

231
221



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SEMINARIO DE TITULACION
EXODONCIA

TECNICAS QUIRURGICAS PARA LA EXTRACCION
DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

T E S I S A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
IRMA MARIA ANTONIETA
MORENO LAZCANO.



U.N.A.M. MEXICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1990



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.

T E M A R I O

I Introducción.

II El Tercer Molar Inferior Retenido.- Etiología.

- 1.- Teoría Ortodóntica
- 2.- Teoría Filogenética
- 3.- Teoría Mendeliana
- 4.- Frecuencias
- 5.- Causas Generales

III Estudio Radiológico en la Cirugía del Tercer Molar Inferior Retenido.

- 1.- Importancia del
- 2.- Estudio Radiográfico de las estructuras anatómicas de la zona.
- 3.- Tipos de Rayos X de utilidad para el Diagnóstico.
 - 3.1.- Intraorales
 - a) Periapicales
 - b) Oclusales
 - 3.2.- Extraorales
 - a) Lateral de Cráneo

IV Indicaciones y Contraindicaciones para la Extracción del Tercer Molar Inferior Retenido.

V Accidentes que produce el Tercer Molar Inferior Retenido.

- 1.- Mecánicos
- 2.- Infecciosos de los Tejidos Blandos
- 3.- Oseos
- 4.- Linfáticos
- 5.- Tumorales
- 6.- Infecciones Focales
- 7.- Nerviosos

VI Clasificación de los Tipos de Retenciones del Tercer Molar Inferior en la Mandíbula.

VII Preoperatorio.

VIII Técnica Quirúrgica en general.

IX Técnicas en Particular.

- 1.- Técnica para la Posición Vertical Clase I
- 2.- Técnica para la Posición Vertical Clases II y III
- 3.- Técnica para la Posición Horizontal Clase II y III
- 4.- Técnica para la Posición Mesioangular Clases I, II y III
- 5.- Técnica para la Posición Distoangular Clases I, II y III
- 6.- Técnica para la Posición Linguoangular
- 7.- Técnica para la Posición Bucoangular
- 8.- Técnica para las Posiciones Paranormales
- 9.- Técnica para el Germen del Tercer Molar Inferior.

X Posoperatorio.

XI Conclusiones.

XII Bibliografía.

I INTRODUCCION

Es el conocimiento de cómo está construido el cuerpo humano y cómo funciona cada una de sus estructuras y todas en su conjunto, el que nos proporcionará las bases para conocer y diferenciar lo normal de lo anormal, el estado sano del estado patológico en el hombre. Por esta razón, el estudio de la Anatomía y el cuidadoso entendimiento de la Fisiología; son las bases que nos guían en el Diagnóstico, tratamiento y corrección de las enfermedades, traumatismos o malformaciones que pudiéramos encontrar. Sin embargo, nuestras posibilidades, aún hoy en día siguen siendo muy pocas ya que, lo que ha creado la naturaleza no se ha podido igualar por ningún aparato creado por el hombre para reemplazar ningún órgano o tejido.

El estudio del cuerpo humano en el pasado fue interpretado por teólogos, literatos y filósofos de cada época. En esos años las especulaciones de la naturaleza y del cuerpo humano eran más sofismas culturales que ciencia, muchas fantásticas. Se atribuían cualidades morales a varias vísceras y el pensamiento de muchos se encaminaba a los demonios y las supersticiones. El estado de los órganos y del cuerpo en conjunto se explicaba con los términos de las cuatro cualidades fundamentales: calor, frío, humedad y sequedad; y de los cuatro humores correspondientes en el cuerpo: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. La función normal y la salud resultaba de que estos elementos se encontraran en equilibrio. Cuando éste se alteraba resultaba la enfermedad. Muchas de estas ideas aún persisten y se manifiestan en el lenguaje popular. Se habla de un "cerebro recalentado" con referencia a una conducta

temperamental. Se creía que en las "personas sanguíneas" el factor predominante era la sangre; en la "gente fleumática", la flema; en los "coléricos", la bilis amarilla y en los "melancólicos", la bilis negra.

En la antigüedad las especulaciones sobre el cuerpo humano estaban influidas por la Escuela de Empedocles y otros filósofos naturales quienes, sin embargo, reconocían que la enfermedad debería tener una explicación natural y que las funciones normales podían cambiar a funciones patológicas.

Los primeros estudios sistemáticos del cuerpo fueron emprendidos por médicos de los primeros siglos de la Era Cristiana, siendo el más grande en esos años Galeno, que vivió entre los años 130 y 200 (D.C.), inició su carrera como cirujano de los Gladiadores y terminó como médico del Emperador Marco Aurelio. Durante 13 siglos se mantuvo como autoridad en Anatomía Humana, aunque la mayoría de sus conocimientos estaban basados en la disección de monos. Galeno se interesó tanto por la Anatomía como por lo que hoy llamamos Fisiología Médica y reconoció que el Médico tenía que comprender la estructura y función del cuerpo normal desde el nacimiento hasta la muerte, de manera que supiera reconocer los efectos de la enfermedad y determinar el tratamiento adecuado.

Durante la Edad Media, la ciencia prosperó poco y las tareas principales se basaron en compilaciones formales al servicio de los Dogmas Teológicos. El pensamiento de esta época era una mezcla increíble de Astrología, Alquimia, Magia y Brujería. Aunque éstas en su época fueron acordes del todo con ella.

Sin embargo, nos es difícil reconocer que la Ciencia se desarrolló a partir de estos errores intelectuales y que debe su existencia a ellos.

En el Renacimiento se hizo la luz sobre la ciencia, que se encaminó debido a la nueva conciencia en la mente de los hombres. La época de la Ilustración aumentó la imaginación con criterio que se agitó en sus bases más profundas, cuestionando todo hecho y todo conocimiento antiguo, todo lo que se había creído antes pareció sospechoso de error y la antigua cultura no llenaba las aspiraciones humanas. En esta época se empleó por primera vez el método científico.

La Ciencia moderna comenzó con las brillantes investigaciones físicas de Isaac Newton, Robert Hooke y otros. Al mismo tiempo otros hombres, como pintores, escultores y literatos se preocuparon por observar y representar a la naturaleza con gran detalle.

La descripción anatómica vino hasta el año 1514 con Andreas Vesalio, quien fue considerado "Padre de la Anatomía", que vivió hasta 1564 y sin embargo, la disección y presentación de la Cirugía ya era parte de la enseñanza en las escuelas de Medicina italiana desde el siglo XI y a mediados del siglo XIII, la práctica estaba bien organizada en varias Universidades. Pero aún así, no se progresaba en Medicina.

Sin embargo, antes de Vesalio, Leonardo Da Vinci (1452 - 1519) ya tenía grandes estudios anatómicos que no fueron tomados en cuenta por los científicos de la época.

Otro Galeno moderno fue Jean Fernel y su gran relevancia deriva de un importante tratado sobre la estructura y funciones del cuerpo, su obra se publicó un año antes que la de Vesalio. Fernel limitó el territorio de la Fisiología desde el universo de los fenómenos naturales hasta la estructura y funciones del cuerpo humano.

Así como Vesalio fue el padre de la Anatomía moderna, William Harvey (1578 - 1657) fue el padre de la Fisiología Moderna, debido a sus deducciones sobre la circulación de la sangre dentro del corazón, que desacreditó las antiguas teorías que habían persistido 14 siglos, de que la sangre pasaba a través del tabique de corazón que existe entre los ventrículos. Observó y dedujo que la sangre expulsada del corazón debía circular por el cuerpo y regresar al corazón. Y lo más importante, fue el primer gran paso hacia una interpretación mecánica de los problemas biológicos.

La Cirugía Oral tuvo sus inicios en el año 3000 A.C. con la cultura egipcia, que es la más antigua de la que existen evidencias de cirugías practicadas en la cavidad oral. Aunque también hay pruebas de estas cirugías en otras civilizaciones de la antigüedad como la Mesopotámica, Babilónica, Maya, Teotihuacana e Inca.

Hipócrates, Médico griego (2560 A.C.) planteó la reducción de la luxación mandibular, que en nada se diferencia de la que usamos hoy en día, habló de la extracción y sus indicaciones, de la reducción de fracturas con ligaduras sobre los dientes contiguos a la fractura.

En el siglo XVII, destacó Pierre Fauchard, que escribió un compendio de Cirugía - Le Chirurgien Dentiste - en el cual nos habla de Ortodoncia, Cirugía e Implantes.

Robert Bunon aportó el uso de prótesis bucales para la reducción de fracturas.

Anselmo Luis Bernard aportó las bases de lo que hoy es la Cirugía Oral. Sin embargo, fue hasta 1864 que la Cirugía Oral recibió su nombre gracias a James Garretson, quien practicó intervenciones por vía Intraoral.

