria o solamente por la exeresis del hueso adyacente.

-Se debe de determinar el instrumental y el mejor método para la osteotomía según su habilidad de escoplo o fresa o bien combinados.

-Para determinar el trauma se prevee la dirección para - elevar la pieza dentaria retenida y el instrumental necesario para lograr un buen resultado con el trauma mínimo.

A S E P S I A, A N T I S E P S I A
E I N S T R U M E N T A L.

(15) Se define como el método preventivo que se emplea en cirugía para mantener estériles a todos los objetos, instrumentos y materiales que han de estar en contacto con las heridas, de modo que la curación se logre en la primera intervención.

Así se dice que la cirugía moderna es aseptica por el uso de instrumento estéril, suturas, ropa, guantes, etc.

Por lo mismo juegan un papel muy importante en la cirugía por lo que nosotros trataremos de aplicar sus reglas lo mas - apegado posible, apliándolas tanto al operador como al paciente, material y equipo.

La cavidad bucal nunca esta quirurgicamente limpia a pesar de seguir todas las técnicas de asepsia.

El operador debiera de estar previsto de ropa quirúrgica - como son: gorra, cubrebocas, guantes de hule, uniforme quirúrgico, botas, etc. todo ello limpio.

El lavado de manos se hará con agua corriente, jabón líquido o algun otro antiséptico con la técnica mas conveniente, con una compresa estéril se secarán las manos y los antebrazos; siguiendo la técnica aseptica se pondrá la bata que abrochará la enfermera circulante, y por último los guantes estériles.

(5) La elección del instrumental. El cirujano dentista debiera de constar con el instrumental suficiente y adecuado -- para el tipo de intervención quirúrgica a practicar, teniendo en cuenta que el uso de número de número exagerado o insuficiente de instrumental le resta al operador tiempo, destreza y eficacia; es conveniente tener un orden fijo del instrumental sobre la charola estéril y ésta en la mesa de mayo, para encontrar rápidamente sin pérdida de tiempo, lo cual repercutiría en la operación.

Hago en seguida una lista del instrumental indispensable para nuestra operación, el cual variará según la técnica a seguir, por lo general usamos el siguiente instrumental:

- Bisturí de preferencia de hoja intercambiables
- Tijeras curvas y rectas

- Pinzas de Kelly
- Pinzas de curación con dientes y sin ellos
- Pinzas de hemostasis (tipo mosquito) rectas y curvas
- Pinzas de campo o urinarias
- Espejos bucal
- Exploradores
- Legras para peristio
- Lima para hueso
- Alveolotomo
- Escoplo
- Elevadores
- Forceps
- Fresas quirúrgicas
- Jeringas desechables
- Eyectores de sangre y saliva

Anteriormente se usaban cinceles y martillo manual de presión o el de percusión.

A N E S T E S I A

(8) Después de haber completado la historia clínica, estudios radiográficos y exploración física se programa la intervención quirúrgica, un paso muy importante a seguir es la aplicación de la anestesia, para ello es necesario seguir paso a paso las distintas etapas a las que el anestésico concierne.

El anestésico local actúa de manera reversible en la conducción de las sensaciones dolorosas.

Esta acción queda limitada al segmento de la fibra que se halla en contacto íntimo con el anestésico.

Cuando la solución anestésica se deposita cerca de una fibra nerviosa o se infiltra en la proximidad de las terminaciones nerviosas sobre las que se desea que actúe, sino que este se difunde a diferentes direcciones.

La corriente sanguínea de los capilares, arterias y venas adyacentes aceleran la eliminación del anestésico que pasa por dichos vasos.

Como su nombre lo dice el anestésico local disminuye la conducción a lo largo del nervio, de los impulsos producidos por estímulos dolorosos. Según sea el tipo y el tamaño de las fibras nerviosas afectadas, se observa también una disminución en la conducción de otros tipos de impulsos. Los mecanismos que rigen la acción de los anestésicos no están totalmente aclarados todavía, aunque se conocen ya muchos aspectos de gran interés.

Se ha encontrado que mediante estas técnicas estos anestésicos ejercen distintos efectos progresivos sobre la conducción de los-

impulsos de las fibras nerviosas, siendo las siguientes: aumento del umbral necesario para producir la excitación, disminución progresiva en la amplitud del potencial de acción y moderación de la velocidad de conducción hasta cese total de la propagación de los impulsos.

Por supuesto que en una fibra nerviosa voluminosa estos efectos no se producen simultáneamente ni en la misma intensidad, debido a las cantidades variables.

Sus efectos secundarios pueden manifestarse desde síntomas de inquietud, apresión, temblares y en los casos más graves convulsiones y reacciones de hipersensibilidad.

Generalmente estos síntomas son transitorios y no ameritan tratamiento especial únicamente se recomienda tener todo preparado en previsión de una posible depresión respiratoria como barbitúricos inyectados intravenosa.

existe también la toxicidad local, apareciendo reacciones tisulares locales y son: eritema, edema, induración o necrosis en el sitio de la inyección, no se puede atribuir estos efectos a la dosis y a las concentraciones indicadas.

(5) Aunque generalmente se puede reducir aun más el dolor usando una aguja fina y puntiaguda y haciendo en la mucosa de la piel una rápida impulsión empujando el émbolo en el momento preciso que la punta de la aguja ha penetrado en la mucosa.

Debemos inyectar muy lentamente, pues el líquido inyectado cumple mucho mejor su finalidad y ocasiona menos daño si penetra en un tejido que se encuentra ya bajo la influencia de una dosis previa.

I N C I S I O N

Básicamente la indicación para el colgajo quirúrgico es la incapacidad de eliminar la estructura o el tejido sin traumatizar los tejidos circundantes. Un proceso cerrado fracasa en cambio se obtiene visualización y acceso apropiado mediante un proceso abierto.

Este colgajo deberá permitir un campo operatorio amplio - (que se pueda abarcar con la vista incluso su inmediata vecindad (Wassmud); bien eliminado y de fácil acceso y que posibilite un cierre hermético de la herida.

Un colgajo traumatizado trae una mala y retardada cicatrización.

La hoja del bisturí es necesario que tenga un filo perfecto para no desgarrar ni lesionar el periostio.

Esta incisión debe ser de:

- a) Un solo trazo
- b) Que el levantamiento del colgajo abarque mucosa, submucosa y periostio.
- c) La base del colgajo debe ser mayor al borde
- d) El colgajo deberá de ser lo suficiente grande para proporcionar visualización y espacio adecuado para extirpar el hueso sin dañar por eso los bordes tisulares blandos.
- e) La incisión deberá hacerse siempre sobre hueso que no vaya a eliminarse de manera que las incisiones suturadas estén sostenidas por el mismo (6).

(5) Los dos tipos de colgajos básicos quirúrgicos intrabucales son: El colgajo envolvente y el colgajo que tiene un componente vertical sobre la superficie bucal ó labial.

El colgajo envolvente se hace cortando los tejidos al rededor de los cuellos de varios dientes en posición anterior y posterior con relación al área y extendiéndose el colgajo bucal resultante alejándolo del hueso.

Este colgajo se usa para extraer los dientes impactados - mas que en otro tipo de extracciones.

En el colgajo vertical se usa una incisión vertical que -

se extiende desde el pliego mucobucal hasta la incisión gingival horizontal alrededor de los cuellos dentales. Se eleva menos tejidos y las fibras gingivales libres de los dientes adyacentes no se cortan.

Los colgajos más usados son:

- 1.- Colgajo de Newman.- Se utilizan para eliminar quistes, bol sas parodontales, mesiodents, absesos, dientes incluidos.
- 2.- Colgajo de Parsh.- Se utiliza para eliminar absesos y quistes pequeños, así como para apicectomías.
- 3.- Colgajo de la boveda palatina.- Este colgajo se puede hacer lateral derecho a partir de la línea media o bien lateral izquierdo y bilateral ;se utiliza en dientes incluidos por pa ladar y quistes.
- 4.- Colgajo de la línea media.- Este se hace en paladar y está indicado en tórus palatino.
- 5.- Colgajo de Kaus.- Este colgajo lo utilizamos en terceros molares superiores e inferiores.

Los colgajos suturados sin base ósea firme se retraen o se rompen las suturas, dando como consecuencia malformación de difícil solución.

DESPRENDIMIENTO DEL

COLGAJO

(5) El colgajo mucoperiostico debe ser separado del tejido óseo.

Se separa el colgajo mucoperiostico del hueso por medio de un periostotomo o legra hasta que la estructura ósea este completamente expuesta, pudiendo visualizar una prominencia en el hueso, la corona o raíz a extraer.

El colgajo debe mantenerse inmóvil durante el curso de la operación para el cual se pasa un hilo de sutura por un extremo del colgajo, anclándose a la pieza dental del lado opuesto ó también con la ayuda del asistente puede estar reteniendo el colgajo con unas pinzas de disección separándolo toda la extensión necesaria.

Tiene por objeto eliminar el hueso que sobre la pieza dentaria retenida, esta puede llevarse a cabo con fresas quirúrgicas, siendo lo más recomendable bien un escople o martillo aunque este es molesto para el paciente por el constante golpeteo.

(1) El uso de la fresa: Se hacen orificios con una fresa redonda del no. 4 ó 5 a una distancia de 3 mm. uno le otro al rededor de la corona del diente retenido, cuidando de no lastimar las raíces de los dientes vecinos, es importante tener presente que durante el corte del hueso este debe ser irrigado con suero fisiológico para evitar el calentamiento y la posible necrosis del hueso.

Los orificios creados por la fresa redonda se unen entre sí por una fresa de fisura fina o con un escople y martillo y se retiran los fragmentos de hueso que cubran la corona. Se aumenta el tamaño de la apertura por medio de fresas, hasta que se vea completamente la corona y se continúe la extracción por disección.

(13) Las fresas más aplicadas en la cirugía bucal son las series de carburo, fisura dentada no. 2 y no. 4. Estas fresas se usan generalmente para seccionar dientes retenidos, como para la exposición del hueso vestibular.

También las fresas de carburo del no. 9 y no. 10 son redondas y recomendadas para eliminar hueso cercano a piezas dentarias retenidas. Las series de acero de alta velocidad del no. 7 y el cual ha sido usado para reducción de hueso denso, torus y alveolotomías.

El no. 14 se recomienda para incisiones óseas en osteotomías del maxilar inferior.

Algunos autores usan el martillo y el escople como ya se in-

dice ó las fresas de alta o baja velocidad, usando los instrumentos de su preferencia.

EXTRACCION PROPIAMENTE

D I C H A.

Después de la osteotomía se hace la extracción de los órganos dentarios retenidos o erupcionados.

En los procedimientos de un diente retenido con una sola raíz se puede resolver con los procedimientos comunes, ó se aumenta ampliamente la ventana ósea por donde debe eliminarse el diente y se secciona éste para extraerlo.

El primero exige sacrificio del tejido óseo vecino, porque para extraerlo sin traumatismo un canino retenido debe eliminarse una cantidad de hueso considerable.

El segundo es sencillo, rápido y elegante, es la aplicación de la odontosección, se corta el diente en el número de trozos que sea necesario y se extraen sus partes por separado.

En los molares retenidos la incisión debe ser lo suficientemente amplia.

La osteotomía debe permitir la odontosección de la corona con respecto a las raíces, tomando el camino más corto en la menor cantidad de esfuerzo.

Para llevarse a cabo la extracción de raíces debe seccionarse en trozos necesarios de acuerdo a los números de las raíces de los molares para disminuir el volumen de la masa radicular para hacer un intermedio de palancas elevadoras atraumáticas.

La extracción por disección de los molares erupcionados debe ser indicado en base al estudio clínico de rayos x (Estas indicaciones se mencionaron anteriormente)

En la duda sobre el valor mecánico de la corona dentaria se debe recurrir al método de seccionamiento. Es más fácil y requiere menos tiempo y menos energía cortar la corona y seccionar las raíces que enfrentarse intempestivamente con una fractura coronaria por debajo del borde óseo. La odontosección es transformar un cuerpo unico en dos o más partes para facilitar su enucleación por separado. Puede practicarse con un coplejo mínimo del lado vestibular para no traumatizar la cubierta gingival.

Para la extracción de las raíces profundamente colocadas no se puede dar otra norma ni ley .

La exodoncia se encuadra dentro de las señaladas dando al operador y a cada caso el tipo quirúrgico que corresponda.

Las ventajas de la odontosección:

(13).- El campo operatorio es más pequeño ya que al trabajar poco o nada en la zona posterior del diente, las incisiones son menos extensas . esto significa menor edema y menor -traumatismo postoperatorio.

Sin embargo es preferible exponer mayor campo operatorio que demasiado pequeño.

-La resorcion ósea es eliminada ó considerablemente reducida .

-El tiempo operatorio se acorta, un simple golpe de escoplo que secciona un diente proveerá de espacio suficiente, que de otra manera requeriría muchos golpes de escoplo ó muchas revoluciones de fresa o muchas aplicaciones de gubias para producir el mismo espacio en el hueso.

-El trismo producido por la lesión de los ligamentos de la articulación temporomaxilar resultado de la elevación del diente por la fuerza, se elimina con este método se usan solamente pequeñas elevaciones.

-No se lesionan los dientes adyacentes y el hueso. No se fuerza el diente para evitar la convexidad del diente anterior ni el hueso, se somete a grandes presiones; cuando se le usa como punto de apoyo, generalmente se producen secuestraciones.

El riesgo de fractura es menor. Muchas fracturas de la mandíbula de las extracciones forzadas, por lo común dientes retenidos en posición vertical o mesioangular en las cuales no se sacado suficiente hueso y el operador trató de forzar el diente a través del hueso.

Se previene el adormecimiento del labio consecutivo a la extracción de los terceros molares inferiores retenidos; en los que se haya hecho potente palanca y forzado de las raíces del diente contra el nervio dentario inferior.

Desventajas de la Odontosección.-

-Los dientes con surcos poco profundos no se parten. Seccionese la corona con una fresa.

-Dientes de pacientes ancianos, difíciles de partir con escoplo y se logra con fresa.

-En algunos casos es imposible colocar el escoplo, requiriendo el eje longitudinal del diente. Esto es esencial para que el diente se parta.

-Muchas veces, dividir el diente tiene poca ventaja, porque no se puede controlar la dirección del corte.

-Los pacientes sufren en general molestias por uso del escoplo, ante este trauma debemos usar la fresa, sobre todo si se usa anestesia local.

SUTURA

(1) Es la maniobra quirúrgica que consiste en aproximar los tejidos seccionados y su fijación óptima hasta que se complemente el proceso de cicatrización. Los materiales que existen son los absorbibles y no absorbibles y son de origen natural o sintético.

De origen animal-(Es de ovinos y bovinos)

(Absorbibles)

Catgut- ya sea simple o compuesto con cromato, que produce mas fuerza y absorción lenta, este hilo pierde su fuerza tensil de 5 a 10 días.

Estos tiene la ventaja de ser inertes, noantigenos, ni pirogenos, aunque tambien tambien producen reaccón tisular durante su absorción que dura 90 días.

Existen dos polimeros en el mercado, el ácido poliglicólico que pierde su fuerza tensil en 15 días y el poliglactin 910 que parece tener mas resistencia. con los dos se puede hacer hilos mas delgados que el catgut.

Suturas (No absorbibles)

(De origen vegetal, animal, sintético, y mineral).-

Origen vegetal- puede ser de algodón o lino, estas tienen poca fuerza tensil y al humedecerse aumenta 10% su fuerza.

