



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO

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

LAURA ESTHER BARRERA ROMAN

Vo. Bo:
[Signature]



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I. CONSIDERACIONES ANATOMICAS.....	3
CAPITULO II. DEFINICION, ETIOLOGIA Y CLASIFICACION.....	9
CAPITULO III. DIAGNOSTICO.....	19
CAPITULO IV. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION	24
CAPITULO V. INSTRUMENTAL Y TECNICAS QUIRURGICAS.....	28
CAPITULO VI. ACCIDENTES Y COMPLICACIONES.....	37
CAPITULO VII. TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.....	55
CONCLUSIONES.....	
BIBLIOGRAFIA.....	

INTRODUCCION

Hablar de terceros molares inferiores incluidos, es muy común a pesar de que no se le ha dado su real importancia.

La erupción de éste molar es tan especial y específica, que es tarea del cirujano dentista centrar toda su atención y conocimiento cuándo va a realizar un tratamiento de ésta índole.

Se ha comprobado que durante el transcurso de los años, los huesos del cráneo y de la cara han disminuido de tamaño. Esto trae como consecuencia que la mandíbula presente un espacio menor por el que pueda ERUPCIONAR el órgano dentario.

Cronológicamente los terceros molares son los últimos en erupcionar, quedando por lo general una cavidad muy reducida para que erupcione normalmente. Esta es la razón principal por la que el tercer molar inferior adopta diferentes posiciones.

Las consecuencias que se originan de éste accidente embrionario son múltiples y de diversos efectos. El paciente acude generalmente con un dolor irradiado de gran intensidad que le provoca un estado de tensión e irritación.

Trabajar en contra del dolor es un problema muy delicado y requiere de toda nuestra experiencia y habilidad siendo necesario que el paciente coopere con nosotros facilitando así su tratamiento. El cirujano dentista deberá manejar cono-

cimientos básicos de anatomía, de asepsia y antisepsia, técnicas quirúrgicas, además de la elección del material o instrumental. El éxito o fracaso del tratamiento dependerá pues, de la habilidad y conocimiento del cirujano. De ahí se desprende la necesidad de una honesta relación de sí mismo y del trabajo que va a realizar.

Será en consecuencia el paciente quién recibirá el beneficio del profesional correctamente capacitado.

CAPITULO I

CONSIDERACIONES ANATOMICAS

La mucosa que reviste la cavidad oral es la misma que cubre la región del tercer molar inferior. Hay en ella dos porciones, una que comenzando en el surco vestibular recubre el alveolo hasta su borde opuesto (mucosa alveolar); y la otra que se extiende desde la cresta alveolar hasta el borde gingival (encia propiamente dicha). Esta definición la da R. Calini y la aplicamos a la región por estudiar.

La mucosa algunas veces presenta solución de continuidad y algunas veces no, cubriendo por lo tanto el arco alveolar del lado bucal al lingual, o tener una abertura de lado variable por donde hagan erupción una o varias cúspides del tercer molar incluido.

La mucosa alveolar esta formada por epitelio y corión, la cual tiene las mismas características de la mucosa oral: epitelio pavimentoso y el corión sus papilas correspondientes.

La mucosa se implanta en su submucosa de espesor y estructura variable, la cual a su vez se asienta directamente sobre la cara externa del periostio, con el que contrae intimas relaciones que no impiden en el acto quirúrgico, la separación de tejido vecino.

La mucosa bucal presenta con relación a la corona del tercer molar distintas disposiciones según que el tejido óseo que la cubre esté intacto o tenga solución de continuidad; en el primer caso, la mucosa pasa de bucal a lingual, reposan-

do la submucosa sobre el periosteo; en el segundo caso, entre la capa inferior de la submucosa y el esmalte dentario se encuentran extensiones variables del saco pericoronario. La adherencia de la cara inferior de la submucosa y la superior del saco pericoronario es fuerte, siendo sumamente laboriosa la eliminación del saco pericoronario.

Generalmente el tejido gingival, en los molares parcialmente erupcionados, histológicamente no se encuentran sanos por lo general es asiento de procesos inflamatorios de intensidad variable, y a sus expensas y a las del saco pericoronario se originan las complicaciones mucosas de la erupción del tercer molar inferior (pericoronitis).

El tejido gingival pericoronario, por lo tanto se halla en estado de congestión inflamatoria; aguda o crónica, es hemorrágico y puede ser puerta de entrada a la infección o susceptible de propagaciones infecciosas con motivos de las maniobras quirúrgicas.

En los tejidos clínicamente sanos, el tejido gingival, alrededor del tercer molar incluido forma un rodete que circunscribe en variable disposición, la posición visible de la corona dentaria. La palpación clínica digital de la porción gingival, que rodea bucal y distalmente la corona del molar incluido; logra provocar la salida de cantidades variables de secreción purulenta. En muchos casos, la presencia radiológica de un saco o un proceso distal indica esta maniobra clínica. La mayor parte de los terceros molares incluidos constituye por lo tanto, infecciones focales silenciosas, porque tienen un gran valor clínico.

Arterias.- La arteria que irriga la zona del

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

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

Venas.- Dentro del conducto dentario se alojan dos o mas venas que recorren el camino que la arteria dentaria; son tributarias, homólogas y paralelas a las arterias pulpares, óseas, periodontales y gingivales. Las venas dentarias desembocan en el plexo pterigoideo situado en la región cigomática, el cuál tiene una importante función en el desagüe de la circulación venosa en la marcha, desarrollo y evolución de los procesos patológicos que tienen lugar en las zonas que son tributarias de este plexo.

Hueso.- La región ósea donde se encuentra incluido el tercer molar inferior se localiza en la mandíbula, hueso impar medio y simétrico, según rezan las clásicas descripciones anatómicas, y de la cuál nos ocuparemos exclusivamente.

La región del tercer molar inferior está situada en el ángulo diedro de la unión de las dos partes componentes

de la mandíbula: la rama ascendente y el cuerpo. Esta región puede considerarse limitada imaginariamente, como proponen los anatomistas, por dos planos: por delante, un plano formado por la cara distal del segundo molar y su prolongación, hasta el borde inferior del hueso; y por encima, un plano horizontal que pasa a nivel de la espina de Spix, prolongándose hasta el borde parotídeo de la mandíbula. Los planos posterior e inferior están localizados según la posición y tamaño de la pieza.

Esta región ósea tiene una forma cúbica, cuyas seis paredes son: mesial, bucal, distal, lingual, oclusal y basal.

Hueso mesial.- Es la porción ósea que se halla entre la cara mesial del tercer molar incluido y la cara distal del segundo molar. Su grosor y sus límites son variables, según el tipo de retención. La parte bucal y el vértice de ésta porción ósea, son las de mayor interés quirúrgico. Con su eliminación o sirviendo como punto de apoyo al instrumental quirúrgico, se logra en algunas ocasiones la extracción del molar incluido.

Hueso bucal.- Esta es porción de hueso que cubre el tercer molar por su cara bucal, éste, como el hueso mesial es de tamaño variable por las causas ya señaladas. Por lo general es una porción de hueso ancho y compacto, el cuál presenta fuerte resistencia al escoplo.

Hueso distal.- Claves de la cirugía del tercer molar inferior incluido, el hueso distal cubre la cara homónima de este diente. Variable en su forma, extensión dimensión y consistencia.

Le llamamos clave de la cirugía del tercer molar incluido al hueso distal, porque a sus expensas, previas maniobras quirúrgicas, se practica la extracción del molar. Esta porción de hueso puede hallarse también destruida o haber desaparecido en parte, por la presencia de procesos patológicos y aún del saco pericoronario.

La radiografía hará notar la naturaleza, extensión, forma y modificaciones que puede presentar dicho uso distal.

Hueso lingual.- Esta porción de hueso, como su nombre lo indica, es el que cubre la pieza incluida por su cara lingual. Como las porciones de hueso anteriormente estudiadas, el hueso lingual varía en su forma, espesor, consistencia y altura, según la posición del tercer molar incluido.

Por regla general, este hueso es de escaso espesor; actúa como pared alveolar interna del molar incluido.

Hueso oclusal.- Es la porción de hueso que cubre el área triturrante y oclusal del molar incluido, siempre que se encuentre éste en posición vertical. Este hueso oclusal es de escasas proporciones o no existente; a lo sumo cubre el tercio distal o lingual de su corona. En las formas más profundas de retención vertical. El hueso oclusal adquiere mayor espesor.