Los avances más notorios en lo que se refiere a conocimiento de las lesiones y que ayudaron al desarrollo de esta materia, se hicieron durante las grandes guerras (primera y segunda) mundiales, en las que se vio la necesidad de instaurar esta disciplina especializada dentro de la Medicina.

La Cirugía Oral avanzó a pasos agigantados a partir del desarrollo tecnológico -siglo XIX- y hasta nuestros días, con la creación de aparatos e instrumentos que han sido de gran utilidad. Estos avances han puesto al alcance de la Cirugía: los Rayos X, los antibióticos, la anestesia. Sin estos notables descubrimientos la Cirugía en general era cruenta, dolorosa y con muy malos pronósticos. El instrumental con el que cuenta la Cirugía Oral en nuestros días, es uno de los más voluminosos y especializados.

Nosotros debemos tener conciencia de que la Cirugía que realizamos en la boca tiene repercusiones en "el Todo" que es el organismo en su conjunto y

más aún, tener conciencia de que el paciente es un ser humano, que merece todo nuestro respeto hacia sus tejidos, hacia su vida y a su función como ser social. La intervención que planeamos en su boca, debe estar encaminada a rehabilitarlo, devolviéndole el estado de salud e integridad de sus funciones, en la especialidad que nos corresponde. Además debemos considerar los siguientes hechos:

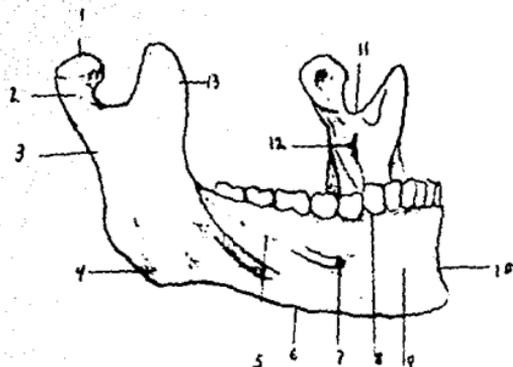
1o.- Que el molar está contenido en la mandíbula, que es el único hueso móvil del cráneo.

2o.- Que este hueso se articula al cráneo por medio de la articulación Temporomandibular, que es fuerte pero a la vez compleja y delicada, y que ejercer fuertes presiones sobre la mandíbula puede tener repercusiones sobre la articulación con consecuencias que pueden llegar a la gravedad.

3o.- Que los espacios intersticiales de la cara, cráneo y cuello son muchos y pueden verse afectados en menor o mayor magnitud por los procesos infecciosos que se desarrollen por el tercer molar retenido o por los procedimientos que tengamos que realizar en esa delicada zona.

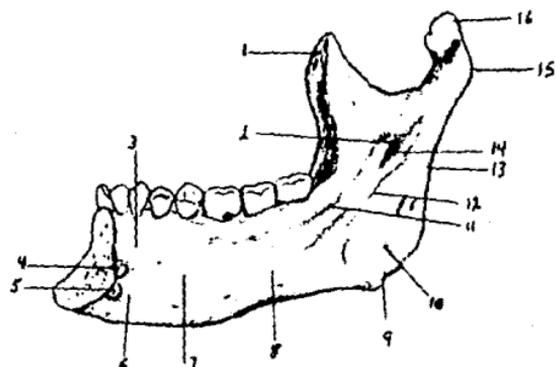
Por estos motivos es realmente importante para nosotros el valorar al tercer molar inferior retenido en toda su magnitud como caso clínico y más aún, el saber diagnosticarlo debidamente para poder establecer la técnica quirúrgica más adecuada para su extracción de la mandíbula.

Mandíbula - vista anterolateral-



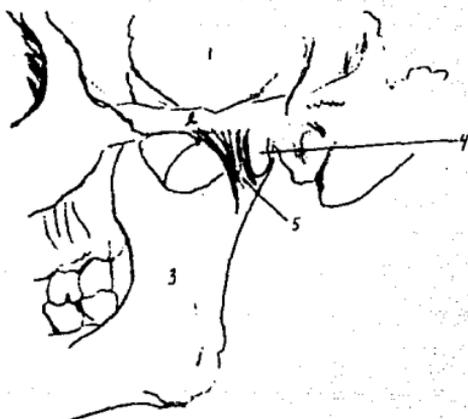
1.-cóndilo, 2.-cuello del cóndilo, 3.-rama ascendente, 4.-ángulo maxilar
5.-línea oblicua externa, 6.-borde inferior, 7.-agujero mentoniano, 8.-
borde alveolar, 9.-cuerpo, 10.-sinfisis mentoniana, 11.-escotadura sig-
moidea, 12.-espina de Spix, 13.-apófisis coronoides.

Mandíbula - cara interna-



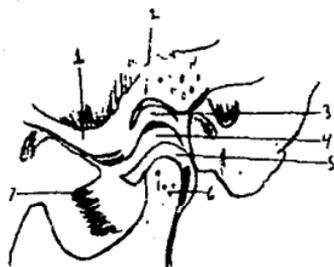
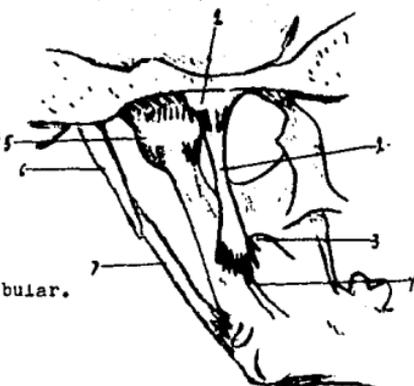
1.-apófisis coronoides, 2.-espina de Spix, 3.-fosa sublingual, 4.-apófi-
sis Geni superior, 5.-apófisis Geni inferior, 6.-foseta digástrica, 7.-
cuerpo, 8.-fosa submaxilar, 9.-ángulo, 10.-rugosidades para el pterigoi-
deo interno, 11.-línea oblicua interna, 12.-surco milohioideo, 13.-rama
ascendente, 14.-agujero del conducto dentario, 15.-cuello, 16.-cóndilo.

Ligamentos de la Articulación Temporomandibular



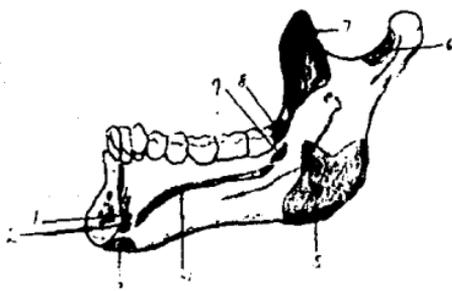
- 1.-hueso temporal, 2.-proceso cigomático, 3.-mandíbula, 4.-cápsula,
5.-Ligamento lateral.

- 1.-espina del esfenoides,
2.-Ligamento estilomandibular
3.-agujero mandibular
4.-línea milohipoidea
5.-Ligamento capsular
6.-apófisis estiloides
7.-Ligamento esfenomandibular.



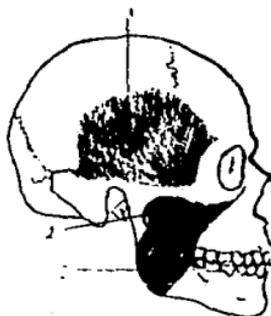
- 1.-tubérculo articular
2.-fosa mandibular
3.-cavidad sinovial
4.-disco articular
5.-cavidad sinovial
6.-cóndilo.

Mandíbula - cara interna- Inserciones musculares.



1.-geniogloss, 2.-geniohioideo, 3.-digástrico, 4.-miloideo, 5.-pteri-
goideo interno, 6.- pterigoideo externo, 7.-temporal, 8.-buccinador, 9.-
constrictor superior de la faringe.

Músculos de la Masticación.



1.-temporal
2.-masetero -vientre profundo-
3.-masetero -vientre superficial-

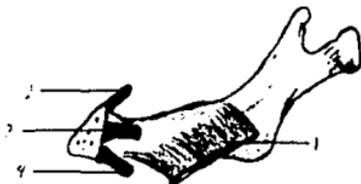
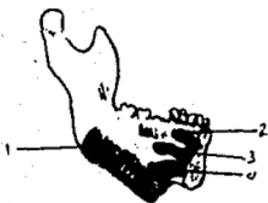
1.-ala mayor del hueso esfenoideas
2.-M. pterigoideo externo -haz
superficial-
3.-M. pterigoideo externo -haz
inferior
4.-M. pterigoideo interno.



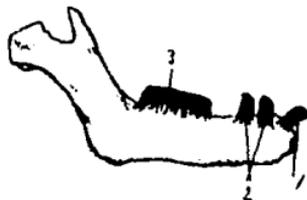
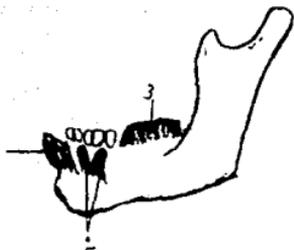
Inserciones Musculares de la mandíbula y la maxila en la Boca con dentadura íntegra, comparada con la boca desdentada.