Origen animal.-

La seda (elaborado por el gusano de seda). Es el mas utilizado, produce mayor reacción inflamatoria que cualquier material no absorbible, en cuanto se presente alguna infección debe retardarse porque actua como foco de infección. Aunque algunos autores dicen que este llena todos los requisitos como minima reacción su color para distinguirse y económico.

origen sintético.-

Estos hilos son los mas utilizados por el momento, tiene mayor fuerza tensil que la seday provoca menor reacción tisular, conservando su fuerza dentro de los tejidos, su unica desventaja es el hacer mayor número de nudos y las ligaduras deslizan con facilidad, este es el nailon.

origen mineral.-

son los de acero inoxidable, plata y oro. Estos hilos se utilizan en cualquier cirugía del cuerpo en que por lo general en la cavidad bucal se podria utilizar con mejor resultado el poliglicolico, poliglactin 910 y el nailon.

suturación.-

Los colgajos se utilizan en posición la cual varia dependiendo de su localización.

-Los tejidos deben de ser afrontados sin tensión

-Los tejidos no deben quedar estrangulados por la sutura, esta debe hacerse suavemente, pero con firmeza.

-No deben quedar espacios muertos.

-Ademas el hilo de sutura entre mas fino sea mejor.

-Deben hacerse una correcta hemostasia.

-Evitar suturar grandes masas de tejido

-Que se pueda hacer uso adecuado de drenaje cuando se sospechan exudados.

La sutura de los tejidos pueden efectuarse valiandose del portaagu-
jas o únicamente con la ayuda de las manos del operador.

Esto dependera de la habilidad del cirujano, del tejido por suturar y el tipo de sutura que se utiliza.

(3) Una sutura no absorbible utilizada para formar la línea de refuerzo recibe el nombre de sutura secundaria, aliviando en esta forma la tensión de los tejidos y formación de cavidades nichos ideales para la acumulación de suero y sangre como consecuencia factor de retraso en la cicatrización.

La sutura a pesar del cuidado con que se haga, puede safarse causando la dehiscencia que es la complicación indeseable para cualquier cirujano, sin embargo, hay ocasiones que no esta dentro de lo que se puede prevenir.

Las causas más comunes pueden ser:

- Infección de la herida
- Deslizamiento de la ligadura
- Colocación inadecuada de los apósitos e compresas dentro de la beca.
- Esfuerzos durante el post-operatorio, vómitos, tos, hipo, etc.
- Inflamación.

Existen varias clases de sutura:

Sutura interrumpida - indicada en piel y mucosa

Sutura continua - para piel formando espiral en la herida e la -
- mucosa

Sutura de colchonero - permite obtener máxima coaptación con el mismo material, inversión de los labios de la herida e everción.

Sutura X - para estructuras fibrosas

Sutura U - para músculos.

Toda la sutura debe quedar perfectamente repartida, de modo que se calcule cada punto en su distancia y su tamaño.

Es conveniente que los puntos sobre piel o mucosa queden en un lado de la línea de incisión para evitar retenciones de cuerpos extraños y exudados que entorpezcan la cicatrización.

BIBLIOGRAFIA DEL CAPITULO II.-

1.- W. Harry Archer ATLAS PASO A PASO DE TECNICAS QUIRURGICAS,-
Editorial Mundi 2a Edición.

3.- Dr. Edmundo Batres Ledon PROCEDIMIENTOS EN CIRUGIA BUCAL,-
Editorial Continental s.a. 1a Edición.

5.- Dr. Gustavo O' Kruger TRATADO DE CIRUGIA BUCAL Editorial -
Interamericana 4a edición.

6.- Dr. Guillermo A. Ries Centeno CIRUGIA BUCAL Editorial el -
ateneo 8a. edición

8.- Jess Hayden y Niel Bjorn Jorgensen ANESTESIA ODONTOLOGICA -
Editorial Interamericana 1a edición.

10.- Richard C. O'Brien RADIOLOGIA DENTAL Editorial Interameri-
cana 2a edición.

13.- W. Harry Archer CIRUGIA BUCAL Editorial Mundi 1a y 2a. edición

15.- Dr. Abel Archundia EDUCACION QUIRURGICA Editorial Fco. Mendez
Cervantes 1a edición.

CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

(I) Segun la clasificación de Harry Archer es como la describe a continuación:

Clase I.-Caninos retenidos localizados en paladar.

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

Clase II.-Son los caninos retenidos en la superficie vestibular en la maxila superior.

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

Clase III.-Es el canino retenido localizado a la vez en paladar y vestibular ejem. la corona esta en el paladar y la raiz pasa entre las raices de los dientes adyacentes terminado en ángulo agudo sobre la superficie vestibular del maxilar superior.

Clase IV.- Es el canino retenido localizado en la apófisis alveolar entre el incisivo y el primer premolar en posición vertical

Clase V.- Es el canino retenido localizado en un maxilar desdentado.

CANINOS INCLUIDOS.-

(4) La inclusión dentaria puede ser parcial o total. La parcial es aquella en la cual una parte de la corona esta en contacto con la cavidad oral.

La total puede ser intraósea, cuando la pieza dentaria está por entero cubierta por hueso y retención subgingival, cuando parte de la corona emerge del tejido óseo, pero esta cubierta por fibromucosa.

Antes de encarar un problema quirúrgico de esta especie, debemos verificar con absoluta precisión, la clase que pertenece al canino retenido su posición palatina, vestibular se observa radiográficamente para imponer el tipo de operación necesaria, solo así evitaremos operaciones mutilantes y llenas de inconvenientes.

Los caninos superiores pueden ser clasificados de acuerdo:

- a) Con el número de dientes retenidos ya sea unilateral o bilateral
- b) Con la posición que estos dientes presentan en el maxilar
- c) La retención puede ser simple o doble, presentandose ambos caninos retenidos.
- d).-Canino retenido en maxilar dentado o desdentado.

De acuerdo con estos puntos, se debe ordenar la clasificación que corresponda a todos los casos de esta clase de retención.

La localización es importante puesto que la técnica quirúrgica para eliminar los tres tipos varían tanto, que son cirugías totalmente diferentes.

La palpación clínica sobre el lado labial no es segura, puesto que la protuberancia sentida puede ser el diente impactado o la raíz de los incisivos o premolares desplazados.

Posición palatina del canino superior e intervención quirúrgica, esta posición es de las más frecuentes.

ANESTESIA.-

(3) Cuando se va a realizar la extracción de un solo canino, se anestesia infraorbitariamente del lado a intervenir y se refuerza con infiltrativa local en la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y de - ambos agujeros posteriores también se puede usar la anestesia general.

INSICION.-

(5) Esta, la haremos con una hoja de bisturí corta. La insición se hace - en los espacios interdentes palatinos, empezando con el espacio entre premolares sobre un lado y al rededor de las fibras gingivales libres pa- latinas y espacios interdentes hasta el área ; remolar del otro lado.

El colgajo mucoperiortico se desprende del hueso con cureta molt # 4 ó bien con un instrumento romo, (espatula de Freer) sin herir, ni desgarrar la encia, hasta dejar al descubierto el hueso de la bóveda palatina, el - colgajo se retrae pasando un punto de sutura y anudarlo al molar del - otro extremo.

OSTECTOMIA Y OSTEOTOMIA.-

Para eliminar el hueso lo haremos con una fresa redonda quirúrgica de carburo del # 4 ó 5, haciendo perforaciones en círculos cada 2 mm. de separados que se van a unir con una fresa de fisura fina de carburo del # 568, mientras se va perforando el hueso se irriga con suero fisiológico tibio; y con escoplo o legra se retira la tabla ósea, esta osteotomía - se hace lo mas aproximado a la corona clinica y radiograficamente, tam- bien se puede eliminar hueso con escoplo. Impulzando con golpes de marti- llo, retirándolos en trozos pequeños, "Evitar el golpateo es mejor el acto quirúrgico".

(4) Cuando la corona del canino esta muy superficial y el hueso que la - cubre es papiraceo, puede ser eliminado en total con una fresa redonda - grande # 8 ó 9, la fresa puede usarse en el rectángulo de la pieza de baja velocidad o pieza de mano de alta velocidad según se prefiera.

EXTRACCION PROFIAMENTE DICHA.-

Cuando se ha expuesto la mitad de la corona ó 2/3 partes del diente se hace una hendidura en el cuello anatómico, si la corona se encuentra cerca de los incisivos de manera que su punta esté en un socavado, se hace inmediatamente una división de 3 mm. hacia el apice a partir del primer corte.

Se retira la pieza pequeña y se empuja la corona al espacio creado y se extrae sacando la raíz con elevador #34 ó cureta molt.

Las virutas óseas y desechos se eliminan y se alisan los bordes de la herida ósea.

SUTURA.-

Se cierra la herida con los puntos necesarios a travez de los espacios interdentes anudando sobre vestibular. La presión sobre un gran rollo de gasas en el paladar durante 20 minutos ayuda a evitar el hematoma.

Para sostener el colgajo palatino tambien se usa una férula palatina prefabricada de acrilico transparente. Para evitar la formación de hematoma superiostico en el post-operatorio.

POSICION VESTIBULAR DEL CANINO E INTERVENCION.-

(4) La vía vestibular para la extracción de los caninos retenidos por diastemas o dientes ausentes es más sencilla que la palatina por - que la iluminación es más fácil y el acceso del diente retenido es mas directo.

Quando la corona del canino está muy cerca a la línea media se hace - difícil la luxación de la corona por lo tanto se complementa por vía palatina.

ANESTESIS.-

Se anestesia infraorbitariamente, se completa con anestesia en - paladar a nivel del agujero palatino anterior y una anestesia distal a la altura del ápice del canino ó, si se da anestesia general, es útil realizar una anestesia infiltrativa en el vestibulo con fines hemosta - ticos.

INCISION.-

Se emplea la incisión de Farch suficientemente amplia desde el fre - nillo hasta el área premolar con la curvatura apuntando hacia el borde gingival o de la misma amplitud; la incisión de Newman debe de estar lo suficientemente alejada del sitio de implantación del diente, como para que esta no coincida con la brecha ósea, al reponer el colgajo en su - sitio.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.-

Se designa lo ya establecido para otro colgajo, este debe mantenerse - levantado durante el curso de la operación con un separador rombo, que no traumatice. Hay que evitar tironamientos que repercuten sobre la vitalidad del tejido gingival.

OSTECTOMIA.-

Esta se realiza con una fresa redonda quirúrgica no. 4 ó 5, se - hacen perforaciones en círculos cada 2 ml. y se unen entre sí con una fresa de fisura fina, y se levanta la tabla ósea. La tabla externa no - tiene dureza y solidez de la bóveda palatina y permite la osteotomía - mas fácilmente.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.-

En el espacio creado por la corona extraída se proyecta la porción radicular. La raíz se moviliza en dirección de su eje mayor, con elevadores ó se práctica un orificio en una zona visible, se introduce un instrumento delgado y se desplaza el resto radicular.

Puede ser necesaria una luxación radicular cuando la raíz al ser dirigida hacia adelante tropieza con el diente vecino.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA.-

Se inspecciona la cavidad ósea, se extirpa el saco pericoronario con legra, se regulariza el hueso con pinzas gúbias lavando despues con suero fisiológico ó agua esteril, quitando las esquirlas

SUTURA.-

Se sutura de preferencia con cat-gut con puntos separados simples de acuerdo a la aptitud del colgajo.

EXTRACCION SIMULTANEA DE LOS CANINOS RETENIDOS Y DIENTES DE LA ARCADEA.-

(4) Puede presentarse el caso de tener que extraer un canino retenido y los dientes de la arcada, por ser estos portadores de complicaciones de caries ó parodontosis que indiquen la necesidad de la exodoncia. La extracción simultanea del canino puede ser aconsejada en algunas oportunidades y contraindicadas en otras. Extrayendo primero los dintes de la arcada. la porción alveolar queda así sumamente debilitada y la presión ejercida por los elevadores sobre el dinte retenido puede fracturar grandes extensiones de hueso alveolar.

La indicación para la extracción simultánea esta dada en los casos de la tabla ósea de la bóveda y a condición de que el canino sea seccionado las veces que lo necesite para disminuir los riesgos de la operación. Los caninos profundamente retenidos deben ser intervenidos en diferentes tiempos:

Antes de extraer los dientes de la arcada, cuando disponemos de un proceso alveolar de escasas proporciones y dientes grandes, es decir cuando la porción alveolar esta debil.

Se extrae el canino anquilosado y hasta que haya una regeneración ósea de la cavidad creada, se hará entonces la Odontoplastia del canino en arcada. Tambien se puede hacer la intervencion simultanea del canino anquilosado y del canino en arcada, cuando el proceso alveolar sea sólido y firme.

LA EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS EN MAXILARES DESDENTADOS.-

La extracción de estos caninos tienen preferencia en vestibular por la ausencia de dientes y menos complicado a y menos de que este lejos de la tabla externa y próximos a la boveda, seran entonces que se haia por via palatina. Las normas para la extracción de estos dientes se ajustan a las señaladas por los otros tipos de caninos retenidos.

Para la extracción de caninos retenidos en la proximidad de la arcada deben preverse los riesgos de fracturas de porciones de la tabla vestibular, lo cual acarrearía transtornos posteriores, desde el punto de vista protético.

Es preferible hacer la Odontosección que ejercer presiones peligrosas.

TRANSTORNOS QUE OCASIONAN LOS CANINOS INCLUIDOS.-

(4) Los caninos al permanecer incluidos pueden como cualquier otro diente provocar trastornos de origen mecánico o de origen infeccioso.

TRANSTORNOS DE ORIGEN MECANICO.-

Puede ser por falta de espacio, el canino se haya alto en el maxilar cuando los premolares van a hacer erupción, en ése momento los incisivos se encuentran implantados en su posición del plano frontal. El canino temporal que debe mantener el espacio para su sucesor permanente, es muy angosto para retener el espacio necesario mesiodistal. La presión mesial del 2o molar en su erupción es transmitida de un diente a otro, hasta el canino deciduo, causando su apinamiento o retardando su retención por un periodo considerable, aún estando su raíz casi reabsorbida. Esta situación origina una contracción parcial de esta zona de donde desciende el canino, causando su desviación hacia su posición anormal.

(12) También puede haber retención de caninos por odontoma - compuesto (son consecuencia de las alteraciones en el desarrollo normal de la lamina dental follicular por causa probablemente de traumatismo, por infección, o por deficiencias nutricionales, formando tumor ó odontoma, constituido por tejido dentario mineralizado mezclado en diferentes sentidos y proporciones).

Por otra parte un quiste puede rechazar ó incluir profundamente el diente que se encuentra en su camino impidiendo su normal erupción

TRASTORNOS DE ORIGEN INFECCIOSO

(4) Estos accidentes están dados en los dientes retenidos, por la infección de su saco pericoronario y la infección de este saco puede originarse por distintas vías.

A) Al hacer erupción el diente retenido, sus sacos se abren espontáneamente al ponerse en contacto con el medio bucal.

B) Puede producirse el proceso infeccioso como una complicación apical ó periodontica de un diente vecino.

C) La infección de saco puede originarse por vía hemática.

D) También por consecuencia de caries dental en los dientes retenidos (Resorción idiopática) Pueden ser invisibles y sin embargo comunicar al diente con el medio externo por perforaciones.

TRANSTORNOS NERVIOSOS.-

Pueden ser producidos por los dientes retenidos que son bastante frecuentes 35%.

La presión que este diente ejerce sobre los dientes vecinos, sobre sus nervios ó sobre sus troncos mayores, es posible que origine -algias de intensidad y duración variable (Neuralgia del trigemino).

P O S I C I O N I N T E R M E D I A

(5) La posición de una pieza dentaria retenida intermedia es - con la corona sobre el paladar y la raíz sobre las puntas de - los premolares, cerca de la corteza bucal, incluso cuando no se formula diagnósticos de la afección antes de operar, deberá sospecharse de su existencia al penetrar se dificulta para extraer la porción radicular de cualquier canino colocado palatinamente

La exposición palatina se hace de la manera acostumbrada, se extrae la corona, se hace un colgajo bucal separado en la región - sugerida por los hallazgos radiográficos y clínicos generalmente por encima y entre los premolares del mismo lado.