En retenciones horizontales o mesioangulares, el hueso oclusal es el intercepto; en las distoangulares éste puede estar en un plano anterior con respecto al hueso distal.

En el examen radiográfico, siempre es reconocible el hueso oclusal cubriendo total o parcialmente la corona y mostrando un espacio entre el hueso y la cara triturrante

del molar incluido, espacio representado por el saco pericoronario de espesor variable.

Hueso basal.- Es la porción de hueso que se halla ubicada debajo de las raíces del tercer molar. Este hueso basal es muy variable en su situación por la diversidad de anatomías y posiciones del molar incluido.

Por lo general se encuentra esta porción de hueso en íntima relación con el conducto dentario inferior.

CAPITULO II

DEFINICION, ETIOLOGIA Y CLASIFICACION

DEFINICION

Se da el nombre de dientes incluidos, a los dientes cuya erupción normal es impedida por dientes adyacentes o hueso; dientes en posición normal que no han erupcionado después de su cronología natural.

ETIOLOGIA

La explicación teórica de los terceros molares incluidos que parece más lógica, es la de reducción evolutiva gradual en el tamaño de las mandíbulas humanas.

Esto da por resultado mandíbulas demasiado pequeñas par acomodar a los terceros molares inferiores.

Nodine, que es uno de los autores que sostiene esta idea, apoya su teoría en el hecho de la disminución o falta total de estímulo que existe en un desarrollo adecuado de la mandíbula, ésto es provocado por las dietas modernas que no requieren un esfuerzo decidido en la masticación y ésto de acuerdo con Nodine y otros autores, es la causa de la falta del estímulo de crecimiento de la mandíbula y la razón por que el hombre moderno tiene dientes incluidos o la ausencia de terceros molares inferiores.

Benger, menciona las siguientes causas locales de la inclusión.

Irregularidad en la posición de los dientes adyacentes, densidad del hueso que lo cubre, inflamaciones crónicas, etc., que a continuación explicaremos.

Etiología de la inclusión.- El problema de la inclusión está dado por el trabajo mecánico a que están destinados, al encontrarse con un obstáculo que puede ser por sus dientes vecinos o falta de espacio para realizar el trabajo normal de erupción.

Los problemas mecánicos por los cuales no puede hacer erupción un diente incluido han sido clasificados en una sencilla explicación:

1.- Razones embriológicas.- Cuando la ubicación del germen se encuentra muy alejado de su posición normal y éste no podrá llegar hasta el borde alveolar.

Cuando el germen dentario se empieza a formar con una angulación defectuosa, al calcificarse no podrá desempeñar su trabajo de erupción y aunque se formen sus raíces no podrá impulsarse.

2.- Obstrucciones mecánicas.- Que se interponen a la erupción normal.

a) Falta de espacio como en el tercer molar que se desarrolla entre la pared distal del segundo molar y la rama ascendente de la mandíbula en donde no cuenta con el suficiente espacio causando su desviación hacia una posición anormal.

b) Hueso de tal condensación que le impide erupcionar.

Un elemento patológico puede oponerse a la normal erupción como un quiste de un segundo molar, puede rechazar o incluir al diente que se encuentra en su camino; por medio de una radiografía se puede observar cuando existe un quiste paradentario que impide la erupción del tercer molar.

3.- Causas generales.- Todas las enfermedades generales tienen relaciones con las glándulas endócrinas que pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, ausencia o inclusión dentaria. Las enfermedades ligadas al raquitismo o falta de calcio tienen influencia sobre la inclusión dentaria.

Cuando por hábito adquirido o contracciones espasmódicas que se efectúan en los movimientos mímicos, se produce un exceso de presión externa que no es compensada por la presión interna como la que da la lengua por ejemplo. Se altera el equilibrio que mantiene a los dientes en su posición normal, especialmente en los niños que perturban el crecimiento y detienen el desarrollo de los maxilares. Aun siendo ligera pero constante la presión de los dientes anteriores, es lo suficientemente fuerte para girarlos y retransmitirlo hacia los dientes posteriores.

CLASIFICACION

George B. Winter, creador de una técnica quirúrgica, que es la más aceptable en el tratamiento de terceros molares inferiores incluidos.

Winter da una clasificación aceptable de los distintos tipos de retención, basado en cuatro puntos esenciales:

- La posición de la corona.
- Formación radicular.

- Naturaleza de la óseoestructura que rodea al molar incluido.
- La posición del tercer molar con relación al segundo.

La posición respecto al eje mayor del molar incluido se puede encontrar en:

a) Retención vertical: puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso, pero su eje mayor paralelo al mismo del segundo molar y primer molar.

b) Retención horizontal: el eje mayor del tercer molar es perpendicular a los ejes del primer y segundo molar.

c) Retención mesioangular: el eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar formando un ángulo aproximado de 45° .

d) Retención distoangular: el tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama ascendente por lo que la corona ocupa dentro de esta rama posición variable, de acuerdo con el ángulo que está desviado.

e) Retención invertida: el tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior de la mandíbula y sus raíces hacia la cavidad bucal. A esta retención poco común se le llama también retención paranormal.

f) Retención bucoangular: su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados el primero y segundo molar, en este plano el tercer molar ya no ocupa el mismo plano del primer y segundo molar. El molar retenido tiene su corona hacia bucal.

g) Retención Linguangular: como en la posición anterior, el eje molar es perpendicular al plano en que están orientados, pero aquí la corona se encuentra hacia lingual.

A continuación, en la figura I, presentamos algunas de estas posiciones.

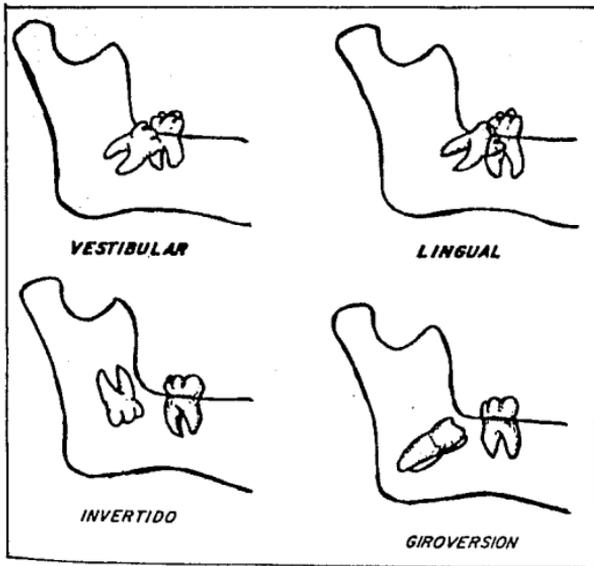


FIGURA (1). DIVERSAS POSICIONES DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

J.J. Pindborg nos muestra una clasificación más sencilla del tercer molar incluído:

a) Posición vertical: El molar está en una posición aparentemente normal, pero con la parte distal de la corona cubierta por hueso de la rama ascendente.

b) Retención mesioangular: La más frecuente en la cuál el molar está mesializado en la corona del segundo molar.

c) Retención horizontal: La superficie oclusal del tercer molar está inclinado distalmente.

d) Retención distoangular: Cuando el tercer molar está inclinado distalmente.

e) Retención ectópica: En la cual el molar es frecuentemente desplazado hacia la parte alta de la rama ascendente mandibular o hacia el área del ángulo mandibular.

Este caso de retención no es más que un desplazamiento causado por la presión de un quiste.

RELACION DEL TERCER MOLAR INCLUIDO CON EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE

Esta relación del tercer molar que guarda con respecto a la rama ascendente y que es muy variable, Pell y Gregory los clasifican en tres clases, que están en directa relación con el acto quirúrgico, como se muestra en la figura 2.



FIGURA (2)

Clase I. Hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar, en donde la corona se encuentra mesiodistalmente en relación con la dimensión.

Clase II. El espacio que hay entre la rama ascendente y la cara distal el segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona.

Clase III. Todo, o la mayor parte del molar incluido se encuentra en la rama ascendente.

Como se ilustra en la figura 3, existen tres posiciones con respecto a la profundidad del hueso y el tercer molar incluido.