1.-M.buccinador, 2.-M.elevador del ángulo bucal, 3.-M.nasal, 4.-M. depresor del septo nasal, 5.-M.elevador del labio superior.



1.-M. milohioideo, 2.-frenillo lingual, 3.-M. geniogloso, 4.-M.geniohioideo.



1.-M. mental, 2.-M. depresor del labio inferior, 3.-M. buccinador.

II EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.- Etiología.

Por definición, los dientes retenidos son aquellos que, al llegar su oportunidad cronológica de erupcionar, no lo hacen por diversas causas y quedan - - atrapados dentro de los maxilares.

Etiología.-

El porqué quedan los dientes retenidos en las arcadas dentarias, no se ha esclarecido completamente, aunque se discuten varias teorías, que son:

1.- Teoría Ortodóntica.- Se basa en que el crecimiento mandibular normal y el movimiento de los dientes, se hace en una dirección anterior, cualquier cosa que interfiera con ese desarrollo causará la retención dental. Un hueso demasiado denso, puede evitar la erupción normal, este problema se ocasiona por un retardo del movimiento hacia adelante y muchas situaciones patológicas pueden ocasionar la condensación del tejido óseo, por ejemplo: infecciones agudas, fiebres, trauma severo, maloclusión y la inflamación local de la membrana periodontal. La respiración bucal constante, también puede provocar arcadas dentarias de menor tamaño y en consecuencia, aquellos dientes que hacen su erupción al final no tienen espacio. La pérdida temprana de los dientes temporales, puede también causar una detención del desarrollo mandibular y/o malposiciones en los dientes permanentes, dando como resultado retenciones dentarias.

2.- Teoría Filogenética.- Las primeras generaciones de hombres sobre la tierra, dejaron testimonio de su conformación ósea. En sus esqueletos se ha observado que el tamaño de sus arcadas dentarias eran mucho más grandes, comparadas con las del hombre actual. Estas poderosas conformaciones óseas estaban provistas de un número mayor de dientes y todos en erupción, se contaban denticiones de 36 hasta 40 dientes, las piezas dentarias -- que aumentaban eran 4os. 5os. molares. Nuestros hábitos alimenticios han cambiado con el tiempo y casi se ha eliminado la necesidad humana de tener mandíbulas grandes y poderosas; y ya que la naturaleza trata de eliminar -- todo lo que no se usa, al paso del tiempo la mandíbula y el maxilar han reducido considerablemente su tamaño como consecuencia de la alteración de esta función. En muchos casos el tercer molar inferior, ocupa una posición anormal, está malformado y puede considerarse un órgano vestigial sin propósito o función; además es frecuente que haya ausencia congénita del mismo.

3.- Teoría Mendeliana.- Parece probable que en forma hereditaria, tal como la transmisión de mandíbulas pequeñas de uno de los padres y dientes del -- otro, puede ser un factor etiológico importante, en los dientes retenidos. Las retenciones tienden a heredarse en más del 40% de los casos. Desafortunadamente las retenciones no siguen un patrón, tienen diversas formas y tamaños y cualquier diente puede estar involucrado; también varían ampliamente en el grado de retención, algunos dientes están parcialmente en erupción, mientras que otros están completamente encerrados en el hueso.

Las retenciones dentarias pueden afectar a todos los dientes de la arcada e -

incluso en raras ocasiones a los dientes temporales. Sin embargo las retenciones son más frecuentes en algunos dientes.

El tercer molar inferior es el diente más afectado por este problema, el segundo lugar lo ocupa el tercer molar superior, ya que siendo los terceros molares los últimos en erupcionar, tienen más problemas para encontrar su ubicación en la arcada; debido también a que el tercer molar inferior tiene que erupcionar entre dos paredes inextensibles, que son por un lado, la cara distal del 2o. molar inferior y por el otro, la rama ascendente de la mandíbula y por esta razón su problema es mayor.

4.- Frecuencias.-

Contamos con algunas estadísticas que nos muestran a los individuos que se ven más afectados por el problema:

La raza Blanca es más afectada que la raza Negra, ya que ésta posee una -- mandíbula más grande que da cabida incluso a un 4o. molar erupcionado.

El sexo Femenino es el más afectado, debido a los estados fisiológicos de la mujer que exacerban este problema.

Dentro de las edades, el problema es más frecuente en el siguiente orden:

4.1.-Entre los 21 y 25 años.

4.2.-Entre los 15 y 20 años.

4.3.-Entre los 26 y 30 años.

4.4.-Entre los 31 y 35 años.

5.- Causas Generales.-

Dentro de las Causas Generales que pueden influir en la retención dentaria, se encuentran varias afecciones sistémicas que mencionar:

5.1-Las que afecten a las Glándulas Endócrinas, ya que pueden provocar en las denticiones: ausencias, trastornos de la erupción y retenciones intra-óseas.

5.2-Las enfermedades ligadas al Metabolismo del Calcio, como en el Raqui^utismo, ya que pueden provocar o inducir a la retención dentaria y diversas alformaciones en huesos y dientes.

III EL ESTUDIO RADIOLOGICO EN LA CIRUGIA DEL TERCER MOLAR . INFERIOR RETENIDO..

1. Importancia del .-

El estudio radiológico es una ayuda invaluable en el problema que nos ocupa, ya que aparte del conocimiento que debemos tener de Anatomía y Fisiología de la región a intervenir y el diagnóstico presuncial que podemos hacer sin una radiografía, es ésta precisamente la que nos puede mostrar las anomalías no previstas y que no podemos imaginar, por ejemplo una raíz dilatada o raíces supernumerarias, en el caso de los dientes, o la extensión casi exacta de un tumor, la línea o líneas de una fractura, la presencia de cuerpos extraños, etc.

Es por esta razón que debemos familiarizarnos con la imagen que nos presenta la radiografía de las diversas estructuras anatómicas normales para poder diferenciarlas de las patológicas. Así como también de las imágenes que nos brindan las diferentes proyecciones del rayo sobre los planos para no cometer errores. Y más aún, reconocer una radiografía bien lograda de una mala que pudiera desubicarnos.

2.-Estudio Radiográfico de las estructuras anatómicas en la zona.-

Estudio Radiográfico de las estructuras anatómicas del maxilar inferior en la zona del tercer molar en retención.

2.1.- La Línea Milohioidea.- Cruza la cara interna del cuerpo del maxilar inferior en una línea diagonal bien visible, tiene una sólida arquitectura y da a la zona de los molares una imagen radiopaca nítida y precisa.

Puede coincidir con el límite superior del conducto dentario.

2.2.- Línea Oblicua Externa.- Cruza en diagonal la cara externa del maxilar inferior y termina en forma de penacho a nivel primer molar. También de sólida arquitectura nos presenta una imagen radiopaca que pasa inadvertida en maxilares con dientes, ya que está cubierto por la opacidad de éstos. Aunque algunas veces por su situación o la falta de dientes es perfectamente visible.

En la cirugía del tercer molar inferior es sumamente importante el conocimiento, forma, extensión y ubicación de esta línea.

2.3.- Conducto dentario inferior.- El conocimiento de éste es muy importante ya que está en íntima relación con la anatomía normal de los molares inferiores y en especial con el tercero.

El conducto, en la mayoría de los casos se encuentra inferior y bucal, con respecto a las raíces de los molares, aunque puede presentarse lingual.

La distancia entre las raíces y el conducto es variable, aunque puede relacionarse con ellas en formas muy variadas y es necesario precisar antes de la intervención sobre el tercer molar retenido.

En la imagen radiográfica vemos al conducto como una línea ancha radiolúcida situada entre dos líneas paralelas radiopacas.

En su inicio (el orificio superior del conducto dentario) es amplio y corre por el maxilar, horizontal por debajo de los molares y asciende a nivel del segundo premolar, termina en un círculo radiolúcido a este nivel, el agujero Mentoniano.

El conducto puede presentarse como ya dijimos, a distancias variables de los ápices o pueden éstos estar en contacto directo con la pared superior del conducto o la imagen de las raíces se superpone a la del conducto, esto no significa que las raíces traspasen el conducto, sino que el conducto está hacia el lado bucal y las raíces del lado lingual. Si es el conducto el que se ve por encima de las raíces o superpuesto a ellas, significa que se encuentra del lado lingual. Pero por regla general el conducto es inferior y externo con respecto a las raíces y sobre todo con las del tercer molar. Excepcionalmente las raíces del tercero rodean el conducto o el tercer molar presenta un túnel por el que pasa el conducto.

Una técnica muy útil para dilucidar el problema consiste en tomar dos rayos X intraorales, la primera con la angulación normal (0°) y la segunda desviando el rayo a 20° hacia arriba o abajo.