La extirpación cuidadosa del hueso descubrirá la extremidad radicular de la inclusión que puede empujarse desde la apertura bucal hasta la herida palatina, los dos sitios quirúrgicos se -- cierran normalmente.

BIBLIOGRAFIA CAPITULO III.-

- 1.- W. Harry Archer ATLAS PASO A PASO DE TECNICAS QUIRURGICAS, Editorial Mundi 2a. edición.
- 2.- Leo Winter D.D.S. TRATADOS DE EXODONCIA Editorial Pubul
- 6.- Gmo. A. Ries Centeno CIRUGIA BUCAL, Editorial El ateneo 8a. edición
- 7.- H. Birn J.E. Winther ATLAS DE CIRUGIA ORAL, Salvat Editores s.a. 1a. edición.
- 8.- Jess Hyden jr. y Niel Bjorn Jorgensen ANESTESIA ODCNTOLOGICA, Editorial Interamericana 1a. edición.
- 5.- Gustavo O. Kruger TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, Editorial Interamericana 4a. edición

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES

RETENIDOS.

(1) Por algunas razones nadie antes se ha molestado en clasificar los terceros molares superiores retenidos. Sin embargo estos dientes pueden presentarse en variaciones que compliquen su extracción, en las que puede haber complicaciones post. operatorias.

Las clasificaciones que menciona a continuación están basadas en posiciones anatómicas.

1.- Es la profundidad relativa que existe en los terceros molares retenidos en el hueso.

Clase A.-La porción inferior de los terceros molares superiores retenido está a nivel del plano oclusal del segundo molar.

Clase B.-La porción inferior de la corona del tercer molar superior retenido está entre el plano oclusal del segundo molar y la línea cervical.

Clase C.-La porción inferior de la corona del tercer molar superior retenido está en la línea cervical del segundo molar o por ella.

2.-Está en posición el eje longitudinal del diente retenido en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

En posición ya sea a).-Vertical

b).-Horizontal

c).-Mesioangular

d).-Distoangular

e).-Invertida

f).-Vestibuloangular

g).-Linguangular

Y estas suelen presentarse simultáneamente en:

a.-Desviación vestibular

b.-Desviación lingual

c.-Torsión.

3.-Relación del tercer molar superior que está retenido en el seno maxilar.

Aproximación sinusal- Existe una pequeña lamina de hueso o/a veces no la hay entre el tercer molar retenido y el seno maxilar

EXTRACCION POR DISECCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR DE ACUERDO A SUS POSICIONES.-

CONSIDERACIONES PRELIMINARES.-

(4) La retención de los terceros molares superiores es menor que en los inferiores.

Los molares al hacer erupción en la mayoría hay presencia de dolor porque la cara oclusal que esta en contacto con la mucosa (molar erupcionados) con los movimientos de la masticación, una de las cúspides terminan por ulcerar la mucosa del carrillo formando así una pericoronitis acompañada por trismus, el cual repercute en la masticación y dificultad a la fonación.

(5) El procedimiento a seguir es la quimioterapia, si ya el absceso esta formado, con una sonda de plata se introduce por vestibular para drenar y después se prosigue a la cirugía. Si no hay infección no es necesario la terapia con antibiotico.

Y en los molares ya erupcionados que ulceran la mucosa del carrillo inferior (supraerupcionados), iniciandose las molestias, se puede aliviar en pocas horas, desgastando con una piedra de carburo las cúspides del molar. El Dr. Centeno sugiere que las ulceras provocadas dolorosas desaparecen si se toca con "licor de Bonain".

Por otra parte todos los dientes que no asumen su posición y funcionamiento adecuado en el arco dentario debiera ser candidatos a extracción. Sus erupciones pueden ser en jovenes que pierden todos sus dientes y usan protesis totales, no deberan perder sus terceros molares si estos no han erupcionado, ya que la erupción de estos dientes ayudará a formar la tuberosidad.

La dentadura puede hacerse sobre los dientes no brotados, si se logra que el paciente se de cuenta de la situación, de manera que puede extraerse los dientes más adelante cuando aparezcan bajo la mucosa.

En pacientes adultos que usen protesis parciales y que radiograficamente hay un diente anquilosado, frecuentemente presenta membrana periodontal atrofiada, separando dientes y hueso.

Los dientes no brotados pueden y deben ser extraídos para asegurar el éxito de las protesis removibles, pero no en ciertos casos pueden ser factibles.

EXTRACCION POR DISECCION DE LOS TERCEROS MOLARES

SUPERIORES.-

INTERVENCION QUIRURGICA,

ANESTESIA.-

(8) Previendo el tiempo que se va a necesitar en una cirugía de terceros molares superiores, primeramente bloquearemos al nerviomaxilar superior, la técnica que vamos a seguir es la siguiente.

El operador debe estirar con el índice, la mejilla del paciente - hacia arriba y hacia afuera pidiendo al paciente que abra la boca - moviéndola al lado de la inyección. La aguja se inserta generalmente - arriba del último molar a cierta distancia de la mucosa alveolar dirigiendo la aguja hacia arriba, dentro y atrás, depositando el anestésico ya elegido previamente.

Reforzaremos el bloqueo siempre por palatino, anestesiando a nivel del agujero palatino posterior.

INCISION.-

(4) Existen varios tipos de incisiones para los terceros molares superiores, la incisión anteroposterior, la incisión bucal, la incisión de - Mauss.

Toda incisión debe de hacer de un solo trazo profundizando hasta hueso.

(7) La incisión que tiene mejor resultado es la angular y esta se inicia en el surco pterigomaxilar continuándose mesialmente el segundo molar - a cuyo nivel se hace la incisión liberatriz de 45º hasta fondo de saco.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.-

(4) Después de realizada la incisión se toca el hueso con el periotomo, legra delgada o en todo caso una espátula de cera. Apoyándose en el hueso se va desprendiendo el colgajo con suaves movimientos de lateralidad y girando el instrumental se desprende el colgajo de la extensión que va de la región pterigomaxilar a fondo de saco o al surco vestibular, desprendido ya el colgajo se mantiene separado firmemente con el separador de Austin.

Es muy importante mantener seco el campo operatorio y utilizar siempre el eyector quirúrgico.

OSTECTOMIA Y OSTEOTOMIA.-

(4) Para eliminar el hueso, hay quienes diestramente utilizan el cincel y el martillo, pero existe para mayor comodidad y menor traumatismo la pieza de baja velocidad con fresa quirúrgica bien afilada ya sea de bola # 4 ó 6 para perforar la tabla ósea alrededor de la corona, en que radiográficamente ya se observó y planear previamente.

Los orificios se unen entre sí con una fresa de fisura quirúrgica y se debe de irrigarse siempre con solución fisiológica o estéril, para evitar el sobre calentamiento y la infección. Algunos autores nos recomiendan la pieza de alta velocidad.

En ciertos casos el hueso a nivel de la cara triturante, es tan frágil que se puede eliminar con una cucharilla para hueso o con el mismo elevador.

La osteotomía es un paso muy importante y es menester de todos los tipos de terceros molares retenidos, observar por lo menos la cara bucal y mesial.

Esto dependerá del tipo de retención, cantidad del hueso y forma radicular, detalles que deben ser estudiados previamente.

ODONTECTOMIA.-

(2) Una vez teniendo el acceso, con una buena visibilidad procederemos a la Odontosección del molar superior a extraer y esta puede ser de dos formas; Hacer la división con escoplo y martillo o bien sino es diestro con este instrumental usaremos la fresa redonda nº 8 ó bien de fisura de carburo y quirúrgicas ó ambas.

Con el escoplo bien afilado y el martillo de un golpe seccionaremos el mola de tal intensidad que de ún solo intento logre seccionarlo, el borde cortante del escoplo se coloca sobre la cara oclusal del molar a seccionar o sobre un surco de la misma cara.

(4) La otra forma es con la fresa quirúrgica por el eje menor del diente o el cuello del molar.

Dividir el molar retenido en las porciones que sean necesarias, disminuye de esta forma los riesgos traumaticos.

Por otra parte es claro que para poder eliminar por un espacio dado un cuerpo mayor que el, habra que disminuir el volumen del cuerpo a extraer o aumentar el tamaño del orificio de la salida.

(13) Además con una Odontectomia tenemos menor peligro de crear una comunicación bucosinusal, (Odontectomia por disección).

Y menor posibilidad de fracturar el maxilar.

Es muy importante que la pieza de mano este estéril, la fresa húmeda y que se irrigue continuamente durante su uso con una solución fisiologica esteril para prevenir el sobrecalentamiento, para evitar que los bordes cortantes se adhieran con sustancias dentaria u ósea y para mantener la zona limpia y visible.

La sugerencia de que es buena, practicar la odontosección de los dientes superiores en la región del seno maxilar con un escoplo y martillo, es un error desde el punto de vista clinico, tales dientes son ---

mejor y mas facilmente seccionados con una fresa.

TERCER MOLAR SUPERIOR MESIOANGULADO.-

- (4) El eje del molar retenido está dirigido hacia adelante. En esta posición la raíz del molar está vecina a la apófisis pterigoides. Y el contacto de las cúspides mesiales del molar superior retenido impiden su normal erupción - Son frecuentes las caries en la cara distal de la raíz ó de la corona del segundo molar superior.

La extracción del tercer molar en esta posición debe estar condicionada por la dirección del molar y la cantidad de hueso distal. Pueden presentarse algunas trabas como serían:

La cantidad de hueso distal y el contacto con el segundo molar.

La vía de acceso necesita una mayor osteotomía en el lado mesial.

La odontectomía la haremos luxando el molar por el cuello con una fresa de fisura quirúrgica y con un elevador recto del número 34 ó 14 extraeremos la corona ya teniendo a la vista las raíces si es necesario seccionar para quitarla será por debajo del cuello de un milímetro o dos.

- (5) Se retira el saco paricoronario y se debrida el material tisular blando o duro. Los bordes óseos se alisan con la cureta, y se lava perfectamente.

Se coloca un punto de sutura a través de la insición de la cresta y otro a través de la insición vertical.

Se coloca una compresa ligeramente humedecida en el agua esteril sobre la herida principalmente hacia el lado bucal y se instruye al paciente para que muerda sobre ella con fuerza. Unos minutos despues se toma una radiografía pos operatoria y se coloca otra compresa entre los maxilares, que permanecera allí hasta que el paciente haya regresado a su casa.

Se receta una bolsa de hielo, que irá colocada sobre la cara a intervalos intermitentes de 10 minutos durante el resto del día. Se establece a nivel terapéutico un medicamento analgésico, administrándose la primera dosis al llegar a su casa, antes de haber desaparecido los efectos del anestésico. Cuando existe a nivel del maxilar superior la elasticidad del hueso, este permite extraer el molar muchas veces sin la odontosección haciendo una extracción normal sin olvidar todas las recomendaciones ya antes descritas.

TERCEROS MOLARES SUPERIORES VERTICALES.-

(4) El eje mayor del tercer molar se encuentra paralelo al eje del segundo molar. Este molar puede encontrarse parcial o totalmente cubiertos por el hueso. Ya teniendo la insición y la osteotomía con buena visibilidad, procedemos a la extracción del molar.

La cara mesial será la superficie sobre la cual se aplicará el elevador para el molar retenido. Sino es accesible, y no requiere ninguna maniobra previa. Se necesitara eliminar el hueso del tabique mesial que impide la entrada del instrumento; la osteotomía a este nivel se realiza con un escoplo recto afilado y el martillo; Con golpes suaves y a la vez tambien con la fresa de bola quirúrgica.

Cualquiera de los elevadores rectos de preferencia usaremos los número uno, dos ó catorce (r ó l) de Winter o de Clev-Dent.

Para la extracción se penetra la punta del elevador en el espacio que existe entre la cara mesial del tercer molar y la distal del segundo molar.

La introducción del instrumento se realiza a merced de un debil movimiento que imprime el elevador. En el primer tiempo actua como cuña. En esta parte para llegar a su punto de aplicación el elevador consigue luxar el tercer molar y este se extraera normalmente con frcep.

Pero si el molar esta anquilosado se debiera seccionar la corona de la raíz dividiendo la corona por la mitad con fresa de fisura quirúrgica y se extrae con elevador recto, si es necesario seccionar las raíces se hace por su eje mayor y en el centro de esta un orificio, donde se introduzca el elevador y se luxa totalmente, quitando una por una de las raíces, se da la limpieza ya antes mencionada y se alisan los bordes óseos en especial el tabique externo y posterior. En caso de existir alguna lesión de la tabla ósea si es pequeña se extrae con pinzas de curación, si el pedazo es grande se puede unir sin dificultad, siempre y cuando se inmovilizen los molares adyacentes con ferúla durante un mes a 6 semanas, la fuerza de la extracción a veces como

la tabla ósea superior es tan frágil es absorbida por el hueso cuando el alveolo es fracturado y los dientes permanecen intactos, pero el movimientos de los fragmentos pueden lesionar los varos apicales y hacer que las culpas mueran. Los dientes en el fragmento deben ser sometidos a pruebas respecto a su vitalidad a intervalos.

Después de la intervención ya terminada sin complicaciones, se coloca el colgajo en su sitio y se practica uno o dos puntos de sutura. (9)

TERCER MOLAR SUPERIOR DISTOANGULAR.-

(4) El eje del tercer molar esta dirigido hacia la tuberosidad - del maxilar. La cara triturante del tercer molar mira hacia la apofisis pterigoidea con la cual puede estar en contacto.

(5) Esta inclusión es muy rara y requiere de un colgajo quirúrgico mayor y eliminación extensa de hueso circudante. La incisión se hace en la cresta media, extendiéndose desde el segundo molar a la curva de la tuberosidad, y las extensiones hacia bucal y lingual se hacen distales al segundo molar. Este colgajo expone toda la tuberosidad ósea. Se hace una incisión ósea vertical en distal al segundo molar hasta el área de la punta de la punta de la tabla ósea. Se elimina el hueso de la cresta alveolar y bucal.

El área distal a la inclusión se expone cuidadosamente, se puede hacer diestramente con cincel y martillo o bien con fresa como ya se indico anteriormente.

Se coloca el elevador sobre la cara mesial del tercer molar y este se dirige hacia abajo y hacia atras. Hay que tener especial cuidado en este tipo de retenciones, con la tuberosidad y la apofisis pterigoidea. Movimientos bruscos pueden fracturarla, se deben emplear elevadores de Clev-Dent o de Winter Número 14 entre el segundo y tercer molar.

El peligro de apertura del seno maxilar es mayor en este tipo de retenciones. El elevador izquierdo de Clev-Dent luxa el tercer molar retenido hacia distal.

Se seccionará la corona las veces que sean necesarias, apartandola de la raíz por su eje menor, para sacar la raíz se hara con elevador de Winter número 14.

A veces el diente debere disecarse extensamente y extraerse con forceps. Sin olvidar el saco pericoronario y alisar los bordes óseos.

Puede usarse Gelfoam para llenar un defecto extenso y la herida debere cerrarse en forma tensa con puntos separados o puntos simples.

Esta a su vez puede presentarse en desviaciones vestibulares, linguales o torción.