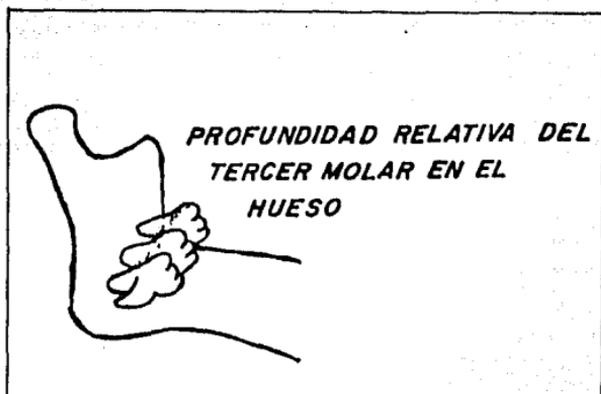


FIGURA (3)

Posición A.- La porción más alta del tercer molar incluido se encuentra al mismo nivel, o por encima de la línea oclusal.

Posición B.- La porción más alta del tercer molar incluido se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar.

Posición C.- La parte más alta del diente se encuentra por debajo de la línea cervical del segundo molar.

CAPITULO III DIAGNOSTICO

ESTUDIO CLINICO

Consideraremos que un diente permanece incluido en el maxilar, cuando después de haber terminado la calcificación de su raíz y haber alcanzado la época de su erupción normal, queda dentro del maxilar.

A pesar de que no se trata de una verdadera inclusión trataremos como tal a los gérmenes del tercer molar, que no han terminado de calcificarse, porque no ha llegado a la época cronológica de su erupción, pero que por razones de falta de desarrollo del maxilar generalmente con miras al tratamiento ortodóntico, es necesario extraerlos.

A la inspección clínica, la región que estamos estudiando no presenta generalmente, ninguna característica especial.

Suponiendo que el segundo molar ocupa el lugar que le corresponde en el arco, la fibromucosa por detrás de él y que se supone cubre la corona del tercer molar, es lisa, de coloración normal y se extiende sin solución de continuidad hacia las partes externas, interna y posterior.

Hacia la parte externa está en contacto con la cara distal del segundo molar, dejando una línea de separación a través de la cual se puede palpar con el explorador la corona del diente incluido.

Es conveniente observar la región del lado opuesto, porque como es frecuente la similitud de las dos regiones, ello nos permitirá, algunas veces, orientar el diagnóstico clínico.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Este, apoyado con el estudio clínico, nos permitirá establecer los siguientes datos de gran utilidad:

- a) La existencia del diente incluido
- b) La posición en el maxilar
- c) Las características de la estructura ósea que lo rodea.
- d) La relación con los elementos que lo rodean.
- e) Las características del primer y segundo molar.

En este estudio, debemos tomar en cuenta que la extracción del tercer molar inferior incluido, es una de las operaciones más difíciles y de mayor riesgo que realiza el cirujano oral.

En la época actual, sería imperdonable realizar una de estas intervenciones sin un estudio radiográfico completo.

Los puntos radiográficos que se deben analizar para la extracción del tercer molar son:

a) Posición y desviación del tercer molar; la radiografía nos da la posición del eje del tercer molar hacia dónde se encuentra dirigido en relación al segundo molar, el tipo de desviación lo podemos encontrar mediante la radiografía, que nos ayuda a identificar y diferenciar las desviaciones.

b) Posición del segundo molar. En el acto quirúrgi-

co, es de suma importancia, ya que sobre la cara distal recáe en las fuerzas del mismo y por lo tanto debemos estudiar clínica y radiográficamente su solidez, estado y posición.

c) Relación del molar incluido con el borde anterior de la rama ascendente. Es el espacio tan reducido que existe entre el segundo molar y la rama ascendente. Según Pell y Gregory, se clasifica la inclusión del tercer molar con la rama ascendente, de las posibilidades de la ubicación de la corona en la arcada.

d) Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

Es de vital importancia considerar la profundidad para saber la técnica quirúrgica que deberá emplearse o hueso a reseca; estará dada por los molares vecinos, donde se marcarán las líneas oclusal y cervical.

Es muy importante detectar la caries al hacer el diagnóstico, porque al aplicar la fuerza y en especial en la cara mesial en donde recáe la mayor parte de la fuerza, pudiendo llegar a fracturarse durante el acto quirúrgico.

La película radiográfica estará ubicada de tal forma, que en ella queden incluidos en su totalidad, el tercer y segundo molar y hueso que los rodea.

Las radiografías necesarias para establecer la verdadera posición anatómica no distorsionada del tercer molar inferior incluido son: intrabucal periapical, oclusal, aleta mordible y extrabucal laterales.

El estudio radiográfico, exige ciertas condiciones,

con el fin de dar una imagen nítida que presente con fidelidad el objeto real. Por el contrario, una radiografía elongada que no presente todas las condiciones normales, acarreado problemas en el acto quirúrgico.

Existen algunos factores que influyen en la obtención de una buena radiografía:

- Distancia del cono
- Miliamperaje o volumen
- Voltaje o penetración
- Posición de la cabeza del paciente
- Situación y posición de la película
- Angularidad e incidencia de los rayos
- Tiempo de exposición
- Revelado de la película

La radiografía periapical se realiza con películas estandard; se obtiene colocando el cono casi en contacto con la cara del paciente.

Miliamperaje.- diez miliamperios

Voltaje.- Aproximadamente 45,000

La posición de la cabeza del paciente debe ser aproximadamente paralela al piso y al plano de oclusión.

La posición de la película: El borde superior de la película, paralelo a la arcada y no debe sobresalir más de 3 ó 4 mm. de la línea de oclusión de la pieza o piezas interesadas.

Angulación: Debe ser vertical y con una angulación del cono de 0o a 5o, para la obtención de un buen resultado.

La radiografía oclusal nos dará una vista trasversal con la cual identificaremos raíces y dientes incluidos.

Esta cubre ambos lados de la mandíbula, por lo que debemos señalar en la película cual es el lado derecho e izquierdo.

Posición de la cabeza del paciente: La cabeza es reclinada, descendiendo el cabezal con comodidad para el paciente.

La película se mantiene intraoralmente y lo más distal posible, pidiéndole al paciente que cierre la boca con suavidad.

La dirección del cono deberá ser paralela al eje longitudinal de las piezas dentales, por debajo del borde inferior de la mandíbula, de tal forma que el rayo central sea perpendicular a la película, dando una angulación aproximada de 25o a 30.

Esta radiografía nos dará la ubicación bucolingual, la cantidad de hueso existente del lado bucal y lingual, dirección anteroposterior del molar y la dirección del molar con la rama ascendente.

Es necesario relacionar las radiografías oclusales y periapicales, para hacer una evaluación de las regiones anatómicas y de la cantidad de hueso que presenta.

Incidencia de los rayos: Para evitar las deformaciones que presentan las radiografías, es necesario colocar la placa lo más vertical posible, o sea, estar perpendicular al eje mayor del diente y los rayos dirigidos en una forma recta.

CAPITULO IV
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION

INDICACIONES

La conducta de la cirugía en presencia de un diente incluido, debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones para resolver la conducta a seguir.

- Si el diente incluido actúa en alguna forma contra la estética.

- Si ha podido dar lugar alguno de los trastornos de origen mecánico, infeccioso y nervioso.

Si el diente incluido está en situación anómala, y colocado por fuera del arco dentario y contribuye a deformar las partes blandas vecinas, habrá que recabar la opinión del ortodoncista, para que nos informe si la posición de dicho diente es susceptible de corregirse por procedimientos propios de su especialidad. Si la ortodoncia no estuviera indicada, habrá que decidirse por la eliminación del diente incriminado. En efecto, si este último estuviera cariado, o si aún estando sano la posición fuese favorable para su definitiva erupción, con lo cual se consigue el espacio indispensable para la erupción, se conservaría.

Con frecuencia es requerida nuestra opinión por el ortodoncista, quien en el curso de un tratamiento de su especialidad, encuentra que un tercer molar que no ha hecho erupción y que a veces no ha terminado la calcificación de su raíz (gérmen dentario), presiona sobre los molares y dificulta la

corrección indicada. En estos casos, la extracción de dicho gérmen se impone.

Otras veces, ya terminado el tratamiento, al "controlar" periódicamente el estado de los arcos dentarios, el especialista nota que los dientes tienden a variar de posición y atribuye dicho cambio a la misma causa, es decir a la presión del diente incluido. También en estos casos está indicada la extracción.

No siendo las circunstancias apuntadas, debemos de proceder con máxima cautela.