2.4.- En cuanto al estudio de rayos X de el tercer molar retenido debemos observar su estructura interna, ya que puede estar demineralizado, presentar caries o resorción idiopática, y puede presentarse de dos maneras: la primera es central, o sea interna sin afectar los contornos; y la segunda es periférica, afectando corona o raíces o ambas, en este caso el hueso puede ocupar ese espacio, formándose entonces una anquilosis.

Al estudiar el tercer molar radiográficamente debemos observar sus posiciones, que detallaremos más adelante en la mandíbula, el número, forma y colocación de sus raíces, si existe angulosis, cementosis y su saco pericoronario, así como sus relaciones con los elementos que lo rodean: el conducto dentario y la rama ascendente.

En el estudio radiográfico de la zona del tercer molar, vamos a observar el hueso que lo soporta, el grosor de las Corticales Bucal y Lingual, si existiera alguna patología en él o en los tejidos blandos que debemos diferenciar de otras imágenes radiolúcidas no patológicas, que pueden ser producidas por intervenciones anteriores y que dejan un espacio en el que el hueso no se ha reparado por completo o se llenaron de tejido fibroso.

Antes del estudio radiográfico debemos eliminar todo el tártaro para que su presencia no obstaculice la imagen radiográfica.

Otro detalle de importancia es la presencia del segundo molar inferior, si presenta o no caries o restauraciones, la forma, dirección y el largo de sus raíces, que pueden estar erosionadas por el tercer molar o no, ya que en el acto quirúrgico este diente puede prestar ayuda como punto de apoyo o resultar lesionado por no estudiarlo cuidadosamente, o bien, puede estar ausente. Así mismo, podemos observar la existencia de un cuarto molar retenido, al que habrá que valorar cuidadosamente, puesto que tendrá que ser eliminado en la misma cirugía y puede ser un gran obstáculo para la eliminación del 3o.

Todos estos elementos no siempre son bien diferenciables, ya que se superponen las imágenes o el hueso se ha descalcificado. Debido a esto, debemos ayudarnos por medio de varias tomas radiográficas hasta ubicarlas completamente.

Al tomar las radiografías debemos tomar en cuenta: el ángulo de incidencia (el rayo es perpendicular a la parte por radiografiar) y el ángulo de proyec-

ción (es el que forma el rayo con el plano de la placa). Ya que la forma de la imagen depende de esto.

3.-Tipos de Rayos X de utilidad para el Diagnóstico.-

Las radiografías que nos son de más utilidad para diagnosticar el tercer molar inferior son:

3.1.- Intraorales.-

a) Periapicales.- Tendremos cuidado en el siguiente detalle: si la película -- queda vertical en la boca, la angulación del aparato será de 0° , si la película se inclina hacia el molar, la angulación será de -5° y si la película se separa del molar en su borde superior, la angulación será de $+5^\circ$, para lograr que los rayos sean perpendiculares a la película.

Estas radiografías ortoclusales, podemos compararlas con rayos X distoclusales y mesiooclusales, y además podemos comparar éstas con otra radiografía periapical, con graduación $+20^\circ$ ó -20° si nos es de utilidad y compararlas con las del lado opuesto de la arcada (derechas o izquierdas).

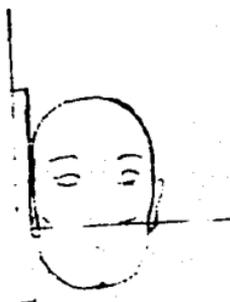
b) Oclusales.- De la mandíbula, para las cuales la angulación vertical será 0° y la dirección del rayo será perpendicular a la placa. El cono se coloca en la intersección de la línea media, con una línea imaginaria que va desde la raíz mesial del segundo molar.

3.2.- Extraorales.- Nos son de gran utilidad, sobre todo en el caso de sufrimiento del paciente para abrir la boca o completa incapacidad de hacerlo -

debido a trauma, trismus u otros procesos patológicos que interfieran en la apertura.

- a) La radiografía Extraoral más usada para el caso es la Lateral de Cráneo, comparada con la del lado opuesto.

La placa se coloca paralela al plano sagital, tocando un lado de la cara del paciente (el lado por radiografiar). El rayo se dirige perpendicular a la placa, pasando por una línea imaginaria que pase por los dos meatos auditivos del paciente. En esta radiografía tenemos superposición de imágenes entre las estructuras derechas e izquierdas.



IV INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.- Para la extracción del tercer molar inferior retenido.

INDICACIONES.- Las retenciones dentarias son, por sí mismas, una indicación para la extracción de estas piezas, por la anomalía de su ubicación y -- por la cantidad de problemas que constituyen en potencia. También puede estar indicada la extracción de estas piezas para fines protéticos u ortodónticos y preventivos.

CONTRAINDICACIONES LOCALES.- Todos los accidentes que ocasiona el tercer molar inferior retenido en su intento de erupcionar, como son: La Pericoronaritis, Gingivitis Ulceromembranosas, Abscesos, Celulitis, Osteitis, Quistes, etc.

CONTRAINDICACIONES GENERALES.-

- 1.- Todas las afecciones sistémicas que debiliten el estado general del paciente.
- 2.- Las enfermedades Infecto-contagiosas que pudieran extenderse o agravarse, debido a nuestra intervención y que estén fuera de control.
- 3.- Pacientes con problemas en la coagulación de la sangre.
- 4.- Neoplasias en otras zonas del cuerpo.
- 5.- Pacientes de edad avanzada, con un estado general debilitado que resistan mal la operación.

V ACCIDENTES QUE PRODUCE EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

El tercer molar inferior retenido, puede estar en ese estado en la mandíbula durante toda la vida de una persona sin provocar problema alguno y así la persona poseedora de él ni siquiera se entera que lo tiene. Muchas veces nos enteramos de su presencia por un estudio radiológico que se hace en esa zona por otra causa. Sin embargo, todo diente retenido puede ser la causa de muchos procesos patológicos. El siguiente espacio está dedicado a enumerar los accidentes más comunes ocasionados por el tercer molar inferior en retención.

1. Accidentes Mecánicos:

En el Segundo Molar Inferior.. puede producir cambios de posición y resorción de las raíces, tanto en el cemento como en la dentina y llegar incluso a la pulpa; con todos los problemas que esto ocasiona como son: Inflamación, dolor, absceso periapical y quistes.

Trastornos en la colocación de los otros dientes de la arcada.- Al tratar de erupcionar el tercer molar "empuja" el diente vecino, que a su vez moviliza a otros, provocando la desviación de uno o más dientes en la arcada.

2..Accidentes Infecciosos de los Tejidos Blandos o Mucosos:

Se presentan en las partes blandas que rodean al tercer molar y llenan toda la gama existente, desde los leves hasta los graves.

2.1.- Pericoronaritis.

Etiología.- Se debe a la infección del saco pericoronario y ésta puede suceder de diferentes formas:

- a) El diente erupciona a medias y su saco pericoronario se rompe, quedando expuesto a los microorganismos de la cavidad oral, mecanismos que exacerban su actividad en la cavidad cerrada.
- b) El saco se infecta debido a un absceso periapical en el segundo molar o -- por cualquier otro proceso patológico de la zona que lo rodea.
- c) La infección llega al saco por la vía hemática.

La Pericoronaritis puede tener un avance lento o rápido.

Pericoronaritis de Avance Rápido.-

Signos y Síntomas.- El dolor es muy fuerte y puede estar localizado en la zona del tercer molar o irradiarse en varias direcciones, principalmente en la línea del nervio dentario inferior. El dolor se exagera en las noches por el roce y los cambios de temperatura. El paciente se encuentra afectado generalmente por: fiebre, fatiga, problemas en la fonación y en la deglución, los ganglios regionales están infartados y dolorosos a la presión. A veces la situación se agrava por la instalación del trismus, con el que aumenta el dolor e impide la alimentación.

Pericoronaritis de Avance Lento.-

Signos y Síntomas.- Se caracteriza por dolores intermitentes leves, procesos inflamatorios que duran 2 ó 3 días y trismus de poca intensidad. El capuchón del tercer molar inferior, está lleno de pus y sangre que vierte hacia la cavi-

dad oral. Todo el proceso remite, hasta un nuevo proceso inflamatorio.

2.2.- Gingivitis Ulcerosas y Ulceromembranosas.-

Etiología.- Se debe a la inflamación del saco pericoronario o en los tejidos mucosos vecinos, esto crea el campo ideal para que se instale la Simbiosis fusoespirilar que da lugar a una Gingivitis o Gingivoestomatitis que tiene todas las características de la GUNA, sólo que en este caso es característicamente unilateral. Sin embargo, tiene repercusiones ganglionares y generales.

2.3.- Úlceras del Capuchón.-

Etiología.- Se forman debajo de él y se deben a la inflamación, que a su vez produce una oclusión traumática sobre él y por debajo de él.