BIBLIOGRAFIA DEL CAPITULO IV.-

- 5.- Gustavo O. Kruger **TRATADOS DE CIRUGIA BUCAL** Editorial Interamericana 4a. edición.
- 6.- Guillermo A. Ries Centeno **CIRUGIA BUCAL** Editorial El Ateneo - 8a. edición.
- 7.- H. Birn J.E. Winther **ATLAS DE CIRUGIA ORAL** Salvat Editores S.A. 1a. edición.
- 8.- Jess Hayden jr. y Niels Bjorn Jorgensen **ANESTESIS ODONTOLOGICA** Editorial Interamericana 1a edición.
- 2.- Leo Winter D.D.S. **TRATADOS DE EXODONCIA** Editorial Pubul.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES

RETENIDOS.

(1) La Clasificación que a continuación menciono es una de las mejores y es la siguiente:

A.-La relación del diente con la rama ascendente del maxilar inferior y el segundo molar.

Clase I .- Existe el suficiente espacio entre la rama del lado distal del segundo molar, para acomodamiento del diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase II.- Es el espacio entre la rama y el extremo distal del segundo molar y es menor que el diámetro Mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase III.- Todo o casi todo el tercer molar está localizado en la rama ascendente.

B.- Hay una profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

Posición A.- La porción más alta del diente esta al nivel de la línea oclusal o por sobre ella.

Posición B.- La porción mas alta del diente esta por debajo del plano oclusal, pero por encima de la línea cervical del segundo molar.

Posición C.- En donde la porción mas alta del diente esta por debajo de la línea cervical del segundo molar.

C.- Es la porción que existe del eje longitudinal del tercer molar inferior retenido en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

La siguiente es una clasificación de Winter:

1.- Vertical

5.-Distoangular

2.- Horizontal

6.-Vestibuloangular

3.- Invertida

7.-Lingualangular.

4.- Mesioangular

EXTRACCIÓN POR DISECCIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES DE ACUERDO A SUS POSICIONES.-

CONSIDERACIONES PRELIMINARES.-

La falta de sitio en la retención de terceros molares ocupa el primer lugar.

El molar ha de emerger entre dos paredes inextensibles como son la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama del maxilar (RECLUS) a estas razones debe agregarse la oblicuidad, en distinto grado, del tercer molar, que resulta de una disposición embriológica del folículo. (4)

- (2) Esta pieza puede estar colocada en múltiples y variadas formas y la intervención se deben de tener en cuenta estas características con referencia al plano de oclusión se puede considerar algunas posiciones como serian vertical, mesioangular, distoangular y horizontal. Mencionando la relación anatómica mas importante para tomarla en cuenta para la intervención quirúrgica.

La incisión va desde el borde anterior de la rama de la mandíbula, incluyendo el bucinador y en parte el tendón del temporal, la incisión no debe de situarse demasiado lingualmente a causa de la arteria retromolar y sobre toda del nervio lingual, que esta situado muy próximo a la cortical por lingual, a nivel del tercer molar y que puede ser herido, también en el transcurso de la intervención. Finalmente, debe recalcar que el nervio dentario pasa muy cerca de las raíces del tercer molar. En algunas ocasiones incluso llegan a tocarse.

- (5) El principio básico de extraer diates impactados inferiores es seguir una técnica de disección. Se elimina hueso para exponer la corona.

Ademas el diente puede desplazarse hacia los lados bucal ó lingual tambien puede localizarse en un nivel oclusal alto. (cerca de la superficie del reborde) ó en un nivel oclusal bajo.

Un diente que pertenezca a cualquier clase básica se extrae más fácilmente si se desplaza a la posición bucal y será mas difícil de extraer si está situado cerca de la placa lingual o incluso directamente detras del segundo molar. Un diente en nivel oclusal alto será mas fácil de extraer. Un diente puede no brotar por la presencia de hueso (Bloqueo óseo) por la presencia de un diente adyacente (bloqueo dental) o por ambas.

EVALUACION PREOPERATORIA.

Esta evaluación permitira la planeación para la cirugía subsiguiente. La radiografía debe estudiarse cuidadosamente para localizar la inclusión y para precisar forma, número e inclinación de las raíces. frecuentemente la raíz se dirige hacia el observador o en dirección opuesta a él, en vez de mesial o distalmente. Las raíces pequeñas frecuentemente estan superpuestas y pueden faltar en el diagnóstico radiográfico, debe observarse, la relación del diente con el conducto dentario inferior de manera que puede prevenirse al paciente a cerca de una posible parestesia post-operatoria. La presencia de una gran restauración, especialmente una obturación antigua de amalgama, sobre el tercer molar, deberan ser causa de advertir que el operador está conciente de la situación y en consecuencia, tratara de salvar la restauración de daño inadvertido durante el proceso quirúrgico. Las técnicas que menciono a continuación intentan ser guía que permita la elección del metodo quirúrgico adecuado a cada caso en particular. Para conseguir buenos resultados hay dos condiciones-

importantes:

1.- Un estudio meticoloso de la intervención desde el punto de vista clínico y radiográfico.

2.- Antes de iniciar la extracción propiamente dicha, asegurar un camino por el que la pieza puede salir sin trabas.

Para facilitar la salida de esta pieza la Odontosección suele ser menos traumática y hace que la Osteotomía pueda ser mínima (7).

ANESTESIA.-

(8) Ya teniendo preparado al paciente con la asepsia y antisepsia antes mencionada, procederemos al bloqueo adecuado, la anestesia regional.

Para tener éxito en este bloqueo la aguja debe de ser grande, fuerte y de bisel corto, la rigidez de la aguja a uda con buen resultado como - son sonda.

El índice del operador sobre el cuerpo adiposo de la mejilla, se utiliza para empujarlo lateralmente hasta que la punta del dedo quede apoyada en la escotadura coronoides.

Se procede a limpiar con antiséptico la zona, se apoya la jeringa en los promolares del lado opuesto y se punciona la mucosa a la altura - indicada por la escotadura coronoides, lo más cerca posible del tendón profundo del músculo temporal, pero hacia adentro del cuerpo adiposo - al penetrar en la mucosa se detiene la aguja y se inyecta una gota de solución, después de esperar 5 segundos avanzaremos introduciendo medio centímetro más moviendo la aguja hacia los lados como entre punto y - la espina de Spix hay una distancia de un centímetro se hunde la aguja unos cuantos milímetros más y se inyecta medio centímetro, si se - quiere anestesiar el nervio lingual en este lugar siempre debe aspirar con la jeringa, se vuelve a empujar la aguja inyectando una o dos gotas de la solución antes de que la aguja roque el periostio en la parte anterior de la espina de Spix para anestesiar el nervio inferior. Después de una pausa de segundos, deslizaremos suavemente la aguja a - lo largo del periostio y sobre la escotadura de la espina de Spix hacia el surco donde inyectaremos de medio a un milímetro de solución. Esta es la técnica más completa y de mejor resultado para anestesiar el cuadrante inferior y la intervención quirúrgica del tercer molar.

INCISION.-

(5) La presión con una cureta Molt #5 en la zona, combinada con preguntas afirmativas describirán la profundidad de la anestesia. Se hace la incisión en los tejidos distales al 2º molar, con el bisturí. Es importante palpar los tejidos antes de la incisión para mantener esta sobre el hueso. La rama vertical del maxilar inferior se ensancha hacia afuera y por lo tanto una incisión distal recta puede extenderse dentro de los tejidos que quedan por dentro del maxilar inferior. Una regla segura a seguir es colocar la incisión por detrás de las cúspides bucal del segundo molar, siguiendo el hueso subyacente, que puede ensancharse hacia afuera.

El segundo trazo se hace verticalmente a partir de la primera incisión en su unión con la cúspide distobucal, extendiéndose hacia abajo y hacia adelante hasta los tejidos bucales sobre la raíz mesial del segundo molar.

Las variaciones en el diseño del colgajo incluyen la técnica para desprender las fibras gingivales bucales libres, alrededor de todos los dientes hacia adelante incluyendo el primer molar. Se afirma que este colgajo es más fácil de suturar, que es menos doloroso en el periodo post-operatorio y que existe menos distorsión al curarlo, otra variación es colocar la incisión vertical.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.-

- 4) El colgajo mucoperiostico se lleva cuidadosamente tocando el hueso con un periostotómo o con una cureta Molt #4 afilada, apoyándose -

en él con suaves movimientos de lateralidad y de giro del periostotomo .empezando con la incisión vertical, donde el periostio no esta unido - al hueso, en esta área se mueve el instrumento hacia atras y hacia el borde alveolar. Tambien se des:rende en el caso dado el lado bucal de la incisión en toda la extención que va del tercer molar y aun el espacio interdentario subsiguiente.(5)

Quando el sitio operatorio esta ampliamente expuesto, se coloca un se parador apropiado bajo el colgajo y se mantiene contra el hueso, el colgajo que queda por lingual se detiene con el periostotomo quea la vez protege el nervio linqual durante la intervencion (2)

OSTECTOMIA Y OSTECTOMIA.-

(4) Tienen como objetivo eliminar la cantidad necesaria de hueso para te ner acceso al molar y disrinueir la resistencia. Siendo un tiempo importante en las cirugías de terceros molares, la osteotomia y ostectomia junto - con la odontosección. simplifican extraordinariamente un problema que de otra manera seria traumatizante.

La ostectomia se realiza con escopio como el de Barry y otros difere ntes que pueden ser rectos o estar ahucados llamados medias cañas y - las gubias que tiene su hoja acanalada, estos instrumentos cada vez mas - estan en desenso.

El hueso pericoronario es sumamente sólido, sobre todo los huesos buca l y distal exigen efectuar maniobras precisas con instrumentos afilados.

Efectuaremos tambien ésta, con fresa #8 de carburo y para el éxito con solo evitar su calentamiento por el exceso y prolongado fresado se logra bajo un chorro de solución estéril, fisiológica

agua esteril) y procurando que no se adhieran las particular-
óseas que se depositan entre sus dientes.

Son sumamente útiles las fresas de carburo que eliminan el -
hueso con rapidez y precisión, algunos autores aconsejan usar
la pieza de alta velocidad.

La extensión de la osteotomía depende del tipo de retención,
cantidad de hueso y forma radicular, estos detalles ya tuvieron
que haber sido plenamente planeados clínicamente y radiografi-
camente.

EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES M: SIOANGULADOS.-

(4) El eje mayor del tercer molar forma con el segundo molar ángulo agudo abierto hacia abajo; sus caras bucal y lingual coinciden con los planos homónimos de los molares anteriores y la cara mesial está libre de hueso mesial. Los huesos bucal, lingual y oclusal pueden cubrir, en partes las caras respectivas, lo común es que las dejen libres. En retenciones más profundas es el siguiente tipo, el hueso distal protege gran parte de la cara homónima. La mucosa puede cubrir todas las caras del molar dejando la oclusal libre, o solo son visibles las cúspides distales. Radiográficamente se observan las características propias de la angulación, no existe superposición de imágenes coronarias ni es visible la cara oclusal del 3er. molar. El espacio interdentario es neto e identificable.

Cuando la cara mesial es inaccesible, reside con el tipo anterior en que la cara mesial se presenta protegida por hueso; las caras vecinas pueden estar parcialmente o totalmente cubiertas por hueso. En consecuencia, radiográficamente no se observa el espacio interdentario; en retenciones profundas, el hueso oclusal cubre la cara homónima del molar retenido.

(5) Ya teniendo bien establecida la posición y haber realizado el principio de la intervención hasta la osteotomía como ya lo mencionamos anteriormente, proseguiremos a la odontosección.

CDCNTOSECCION.-

El hueso en la unión de los cortes horizontales y vertical debe eliminarse lo suficiente para permitir que la cureta entre en el tejido esponjoso bajo la corona incluida, si alguno de estos dos puntos de revisión resulta insatisfactorio, se elimina más hueso.

(2) Entonces se secciona el diente, se coloca un nuevo cincel en el surco bucal, se dirige distalmente hacia el cuello anatómico distal del diente (no lingualmente, lo que podría fracturar la placa cortical lingual) y se golpea con fuerza. Este golpe deberá ser un golpe seco el diente frecuentemente se divide al primer intento, la porción distal seccionada de la corona se levanta de la herida.

Se coloca un elevador en punta de lanza, biangulado, como el elevador - Kroh, bajo la corona y se hace movimientos hacia arriba.

El borde superior de este elevador es la porción del instrumento que levanta el diente. Para obtener mejor palanca sobre el diente. El mango del instrumento en plano vertical recto, - en este momento no se hace rotar.

Cuando el diente se mueve, este estará forzado a moverse en - el arco. Cuando se haya movido hacia arriba y distalmente hasta un punto en el que el instrumento no pueda ya mantenerse - en contacto con el diente, se hace rotar de manera que el borde inferior termine la extracción del diente.

La rotación temprana a veces fractura la raíz y puede peligrar el segundo molar.

Frecuentemente el diente se movera hacia arriba lo suficiente- mente lejos para no tocar el segundo molar pero no rotara dis- talmente. Ahora esta en posición vertical, separado el segundo - molar lo suficiente para perder la ventaja mecánica del elevador colocado entre los dientes. Un elevador de Winter largo no. 14 - colocado en la bifurcación de la raíz con la placa vertical bu cal usada como punto de apoyo elevara este diente y lo separa - de la herida.

(4) En la odontosección segun el eje menor se secciona el molar a nivel del cuello, con una fresa de fisura o redonda no. 3 seccionada la corona se introduce un elevador recto en la luz de la sección, para verificar la realidad del corte y eventualmente se emplea el disyuntor, instrumento que ayudara a separar corona y raices moviendolos en sentido de la corona de este molar - y separando la corona hacia bucal y lingual. Después se aplica - el elevador de Winter no. 2R o L por debajo de la cara mesial y se desplaza la corona hacia arriba.

La porción radicalar se extrae luego de realizar un orificio de apoyo sobre la cara distal del resto radicalar para introducir en la punta del elevador de Winter 14r o L, apoyandose sobre el borde óseo distal, desplazar con el la raíz hacia el espacio que ocupa la corona.

Los fragmentos óseos se levanta de la herida con una cureta pequeña, con especial cuidado las astillas alojadas bajo el colgajo en bucal al segundo molar. Los restos del tejido blando en el alveolo se extraen cuidadosamente por disección roma o cortante. Se evitará raspar fuertemente en las profundidades de la herida en donde yace el nervio dental inf. y vasos correspondientes.

Los bordes óseos se alisan con cureta o con la lima para hueso, Ries Centeno recomienda colocar un pequeño fragmento de una tableta de sulfonamida en la herida, si en el interrogatorio el paciente no refirió sensibilidad a este medicamento.

SUTURA.-

Se coloca un punto de sutura sobre el alveolo del lado lingual al bucal. Esto viola las reglas quirúrgicas de sutura, el colgajo libre al colgajo fijo, pero parece ser más aquí más sencillo porque el separador no se retira de la herida hasta haber recuperado la aguja en la profundidad de la herida. Se usa una aguja cortante redonda de 12.5 mm. y cat-gut cromico.

Generalmente es suficiente un punto de sutura, el corte vertical casi nunca se cierra. No se coloca drenaje.

EXTRACCION POR DISECCION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES EN POSICION VERTICAL.-

(5) La extracción de los molares incluidos verticales es una de las más complicadas, debido a la dificultad de colocar un instrumento entre el segundo y el tercer molar incluido, inmediatamente adyacente. Este espacio es demasiado pequeño para la eliminación ósea adecuada.

(4) Se expone el área a la vista bajo un colgajo mucoperiostico. Es suficiente una incisión mínima de profundidad tal, que el bisturí toque hueso o la corona del tercer molar; se inicia sobre el tejido gingival que cubre la corona oclusal del molar, algunos milímetros -- por detrás del ángulo distoclusal de su corona luego de festonear la mitad bucal de la cara oclusal y bucal del tercer molar y distal y bucal del segundo molar.