En efecto, si comprobamos como en el caso de los caninos, ausencia ya sea de uno o de los dos permanentes en un adulto que conserva sus respectivos dientes caducos, no debemos precipitarnos a extraerlos si razones de orden patológico no nos lo indican. En verdad, estos órganos temporarios, sin caries, sin procesos inflamatorios de vecindad, con su raíz intacta, o más o menos reabsorbida, pero firme en su alveolo, pueden permanecer en la boca durante muchos años y a veces indefinidamente, llenando a satisfacción sus funciones, tanto estéticas como fisiológicas.

Si los dientes incluidos, pertenecientes a cualquier grupo, han provocado algunos de los trastornos a que nos hemos referido, la indicación de la extracción es absoluta. Más aún, si se trata de trastornos de orden nervioso o infeccioso, cuya causa no se encuentra en otra parte del organismo, también está indicada la extracción de cualquier pieza incluida por ser posible que sea él, el causante del fenómeno. Pero si casualmente descubrimos un diente incluido en cualquiera de los maxilares en un sujeto que no padece trastornos de ninguna especie, debemos ser parcos en aconsejar su extracción.

Participamos de la opinión del autor Durante Avellanal, cuando sostiene que en el adulto no debe asentarse como principio "que todo diente incluido debe ser eliminado, ya sea que determine o no accidentes".

Eso sí, cuando hayamos descubierto un diente incluido, que no haya provocado accidentes o trastornos y al que por lo tanto, hayamos decidido conservar debemos informar al paciente de su existencia por si en el futuro presentara algún trastorno.

CONTRAINDICACIONES

Se pueden clasificar, en relación con la pieza dentaria en sí y con el estado general del paciente.

1. Con respecto a la pieza dentaria tenemos:

- a) Procesos infecciosos
- b) Procesos malignos
- c) Procesos inflamatorios agudos
- d) Estomatitis
- e) Gingivitis úlcero membranosas

Para evitarnos complicaciones postoperatorias debemos de tomar en cuenta los padecimientos mencionados anteriormente antes de decidirnos por la extracción.

2. Con respecto al estado general del paciente.

Me refiero, solo brevemente, a las enfermedades que contraindiquen toda intervención quirúrgica en la cavidad bucal. Esta prohibición estará dada, en general por el clínico; o sea enfermedades de Aparatos y Sistemas, tales como:

- a) **Discracias sanguíneas**
- b) **Leucemia**
- c) **Hemofilia**
- d) **Leucopenia**
- e) **Hipotiroidismo**
- f) **Enfermedades cardíacas**
- g) **Infecciones en vías respiratorias**
- h) **Glomerulonefritis**
- i) **Diabetes (no controlada).**

CAPITULO V
INSTRUMENTAL Y TECNICAS QUIRURGICAS

INSTRUMENTAL

En la técnica quirúrgica que a continuación se menciona es de suma importancia que el Cirujano Dentista se valga de instrumentos y material quirúrgico apropiado, el cuál se describe a continuación.

1. Jeringa Carpule
2. Bisturí
3. Tijeras
4. Legras, periostotomos, espátulas romas
5. Separadores
6. Eyector quirúrgico
7. Cartuchos de anestesia
8. Forceps
9. Campo quirúrgico de zona específica pinzas de disección.

Instrumentos para sección de tejidos duros:

10. Pinzas gubia
11. Fresas quirúrgicas
12. Limas para hueso
13. Cucharillas para hueso
14. Elevadores
15. Agujas para sutura
16. Porta-agujas
17. Gasas
18. Espejo dental
- Escoplos y martillos

Instrumentos para punción:

- Agujas calibre 44
- Jeringas de Wasmund .

Instrumentos para drenaje:

- Drenaje por tubos
- Drenaje por gasa

Bisturí.- Este instrumento consta de un mango y de una hoja, pudiendo tener distintas formas y tamaños. Estos instrumentos son de hojas intercambiables, las cuáles según la operación es la elección.

En nuestra práctica personal, recomendamos el Bard-Parker, con la hoja #15.

Tijeras.- Las tijeras como instrumento de sección de tejidos blandos, tiene escaso uso en nuestra especialidad. Existen curvas y rectas, utilizándose preferentemente para seccionar festones gingivales, trozos de encía y para el corte de puntos de sutura.

Pinzas de disección.- Para ayudarse en preparación del colgajo y en diversas maniobras, el cirujano dentista puede valerse de las pinzas de disección dentadas, para lo cuál se toma fibromucosa sin lesionarla, o las pinzas de diente de ratón, para sostener el colgajo.

Legras y periostotomos.- Después de haber realizado la insición de tejidos blandos, se procede a la separación y desprendimiento de la mucosa, con el objeto de preparar el colgajo.

Se puede utilizar legañas, las cuáles no insertarán en los labios de la herida y el mucoperiosteo y hueso, separando hasta donde sea necesario. El periostótomo tiene la misma finalidad.

Separadores.- Cuando se realiza la operación en la cavidad bucal, es de esencial importancia mantener separados los labios con el propósito de no lesionarlos en los colgajos y así no ser traumatizados.

Existen los separadores de Farabeuf, cuyos extremos son acodados; los separadores de Volkman, que consisten en un tallo, mango y terminación en forma de dientes, los cuáles penetran debajo del colgajo y lo mantienen fijo.

INSTRUMENTOS PARA SECCION DE TEJIDOS DUROS

Escoplos y martillos.- El escoplo se utiliza para rosear el hueso que cubre al tercer molar incluido.

El escoplo es una barra metálica, en la cuál uno de sus extremos está cortado a bisel y es afilado. La hoja del escoplo puede ser recta o estar ahuecada en media caña.

Actúan a presión manual o accionados a golpes de martillo dirigidos sobre la extremidad opuesta al filo.

El martillo consta de una maza y de un mango que permite esgrimirlo con facilidad.

Pinzas gubia.- Pueden ser curvas o rectas, que actúan extrayendo el hueso, por mordiscos sobre los bordes cortantes, crestas óseas o trozos óseos que emergen de la superficie del hueso.

Fresas.- Se utilizan para abrir camino a otros instrumentos. Se pueden usar las fresas comunes del #5 al #8 y son de gran utilidad las fresas quirúrgicas de Schamberg y de All port.

Limas para hueso.- Para aislar bordes y eliminar puntas óseas.

Cucharillas para hueso.- Las estructuras patológicas como granulomas, quistes, fungosidades, etc., deben eliminarse del interior de las cavidades óseas con estas cucharillas.

Elevadores.- Son instrumentos que tienen por objeto movilizar dientes o restos radiculares; consta de tres partes que son mango, tallo y hoja. Los elevadores indispensables son:

- Elevadores de Winter No.2, 11 y 14, derechos e izquierdos.
- Elevadores Clev-Dent derechos, izquierdos y rectos.

Agujas para sutura.- Son de dos tipos: cóncavo-convexas en el sentido de sus bordes, y cóncavo-convexas en el sentido de sus caras. La herida que dejan en la mucosa al perforarla es paralela al trazado de la incisión para evitar el desgarramiento de la misma.

INSTRUMENTOS PARA PUNCION

La punción explorada con fines de diagnóstico o en el desarrollo de una operación, tiene que ser realizada con agujas de calibre suficiente como para permitir el paso de las colecciones líquidas, muchas veces de consistencia supurosa y para tal fin se usan las agujas de calibre 44.

Se necesita una jeringa de vidrio para hacer por el vacío la extracción del líquido, y también se utilizan para evitar el sobrecalentamiento de las fresas quirúrgicas en baja velocidad irrigando la porción rotatoria, denominándoles de Wassmund.

INSTRUMENTOS PARA DRENAJE

Las cavidades que poseen colecciones purulentas o líquidas, al ser vaciadas necesitan ser comunicadas al exterior, para así mantenerlas libres de líquidos patológicos y tal es el fin de drenaje ya sea por tubos o por gasas.

Drenaje por tubos.- En cirugía bucal, su empleo está restringido, es incómodo, molesto y no se le puede sostener en la boca, estando más indicado para drenar focos infecciosos cutáneos.

Drenaje por gasas.- Se emplea una gasa con bordes dobladillosos. Esta gasa actúa por capilaridad, permitiendo drenar cavidades; puede ser simple o con medicamentos, tales como yodoformo, fenol alcanforado, bálsamo del Perú o tintura de benjuí.

TECNICAS QUIRURGICAS

Cualquier operación quirúrgica que se efectúe en el organismo consta de varios tiempos, que deben de ser correctamente sincronizados y sistematizados.