Signos y Síntomas.- Las úlceras producen una zona bastante inflamada sobre el tercer molar, son sumamente dolorosas y pueden ocasionar el trismus, los dolores pueden ser locales o irradiados y ceden evitando el trauma sobre el capuchón, lo que se logra rebajando las cúspides del tercer molar superior y anestesiando la úlcera.

2.4.- Absceso sobre el Capuchón.-

Su Etiología es la misma.

Signos y Síntomas.- Produce una encía inflamada, enrojecida o violácea y cubierta de restos alimenticios y coágulos. El calor en la zona aumenta debido a la vasodilatación, existe dolor intenso, provocado y espontáneo que disminuye drenando el absceso.

Tratamiento.- exige el drenado del absceso, administrando antibióticos y eliminando posteriormente el molar retenido.

Estos accidentes mucosos, pueden agravarse y llevar a problemas más serios como la Celulitis y los Abscesos profundos.

2.5.- Celulitis.-

Es una inflamación difusa de los tejidos blandos, que no se circunscribe a una región y tiende a diseminarse a través de los espacios tisulares y planos aponeuróticos.

Etiología.- La Celulitis es la reacción que producen los microorganismos que liberan Hialuronidasa y Fibrinolisinasa. Los estreptococos son los más comúnmente responsables de éstas y por lo tanto, productores de esta reacción. La Celulitis, lo mismo se puede producir como una complicación de una pericoronaritis, que como complicación de una inyección a través de una zona infectada, llevando así la infección a planos más profundos y como complicación de un sinnúmero de infecciones.

Signos y Síntomas.- El paciente sufre malestar general, hay una inflamación firme en las zonas afectadas, que por lo general es de media cara y parte del cuello. La temperatura se eleva y hay leucocitosis, la piel no sufre cambios de color y hay linfadenitis regional.

Si se deja avanzar la enfermedad, puede afectar a toda la cara y si persiste la infección tiende a localizarse y puede formar un absceso facial que busca un punto para descargar su material purulento, provocando la formación de una fístula.

Tratamiento y Pronóstico.- Aunque el trastorno es grave, cede rápidamente mediante la administración de antibióticos -penicilina G o V intramuscular- y no deja secuelas en la mayoría de los casos.

2.6.- Abscesos.-

Pueden estar localizados en la zona del tercer molar inferior o pueden diseminarse por diferentes vías y llegar a planos más profundos.

Etiología.- En los abscesos cerrados, sin drenar, el pus contiene frecuentemente un solo microorganismo causal, los más frecuentes son los estafilococos y estreptococos anaerobios, lo mismo que en la osteomielitis aguda o en la periodontitis.

Cuando los abscesos son abiertos, se encuentran en ellos infinidad de microorganismos. Los microorganismos recolectados del drenado no deben confundir la valoración real de un absceso profundo. Estos pueden usarse como gufa -- para el tratamiento pero con muchas reservas. El estudio bacteriológico de una lesión profunda debe incluir métodos aerobios y anaerobios. Los anaerobios más comunes en esta afección son: *B. melnigenicus*, *fusobacterium* y *peptostreptococos*, todos ellos sensibles a la penicilina.

Los Abscesos Profundos, que surgen como complicación de la Pericoronaritis o de la Celulitis son graves, ya que pueden tomar diferentes vías a través de los tejidos, mismos que sufren alteraciones, muchas veces graves e irreversibles.

Las principales zonas de asentamiento de estos abscesos son:

2.6.1.- Absceso del Pilar Anterior o Subamigdalino.-

En el cual el pus se irriga entre el músculo constrictor superior de la faringe y la mucosa faríngea y amigdalina.

2.6.2.- Al Piso de la Boca o Angina de Ludwig.-

Es el más peligroso, ya que provoca el Fiemón Difuso del Piso de la Boca, - que puede ser mortal, por la facilidad con que la infección se irradia a otras partes importantes, produciendo infecciones focales y septicemias graves. La vía que utiliza es por dentro, entre la cara interna de la mandíbula y la - mucosa, y los órganos que se localizan en el piso de la boca.

La Angina de Ludwig comienza por lo regular en el espacio Sub-maxilar, -- afectando después el espacio Sub-lingual y el Sub-mental. En la verdadera - Angina de Ludwig, todos los espacios Sub-mandibulares están afectados.

Signos y Síntomas.- El paciente presenta gran inflamación del piso de la boca, que se desarrolla rápidamente y eleva la lengua, la hinchazón es firme, dolorosa y difusa, sin localización alguna. Existe dificultad para comer, de gludir y respirar. El paciente presenta: fiebre alta, pulso y respiración rápidas, También hay Leucocitosis moderada.

Si la inflamación continúa, afecta al cuello y puede desencadenar Edema de la Glotis, que puede producir la muerte por asfixia.

Si la infección sigue su curso, invade los espacios postfaríngeos, hasta la - Vaina Carotídea o hacia la Fosa Pterigopalatina, puede entonces sobrevenir la Trombosis del Seno Caveroso con Meningitis subsecuente como secuela.

La Angina de Ludwig es una infección mixta, en la que casi siempre están - presentes los estafilococos, estreptococos, bacilos fusiformes, difteroides

y muchos otros.

Tratamiento y Pronóstico.- Antes de los antibióticos, esta enfermedad tenía una tasa de mortalidad sumamente elevada, debido sobre todo a la Asfixia y a la Sepsis grave, los antibióticos han reducido notablemente esta tasa. Aunque el edema de glotis sobreviene con gran rapidez y por esto, con frecuencia es necesaria la Traqueostomía de urgencia para impedir la Asfixia.

3.- O s e o s.-

Los accidentes de este tipo son raros pero se presentan en forma alarmante y son:

3.1.- Osteitis.- Infección aguda que se presenta en el hueso, las hay de muy diversas clases, pero las relacionadas con el tercer molar inferior retenido son:

3.1.1.- Osteitis Localizadas.- representadas por las Alveolitis y la Fístula Transmaxilar.

3.1.2.- Osteitis Localizadas Comunes.- Como el Absceso Alveolar Agudo y los Granulomas Supurados y Quistes de los Maxilares.

3.1.3.- Osteitis Difusas o Generalizadas.- De las cuales la forma aguda es la Osteomielitis.

Todas ellas tienen la misma etiología, que por cierto, es muy variada para todas, sólo que como sus nombres lo indican, siguen distintos cursos e intensidades, los microorganismos causales son los mismos que producen las afecciones antes vistas, siendo el primer agente causal el estreptococo.

La Osteomielitis es más frecuente en la mandíbula debido a su irrigación, que es mayor que la del maxilar y por su posición que propicia el estancamiento de líquidos sépticos y sobre el problema que nos ocupa, es un accidente de la erupción del tercer molar inferior que, aunque poco frecuente, llega a presentarse. Pero también puede instalarse como consecuencia del acto quirúrgico del tercer molar inferior o de muchos otros.

4.- Linfáticos.-

Cualquiera de los problemas que causa la erupción del tercer molar inferior retenido antes mencionados, puede tener una repercusión ganglionar, por esto, este tipo de accidentes son muy comunes, si no que existen siempre colaterales a cualquiera de los ya mencionados.

La Región Ganglionar que le corresponde al tercer molar inferior está formada por los Ganglios Subangulomaxilares (Ganglio de Chassaignac) o Submaxilares.

4.1.- La primera manifestación es la Adenitis de un Ganglio o varios que aumenta conforme avanza la infección y disminuye junto con ella, pero que puede evolucionar hacia el Adenoflemón.

4.2.- El Adenoflemón se instala cuando la infección está fuera de control y se torna demasiado virulenta, o cuando el estado general del paciente es malo y no puede hacer frente a la infección.

Signos y Síntomas.- El ganglio está bastante inflamado, sumamente doloroso a la presión o a los movimientos mandibulares o del cuello. Este ganglio pue-

de abrirse y derramar su contenido de linfa y pus hacia adentro o hacia la piel. Responde bien a la terapéutica con antibióticos, siempre que se elimine el foco de infección que lo ocasionó.

5.- Tumora les.-

Como ya se expuso antes, los terceros molares inferiores retenidos pueden dar origen a diferentes infecciones que al evolucionar pueden formar Quistes o Tumores. Y recordemos que "todo diente retenido es un Quiste en potencia", aunque los quistes y los tumores son menos frecuentes que los demás accidentes:

5.1.- Quiste Dentífero.- es muy común y más aún en el tercer molar inferior retenido, más que en el tercer molar superior retenido. Se forma a expensas del saco pericoronario.

Etiología.- Su formación siempre está asociada a la corona de un diente impactado, como ya se dijo tiene predilección en el tercer molar inferior, aunque puede presentarse en dientes no erupcionados o en dientes incluidos (diente ya -- erupcionado que por mecánica de fuerzas es nuevamente empujado e incluido en su alveolo).