Esta incisión puede complementarse con tijeras rectas finas, con una incisión al saco de la mucosa que permita ya sea buena visibilidad a la cara distal del molar o el hueso distal, donde será preciso realizar la ostectomía.

Desprenderemos el colgajo en toda la extensión de éste; dejando libre la estructura ósea o bien la correspondiente a las caras dentarias -- para usar o aplicar los instrumentos necesarios.

La ostectomía estará siempre regida por la cantidad de hueso que cubre el tercer molar incluido que es muy escaso en este tipo de retenciones, está indicado el escoplo o martillo o bien la fresa redonda 8 de carburo, como ya se mencionó anteriormente. Lo que es muy importante en este paso es liberar el hueso de la parte distal de los terceros molares, porque como sus raíces están incurvadas hacia atrás la extracciónse hará distalmente. La ostectomía distal se ajustará a la conformación y disposición de las raíces para que la cirugía sea atraumática y pueda desplazar al molar en sentido distal por la aplicación de un elevador de Winter 2 R o L, por el lado mesial, en el espacio interdentario de tal manera que la cara planase adapte y se gire el mango hacia la derecha desplazando el molar hacia arriba y distal.

y si una vez movilizado el diente choca con la pared ósea por distal, entonces puede extraerse lingualmente, colocando el elevador en sentido bucal.

El uso indiscriminado de las fuerzas pueden producir una fractura parcial o total aplastamiento del hueso vecino.

Entonces se hará la odontosección sobre todo si las raíces - tiene una conformación divergente.

Cada una de las raíces se extraen por separado, teniendo en cuenta sus características anatómicas.

Para la odontosección utilizaremos fresas de fisura quirúrgica dejando el espacio necesario buco-lingual para la adecuada libertad de movimientos. La inclinación de la fresa debe coincidir con la corona para evitar la perforación de la cortical de la parte lingual, este espacio no sera muy amplio, se recomienda extraer primeramente la raíz mas incurvada, por ejemplo si fuera la raíz distal. Este procedimiento se hace en dos tiempos. Primero se luxa la raíz, movilizandole la corona hacia la parte mesial, despues se rota el elevador distalmente y se extrae la raíz de su alveolo.

Ya disponiendo del espacio suficiente, extraeremos la raíz mesial luxando distalmente.

Se hace una regularización de los bordes óseos, sobre todo donde se haya apoyado el elevador.

Se lava perfectamente irrigado el campo con solución salina, sobre todo en el surco formado entre el hueso y el colgajo mucoperiortico, donde se puede quedar los fragmentos del hueso o de la pieza dentaria. Para evitar que el colgajo se dellice hacia arriba, se asegura con un punto. (con el hilo de -- nuestra preferencia como ya se indico anteriormente), por detras del segundo molar, procurando que la mucosa quede por debajo de su cuello y sobre la cavidad se da otro punto de sutura (2).

EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES HORIZONTALES

(4) El problema que presentan los terceros molares inferiores horizontalizados es cuando tienen su corona mesial inaccesible -

La incisión y el desprendimiento del colgajo debe estar suficientemente amplio para lograr observar la cara distal del molar y el hueso distal (la incisión clasica ya señalada que abarque hacia el borde bucal.)

OSTEOTOMIA Y OSTEECTOMIA.-

(5) Esta requiere un corte óseo vertical profundo, que frecuentemente se extiende casi hasta el nivel de la punta apical del segundo molar.

Los cortes horizontales deberan ser lo suficientemente grande para exponer el cuello anatomico del molar.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.-

Cuando las raices de los terceros molares son pequeñas o no existen otro problema, puede extraerse colocando un elevador número 2R ó 2L, por debajo de la cara mesial y con la técnica ya estudiada.

(4) En diferentes circunstancias con los terceros molares si sus raices son divergentes, con cementosis o su corona es grande estos deberan seccionarse.

ODONTOSECCION.-

(7) Seccionaremos el molar con una fresa de figura a nivel de la línea cervical (esmalte-cemento) para facilitar la extracción de la corona, la odontosección debe tener una inclinación distal, de forma que la corona sea mas ancha en la parte superior que en la inferior.

La odontosección no se termina con la fresa, puesto que la canal mandibular esta demasiado cerca del tercer molar horizontal. Es mejor quebrar el último puente de dentina con un botador de Barry.

Se dirige hacia distal la corona para separarla del resto de la

molar, de forma que las cúspides quedan liberadas y se puede proceder a la extracción de las raíces, se hace un pequeño agujero - en la raíz distal, donde se introduce la punta del botador de Barry, apoyándose en la pared ósea distal, que permite con un movimiento mesial, la extracción del resto radicular.

(5) Otra alternativa después de haber separado la corona de la raíz que puede también lograrse con el cincel afilado para después colocar el cincel en el surco bucal, dirigiéndolo hacia atrás y hacia arriba y tan poco como lo permita el acceso. La porción distal de la corona puede dividirse y eliminarse.

Se coloca entonces el cincel en el mismo sitio dirigido hacia atrás y hacia abajo. Esto dividirá la porción mesial (inferior) - de la corona que no puede extraerse en ese momento. Si los ángulos de las secciones han sido lo suficientemente anchos, puede existir suficiente espacio para extraer la inclusión, siempre y cuando se haya eliminado el suficiente hueso sobre la cresta del reborde. Se va dirigiendo entonces la atención a esta área. Si se lleva a cabo toda la asisección antes de intentar seccionar el diente puede aflojarse ligeramente, y un diente flojo en su lecho es difícil de dividir. Se secciona en cuanto se logra acceso a la corona incluso si las partes no pueden retirarse, y después se lleva a cabo la asisección ulterior.

Puede hacerse otra división en dirección casi vertical (hacia -- abajo) en ese momento.

Se extraen los diversos fragmentos dentales superficiales. Si el corte óseo es lo suficientemente profundo como ya se indicó, la extracción radicular puede extraerse con elevador no. 14, seccionando ó no, aún más la raíz. No debiera usarse presión fuerte.

Debera seguirse seccionando el diente ó el hueso hasta poder retirarlo la impactación con relativa facilidad. La porción mesial de la corona se extrae en último lugar.

A continuación se hace la debridación con solución estéril y - alisamiento de los rebordes óseos con minuciosa limpieza del - alveolo. La sutura la haremos de la forma como ya mencionamos anteriormente.

EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES DISTOCANGULARES

(4) La exodoncia de estos molares puede ser mas complicada de lo que se observa radiograficamente. (7) ya que la corona esta empotrada en la cavidad ósea por detras del borde anterior de la rama ascendente de la mandibula, siendo esta como sólida, muralla que impide el normal desplazamiento hacia el lado distal del molar retenido - cuando le es aplicada una fuerza sobre su cara mesial; pudiendo ser vencida suprimiendo la cantidad suficiente de hueso distal o restando volumen a la porción coronaria del molar, para que puede realizar los movimientos eliminatorios en tanto que las raices estan muy cerca de la raíz del segundo molar.

La incisión sigue los contornos, como antes se mencionaron, debiendose prolongarse hasta el primer molar y se inicia mas distalmente.

La disección del colgajo mucoperiostico se llevara a cabo según la técnica habitual.

Teniendo en cuenta lo antes ya mencionado, sera imposible extraer el tercer molar entero, a no ser que se haga una osteotomía amplia - sera menos traumatico seccionar con fresa no. 8 ó no. 10 ó bien con escoplo la parte distal de la corona y extraer los fragmentos por separado. De esta forma la osteotomía es minima.

Ayudandose en la parte mesial se extrae el fragmento mayor con elevador del no. 14. Apesar de la odontosección con frecuencia la corona - en el momento de la extracción interfiere con la pared distal del hueso. En estos casos se coloca el botador en la cara bucal, luxando la pieza hacia lingual con lo que se evita el obstaculo del hueso por el lado distal.

Si el tercer molar muestra mucha inclinación hacia el lado distal o esta muy incluído, es mejor seccionar toda la corona, separandola de las raices con fresa de fisura. De esta forma se obtiene mas espacio para extraer el resto de la pieza.

Con una fresa de fisura se abrirá un túnel en la cara mesio bucal de la raíz, previa una pequeña osteotomía de acceso. En este túnel se coloca el extremo de un botador angulado que, apoyandose en el hueso, luxa la raíz distalmente. Si las raices son muy divergentes, puede ser necesario dividir las, extrayendolas por separado.

O muchas veces dividir las raices y extraer las porciones radiculares separadas.

(5) La fuerza aplicada con elevadores debiera ser siempre fuerza controlada así como mínima. En algunas situaciones sera necesario usar fuerza mayor que lo normal especialmente al forzar un elevador entre dos dientes colocados muy cerca el uno del otro. Ciertos operadores usan mas fuerza que otros. Sin embargo es mejor hacer secciones multiples del diente a extraer los bloques óseos antes de tratar de elevar el molar.

Puchas inclusiones, incluso a bajo nivel, podran extraerse con una cureta pequeña en vez de un elevador pesado. El hueso que ha resultado excesivamente traumatizado debiera extraerse con cincel bien afilado ó fresas despues de haber extraido el diente.

Por último llevaremos a cabo la sutura mas conveniente de acuerdo a la insición.

(2) Existe tambien un factor que impide la debida cicatrización - de la herida y que cuando existe debe eliminarse a veces despues de la extracción de los terceros molares inferiores con inclusiones profundas se quejen los pacientes por falta de sensibilidad - en el labio o la zona lingual.

Esta condición sin duda se debe a la lesión del nervio lingual o haberes del denterio inferior a causa de una técnica poco escrupu- losa en la operación o en la anestesia. La duración de este estado de cosas dependra de la extensión de la lesión y del tiempo neces- sario para la reintegración de las fibras nerviosas afectadas.

CONCLUSIONES.

No cabe duda que la mal posición de algunas piezas dentarias como son de los terceros molares inferiores, terceros molares superiores y de los caninos superiores, afectan la oclusión muy directamente.

Sin embargo parece evidente que la modalidad con sentido común del manejo de técnicas quirúrgicas puede utilizarse de manera exitosa en el consultorio particular, porque generalmente se remite a clínica.

Las técnicas donde utilizamos las piezas de alta o baja velocidad (de acuerdo al criterio de cada dentista) ya que esta nos da mayor rapidez y exactitud.

La irrigación adecuada, la asepsia quirúrgica, la técnica de anestesia, la sutura y con la ayuda de una historia clínica completa, podremos hacer una buena cirugía, con un pronóstico favorable.

La preparación teórica y las habilidades prácticas requeridas para administrar un programa con el cuidado ya mencionado, suele estar muchas veces más allá del entrenamiento de quienes más se preocupan de su implementación.

Presento esta tesis para familiarizar al profesional con las técnicas con que puede efectuarse en estos programas. Es muy apropiado, no obstante que el Odontólogo se considere parte de un equipo formado con su asistente desde su planeamiento el tiempo y el esfuerzo utilizados se justifican cuando existe una recuperación post-operatoria favorable.

No necesariamente siempre hay molestias al no ser erupcionados las piezas dentarias por lo mismo se pueden presentar muchas veces apinamientos dando una mal oclusión es dada esta por un alto índice de los terceros molares, en mala posición.

Para tratar una pieza dentaria ya sea erupcionada o anquilozada para usar la tecnica de extracción por disección, debemos de planearla bien cuando nuestro tratamiento desde un principio no haya sido - este el indicado.

La extracción por disección tambien la utilizamos porque se nos llega a complicar la extracción por sencilla que sea dandonos mayor - visibilidad y por lo tanto se hace una buena extracción, y un resultado satisfactorio para el Odontologo y poco traumatico para el paciente.

RESUMEN.-

Cuando se prepara previamente la extracción por disección, sin olvidar detalle de paso a paso que debemos seguir obtendremos una cirugía atraumática, fácil y con una recuperación postquirúrgica - buena aun cuando el grado de dificultad sea alto.

Para esto tomaremos en cuenta que la historia clínica lleve con los requisitos personales y un examen bucal mas minuciosamente - como radiográfico, teniendo desde aqui ya un plan de tratamiento - establecido y aumentado en los casos de cambiarlo por alguna razon imprevista dentro de la cirugía (esperando siempre continuar con la técnica establecida desde un principio o lo mas apegado a ella).

El colgajo que se hace dependera del lugar de la cirugía o de la pieza dental a intervenir, teniendo en cuenta sobre todo que esta tenga una buena irrigación y una amplia visualización para llevar a cabo la intervención correcta de la osteotomía y ostectomía para la extracción por disección de la pieza dental.

La disección con pieza de alta velocidad es menos traumática, mas rápida y con irrigación de solución esteril nos da un buen pronostico.

En caninos incluidos se hace la disección ya que tenemos visualizado 2/3 partes de éste, y con elevadores se termina la extracción. Lo mismo sucede en los terceros molares ya que hicimos la asepsia se procede a la anestesia regional o tambien local para llevar a - cabo la incisión adecuada y la extracción por disección disminuye el tamaño del organo dentario y existe menos probabilidad de fracturar el maxilar, esto ayudara a disminuir los riesgos traumaticos. Ademas en los molares superiores tenemos menos peligro de crear una comunicación bucosinusal.

Se obtuvo que con un solo golpe con el escoplo y el martillo se divide el molar inferior y se extrae con elevador. Pero siempre y - cuando el dentista sea diestro en el uso de escoplo y martillo, si - no se hara con pieza de baja o alta velocidad.

Los seccionamientos que haremos en los molares dependera de la -

posición y la anatomía del molar que enseguida se procede a quitar esquirirlas y la limpieza alveolar.

La sutura entre mas fina sea es mejor, es conveniente que los puntos queden a un lado de la línea de incisión para evitar que se entorpezca la cicatrización, tambien que los tejidos sean afrontados sin tensión con correcta hemostasia esto nos ayudara a que no se vaya a infectar la herida o romper la sutura en caso de tos o hipo.

De acuerdo a los artículos. Las retenciones dentarias deben ser tratadas quirúrgicamente porque nos pueden ocasionar movilización de los dientes adyacentes. quistes, ameloblastomas, tumores odotógenos y tumores malignos.

En otro de los artículos data sobre la disestesia en la región de los molares inferiores que ningun instrumento, anestésico o la técnica para la extracción de los 3er. molares, así como el uso de fresas en la disección de los molares incluidos provocando daño alguno al nervio. Exactamente no se sabe lo que lo provoca aun cuando no se toco el nervio en la intervención.

En conclusión los pacientes quienes se les hizo extracción por disección de los 3er. molares inferiores el 4.4% experimento disestesia postoperatoria nerviosa, el 4.1% tuvieron un completo alivio despues de 6 meses y el 1% la disestesia fue permanente.

ANEXOS

Y

BIBLIOGRAFIA GRAL.

ANALISIS RETROSPECTIVO DE 236 RETENCIONES DENTALES.

INTRODUCCION.-

Dentro de los padecimientos quirúrgicos de la niñez y adolescencia, desde el punto de vista estomatológicos (las retenciones dentarias tienen relevante importancia en función de su prevalencia, de su fisiopatología y de su manejo.

El problema de la retención dentaria es ante todo un problema mecánico; el diente destinado a hacer erupción normal y aparecer en la arcada dentaria, encuentra en su camino un obstáculo - que impide su erupción normal, estos obstáculos pueden deberse a:

1-Razones embriológicas-Cuando el germen está ubicado en un sitio muy alejado de la erupción normal o bien se encuentra dispuesto con una angulación defectuosa.

2- Barreras mecánicas-La falta de espacio, hueso muy condensado (enostosis), la interposición de un órgano dentario o de tumores, quistes u otro tipo de patologías dispuestas en el interior de las maxilares

3-Causas generales-Algunas enfermedades generales como los trastornos de las glándulas endocrinas, las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio, pueden dificultar la erupción dentaria.