La cirugía oral sigue todos los preceptos de la cirugía general, y sólo se desvía un poco por la índole del terreno, de la línea quirúrgica clásica. En el campo de la cirugía bucal, la exodoncia del tercer molar incluido, participa de

los principios generales y se amolda a los principios locales de una cirugía de especialidad.

Las intervenciones quirúrgicas en general constan, salvo excepciones, de varios tiempos quirúrgicos:

Incisión de los tejidos, la operación propiamente dicha y la síntesis de los tejidos para restituirlos a su normal anatomía y función. La cirugía bucal consta de estos tiempos quirúrgicos: la extracción del tercer molar incluído, como ya fué dicho; incidir por medios quirúrgicos la mucosa que tapiza la región de este diente, preparar los colgajos resultantes de la misma maniobra, eliminar el hueso que cubre el molar incluído y terminar la operación realizando la unión de los tejidos afectados por las maniobras quirúrgicas. Por lo tanto, la extracción consta de los siguientes tiempos:

- Anestesia
- Incisión
- Legrado
- Osteotomía
- Operación propiamente dicha
(extracción del tercer molar incluído)
- Tratamiento de la cavidad ósea
- Regularización y limpieza de la cavidad alveolar
- Sutura

Estos tiempos se realizarán según el orden y sistematización en que ya fueron señalados, y que deben gobernar el curso de la intervención.

Anestesia.— Bloqueos de los nervios dental inferior, lingual y bucal; proporciona una adecuada anestesia para los dientes posteriores, inferiores, encía bucal, piel, la mucosa

del labio inferior y la piel de la barbilla. La anestesia de la encía lingual y de la mucosa adyacente así como la de la encía bucal adyacente al segundo molar y primer molar del maxilar inferior, suele realizarse simultáneamente por medio de los bloqueos lingual y bucal respectivamente.

La técnica que con más frecuencia se utiliza para dicha infiltración es la de presión directa, cuya técnica es muy sencilla.

Después de haber preparado los tejidos previa asepsia de la región correspondiente; el anestesista coloca el dedo pulgar sobre la escotadura coronoides, y deja apoyada la jeringa sobre los premolares del lado opuesto. Se escoge la altura adecuada, se inserta la aguja en la mucosa, lateralmente al rafé y se hunde la aguja hasta el piso del surco mandibular, donde se infiltra la solución.

Se suelen conservar unos 0.5 ml. del anestésico para bloquear el nervio lingual, mientras se va sacando pausadamente la aguja.

Incisión.- La incisión tiene por objeto abrir los tejidos para llegar a planos más profundos, donde se debe realizar el objeto de la intervención.

En la cavidad bucal, el término tiene el mismo fin: incidir por medios mecánicos o físicos el tejido gingival.

En los tratados de cirugía bucal, se estudian estos principios quirúrgicos aplicables al tema.

Para la exodoncia del tercer molar se han descrito toda suerte de incisiones. Sin criticarlas, solo nos detendre-

mos a divulgar las que nos han parecido mejores desde el punto de vista quirúrgico y como resultante postoperatoria.

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

Sintetizando para la extracción del tercer molar inferior incluido, empleamos dos tipos de incisión:

Con bisturí de hoja corta se traza una incisión en la parte más alta de la cresta distal del segundo molar siguiendo la línea oblicua externa de la mandíbula. Es muy importante que se haga así, pues si se hace más lingual el corte, pueden lesionarse los pilares anteriores del istmo de las fauces y acarrear grandes molestias a la deglución en el postoperatorio.

La longitud anteroposterior de la incisión estará dada por el tipo de inclusión del tercer molar. Por lo tanto se fundan los detalles que se obtengan en el examen radiográfico.

El trazado de la incisión deberá ser hecho con el bisturí enérgicamente, hasta percibir por debajo del instrumento la sensación del hueso o de la cara dentaria.

CAPITULO VI COMPLICACIONES QUIRURGICAS

La pieza dentaria a extraer, en ocasiones puede fracturarse, debido a una mala técnica o a la consistencia anatómica del órgano dentario, apareciendo las complicaciones durante la operación y después de ella; como ejemplo podemos tener una fuerza excesiva ejercida a través del elevador o botador que puede ser transmitida al órgano dentario vecino, provocando su fractura o luxación.

Existe además accidentes causados por el profesionista al romper un instrumento durante la intervención y lesionar así los tejidos vecinos, esto también constituye una complicación quirúrgica.

Con relativa frecuencia el proceso alveolar se fractura al hacer la extracción, las tablas externas e interna no resisten la intensidad del traumatismo, siendo regularmente fracturas de poca extensión. En fracturas de tabique, se debe observar la reacción del segundo molar.

La fractura mandibular es poco frecuente, debido a la aplicación de fuerzas exageradas o incorrecta en el intento de la extracción del órgano dentario. La disminución de la resistencia ósea, a causa del gran alveolo del molar, a la presencia de quistes o tumores y a enfermedades ligadas al metabolismo del calcio, como la sífilis, tuberculosis, diabetes, etc., serían causas predisponentes para que un traumatismo no exagerado fracture la mandíbula.

En algunos casos se llega a luxar la mandíbula consis-

tiendo en desalojar el cóndilo de su cavidad glenoidea, ésta puede ser unilateral o bilateral, debiéndose en casos a una fuerza excesiva al estar luxando la pieza y sin tener sostenida la mandíbula con firmeza. La luxación se reduce por medio de los métodos tradicionales de inmovilizar y ferulizar.

Entre las lesiones de las partes blandas, encontramos principalmente, desgarramiento de la mucosa gingival, debido a la adherencia de ésta a la pieza, principalmente a la cara distal por técnicas incorrectas al debridar la pieza. Lesiones de piso de boca, generalmente ocasionadas por el uso del botador, que al deslizarse sobre ésta, provoca grandes incisiones accidentales, lo que protegemos poniendo nuestros dedos en las partes blandas.

Las lesiones del nervio dentario inferior, pueden estar dadas por un aplastamiento, sección o desgarre del nervio, pudiéndose traducir en una neuritis, neuralgia o parestesia, que sería definitiva o pasajera, según la magnitud de la lesión.

Existen ocasiones en que la pieza incluida penetra en las vías respiratorias o digestivas cuando se nos desliza la pieza al estarla luxando, pudiéndolo evitar con la utilización de fórceps en la pieza ya luxada.

Puede en el curso de una intervención la hemorragia ser mediata o inmediata, según se presente durante la operación o después de ella; lo mismo puede ser de etiología local o general. En los estados locales tendremos desgarres de la encía, sección de vasos, etc. El tratamiento se realiza haciendo un taponamiento, presión o pinzando los vasos seccionados.

El hematoma es una tumefacción, que contiene sangre

extravasada, que invade los tejidos intercelulares cercanos, siguiendo los planos de menor resistencia.

Esto se observa cuando se perforan vasos de regular calibre y no hay salida posible para la sangre. Se caracteriza por un aumento de volumen en el sitio de la intervención, por un cambio de coloración de rojo, violeta y morado, desapareciendo lentamente.

Con frecuencia sucede que al inflamarse las fibras musculares de los músculos masticadores se ponen duras y sin elasticidad algún tiempo, tratándose con medicamentos antiflogísticos, que reducen en cierta forma el proceso del trismus.

Uno de los procesos que sobrevienen en este tipo de intervenciones es la alveolitis, cuando el alveolo se encuentra seco, sin coágulo, paredes expuestas y dolorosas, tejido gingival irritado y con inflamación del hueso alveolar. Tiene una evolución larga y con estados desagradables, como fetidez en el aliento, dolores agudos constantes. Su tratamiento consiste en limpiar completamente el alveolo, de cuerpos extraños tales como secuestros, esquirlas, restos de coágulo y detritus alimenticios, procediéndose a secar con gasa estéril, aislando el campo operatorio para colocar en el alveolo seco el medicamento de selección.

En algunos casos en que la infección llega a invadir el tejido óseo vecino, dando origen a una osteítis o a alguna osteomielitis más o menos extensa, el tratamiento es largo, pero efectivo, debido al uso adecuado de los antibióticos. La infección puede invadir los tejidos blandos, dando origen a edemas, adenitis y hasta flemones. Cuando la infección es extensa y no se toman las medidas necesarias a tiempo, puede pasar ésta al torrente circulatorio, provocando una verdadera septicemia.