Este quiste puede ser muy agresivo, en primer lugar empuja al diente que lo formó hacia lugares a veces muy lejanos (Ejemplo: ángulo de la mandíbula) o puede simplemente cambiarlo de posición.

Es quiste expande al hueso provocando Asimetrías Faciales, desalajo de dientes, reabsorciones radiculares y dolor al presionar nervios de regiones vecinas. El Quiste Dentífero es capaz de ahuecar la zona del tercero e incluso la rama ascendente y afectar al Cóndilo y la Apófisis Coronoides.

Tratamiento.- Si el quiste es pequeño, la cirugía para extraerlo en su totalidad con escasas probabilidades de recurrencia. Pero si el quiste es muy grande, se prefiere el drenaje quirúrgico que alivia la presión y evita el riesgo de fracturar el maxilar por la extrema debilidad de sus paredes.

Pronóstico.- El Quiste Dentígero presenta serias complicaciones que pueden ser graves:

- 5.1.1.- La primera es la recurrencia del quiste por la remoción incompleta.
- 5.1.2.- Desarrollo de Neoplasias Malignas que proliferan preferentemente a partir de este quiste, más que de algún otro.

6.- Infecciones Focales.-

Cualquier foco de infección en la boca puede causar una Infección Focal (Metástasis a distancia de los microorganismos o sus toxinas) en muy diversos sitios. Los accidentes de la erupción del tercer molar inferior retenido no son la excepción y sí tienen predominio por la gravedad y variedad de las lesiones que origina.

Etiología.- La Infección Focal se puede producir por la infección ya instalada y que produce la metástasis espontánea, o sea por sí misma, o se puede provocar en el acto quirúrgico.- Extracción de un tercer molar retenido con infección del Saco Pericoronario o también de las partes que lo circundan.

Los Focos de Infección en el tercer molar inferior o en otras partes de la boca pueden causar o agravar varias enfermedades sistémicas, las más comunes son:

6.1.- Artritis Reumatoide

6.2.- Fiebre Reumática

6.3.- Endocarditis Bacteriana

6.4.- Enfermedades de la Piel

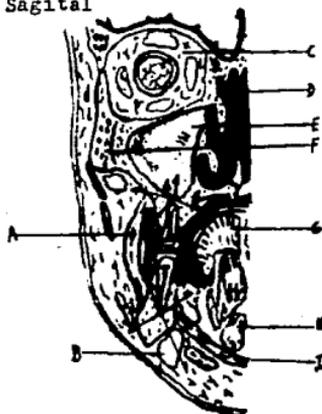
Nosotros trataremos siempre de evitar y prevenir ser los causantes de una infección focal. Las enfermedades sistémicas son tratadas por médicos en su especialidad.

7.- Nerviosos.-

El principal es el Trismus del músculo Masetero, que es una reacción al dolor. El dolor se produce por la afección directa del nervio Dentario Inferior y que ocasiona desde dolor agudo localizado hasta Neuralgia del Trigémino, que puede provocar: Neuritis, problemas Neurotróficos -Canicie-, Peladas, Herpes, etc., hasta alteraciones graves como son: de la conciencia y del -- equilibrio mental.

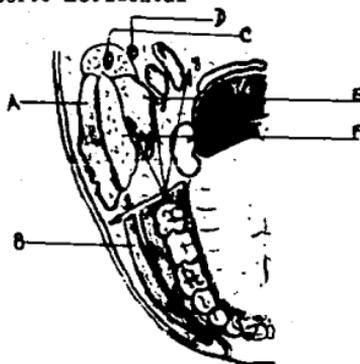
Espacios Faciales - Aponeuróticos -

I.-Corte Sagital



- A.-M. buccinador
- B.-glándula submandibular
- C.-órbita
- D.-cavidad nasal
- E.-seno maxilar
- F.-arco cigomático
- G.-lengua
- H.-M. geniohioideo
- I.-M. milohioideo

II.-Corte Horizontal



- A.-M. masetero
- B.-M. buccinador
- C.-vena yugular externa
- D.-arteria carótida externa
- E.-M. pterigoideo interno
- F.-rama mandibular

Espacio Bucal(1), E. Vestibular(2), E. Submandibular(3), E. Sublingual(4), E. Palatino(5), E. del antro maxilar(6), E. masticador(7), E. faríngeo lateral(8)

VI CLASIFICACION DE LOS TIPOS DE RETENCIONES DEL TERCER MOLAR INFERIOR EN LA MANDIBULA.

Para facilitar el diagnóstico y escoger la técnica más adecuada para la extracción del tercer molar inferior, se le ha clasificado de diferentes formas, para ubicarlo perfectamente dentro de la mandíbula. Contamos para esto con los puntos de vista de diferentes autores, que nos recomiendan pensar en el tercer molar o imaginarlo como un cubo contenido dentro de otro cubo - el cuerpo mandibular - y además delimitado por dos pilares, el segundo molar inferior y la rama ascendente de la mandíbula.

La primera forma para clasificarlo es la siguiente:

1.- En base a su profundidad dentro de la mandíbula:

Clase I.- La retención es parcial o solamente mucosa. En ésta, el molar puede estar parcialmente erupcionado o cubierto únicamente por la mucosa.

Clase II.- El molar está cubierto en parte por la mucosa y en parte por el hueso.

Clase III.- Retención Osea.- El molar está cubierto en su totalidad por el hueso mandibular.

2.- En base a la relación que guarda el tercer molar inferior con el segundo molar inferior. Para esto, trazamos una línea imaginaria o sea, el eje longitudinal del segundo molar, que hará un ángulo o no con el eje longitudinal del tercer molar inferior. Lo cual nos da varias posiciones:

Posición Vertical.- Los ejes longitudinales de ambos molares, son paralelos.

Posición Horizontal.- El eje longitudinal del tercer molar es Horizontal en relación con el eje longitudinal del segundo molar que está en posición vertical.

Posición Mesioangular.- Los ejes de los dos molares forman un ángulo agudo con vértice, la corona del tercero se relaciona con el segundo molar.

Posición Distoangular.- Los ejes de los molares, forman un ángulo agudo con vértice inferior. La corona del tercero apunta a la rama.

Posición Invertida.- Los ejes de los dos molares, son paralelos, sólo que la corona del tercero apunta hacia el borde de la mandíbula.

Tenemos además dos posiciones en relación con las tablas externa e interna de la mandíbula.

Posición Bucoangular.- En ésta, la corona del tercero se relaciona con tabla externa de la mandíbula.

Posición Linguoangular.- La corona del tercero está dirigida hacia la tabla interna y a veces llega a perforarla.

Existen además diversas desviaciones que acompañan a estas posiciones.

Estas desviaciones se toman en relación a la formación del tercer molar en la línea que forman los dientes en la arcada. Para esta formación tomaremos como referencia, las tablas externa e interna o bucal y lingual. De esta forma tendremos un tercer molar:

- a) Sin desviación
- b) Con desviación hacia Bucal
- c) Con desviación hacia Lingual

Otros autores nos dan otra clasificación más simplificada de las retenciones ... y es como sigue:

1.- En base al cálculo del diámetro mesiodistal del tercer molar con relación al espacio existente entre el segundo molar y la rama ascendente de la mandíbula de esta forma:

Clase I.- El espacio entre el segundo molar inferior y la rama es mayor que el diámetro Mesiodistal del tercero.

Clase II.- El espacio entre el segundo molar y la rama es menor que el diámetro Mesiodistal del tercer molar.

Clase III.- Todo o la mayor parte del tercer molar se encuentra dentro de la rama.

2.- Por la profundidad del tercer molar, dentro del cuerpo mandibular, que es igual que en la anterior, pero no la mencionan como clases.

- a) Mucosa
- b) Mucosa y Osea
- c) Osea

3.- Por las posiciones que toma el tercer molar en relación con el segundo y que ya mencionamos.

- a) Vertical
- b) Horizontal
- c) Invertido
- d) Mesioangular
- e) Distoangular

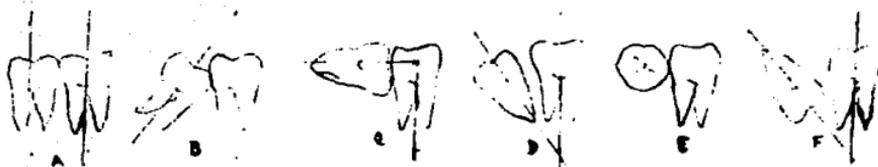
No me parece esta clasificación muy adecuada, ya que debido a que el tercer molar no siempre está en posición vertical, no nos ayuda mucho a clasificar las demás retenciones.