En el servicio de estomatología del hospital del niño del D.I.F., de han manejado las retenciones dentarias mediante los siguientes procedimientos quirúrgicos:

- a) Exodoncia
- b) Odontopexia (movimiento mediato de la retención)
- c) Trasplante (movimiento inmediato de la retención)

Estos procedimientos se efectúan en base a la hipótesis de que la permanencia de una retención dentaria en los maxilares puede ocasionar o estar directamente relacionado con el siguiente tipo de patologías

	No. casos	Porcentaje
1-Movimiento de los dientes vecinos	76	54%
2-Rizoclasia dientes contiguos	39	27%
3-Quistes Dentigeros	17	12%

	No. casos	Porcentaje
4-Ameloblastomas	3	3%
5-Tumores Odontogénicos	2	2%
6-Tumores Malignos	2	2%

(aunque poco frecuente los tumores malignos pueden ser consecuencia de una retención dentaria).

MATERIAL Y METODO.-

Se estudio un grupo de paciente de la consulta externa del hospital del niño D.I.F. cuyas edades oscilan entre 4 y 18 años y que clínicamente presentaban ausencia de algun órgano dentario, movilidad dentaria, malposición y que radiográficamente fue comprobada la presencia de una o varias retenciones.

El grupo estudiado fue de 170 pacientes, correspondiendo 88 de ellos al sexo femenino o sea un 53 % y 82% al sexo masculino que corresponde a un 47%

Desde el punto de vista de el manejo, 86 pacientes, es decir - el 50% fue atendido bajo anestesia general, 40 pacientes que - representan el 24% bajo anestesia local y finalmente 44 pacientes es decir el 26% no fueron manejados por diversas causas.

Desde el punto de vista de manejo se efectuaron 110 Odontotomías por disección que representan el 85% de las intervenciones, 10 odontogénesis (fijación de las piezas dentarias, es decir el 12% y trasplantes el 3%).

Del análisis retrospectivo de los expedientes clínicos y - las incidencias RX periapicales, estatus X, ortopantografía y otras incidencias extraorales, se aprecia que el total de los pacientes (170), el 75% (127) pacientes presentan patologías - asociada a estas retenciones mientras que el 25% (43 pacientes cursan sin patología de mas.

Por otra parte se destaca, que en un mismo paciente es dado encontrar mas de un tipo de patologías.

DISCUSION.-

Respecto a los organos dentarios que con mayor frecuencia presentan retenciones Dr. Blümm, opina que es el camino, seguido del tercer molar y el diente supernumerario Dr. Shafer opina que el tercer molar y el canino superior son los que mas frecuentemente presentan retención y esta de acuerdo que el mejor

el tratamiento para ellos es la eliminación quirúrgica, ya que puede ser causa de la reabsorción de dientes adyacentes, dolor periodontico y hasta trismus, tambien pueden ser causa un quiste dentígero o un ameloblastoma.

Segun la estadística de Berten Cierziuski (citado por Ries Centeno el diente que con mayor frecuencia presenta retenciones en el tercer molar inferior, seguido del canino superior aunque no toma en cuenta en esta clasificación el mesiodens.

En contra de esto Stafne publicó una estadística de 131 mesiodens. Thoma y Archer tambien han publicado sobre este diente retenido y los Dres. Aprile y Barracos hacen un estudio completo de estas anomalías.

En este artículo de 1940 Ries Centeno opina que el diente retenido es un quiste en potencia y que estos quistes dentígeros está relacionado directamente con los dientes que mas frecuentemente presentan retención.

Por otra parte en relación a la presentación por sexo Senkovits y Polizer (citados por Gorlin y Golman) en un estudio de mas de cinco mil estudiantes húngaros que tenían entre 15 y 19 años de edad, encuentran ligera prevalencia en cuanto al sexo femenino, con un 1.76% mientras que el porcentaje del sexo masculino corresponde a 1.52%. En este estudio tambien se puede apreciar que la incidencia de retenciones es reducida ya que solo el 3.28% presentaron esta anomalía.

En esta bibliografía revisada es importante anotar que no se encuentran datos en donde en consideración el rango de edad tan vasto como en nuestro estudio.

Tal vez a esto se deba la diferencia en cuanto a la prevalencia de retenciones por diente; ya que en la revisión los dientes mas afectados son los caninos y los terceros molares, mientras que en nuestra muestra los mas afectados es el mesiodens.

CONCLUSIONES.-

En el presente estudio las retenciones dentarias muestran ligera preferencia por el sexo femenino. En base a la edad de los pacientes, la retención que con mayor frecuencia se presento fue el mesiodens.

De todos los casos estudiados un alto porcentaje presento patologia asociada, siendo la mas común la movilización de los dientes vecinos. Debido a la alta incidencia de patologia se puede fundamentar que el manejo quirúrgico de las retenciones es necesaria, siendo el tratamiento radical (exodoncia) el mas empleado.

RESUMEN.-

Se presento un estudio retrospectivo de 236 retenciones dentarias en 170 pacientes en la consulta externa del servicio de estomatología del Hospital del niño D.I.F. clasificandolas de acuerdo a su frecuencia y patologia asociada así como forma de tratamiento. Apoyando la hipotesis de que las retenciones dentarias deben ser tratadas quirúrgicamente, en base a que su permanencia en los maxilares puede originar o estar directamente relacionado con movilización de los dientes vecinos, rizoclasia de los dientes adyacentes, quistes, ameloblastomas, tumores, odontógenos y tumores malignos.

El manejo quirúrgico puede ser realizado mediante exodoncia movilización mediata (Odontopexia) ó inmediata (transplante).

TECNICA MODIFICADA POR LIBRAMIENTO LINGUAL PARA LA EXTRACCION DE LOS -
TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS.

Evaluación crítica de las técnicas existentes (Chisel y Bur) para la extracción de los terceros molares mandibulares incluidos, revelan una alta incidencia de complicaciones. Ambos abordajes requieren la creación de un efecto bucal inmediatamente distal al segundo molar para la inserción de un elevador, el cual puede causar u ocurrir embolsamiento postoperatoriamente. El método descrito aquí minimiza la resección perióstica y evita casi completamente la pérdida ósea, reduce eficazmente el uso de instrumentación circular. El planeamiento en la tenencia previa de todos los terceros molares incluidos podrían ser renovados, esto, está siendo cuestionado. Es sugestivo que esto no es el resultado del menor énfasis colocado, o en complicaciones que pueden ocurrir cuando el diente impactado está suelto in-situ, pero mas aún de un riesgo del nivel de la morbilidad relacionada a la eliminación quirúrgica de los terceros molares mandibulares incluidos, particularmente en pacientes mayores de 22 años. Hasta recientemente, la osteítis alveolar fue considerada como el problema más frecuentemente, con una incidencia entre el 15 y 68%.

Esta complicación ha recibido mucha atención y como resultado, su incidencia despues de la extracción de los terceros molares ha sido reducido a un nivel más favorable. Recientemente la incidencia de compromiso periodontal para el segundo molar mandibular despues de la cirugía, se pone tambien bajo escrutinio.

Graves, Moore y Woolf y otros documentaron el tipo de insición de tejidos blandos usada a exponer el área, pero no encontraron correlación entre el tipo de insición y curación postoperatoria. Sus estudios y los de Szmyd y Hester mostraron poco compromiso al periodonto del segundo molar pero ambos autores admitieron su incapacidad para hacer las cosas bien, evaluar la perdida actual de hueso, ó hacer un corto seguimiento en el estudio. Interesantemente Woolf y otros dicen que el manejo del tejido blando no puede ser implicado en el rompimiento periodontal y que los investigadores mostraron en cualquier lugar para la etiología de ésta complicación.

Ash, Ziegler y otros independientemente relacionan la pérdida de hueso distal al segundo molar mandibular con problemas periodontales resultantes de la remoción quirúrgica de los terceros molares incluidos en aproximadamente el 85% de los casos. Ash y otros encontraron que la mayor incidencia ocurrió cuando la cirugía fue retardada hasta despues de los 22 años de -

edad y particularmente cuando el tercer molar fue parcialmente erosionado. Daño a los nervios alveolares inferiores y lingual también recibió atención. Se ha dicho que la anestesia lingual tiene una incidencia de - 1% en la operación para libramiento lingual óseo y puede ocurrir en un porcentaje comparable de casos en el abordaje bucal. Anestesia mental - ocurrió en el 2% de los casos reportados por Rud.

El estudio de literatura demostró la incidencia de 1.3% a 5.3%. Este fenómeno puede ser relacionado a la proximidad del canal neurovascular inferior a la raíz del tercer molar.

La técnica descrita aquí, ha sido desarrollada con el fin de disminuir las complicaciones después de la cirugía de los terceros molares. Es realizada en el desarrollo de un lóbulo osteoclastico lingual al - tercer molar. El (flap) diseñado es tal que el nervio lingual no es - comprendido y el lóbulo puede ser remplazado después del vaciamiento del diente impactado. En esta vía el curso completo del defecto óseo - puede ser aliviado con reducción a la incidencia de problemas iatrogénicos.

La operación es una modificación de la técnica ósea para libramiento - Fry. Esta técnica ha sido modificada por muchos, la más reciente contribución hecha por Davis en 1979.

TECNICA.-

Una incisión es hecha a lo largo de la rama a través del margen - lingual de la gingiva hacia la cúspide distolingual del tercer molar o segundo molar, dependiendo en sí, si el tercer molar es parcialmente erosionado.

Usando una incisión interna aliviadora el surco epitelial distal al - tercer molar es roto desde el yacimiento sostenido de la gingiva cuando el tercer molar ha hecho erupción parcialmente o cuando una definida comunicación con la cripta presente. La incisión es extendida anteriormente en el surco gingival para incluir la papila entre el 1º y 2º molar.

Un límite bucal es crecido para evitar levantar o quitar el periostio. El lóbulo distal es desarrollado exponiendo al hueso en una línea recta desde la cúspide bucal del último diente visible al posterior, desde la superficie del alveolo hasta la curva lateral para encontrar la rama.

El surco gingival lingual es incidido desde el aspecto distal - del 2o. molar al 2o. premolar.

Un colgajo que envuelve lingual es levantado distalmente al premolar el cual da un acceso adecuado a la base lingual tan lejos del dorso como del borde posterior de la raíz distal del 2o. molar. Si no se quita el periostio desde la base alveolar lingual-adjunta al 3er. molar.

Un corte vertical es hecho con un cincel en la base alveolar lingual, inmediatamente distal al 2o. molar, Para el acceso con el ángulo del bisel es mas conveniente. Sobre el lado bucal un corte del bisel es hecho corriendo posteriormente desde el lado disto-bucal al 2o. molar (o desde el mismo punto sobre el 3er. molar si éste es particularmente erosionado), a la reunión del margen posterior del alveolo. El bisel está presionado tan lejos lateralmente como sea posible, también esto que permanezca inmediatamente paralelo al borde de la rama, por lo tanto se localiza directamente sobre el espacio periodontal del 3er. molar. El ángulo externo del bisel en cada aspecto lingual y los dos tendientes a un bisel directo dentro de la rama. En un plano sagital, el bisel se extiende a un paralelo como posible a lo largo del 2o. molar previniendo el instrumento que se ha dirigido de regreso - dentro de un espacio perimandibular. Unos pocos drenajes (the -- mallet) con el asiento de un bisel y éste se abre con un agudo sonlido en la base lingual. pudiera perforar el plano lingual, con un elevador desplazando el periostio del nervio lingual que tiene un yacimiento protector de hueso entre él y el bisel.

Un elevador puede ser colocado en el espacio periodontal para levantar los dientes en un borde lingual separando la base de los alveolos linguales y así ir siguiendo el camino, el lineamiento - de los dientes en una dirección lingual. Cuando el diente esta en parte erosionado, el bisel debe ser colocado en la ranura bucal como si para abrir el 3er. molar entre las raíces con un golpe brusco éste brote resultará el diente.

Inicialmente, esto se hacía por medio de una ceja bucal pero más recientemente se ha encontrado que esta perforación puede hacerse a través de una pequeña herida sobre el plato bucal adyacente al 3er. molar, un cinsel o un elevador, entonces separará e dislocará el diente si éste es aplicado a través de esta ventana.

En un pequeño porcentaje de casos, el patrón travecular de la mandíbula es tal, que esta separación no es ideal.

En estas circunstancias, la operación toma un curso más parecido a lo descrito por Davis, haciéndose fragmentos del plato lingual pero todas las uniones de hueso son retenidas.

Posterior a que el diente es obtenido, la raíz de 2o. molar se debeida - si está indicado.

La ceja osteoplástica es después manipulada de vuelta a su posición o - casualmente, cuando el cerrar el hueso está indicado las porciones medial o distal del plato lingual pueden ser ordenados con una pinza de Rovgur, facilitando la reposición. Los fragmentos de hueso deben ser aproximados entre los alveolos del plato lingual del 2o. molar. Para estabilizar el fragmento óseo, una sutura de catgut debe ser pasada a través del periostio bucal (o a través del agujero de Trephín) y alrededor de la ceja lingual ósea antes de anudarse. Los tejidos blandos son acusiosamente suturados para reconstruir la capa lingual suavemente alrededor de la porción distal del 2o. molar

Esto puede necesitar una insición en el periostio hacia la base del proceso coronóide, para permitir el avance de la ceja en los casos en los cuales el 3er. molar ha hecho erupción parcialmente. Frecuentemente, se encuentran un exceso de tejidos blandos en cuyo caso la ceja lingual debe reducirse en espesor. Esto previene la excisión de la encía adyacente a la ceja bucal.

Esto también hace que la línea de sutura vaya más lejos sobre el labio de la cavidad ósea.

DISCUSION

El razonamiento para éste abordaje, está basado en el hecho de que el -- alveolo en ésta región cuelga casi sin soporte en el lado lingual del cuerpo de la mandíbula. El plato lingual en ésta región es tan delgado que se encuentra perforado por las raíces de 3er. molar en el 4.5% de los casos.

Los oponentes de la técnica de la separación lingual, puntualizan que los exponentes casi destruyen el plato lingual y con ello su papel de soporte para el periodonto del 2o. molar. Ellos también elevan la pregunta de la le

ción del nervio lingual introduciendo infección a los espacios sublingual o submandibular con el riesgo de edema en las proximidades de las vías aéreas. Algunas de estas críticas son infundadas, pero hay que considerar la importancia de preservar todos los fragmentos óseos sublinguales adyacentes.

La penetración en el espacio sublingual requiere un programa de higiene preoperatoria impecable, así como cobertura antibiotico, pero la ausencia de celulitis o infección sublingual en nuestras series de mas de 1 500 casos refuta a éste aspecto como una seria objeción a la técnica, con la osteotomía sagital Ramus ahora adocada como un procedimiento quirúrgico desde el punto de vista rutinario, ninguna duda de compromiso aéreo resulta del procedimiento quirúrgico desde el aspecto lingual de la mandíbula.

El papel de las varias manipulaciones durante la cirugía del 2o. molar en la etiología de cambios, es evidente en la literatura y éstos son discutidos en distintos encabezados para cada paso de la operación.

LA MANTALURA DE LA CEJA.-

La mayoría de los diseños de la ceja, presentan poca atención a los principios quirúrgicos y periodontales. Una excepción notable es la descrita por Grove y Moore que dejan un collar a la unión gingival distal al 2o. molar. Las incisiones de tejido blando pueden planearse para permitir suturar sobre el hueso cuando ésto sea posible y deban separarse para formar una capa de encía unida alrededor del lado distal del 2o. molar. En ésta técnica debe tenerse cuidado para reparar el collar gingival unido a la parte distal del 2o. molar. Esta precaución hará innecesario cesanar el epitelio de la porción de abajo de la superficie de la porción de abajo de la superficie de la ceja durante la reparación.