Este primer paso de la incisión llega hasta la cara distal del segundo molar; desde ahí contornea el cuello del segundo molar en su cara distal y continúa festoneando la encía en su adaptación al cuello del segundo y primer molar, llegando también profundamente hasta el hueso y seccionando los ligamentos correspondientes; esta incisión se detiene en el espacio interdentario, representado por la figura 4.

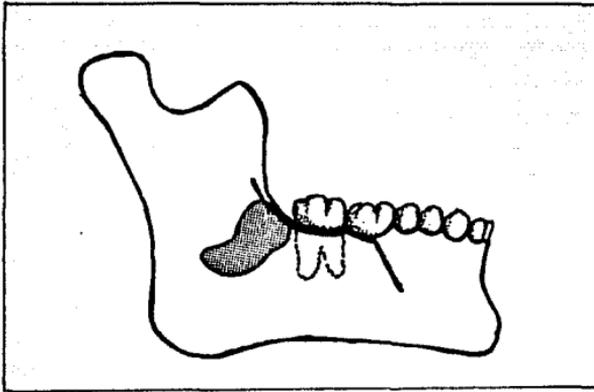


Figura (4). Incisión aconsejada para evitar la necrosis de los tejidos.

El otro tipo de incisión empieza igual que el anterior, pero al llegar al corte de la cara distal del segundo molar, se continúa en forma de ángulo obtuso hacia la cara vestibular, dando un colgajo con más visibilidad para cuándo las inclusiones son más profundas.

Legrado. Después de efectuado el paso anterior, hacemos hemostásis comprimiendo con fuerza la región. Se toma la legra y se introduce entre los labios obtenidos por la incisión, avanzando desde el lado distal hacia el mesial. La legra toca francamente el hueso y apoyándose en él y a merced de suaves movimientos de lateralidad y de giro del instrumento, se desprende el labio bucal de la incisión. Para facilitar la maniobra, puede apoyarse el instrumento en el ángulo bucodistal del segundo molar, desplazando el instrumento hacia la línea media del paciente, con ese punto de apoyo se logra desprender el colgajo en toda la extensión que se desea; según la necesidad limitaremos el desprendimiento.

A esta altura del procedimiento y una vez limitado el colgajo de la mucosa, se toma con la mano izquierda un separador dentado, el cuál se prenderá del labio externo o bucal de la incisión, dejando descubierto el hueso, dónde posteriormente haremos la osteotomía.

Osteotomía. Denominamos osteotomía al tiempo operativo que consiste en la eliminación del hueso que cubre, protege o aloja la pieza dentaria por extraer.

El objeto primordial de la osteotomía es la de eliminar la cantidad necesaria de hueso, para tener acceso a la pieza dentaria, disminuyendo la resistencia, que varía de acuerdo a la cantidad y calidad del hueso. La osteotomía

con la odontosección, son tiempos de primordial importancia en la cirugía de terceros molares incluidos, simplificando extraordinariamente la extracción, que de otra manera sería altamente traumatizante. Mencionamos arriba que es necesario eliminar suficiente cantidad de hueso.

Al hablar de suficiente, entendemos también la necesaria, siendo menos grave, como sostiene Durbeck, pecar por exceso de osteotomía que por osteotomía reducida: "Es preferible extraer más hueso que el necesario, eliminando de éste modo la resistencia que eliminar demasiado poco, empleando como compensación la fuerza traumática para eliminar el molar". La osteotomía colabora en la realización de la cirugía fisiológica, en cambio la fuerza puede traer como resultado una fractura mandibular, o lesiones alveolares de distinta intensidad.

La osteotomía se realiza en la cirugía bucal por medio de escoplos, fresas quirúrgicas y pinzas gubia.

a) Osteotomía con escoplo. El escoplo puede ser usado aplicando distintas clases de fuerzas; el escoplo en el cuál utilizamos un martillo para imprimir la fuerza y el escoplo automático. El escoplo en el cuál el operador da la fuerza ha caído en desuso, ya que la aplicación de la fuerza no está debidamente controlada, ocasionando con ello grandes perjuicios.

El escoplo y el martillo se usan en la siguiente forma: se toma el escoplo con la mano izquierda y el martillo con la derecha cuándo el operador maneja solo el escoplo; cuando se tiene un ayudante, se deja el empleo del martillo a éste, esto nos parece más indicado ya que de este modo el operador puede mantener separado el colgajo con la mano izquierda y por intermedio del alveolotomo, lo cuál es muy útil

en maniobras de resección de hueso. El martillo manejado a cargo del ayudante debe ser con energía y precisión, actuando sobre el extremo del escoplo con golpes secos pero de real efectividad.

El hueso pericoronario es sumamente compacto sobre todo las zonas bucal y distal; los escoplos por lo tanto deben ser constantemente afilados para que su labor sea efectiva, estos instrumentos pierden su filo rápidamente cuando por alguna causa tienen contacto brusco con los tejidos que constituyen la cara del molar incluido.

Los fragmentos de hueso o esquirlas óseas, deben ser cuidadosa y minuciosamente eliminados con pinzas de disección o pinzas para algodón.

El escoplo automático es el instrumento que en nuestro concepto cumple con mayor precisión la misión de eliminar el hueso. Consta de distintas puntas de variados biseles y formas que se adaptan al martillo que es a su vez movido por el torno dental. Su manejo, a pesar de su sencillez debe ser realizado con sumo cuidado, necesitándose para ello de una amplia experiencia antes de dominarlo. Este instrumento es el de elección cuando tenemos que practicar la odontosección de la pieza por extraer, ya que el golpe es nítido y el corte preciso.

b) Osteotomía por fresas. La fresa es un instrumento muy útil para realizar la osteotomía, pero debe tener una constante irrigación por suero, de otra forma ocasionaría un calentamiento excesivo que a su vez produce la necrosis del hueso, por lo tanto provocaría complicaciones de alta seriedad en la normal cicatrización o de primera intención. En esta técnica, aparte de las fresas quirúrgicas podemos

utilizar las fresas comunes de acero o carburo empleadas en operatoria dental. El empleo del torno, de alta velocidad simplifica aún más esta técnica para osteotomía y odontosección.

La fresa en este procedimiento elimina el hueso parcial o totalmente. Practicando pequeños orificios, vecinos unos a otros, limitando así el colgajo óseo por desprender. Los orificios se unen entre sí por una fresa de fisura o redonda.

En todas las circunstancias, es de suma importancia evitar calentamiento del hueso, ya sea por el método mencionado anteriormente o realizando golpes sucesivos o intermitentes, para no producir el frotamiento excesivo que origina calor.

c) Osteotomía con pinzas. En determinadas circunstancias puede emplearse para éste fin las pinzas gubia. La resección del hueso lingual, una vez hecho el colgajo bucal, exige el empleo de éste instrumento, pues no siempre se logra con el uso del escoplo a nivel de ésta zona ósea.

La pinza gubia actúa como una cizalla, eliminando la cantidad de hueso necesaria al presionar sus cortantes bocados.

REGIONES OSEAS QUE DEBEN ELIMINARSE

Para extraer el tercer molar incluido, el hueso que lo cubre total o parcialmente debe ser eliminado.

El tipo de inclusión nos dará la cantidad de hueso que debemos eliminar.

En primer término estudiaremos el nombre de la osteotomía, rigiéndose simplemente por la zona a researse de hueso.

Por lo tanto se denominarán osteotomía mesial, bucal, distal lingual y oclusal, de acuerdo con el lugar dónde se realice la eliminación de hueso. Para estudiar y calcular la cantidad de hueso que debemos resear lo haremos con ayuda de radiografías y variará de acuerdo con la colocación y longitud de la pieza incluida. En otras palabras, la cantidad de hueso a eliminarse permitirá la aplicación de un grado de fuerza en la palanca destinada a la extracción, en relación a los preceptos de la cirugía fisiológica. El molar incluido deberá ser movilizado según principios mecánicos definidos, pero no a costa de excesiva fuerza, que significa trauma, lo cuál ocasionaría molestias para el paciente, y retardo del tiempo de cicatrización. La aplicación de la mecánica quirúrgica eliminará el molar siguiendo la vía de menor resistencia; el lograr ésto significa el éxito de la extracción.

I. Osteotomía mesial. En términos generales se trata de una osteotomía de acceso, y como su nombre lo indica se efectúa a nivel de hueso mesial. Esta puede efectuarse por medio del escoplo, o con fresas quirúrgicas.

El escoplo eliminará la porción ósea mesial en dirección del hueso del diente, la fresa se dirige trazando pequeños círculos, que se unirán entre ellos, con la misma fresa o con un escoplo.