Sin embargo, pienso que ya sea una u otra clasificación la que nos pueda convencer más para utilizarlas, ya que ambas son muy válidas, debemos pensar en que cada caso es muy particular y que además de la clasificación que podemos darle, tenemos que observar las relaciones anatómicas que rodean a ese tercer molar, ya que aún siendo las mismas para todos, varían en cada persona por su situación, densidad, mayores o menores relaciones entre ello, etc. Así pues, pienso que debemos ir de lo Universal a lo particular y en este punto, clasificar a ese molar, en esa mandíbula, de ese paciente en particular. Y de esta manera saber qué técnica vamos a utilizar.

Primera Clasificación de las Posiciones del Tercer Molar Inferior Retenido.



- A.- Mucosa
 B.- Mucosa y Osea
 C.- Osea

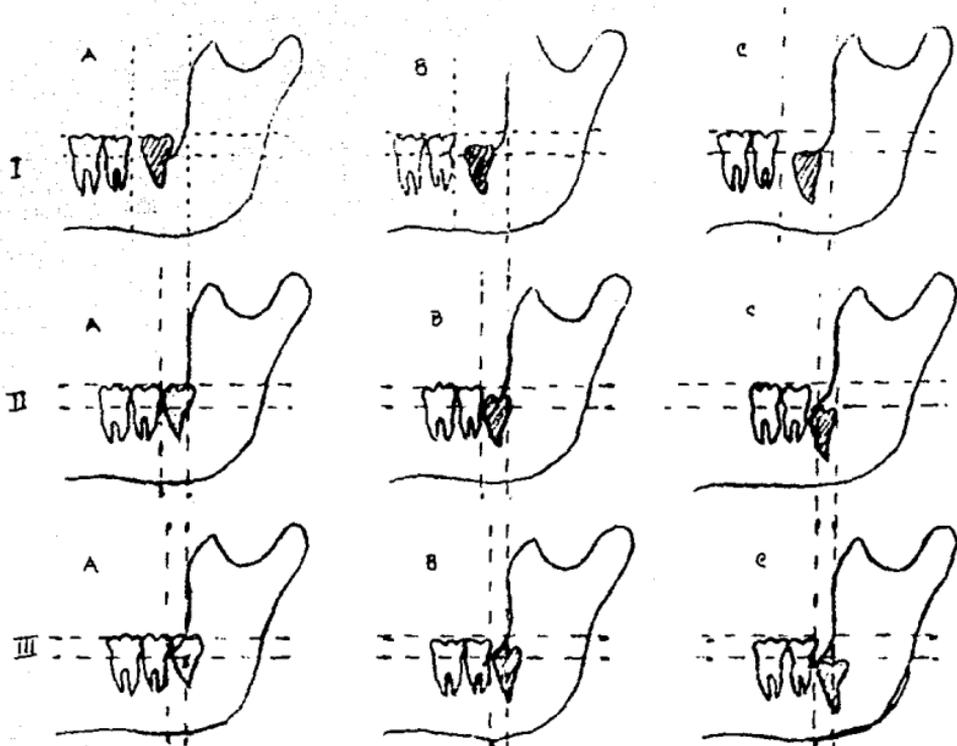


- A.-vertical, B.-mesioangular, C.-horizontal, D.-distoangular,
 E.-buccoangular, F.-parainferior



- A.-sin desviación, B.-desviación bucal, C.-desviación lingual,
 D.-desviación bucolingual.

Segunda Clasificación de las Posiciones del Tercer Molar Inferior Retenido.



Clase I.-el espacio entre la porción distal del segundo molar y la rama mandibular, es mayor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.

Clase II.-el espacio entre la porción distal del segundo molar y la rama mandibular es menor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.

Clase III.-todo ó la mayor parte del tercer molar, se encuentra dentro de la rama mandibular.

VII PREOPERATORIO

Una vez que hemos reunido todos los datos que nos permiten conocer y evaluar a nuestro paciente por medio del examen físico, bucal, de la historia clínica, del reporte médico -en caso necesario-, de los resultados de los análisis de laboratorio que hayamos requerido y de un completo estudio radiológico; sabemos entonces con exactitud que nuestro paciente está bajo control y podemos pasar al Preoperatorio que consiste en poner a nuestro paciente en las mejores condiciones posibles antes de la intervención. Un buen Preoperatorio debe incluir: una serie de análisis como son Pruebas de Coagulación de la sangre, Biometría Hemática y Examen General de Orina. Además de los signos vitales y la premedicación necesaria, ya sea con tranquilizantes, analgésicos o antibióticos según lo requiera el caso. Debemos elegir con cuidado el anestésico a emplear ya que todos son tóxicos y pueden tener serias repercusiones en el paciente.

Debemos también tener una plática tranquilizadora con nuestro paciente en la que le explicaremos lo que le vamos a hacer y que resultados esperamos obtener.

Ya que está instalado nuestro paciente, para la operación debemos tomar otra serie de medidas que son: Revisar que los dientes estén libres de restos alimenticios y sarro, hacer que enjuague su boca con una solución antiséptica, lavar y desinfectar su cara y colocar campos estériles sobre ella y sobre su tórax. Podemos además pincelar la zona a operar con algún antiséptico como Nitrato de Plata, Hipoclorito de Sodio, Benzal, etc.

Esta serie de medidas evitarán que podamos tener problemas menores o mayores.

VIII TECNICA QUIRURGICA EN GENERAL.

Practicamos nuestra incisión, en un sólo trazo, lo bastante profunda para cortar el Periostio y planeamos su forma, de tal manera que nos provea de un -- colgajo con una base bien amplia que permita la perfecta irrigación del mismo, y que evite la necrosis de los tejidos involucrados en él. La incisión debe planearse de tal forma que al suturar, los bordes de la herida descansen sobre hueso íntegro; de esta forma evitaremos desgarramiento de los tejidos y la -- pérdida de los puntos de la sutura.

Esta incisión, nos proporcionará un campo amplio, con buena visibilidad y acceso a nuestro objetivo -el tercer molar retenido- y nos evitará problemas -- posoperatorios, como el dolor por exceso de trauma en los tejidos blandos vecinos.

Para nuestra incisión utilizaremos: un mango de bisturí N° 3 y hoja de bisturí N° 15.

Por regla general, la incisión abarcará desde el espacio retromolar, hasta la cara mesial del segundo molar, siguiendo el contorno de su cuello, en forma envolvente y descendiendo a esa altura, sobre la encía insertada.

Una vez efectuada la incisión, levantamos nuestro colgajo utilizando el periostótomo, el cual introducimos profundamente, para levantar el periostio junto con la mucosa gingival. El colgajo lo mantendremos separado por medio de -- separadores o de pinzas sin apretarlo o jalarlo excesivamente, ya que se corre el peligro de provocar la necrosis del tejido.

Para realizar la Osteotomía secamos el campo y teniendo en mente la ubicación del molar, trazamos la forma que hemos de darle al orificio que practicaremos en el hueso. Para este propósito, nos valemos de una fresa en forma de bola, de carburo sobre la pieza de mano de alta velocidad con la que haremos las perforaciones, irrigando al hueso prolijamente con suero fisiológico evitando así el calentamiento excesivo en el hueso que pueda dañarlo y provocar una osteitis, osteomielitis o inclusive necrosis ósea.

Osteotomía. - Una vez que hemos marcado así el hueso, procedemos a retirar el pedazo de la lámina ósea, con fresa quirúrgica cilíndrica y alta velocidad, uniendo las perforaciones e irrigando el hueso en la forma ya mencionada, puesto que es un procedimiento rápido que evita molestias innecesarias al paciente.

Recordemos que además en todo momento debemos tener perfecta visibilidad de campo y es por esto muy recomendable el uso del eyector y una buena fuente de iluminación.

Habiendo retirado el hueso encontramos el objeto de nuestra cirugía. - El tercer molar inferior retenido y dependiendo de su posición, serán los movimientos a seguir. Pero por regla general, procederemos al corte de éste - Odontosección - ya sea por su eje más largo o por el más corto o ambos. Para la Odontosección nos podemos valer del escoplo recto de doble bisel y ancho y del martillo o practicamos la Odontosección por medio de la fresa quirúrgica y alta velocidad.

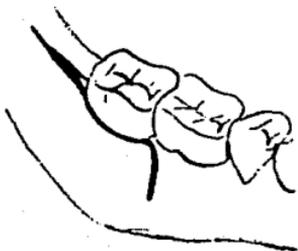
Para luxar y elevar el molar o los trozos del molar lo haremos con un elevador recto y delgado.

Una vez que hemos extraído el molar en su totalidad lavamos y secamos la cavidad y nos cercioramos de que el alveolo no tenga restos de hueso o material como gasa, etc.

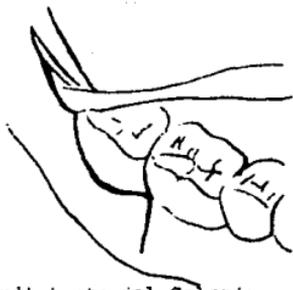
Los bordes filosos de hueso se cortan con el alveolotomo y se alisan con una escofina, o simplemente se alisan. Volvemos a lavar y revisar el alveolo y si está limpio de restos esperamos a que se llene de sangre para prevenir la Alveolitis. Reinstalamos el colgajo en su lugar, adaptándolo perfectamente al hueso.