DEFERENCIA PERIODONTICA.-

La atención de la relación periodontal está directamente relacionada con el retraso en la curación de la herida. Es de notarse que cuando se encontró un incremento en la incidencia de perforación cuando fue necesario exponer el labio oblicuo externo durante la cirugía. ésto puede asociarse con el tamaño del hematoma y la

extensión del edema encontrada en cejas grandes. Experimentalmente, puede parecer que la destrucción de la capa osteoblástica del periostio durante la reflexión puede contribuir al menos en parte con el retraso en la cicatrización puesto que nuevos osteoblastos deben emigrar del periostio sano adyacente. La osteogénesis se ve retrasada en el adulto puesto que las células precursoras osteogénicas deben primero proliferar antes de que se diferencien y formen la capa por debajo de la matriz. La cicatrización ósea se ve secundariamente interferida por la más rápida organización de la capa de tejido fibroso que retrasa la colonización de la región por células osteoblásticas.

La conclusión a la que puede llegarse es que la reflexión periostia debe minimizarse especialmente en la región inmediatamente distal al 2o. molar y debe evitarse el embolsamiento periodontal.

Manejo del hueso.-

La reducción de la corteza bucal se usó como acceso en las técnicas de Bur o para desarrollar un punto de intercambio para el elevador en las técnicas de separación lingual.

En los casos en que el hueso interproximal está distal al 2o. molar se han perdido, la realización de éstos puntos de intercambio tienen el efecto de crear un defecto óseo de dos paredes o inclusive de una pared inmediatamente distal al 2o. molar.

Dichos defectos en la región de los molares mandibulares y premolares fue reducido en solo el 50% de los casos cuando se tratan periodontalmente.

En el mismo estudio se obtuvo un índice de éxitos del 85% cuando se manejan defectos de 3 paredes.

Durante el período de un año, estudios hechos indican una alta incidencia de embolsamiento del aspecto distal del 2o. molar posterior a la extracción quirúrgica del 3er. molar. En comparación, los estudios hechos en tres meses no muestran embolsamiento. Puede inferirse que las técnicas quirúrgicas difieren, y puede argüirse que el embolsamiento resulta de una migración continua pical del epitelio de unión en la ausencia de adecuado soporte óseo posterior al 2o. molar. Parece que la distribución de la cresta ósea al borde apical del epitelio de unión permanece constante. Cotton y Zander han mostrado que el largo epitelio de unión gradualmente se rompe y esto puede contribuir a las discrepancias en los estudios mencionados.

Sin embargo, ha sido dicho que las cejas osteoperiostiales producen estabilidad en la herida y ha sido mostrado que ocurre una más rápida curación del hueso por incremento de la actividad osteoblástica debajo de la ceja córticoperiostial.

Idealmente entonces, el corte óseo debe ser pequeño. El uso de una ceja osteoperiostia puede inducir más rápida curación y tiene además la ventaja de permitir una futura reducción de cualquier perforación ósea postoperatoria. Dicho defecto tiene tres paredes y por lo tanto tiene mayor oportunidad de curar de primera intención.

Complicaciones Neurológicas.-

Nervio alveolar inferior.-La ausencia de síntomas neurales en nuestras series, muestran que la técnica modificada puede ser considerada especial -

mente cuando hay evidencia radiográfica de proximidad de las raíces del 3er. molar al bulbo neurovascular, incluso cuando las raíces exclusivas muestran extensión hacia el canal neurovascular no ocurren síntomas después de la cirugía. Merrill ha discutido la descompresión del nervio alveolar inferior en el manejo de la anestesia que resulta de neuropraxia y axonotmesis. Ha sido argüido por Rud que la separación del plato lingual del cuerpo de la mandíbula disminuye la incidencia de anestesia de la región mental en su modificación de la técnica de separación lingual. Esto sin duda es útil para evitar la compresión del bulbo neurovascular intramandibular y pertenece a la técnica presente. Favorecer la reducción directa o indirectamente de la compresión nerviosa durante la elevación en éste acceso es la aplicación de la fuerza elevatoria. Esta fuerza se aplica a las raíces más que a la corona, de tal forma que el centro de rotación o fulcrum se encuentra hacia la corona más que hacia el ápex de la raíz.

Nervio lingual.-como se mencionó, la incidencia de síntomas del nervio lingual del 3er. molar se reporta aproximadamente el 1%. La ausencia de síntomas en las series actuales indican que por lo menos no hay incremento en el riesgo de la lesión del nervio lingual si ésta técnica se sigue acuciosamente.

Conclusiones

La técnica hace modificaciones a la operación de separación lingual -- con la ventaja de circunvertir los problemas encontrados en éste acceso y además reducir las complicaciones posteriores a la remoción quirúrgica de los molares impactados, el procedimiento está planeado para seguir los máximos quirúrgicos y periodontales y evitar el desarrollo de bolsas en la porción distal al 2o. molar, especialmente en tipos de impactación que han -- mostrado predisponer a ésta complicación, hay evidencia que ésta puede también ser la operación preferible cuando las radiografías indiquen proximidad de las raíces del 3er. molar al canal neurovascular alveolar inferior.

DISESTESIA ORIGINADA POR CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES INFERIORES. UN ESTUDIO RETROSPECTIVO Y EL ANÁLISIS DE 1377 PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS.

La sensación labial alterada es una complicación de la cirugía de los terceros molares inferiores.

Esta complicación a sido observada y reportada frecuentemente en la literatura dental. Sin embargo algunos estudios cuantitativos han demostrado la insidencia y naturaleza de esta complicación o analizado los factores que contribuyen a la sensación alterada labial. El propósito de este estudio es para documentar la insidencia de la sensación labial alterada despues de la extracción quirúrgica de los terceros molares impactados. Analizar algunos factores quirurgicos y no quirurgicos potencialmente relacionados a daños ocasionados al nervio alveolar inferior.

Una característica natural y duración de los cambios sensoriales para el proposito de este papel son usadas algunas definiciones como:

Disestesia.- Es fundamental en cualquier sentido especialmente del tacto.

Anestesia.- Es la perdida de la sensación o sensibilidad (Disestesia).

Parestesia.- Es una sensación perbertida o morbosa, una sensación anormal quematoza o punzada (una Disestesia).

RESUMEN DE LITERATURA.-

Las complicaciones neurologicas de los terceros molares inferiores impactadas han sido documentadas a travez de la historia de la odontología y del desarrollo de la literatura dental científica, algunos autores han intentado correlacionar el daño a nervios con desarrollo anatomico de la región del tercer molar inferior y su trayecto de los contenidos alveolares inferiores/o de la mandíbula. Otros han estudiado la degeneración nerviosa y el fenomeno de regeneración despues de un daño al nervio alveolar inferior. Algunas técnicas quirúrgicas y no quirurgicas han sido sugeridas para mejorar la regeneración de los nervios mandibulares.

El trauma permanece como la consideración mas importante en el daño potencial a los nervios durante la cirugía y esta relacionado con la proximidad entre las raices de terceros molares y el canal mandibular existente. Algunos estudios radiograficos relacionados entre terceros molares y el canal mandibular han sido reportados.

Richards, Stockdale y Waggener usaron radiografias periapicales y Uotila y Kilpinen intentaron usar ortopantomografia para determinar la posición del canal mandibular con respecto a las raices de los terceros molares. Mayn reporto que metiendo frio dentro del canal podrian ser determinados radiograficamente las apariciones relativa del area radiolucida en la estructura de la raíz, en la zona del canal mandibular o bien la aparición de la perdida de la estructura radicular en el area impregnada. La radiodensidad radiografica de la raíz permanece uniforme si el metodo de impregnador no se presenta. Howe y Bointon intentaron relacionar hallazgos radiograficos preoperatorios a observaciones clinicas. Ellos usaron el termino "relación verdadera" para observar una intima relación tanto radiografica como clinica, entre las raices del tercer molar y el canal mandibular se observo que el paquete vasculonervioso en la extracción del alveolo durante la cirugía la relación aparente denota similares hallazgos radiograficos sin que se observe el paquete clinicamente.

Un estudio de 1355 procedimientos para terceros molares revelaron un 7.45% de insidencia de relación verdadera y una insidencia de 61.7% de relación aparente en sus casos.

Algunos terceros molares en la relación verdadera tuvieron bandas radiculares, en un estudio post operatorio Howe correlaciono estos hallazgos radiograficos con observaciones clinicas de raices acanaladas, perforadas o en muescas de molares.

Las injurias ocasionadas al nervio mandibular pueden ser clasificadas como directas o indirectas.

Las primeras pueden ocurrir durante la aplicación local de anestésicos o durante la instrumentación quirúrgica tal como la remoción ósea, ódonotomía, curetaje alveolar o manipulación de un elevador, el trauma indirecto puede resultar de la rotación de los puntos de la raíz y el envolvimiento de las paredes del canal durante la manipulación quirúrgica, o debido a edemas post/quirúrgicas o hematoma que comprime el nervio.

Muchas técnicas quirúrgicas han sido desarrolladas y modificadas en un intento para prevenir el daño al nervio mandibular.

Algunos cirujanos dentistas dicen que el uso de elevadores pueden disminuir o eliminar el daño a nervios causados por la fuerza aplicada con los forceps; otros creen que los elevadores son capaces de producir tanto daño directo como indirecto al nervio.

Debats y Phillips propusieron un acercamiento conservador que permite al tercer molar inferior erupcionar lejos del canal antes de la excisión.

Algunos autores y nuestra experiencia clínica han demostrado que la extracción de terceros molares y los puntos radicales en verdadera relación con respecto al canal mandibular resulta con una incidencia mayor de sensación labial alterada que la extracción de molares que se encuentran lejos del canal mandibular.

Un estudio de Simpson sostiene la creencia común que el déficit sensorial resultante de la cirugía de los terceros molares es rara vez permanente, aunque los síntomas pueden persistir por varios meses. Los síntomas iniciales post operatorios pueden manifestarse como cualquier forma de disestesia y varios disturbios sensoriales pueden ser experimentados conforme ocurra la mejoría. El retorno de la sensación normal, cuando sucede se lleva a cabo usualmente durante los primeros 6 meses después de la cirugía. Muy pocos casos han sido reportados con alteración permanente de la sensibilidad.

En 1940 Robinson describió una serie de 300 pacientes en las que cuatro de ellos (el 1.3%) tuvieron parestesia labial posterior a la remoción de los terceros molares.

Frank selecciono casos basandose en la proximidad radiografica de las raices al canal mandibular y 16 de 300 pacientes (5.3%) experimentaron parestesia post operatoria con duraci3n de 1 a 21 meses; dos casos fueron resultados despues de 18 a 21 meses. La secuencia de estos casos no resueltos no fue obtenida, por Frank en comunicaci3n personal.

Rud report3 un incremento incidental de sensaci3n labial alterada relacionada a impactaciones horizontales profundas o distoanguladas comparadas con dientes erupcionados. Van Gool y otro reportaron 13 casos de disestesia del nervio alveolar inferior todos estos resultantes de 932 operaciones (1.5%) todos resueltos en un lapso de 4 mese. Siete de los 13 casos de parestesia involucrada en la relaciones intimas entre raices y el canal mandibular.

Gorlin y Goldman prefirieron un estudio de 61 pacientes con neuralgia trigeminal, 9 de los casos de los cuales fueron referidos a cirujia de terceros molares y 4 referidos para ser tratados por acupuntura.

Hawe y Pointon reportaron 5.2% de insidencia de sensaci3n labial alterada en sus series de 1355 extracciones de terceros molares.

Ellos encontraron que una verdadera relaci3n entre las raices de los molares y el canal mandibular era significativamente asociada con disestesias post operatorias. Este estudio tambien reporto una insidencia incrementando las disestesias en mujeres pacientes viejas y con impactaciones dificiles.

MATERIAL Y METODO.

Los record de todos los pacientes admitidos en el Hahnemann Medical - College y el hospital para remoci3n de los terceros molares mandibulares entre enero del 71 y julio del 77 fueron reabiljtados. Algunos records fueron resumidos por radiografias panoramicas preoperatorias, records de anestesia operatoria totales notas pre y post operatorias mencionan hallazgos acerca de las alteraciones sensoriales del nervio alveolar inferior y ausencia preoperatoria de cualquier alteraci3n neuropatica

sistémica o síntomas sistémicos pertenecientes al sistema nervioso un total de 365 que tuvieron 1377 terceros molares mandibulares remobidos fueron incluidos en este estudio el criterio y la documentación usada para el analisis radiografico de la relación entre las raices de terceros molares y el canal mandibular

La distancia entre los puntos de la raíz y el borde superior del canal fue medido y se hicieron records. Cuando distancia entre los dos casos fue clasificado inclusión. Casos con el canal superpuesto en estructura radicular y con tal porción de la raíz apareciendo mas radiolucido - que la estructura radicular permanente fue clasificado como una banda radiolucida. La perdida de la lamina dura indica una ruptura de continuidad de los bordes del canal radiodensosin la presencia de una banda radiolucida el estrechamiento ocurrido si solamente el borde superior del canal mandibular fue desplazado y el desplazamiento ocurrido cuando tanto el borde superior como el inferior, otros hallazgos radiograficos, casos en la que las estructuras anatomicas no pudieron ser claramente interpretadas fueron clasificados como desconocidos los siguientes factores analizados: instrumentación, administración de anestesia local y hallazgos durante la cirugía.

Record de anestesia fueron examinados para dedicación preoperatoria y - medicación durante la cirugía, agentes anestésicos y técnicas. record pre y post operatorio fueron resumidos por la presencia o ausencia de la sensación labial alterada, el tipo de cambio sensorial, el tiempo de empiezo de los síntomas y el curso y duración de la sensación alterada. Se realizaron intentos para contactar todos los pacientes con síntomas no resueltos por entrevista, examinación o ambos.

La estadística acumulada y los casos de sensación alterada fueron comparados con los casos de sensación inalterada y con el factor usando la prueba de

RESULTADOS.-

Un total de 1377 extracciones de terceros molares mandibulares en 765 pacientes fueron analizados. La población de pacientes se constituyen de 280 mujeres y 485 hombres, la edad promedio de 24.3 años (variando de 12 a 24 años), hubo 987 procedimientos a pacientes blancos, 208 a negros y 170 procedimientos a pacientes de la raza indocumentada. En 54 pacientes en las que 67 disestesias fueron tratadas por post operatorias (1.4%). La edad promedio del grupo que experimento complicaciones fueron de 29.5 años (variando de 14 a 65 años). Este grupo se constituye de 190 mujeres y 35 hombres. Diferencias estadísticas entre el grupo con disestesia post operatoria y la demas población de pacientes con respecto al genero, edad o raza no fueron encontradas comparaciones de casos de sensación labial alterada y casos de sensación.

Las inalteradas rebelaron los siguientes factores como: no relacionados estadísticamente a la ocurrencia de disestesia post operatoria, medicamentos tomados antes de la admisión al hospital, medicamentos de anestesia pre operatoria, agentes anestésicos usados durante la cirugía técnicas de anestesia y el uso de agentes anestésicos inyectados localmente.

El uso de la fresa y la remoción quirúrgica del hueso fueron relacionados significativamente a distesia post operatorias en tanto que los terceros molares que estaban parcialmente cubiertos por hueso y tejido blando, los terceros molares no fueron asociados estadísticamente con disestesias post operatorias.

Los terceros molares mandibulares impactados horizontalmente fueron estadísticamente relacionados a cambios sensoriales post-operatorios en tanto que los mesioangulados y distoangulados y atrapados verticalmente no fueron asociados con incremento del nervio, post operatoriamente.