La cantidad de hueso mesial a eliminar, como lo dijimos anteriormente, estará indicado por el examen radiográfico. Pero clínicamente el ojo del operador verificará la posibilidad de acceso a la cara mesial y el colgajo de osteotomía necesario, osteotomía que puede aplicarse según las circunstancias

y necesidades. Introduciendo la punta del elevador nos indicará si la osteotomía es suficiente, es decir, si hay libre y normal acceso a la cara mesial.

Osteotomía bucal. La parte bucal de hueso que cubre al molar incluido, se elimina con escopios, dicha eliminación debe efectuarse desde el borde alveolar hasta el lugar de la desviación del molar que indique. Puede actuar este instrumento dirigiendo sus bordes cortantes paralelamente a la cara bucal, o puede hacerlo estando este borde perpendicular a dicha cara. En ambos casos, el instrumento seccionará el hueso.

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

La osteotomía bucal puede también realizarse como osteotomía de acceso, para facilitar la introducción del elevador de aplicación bucal y el consiguiente punto de apoyo sobre la cresta del hueso bucal.

3. **Osteotomía distal.** Dicha osteotomía es la más útil y efectiva de las resecciones óseas, para la eliminación del tercer molar incluido; la eliminación del hueso permite que el elevador cumpla su cometido, dirigiendo el molar incluido hacia el espacio creado por la correspondiente osteotomía distal.

Esta maniobra puede ser realizada con diferentes instrumentos, como pueden ser las fresas quirúrgicas o el escoplo de Barry o el de Sorensen.

Pueden efectuarse con el escoplo perpendicular a la cara superior del hueso distal, el bisel de la hoja dirigido

hacia el lado distal, o puede actuar tangencialmente al borde óseo distal, realizándose la resección desde el lado bucal hacia el lingual.

La cantidad de hueso distal a researse está supeditada por la posición del molar incluido y la forma y disposición de sus raíces. El objeto de esta osteotomía es lograr el espacio suficiente para permitir el desplazamiento del tercer molar sin emplear la fuerza traumática, como ya fue señalado. La dimensión de la osteotomía estará por lo tanto regida por los elementos de resistencia.

La osteotomía distal requiere en primer término la osteotomía oclusal, en caso de que ésta exista, para posteriormente continuar con la del hueso distal.

En términos generales, en todos los tipos de inclusión la osteotomía distal liberará de hueso la cara distal del molar por lo menos hasta el nivel del cuello dentario. En ciertos casos particulares, como el de las posiciones mesioangular, horizontal y paranormal, la osteotomía deberá alcanzar límites mayores, descubriendo así parte de la cara distal de la raíz distal.

La presencia de procesos patológicos a nivel de la cara distal del tercer molar, simplifica en ciertas ocasiones la extensión de la maniobra, sin embargo en algunas oportunidades, como las de una gran cementosis, la eliminación del hueso distal debe llegar hasta el límite vecino, al lugar de la mayor curvatura.

4. Osteotomía lingual. En ciertos tipos de inclusiones del tercer molar, nos será indispensable eliminar una porción de hueso lingual que puede oponerse a las maniobras

operatorias. El término de osteotomía lingual no debe confundirse con la osteotomía del hueso oclusal, que cubre el tercer molar en su posición lingual de la cara triturante y que ya anteriormente mencionamos.

Cuándo es necesaria la osteotomía lingual, ésta se realizará por medio de escoplos, pinzas gubia, y en ciertos casos, utilizaremos una fresa redonda en la pieza de mano; durante estas maniobras deberá tenerse sumo cuidado de no desgarrar el colgajo lingual.

5. Osteotomía oclusal. La eliminación de hueso, tiene como fin abordar el objeto de la operación, ésta se realiza con escoplos o fresas redondas en la pieza de mano. Cuándo se utiliza el escoplo para la osteotomía oclusal, se realizan operaciones eliminando fragmentos de hueso, lográndose en esta forma la osteotomía en la mencionada zona. El escoplo de Barry es sumamente útil cuándo se trata de inclusiones profundas en las cuáles el hueso oclusal es abundante.

Cuándo se utilice la fresa, se harán orificios formando entre ellos un rectángulo cuyos lados externo e interno coincidan aproximadamente con los ángulos buco-oclusal y linguo oclusal del molar incluido. Una vez hechas las perforaciones, se unen éstas por medio del escoplo, retirándose total o parcialmente la tapa ósea.

Una vez realizada la osteotomía oclusal, el operador se encuentra directamente ante la presencia del saco pericoronario; este saco está profusamente irrigado y sangra en abundancia. Ya ante él habrá que eliminar un segmento por intermedio de las pinzas gubia, para seguir con los tiempos posteriores de la operación. La resección de la porción oclusal del saco pericoronario nos relaciona inmediatamente con la cara

oclusal del molar por extraer. Esta maniobra aparte de su importancia, es necesaria, ya que la visión de la cara oclusal guía al operador para los pasos posteriores de la osteotomía.

Operación propiamente dicha. Eliminadas ya las estructuras óseas que significan la resistencia, iniciamos la operación propiamente dicha que consiste en la extracción del tercer molar incluido.

Los instrumentos de que nos valemos para hacer la luxación y extracción de dicha pieza, son sumamente variados, en nuestra experiencia personal los elevadores de bandera y rectos para hacer la luxación, efectuarán la extracción de dicho molar con forceps para terceros molares o pinzas de Aliss, cuándo la luxación hace en sí la extracción, desalojando la pieza con este instrumento de la cavidad oral.

El elevador llega a la cara mesial del molar incluido y ahí su hoja aplicada sobre la cara mesial, con punto de apoyo en el borde óseo y con una fuerza ejercida sobre su mango, eleva al molar siguiendo el camino de menor resistencia. En términos generales ésta es la técnica de la extracción. No siempre puede aplicarse en forma absoluta, por razones dependientes de la posición del molar, disposición y forma de sus raíces.

LA ODONTOSECCION EN LA CIRUGIA DEL TERCER MOLAR INCLUIDO

En múltiples casos, la osteotomía no será suficiente para la fácil extracción de la pieza, teniendo entonces que recurrir a la odontosección. Se denomina odontosección al acto de dividir una pieza en porciones necesarias para su fácil extracción. Esto tiene por objeto disminuir el cuerpo a extraerse simplificando así la operación. Convenientemente

realizado, substancialmente dirigido y eficazmente controlado, el método de seccionar el órgano dentario cumple los rigurosos requisitos de la cirugía fisiológica; la extracción resultante se realiza a merced de la aplicación de una mecánica ingeniosa, que transforma la fuerza nociva, aplicada a la extracción es un acto sencillo, atraumático y eficaz; exige habilidad y precisión y un instrumental adecuado para realizar las maniobras obteniendo buenos resultados.

Las fresas quirúrgicas son de nuestra elección para dividir longitudinalmente la pieza incluida.

Las indicaciones para ésta técnica se basan tanto en la posición del molar incluido como en la forma y disposición radicular.

La odontosección no siempre es posible, ya que existen algunos órganos dentarios que no presentan surcos profundos y son difícilmente seccionables por el escópio.

En síntesis el método de la odontosección, en colaboración con el de la osteotomía, brindan un eficaz y seguro procedimiento para seguir las leyes de la cirugía fisiológica en la extracción del tercer molar incluido. El éxito de la aplicación de éstos métodos está en relación directa con el grado de habilidad manual y en el inteligente cumplimiento de los pasos operatorios; como en la técnica que sugiere la figura No. 5.

Regularización y limpieza de la cavidad alveolar.
Después de extraer el molar incluido, la maniobra a seguir es la eliminación del saco pericoronario, pues dicho saco es fuente de hemorragias, infecciones postoperatorias (alveolitis) y eventualmente neoplasias. Por ésto insisten tanto

los autores en su eliminación.

Se recomienda para la eliminación del suco pericoronario, cucharillas filosas que permitan separar los dos tejidos; el saco conjuntivo y la cavidad ósea alveolar.

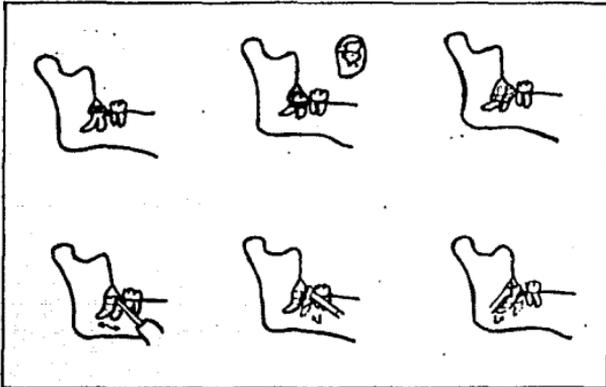


FIGURA (5) Técnica para la odontosección del molar incluido.

Si existen procesos patológicos de diversa índole, tan comunes como los granulomas y la osteítis, originados por la presencia de los óranos dentarios incluidos, todos éstos elementos deben ser rigurosamente resecaos con cucharillas.

Después de la resección de los procesos citados, se vigilarán cuidadosamente los bordes óseos, para evitar que queden puntas agudas o aristas cortantes, que se eliminarán con pinzas gubia y limas para hueso.

Debe recorrerse cuidadosamente el fondo de la cavidad, para retirar los fragmentos de hueso, orgadentario o cuerpos extraños.

TRATAMIENTO DE ALVEOLOS CON PERICORONITIS O INFECCIONES AGUDAS

Cuándo en los terceros molares se encuentra una infección pericoronaria establecida, la cuál requiere una intervención de emergencia, debido a las intensas molestias del paciente, no es recomendable suturar después de la eliminación de dicha pieza, ya que se ocasionarían mayores trastornos al paciente. El tratamiento es, empacar una tira de gasa embebida de un medio graso y neutro, de un tamaño proporcional a dicho alveolo la cuál se sustituirá cada 48 horas hasta encontrar una cicatrización normal en las paredes del alveolo en tratamiento.

Sutura.- La sutura es el ideal quirúrgico; está indicada en la extracción de terceros molares sin procesos infecciosos aparentes. A excepción de los casos de pericoronitis (mencionados anteriormente), practicamos la sutura sistémica de la herida.

Se revisa e inspecciona la cara interna del colgajo, eliminando tejidos de granulación o restos óseos y dentarios, se adapta cuidadosamente el periósteo y se vuelve el colgajo a su sitio normal de ubicación. El operador toma la punta portaagujas, con una aguja curva enhebrada con material de sutura y se procede, según la experiencia, a atravesar en un primer término el colgajo lingual, después el bucal (para el lado derecho y la inversa para el lado izquierdo), retirándose la aguja y practicamente luego el nudo, valiéndose de la pinza porta-agujas según las técnicas tradicionales, que son las siguientes:

Pasados los hilos, se toman con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda el cabo portador de la aguja; se apoya este cabo en el porta agujas y se hace dar dos vueltas completas al hilo, alrededor del extremo del instrumento, se entrea bre ligeramente el porta agujas y se toma entre sus mordientes el cabo libre, se tracciona el porta agujas, de manera que las dos vueltas del hilo se deslicen hacia la punta del instrumento y que el cabo libre pase entre ellos. Se ajusta el hilo a nivel de la herida operatoria, y se tiene de este modo la primer parte del nudo. Para completar el nudo seccionandose los cabos del hilo con una tijera. Si se cree necesario, se puede realizar otro punto de sutura a distal o mesial del primero.

CAPÍTULO VII TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

El tratamiento postoperatorio es la fase más importante para el cirujano dentista tanto es así, que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente, habiendo concluido la operación puede modificar y aún aumentar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

Esto se realiza después de la operación con el objeto de mantener los logros de la misma y así, reparar los daños que surgen en la intervención colaborando para la restauración total del estado de salud de nuestro paciente.

Los cuidados postoperatorios del paciente deben ser en cuanto a la herida misma la cavidad bucal será irrigada con una solución tibia de agua oxigenada, que limpiará y eliminará, sangre, saliva, restos que en ocasiones suelen depositarse en los surcos vestibulares y en los espacios interdentarios.

La recomendación que se le hará al paciente, al regresar a su domicilio, después de la intervención quirúrgica, es que le convendrá guardar reposo con la cabeza en alto.

La utilización de una bolsa de hielo en la cara, sobre la región operada durante aproximadamente 15 min., y quince minutos de descanso, durante algunas horas.

Al concluir la operación, la incisión en la cavidad bucal, cuando evoluciona normalmente, no necesita antibiótico-terapia. La naturaleza propia del organismo provee las condiciones suficientes para la formación del cuángulo, que se

forma en la cavidad hecha por la extracción del tercer molar incluido, actuando así como el mejor obturador y por lo tanto en términos generales, un alveolo que sangra, saturándose de un coágulo, tiene la mejor defensa para la infección.

El paciente no deberá intentar hacer colutorios en las primeras horas, después de la extracción. El paciente se someterá a una dieta líquida en base a lácteos, frutas, cereales y después el paciente irá aumentando los sólidos en su alimentación.

Si después de cuatro u ocho horas no hay antecedentes de hemorragia, se podrán realizar colutorios con agua tibia; si ocurre lo contrario se procede al taponamiento y compresión por medio de gasas estériles impregnadas de trombina, trombo-plastina y adrenalina, para evitar así la hemorragia de la zona afectada.

En caso de presentarse dolor postoperatorio a causa del tratamiento, deberá ser calmado con medicamentos preconizados.

Concluyendo el segundo día, la herida, será suavemente irrigada con suero fisiológico tibio o con una solución alcohólica de fenol alcanforado, que limpiará y eliminará restos que eventualmente pudieran depositarse en la zona operada.

En caso de utilizar hilo de seda en la sutura, los puntos se eliminarán al cuarto o quinto día de la intervención la eliminación prematura de éstos puede ocasionar hemorragia secundarias o la movilización del coágulo.

En caso de que apareciera hemorragia algunas horas ó días después de la operación el tratamiento se hará por

medio de métodos locales y generales.

El método local será lavar la región con agua tibia, en el lugar dónde emana la sangre; la hemostasia se realiza por taponamiento y presión de la región con una gasa. Comprimiendo sus bordes depositando una gasa húmeda que se mantiene bajo presión masticatoria, debiendo dejarla durante media hora y después retirarla.

El método general se hará en cuanto a la pérdida de sangre restiguyéndola por medio de suero glucosado, transfusión sanguínea y medicamentos cuagulantes.

CONCLUSION

La finalidad de éste trabajo, ha sido dar a conocer el tratamiento que exige el tercer molar inferior incluido.

Historia clínica, examen radiográfico, técnicas operatorias y el conocimiento de la zona por intervenir, son elementos que integran el tratamiento, los cuáles deben ser del completo dominio del cirujano dentista.

Como se mencionó en el transcurso de éste trabajo, el tratamiento de un tercer molar inferior incluido constituye la máxima responsabilidad, ya que una operación es una lesión, y el realizar una lesión, justificable para aliviar un padecimiento requiere de un juicio quirúrgico sólido y del conocimiento y experiencia del cirujano.

Será pues, obligación del cirujano dentista planificar y establecer un tratamiento correcto y eficaz, procurando prever cualquier complicación que atente contra la integridad del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. "Cirugía Bucal"
W. Harry Archer
Atlas paso por paso de técnicas quirúrgicas
Tomo I. 2a. Edición, Buenos Aires, Argentina
Editorial Mundi, 1968.
2. "Cirugía Bucal"
Kruger Gustav
3a. Edición. Editorial Interamericana, 1960.
3. "Tercer molar inferior retenido"
G.A. Ries Centeno
Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1960.
4. "Cirugía Bucal"
G.A. Ries Centeno
7a. Edición Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1960.
5. "Pathology of the Dental Hard Tissues"
J.J. Pindborg, W.B. Sonders Company
Philadelphia, London, Toronto, 1960.
6. "Patología Bucal"
Kurt H. Thoma
7. "Tratado de Anatomía Topográfica"
L. Testut, O. Jacob
8a. Edición, Salvat Editores.

8. "Anormalidades y Deformaciones de los Dientes"
Leonard Hirschfeld
6a. Edición.
9. "Medicina Bucal"
Lester W. Burket
6a. Edición.
10. "Periodoncia"
Clínicas Odontológicas de Norteamérica
Abril de 1976.
11. "Cirugía Odontomaxilar"
Ciro Durante Avellanal
Vo. II. Ediar Soc. Anpon Editores
Buenos Aires, 1949.
12. "Diccionario Odontológico"
Ciro durante Avellanal
2a. Edición. Editorial Muindi, Buenos Aires, 1964.
13. "Anatomía Odontológica"
Humberto Aprile
Editorial El Ateneo. 5 a. Edición, Buenos Aires, 1974.