La presencia de la banda radiolúcida corresponde al canal mandibular --
siperexpuesto sobre las raíces de los terceros molares mandibulares y
la pérdida de la lamina dura del canal mandibular ambos dos significati-
vamente relacionados a complicaciones sensoriales pos operatorias.(tabla5)
Otras indicaciones radiograficas de relación intima entre las raíces del
molar y el canal,tal comp estrechamiento,desplazamiento del canal y las ra-
ices que no tocan el canal radiograficamente no fueron asociados con una
incidencia mas alta del deficit del nervio post operatorio.

Observaciones clinicas del paquete vasculonervioso durante la cirugía y
exesiva hemorragia del alveolo,ambos fueron correlacionados post operato-
riamente con sensación labial alterada.(tabla 6)

La naturaleza de sintomas post operatorios,el tiempo de incidencia y la du-
raciónde las disestesias estan resumidas ya anteriormente (tabla 7 y 8)

De los 60 pacientes sintomaticos 39 fueron muy bien observados y de estos -
25 (64.1%)completaron la resolución de sus sintomas en un lapso de 6 meses
y 14 días(35.9%) tubieron sistomas que persistieron mas de 6 mese sin re-
solución 1.0% de todos los procedimientos.

Discusión.-

La población de pacientes representa un grupo de personas que han tenido
la remoción de terceros molares mandibulares.Los casos quirurgicos resumi-
dos fueron tomados y son representativos de pacientes en una practica qui-
rurgica oral de grupo. Todos los procedimientos fueron hechos por cirujanos
dentales,altamente calificados,bajo la supervisión directa del cirujano que
lleva los casos.

De 1377 procedimientos 60(4.4%)resultarón con disestesias post-operatorias.
Otros estudios han reportado la insidencia de sensación labial alterada post
operatoria siendo esta de 1.3% a 5.3% aunque los números,metodos de selecció-
n y compocisión de pacientes variaron en estos reportes.Dos de los 60 ca-
sos de disestesia ocurrieron en dientes no impactados que tuvieron que ser

reoperados quirúrgicamente. las extracciones simples no provocaron disestesia. Muestras técnicas quirúrgicas en la tabla 1y2, ningún instrumento en particular o combinación de instrumentos fue asociado a daños de nervios. Este hallazgo apoya nuestra opinión pública la que dice que ninguna técnica quirúrgica sola es asociada con daño a los nervios. Una combinación de técnica a factores quirúrgicos, posiblemente pueden ser relacionados a daños operatorios a nervios, pero nuestro análisis estadístico fue relacionado a factores individuales estudiados aparentemente por ello, cualquier conclusión referente a factores múltiples fueron omitidos.

La perforación al nervio alveolar inferior por medio de una aguja usada para bloqueo regional local durante anestesia general, a sido implicado en daño al nervio.

Reportes previos también han implicado contaminación de agentes anestésicos locales por alcohol en anestésicos post operatorios. La punsión de la vaina del nervio con aguja o la disposición de agentes de anestesia local en la vaina del nervio puede provocar disestesia, sin embargo este estudio no demostró una correlación estadística entre la inyección de anestésicos locales y disestesia post operatoria.

De los 60 casos sintomáticos, 3 se reportaron en corta duración de disestesia de las cuales 8 duraron 24 horas o menos y 5 se resolvieron en una semana después de la cirugía. Una amplia gama de explicaciones clínicas, todas no provocadas científicamente, podrían ser contadas por estas ocurrencias. El uso de fresas y la remoción quirúrgica de hueso fueron ambas asociadas con incremento de incidencia de disestesia post operatoria.

Estos factores son difíciles de considerar independientemente ya que parece lógico asumir el uso de fresas y la remoción de hueso, esta generalmente asociada con un incremento de manipulación y mas procedimientos difíciles. Nosotros pensamos que nuestros datos no permiten comparaciones con otras técnicas quirúrgicas.

Los procedimientos que no requieren la odontosección tuvieron significativamente pocas disestesias post quirurgicas como se esperaba (tabla 2) Sin embargo nuestro estudio no mostro una asociación significativa entre odontosección y disestesia post operatorias.

Exesiva hemorragia del alveolo despues de la extracción y observaciones clinicas del paquete vasculonervioso dentro del campo quirurgico durante la cirugía fueron ambos relacionados a disestesias post operatorias, (tabla 6) Tambien hubo mas casos sin obrevaciones anormales durante la e cirugía que no tubieron alteración sensorial post operatoria como se esperaba aunque de interes es nombrar que menos de la mitad de los casos se vio una exesiva hemorragia, o en canal el canal mandibular se a observado que durante la cirugía resulto de está disestesia. aparentemente las e estructuras las estructuras vasculares pueden ser dañadas pero el nervio puede permanecer intacto. Algunos autores refieren que para lograr la hemostasis completa del paquete vasculonervioso sera permitiendo que el vaso lacerado se retraiga dentro del canal óseo. Esto podria asegurar daños a nervios y ser resultantes en sisestesias post operatorias. Otros creen que el evento del daño nervioso es debido a la compresión, y que cortando completamente el tronco cerca de los contenidos es mas factible que resulte en disestesia que si se deja el nervio dañado intacto. En algunas ocasiones probablemente cuando hay disestesia es señal de ausencia de buena recuperación, inesperadas fracturas de la raíz durante la cirugía significativamente relacionados a disestesias post operatorias (tabla 6) Nosotros creemos sin embargo mejor dejar pequeños fragmentos de raices que no se remuevan facilmente proximos al canal y en lugar de correr el riesgo de empujar el fragmento con un instrumento a travez de la pared del canal que daría como resultado un daño directo al nervio.

Análisis radiográficos apoyan nuestra experiencia de las relaciones entre la sensación labial postoperativa alterada e intensos impactos (choques) (completamente cubiertos por hueso) (Tabla 3), de la misma forma que los impactos horizontalmente situados. La remoción quirúrgica de los terceros molares impactados requiere una manipulación más extensa y la remoción del hueso cerrado al canal mandibular; esto incrementa el riesgo de traumas: directo e indirecto, al nervio. La superposición radiográfica del canal mandibular sobre la raíz del tercer molar y el dano de la lámina dura del canal están también significativamente asociados con la disestesia postquirúrgica (Tabla 5). La ocurrencia de una banda radioluciente a través de la estructura inferior de los molares, o un rompiendo en la continuidad de los bordes del canal radiodense y estos relacionados a la lesión del nervio, han sido previamente reportados. De las radiografías panorámicas aportadas por este estudio, 92.7% fueron adecuadas para determinar radiográficamente las relaciones anatómicas en la región del tercer molar. El valor de las radiografías panorámicas en la predicción de la sensación labial postoperativa alterada, es difícil de evaluar. Nuestro estudio sugiere que cualquier relación entre la raíz y el canal mandibular mostrado sobre radiografías panorámicas puede estar asociada con la disestesia postoperativa, y significativamente asociada con los dos factores antes mencionados. Si se duda respecto a las relaciones radiográficas existentes, una radiografía periapical puede ser indicada.

De los 60 casos con sensación labial postoperativa alterada, 37 fueron inicialmente reportados como anestesia, 13 como parétesis y 10 como otras sensaciones alteradas (hipoestesia, hiperestesia, y comezón u hormigueo) listadas como disestesias. 7 pacientes reportaron inicialmente disestesia bilateral, 4 de estas se convirtieron en unilateral durante los 24 horas siguientes. Ningún caso de disestesia bilateral persistente o permanente fué documentado. Esta ocurrencia es extremadamente poco común y nosotros pensamos que los reportes iniciales de los pacientes de pesujeras disestesias

bilaterales pueden ser debidas a los efectos anestésicos y a una - -
prematura evaluación postoperativa.

De los 60 casos (93.4%) reportaron inicialmente sensación labial --
alterada dentro de las 24 horas siguientes después de la cirugía.Los
otros pacientes reportaron el primer acceso (choque) de síntomas empe-
zando el día posterior a la cirugía (1caso) o entre 48 horas y una se-
mana despues de la cirugía (3 casos).Uno de los cuatro casos con sínto-
mas retardados tuvo síntomas persistentes más alla de los 6 meses y los
otro 3 aliviaron dentro de los 6 meses. 3 de los 4 casos tienen eviden-
cias radiográficas de una íntima relación entre las raíces y el canal
mandibular, y el caso de disestesia permanente tuvo tambien una hemorra-
gia excesiva del hueso durante la cirugía.Un acceso retardado de dises-
tesia puede estar asociado o relacionado al trauma indirecto desde el -
edema quirúrgico o a la formación del hematoma más que al resultado de
una lesión directa del nervio.Sin embargo, estos casos no muestran di-
feris significativamente de la mayoría de los casos de disestesia.

Pocos casos de permanente sensación alterada después de la extracción -
de los terceros molares son documentados.Quizá esto esté relacionado a
la dificultad para clasificar un síntoma persistente como permanente-
especialmente cuando se procede con sensaciones alteradas después de -
cirugía en la cual la lesión al nervio puede no haber ocurrido.

De los 60 casos de disestesia, 29 fueron adecuadamente "seguidos" por mas
de un año o hasta su resolución.De estos 39 casos mas.25(64.1%)se resol-
vieron totalmente,y 14(39.5%) persistieron mas alla de 6 meses,con los-
5 años de observación de seguimiento.Varios de los pacientes con sínto-
mas no resultados describieron sensaciones cambiantes durante varios pe-
ríos anteriores a la estabilidad,sin resolución posterior.

Por esta razón, el cambio o la disminución de síntomas pueden no anun-
ciar una resolución(alivio) total.Todos nuestros casos sintomáticos -
tuvieron algunas mejoras durante las primeros 6 meses.La mayoría de los
pacientes reportarán una razón de cambio en decremento hacia la resolu-
ción de sus sensaciones alteradas en 3 meses.y 3 pacientes reportaron -
continuas mejoras,aunque sin resolución,por periodos de 1,3 y 4 años.

La mayoría de los pacientes con síntomas no resueltos reportaron una exitosa adaptación a sus síntomas describiendo su presente alteración como apenas perceptible, una ligera comezon ó una sensación ocasionalmente diferente. Ninguno de los pacientes con síntomas no resueltos reporto problema físico ó sociales, relacionados a la disestesia. Esta exitosa adaptación puede estimarse por la poca documentación de disestesias permanentes o por la impresión de que muchos casos creemos que están resolviendo o han resueltos. Aunque ha sido reportado un prometedor pronóstico de que los síntomas pueden persistir al menos 2 años para la regeneración funcional del nervio alveolar, en este estudio, ninguna de las disestesias persistentes por más de 6 mese fué resuelta (aliviada) totalmente. Esto es primordial para considerar a las sensaciones postoperatorias alteradas duraderas 6 mese como persistentes y aquellas duraderas más de 6 mese como permanentes. Nuestro estudio revela un sustancial porcentaje de ocurrencia de alteraciones permanentes en el grupo que tuvo complicaciones (al menos 14 de 39,35 = 9%) y un número sustancial de todos los pacientes teniendo terceros molares mandibulares removidos están en riesgo de alteraciones sensoriales permanentes (al menos 14 de 1,377 ó 1%).

Sería deseable desde el punto de vista del cirujano y el paciente, ser capaz de predecir con algun grado de exactitud la probabilidad de complicaciones postoperativas del nervio casos individuales sin embargo son difíciles de predecir casos en los cuales los principios operativos sugieren que la probabilidad de la lesión al nervio puede no experimentar disestesia y algunos casos sin ninguno de los factores de riesgo identificados, hacen una experiencia (experimentan) de disestesia postoperatoria.

Howe y Poyton demostraron la habilidad para predecir exactamente relaciones entre la raíz y el canal mandibular desde una radiografía, periapical y sugieren modificar la aproximación quirúrgica de estos molares que presentan grandes riesgos quirúrgicos a lesiones del nervio.

Nosotros creemos que la mayoría de los pacientes en riesgo a una lesión al nervio mandibular como resultado de la remoción de los terceros molares inferiores que pueden ser identificados por diversas características estadísticamente asociadas con lesiones al nervio inferior. Desafortunadamente disestesias impredecibles, algunas sin factores de riesgo identificable también ocurren.

Por lo anterior, todos los pacientes que padecen extracciones de los terceros molares inferiores deben ser informados de la posibilidad de una impredecible sensaciones postoperatorias alteradas.

RESUMEN.-

La sensación labial alterada es una reconocida complicación de la extracción quirúrgica de los terceros molares mandibulares. Diversos factores fueron estadísticamente asociados con la disestesia mandibular del nervio después de la remoción de los terceros molares inferiores. De todos los pacientes quienes tienen terceros molares removidos, - el 4.4% experimentó disestesia mandibular postoperatoria nerviosa - (del nervio). Al menos el 64.1% de estos pacientes tuvieron una completa resolución (alivio) dentro de los 6 meses posteriores a la cirugía, y al menos el 1% de todos los pacientes teniendo terceros molares inferiores removidos tuvieron disestesia permanente. Ninguna de las alteraciones permanentes causaron notables problemas físicos o sociales.

BIBLIOGRAFIA GENERAL.-

- 1.- W. Harry Archer ATLAS PASO A PASO DE TECNICAS QUIRURGICAS - Editorial Mundo 2a. edición.
- 2.- Leo Winter D.D.S. TRATADO DE EXODONCIA Editorial Pubul.
- 3.- Dr. Edmundo Batres Ledon PROCEDIMIENTOS EN CIRUGIA BUCAL - Editorial Continental s.a. Mx. 1a edición
- 4.- Guillermo A. Ries Centeno EL TERCER MOLAR RETENIDO INFERIOR Editorial El Ateneo.
- 5.- Gustavo O. Kruger TRATADOS DE CIRUGIA BUCAL Editorial Interamericana 4a. edición.
- 6.- Guillermo A. Ries Centeno CIRUGIA BUCAL Editorial El Ateneo 8a. edición
- 7.- H. Birn J.E. Winther ATLAS DE CIRUGIA ORAL Salvat editores s.a.
- 8.- Jess Hayden jr. y Niel Bjorn Jorgansen ANESTESIA ODONTOLOGICA Editorial Interamericana 1a edición.
- 9.- R.A. Cawson CIRUGIA Y PATOLOGIA ODONTOLOGICAS Editorial El manual moderno s.a. de c.v. 3a edición.
- 10.- Richard C. Obrien RADIOLOGIA DENTAL Editorial Interamericana 2a edición.
- 11.- A. Bouchet y J. Cuilleret ANATOMIA DE CARA, CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS Editorial Panamericana.
- 12.- Marcelo Friedenthal DICCIONARIO ODONTOLOGICO Editorial Panamericana.
- 13.- W. Harry Archer CIRUGIA BUCAL Editorial Mundi 1a y 2a edición.

14.- Mead Sterlin V. CIRUGIA BUCAL

15.- Dr. Abel Archundia EDUCACION QUIRURGICA Editorial Fco. Mendez Cervantes 1a edición.

REVISTAS

16.- Deryl P. Kipp D.D.S., Burton H. Goldstein y William W. Weiss
DYSESTHESIA APTER MANDIBULAR THIROL MOLAK SURGERY A RETROSPECTIVE
STUDY AND ANALYSIS OF 1377 SURGICAL PROCEDERES Jada vol. 100 -
February 1980 pag. 185-191.

17.- James E. Lewis y Lincoln Neb MODOPOED LINGUAL SPLIT TECHNI-
QUE FOR EXTRACCTON OF IMPACTED MANDIBULAR THIR MOLARS, J. Oral -
Surgery vol. 38 August.1980 pag. 578-583.

18.- DR. Salvador Anaya Alva y Dra. Ma. Patricia Garduño Garduño -
ANALISIS RETROSPECTIVO DE 238 RETENCIONES DENTARIAS A.D.M. XXXVI
mayo-junio 1979 pág. 269-271.