Suturamos.. Para esta cirugía podemos usar puntos separados de uno a tres puntos según la amplitud de la incisión o un punto en cruz. Para este efecto utilizaremos sutura de seda tres ceros o cuatro ceros o sutura de nylon, con una ahuja atraumática y curva para evitar que la encía se desgarre.

Técnica Quirúrgica para la Extracción en general del Tercer Molar Inferior Retenido.



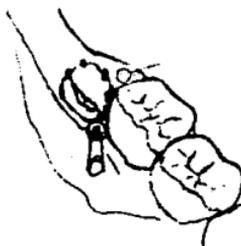
1.- Incisión



2.-Desprendimiento del Colgajo



3.- Colgajo separado



4.-Osteotomía con fresa redonda



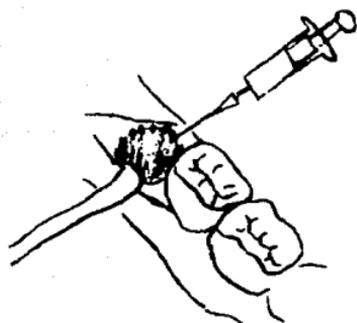
5.-Osteotomía



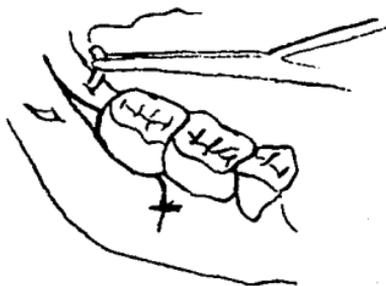
6.- Odontosección



7.- Elevación y Extracción



8.- Regularización de bordes y lavado de la cavidad alveolar.



9.- Sutura

IX TECNICAS EN PARTICULAR.

En éstas sólo se harán pequeñas modificaciones de la técnica anterior. Para facilitar su exposición, me basaré en la primera clasificación por considerar la más ilustrativa.

1.- Técnica Quirúrgica para la Posición Vertical Clase I.-

Incisión.- En este tipo de retención, la incisión por lo general no necesita extenderse demasiado. Bastará trazarla en el espacio retromolar, en línea recta, sobre el borde alveolar. Se desprende el colgajo y queda al descubierto la corona del tercer molar.

Osteotomía.- En este momento valoraremos si se requiere y en este caso se hará sobre el hueso distal, el bucal y el mesial, tratando siempre de conservar el tabique interdentario distal del segundo molar, ya que así evitaremos la resorción ósea de esa zona que es de vital importancia para la conservación de esta pieza.

Odontosección.- Si el molar presenta sus raíces cónicas y fusionadas, no necesitaremos seccionarlo, pero si las raíces nos presentan problemas podemos seccionarlo por su eje más largo.

Luxación y Extracción.- Si las raíces están cónicas y fusionadas, no tendremos problemas para luxar y elevar el molar. Para este propósito nos valemos del elevador recto y delgado que aplicaremos entre el hueso y el diente. En primer lugar deslizaremos el elevador por todo el contorno del molar para liberarlo de sus inserciones, después lo introducimos a manera de cuña para tratar de luxarlo, repetimos este movimiento en todas las caras del molar. Una vez luxado el molar, procedemos a extraerlo aplicando el elevador sobre la cara mesial del tercer molar y apoyándonos en el segundo molar o en el hueso distal del segundo

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

molar, según se haya valorado el caso. De esta manera lograremos desplazar el molar hacia distal y arriba. También podemos valernos en este momento de un fórceps Núm. 222 para extraerlo. Se revisa el alveolo, se alisan sus bordes, se espera al llenado de sangre y se sutura con un punto.

NOTA: Para este tipo de retención y todas las demás, valoraremos sus desviaciones hacia bucal o hacia lingual para trazar nuestra incisión.

2.- Técnica Quirúrgica para la Posición Vertical Clases II y III.

Incisión.- Esta deberá ser más amplia que la anterior. La trazaremos desde la parte distal del espacio retromolar hasta la cara distal del segundo molar, en línea recta sobre el hueso alveolar y contornearemos el segundo molar por su cuello hasta la cara mesial y hacia abajo sobre la encía insertada del mismo lado. Desprendemos cuidadosamente nuestro colgajo para no lesionarlo.

Osteotomía y Osteotomía.- Para la clase II será casi siempre a nivel de la cara oclusal del tercero en su parte distal y a veces sobre la mesial para dar acceso al elevador. Para la clase III deberá ser completa sobre la cara oclusal del molar y extendiéndose un poco más hacia distal. En este momento debemos valorar la situación del tercer molar, con respecto a su cercanía con el segundo molar, ya que si está muy cercano, pero aún conserva un pequeño tabique óseo distal; me parece muy cuestionable eliminarlo para darnos acceso a la cara mesial. Sugiero en este caso, ampliar la Osteotomía hacia el lado distal del tercer molar y un poco más hacia bucal.

Odontosección.- Si el molar presenta sus raíces cónicas no tendremos problema para extraerlo con la técnica antes mencionada, pero si no es así, seccionaremos el diente por su eje más largo, lo que nos ayudará a eliminarlo sin traumatismo para el hueso o el diente vecino y es imprescindible en caso de raíces divergentes, paralelas o con dilaceraciones.

Luxación y Extracción.- La elevación de las partes del diente seccionado se hará primero sobre la distal, a favor del espacio creado por la fresa quirúrgica y después de la parte mesial sin interferencia de la parte distal.

3.- Técnica Quirúrgica para la Posición Horizontal, Clases II y III.-

En esta posición difícilmente vamos a encontrar al tercer molar inferior en retención mucosa, casi siempre se encuentra en Clase II ó III y esta última, es a veces muy profunda.

Incisión.- Deberá ser muy amplia, abarcará desde la parte distal del espacio retromolar siguiendo una línea recta en esta zona y después en forma envolvente hasta la cara mesial del primer molar, en donde descenderá por la enca insertada y procedemos a levantar nuestro colgajo.

Osteotomía y Ostectomía.- Deberán extenderse todo el espacio necesario hacia distal y hacia bucal para proveernos de un buen acceso al diente retenido.

Odontosección.- En esta posición deberá seccionarse el diente por su eje menor y dependiendo del largo de sus raíces serán uno o dos cortes en el caso de raíces fusionadas. Si las raíces se presentan divergentes, dilaceradas o paralelas, las seccionaremos de acuerdo a su eje mayor.

Luxación y Extracción.- Si se realizó un solo corte, extraemos primero la corona gracias al espacio creado por la fresa, elevándola hacia distal y arriba y después las raíces hacia mesial y arriba. Si seccionamos las raíces entre ellas, las elevaremos una por una, para este propósito podemos hacer una perforación con la fresa, que nos servirá como punto de apoyo del elevador.

NOTA: En todas las retenciones profundas debemos ser muy cuidadosos con los cortes y las presiones que ejerzamos sobre el tercer molar, ya que corremos el peligro de seccionar o aplastar el conducto dentario inferior.

Se siguen los procedimientos antes mencionados y ponemos tres puntos de sutura.

4.- Técnica Quirúrgica para la Posición Mesioangular Clases I, II y III.-

Incisión.- El trazado de esta será igual que en las anteriores, sin embargo podemos no extenderlo más allá de la cara mesial del segundo molar y desprendemos ampliamente nuestro colgajo.

Osteotomía y Osteotomía.- Para las Clases I y II recortaremos el hueso sobre la cara oclusal en su parte distal y para la Clase III será sobre toda la superficie alveolar que cubre al tercer molar ampliándola también hacia distal.

Odontosección.- En la Clase I la haremos sobre la corona del diente eliminando la parte distal de esta y para las Clases II y III seccionaremos el diente por su eje menor y si las raíces presentan problemas se seccionan por su eje mayor.

Luxación y Extracción.- Aplicaremos la fuerza hacia arriba y hacia distal , - introduciendo el elevador por la cara mesial del tercer molar en el primer caso. Y si lo seccionamos en varias partes las extraeremos por el método antes mencionado.

Los Cuidados de la sutura y el alveolo son los mismos que hemos mencionado.

5.- Técnica Quirúrgica para la posición Distoangular Clases I, II y III.-

Incisión.- Llevará el mismo trazado que en las anteriores sólo que debemos - extenderla más hacia la parte distal del tercer molar retenido, su amplitud va ría conforme la problemática que nos presenta el molar pero por regla general será amplia.

Osteotomía y Osteotomía.- Deberán ser muy amplias, cortando el hueso que cubre la porción alveolar y extendiéndose todo lo que se pueda hacia la parte distal, en ese punto debemos cuidar de no llegar con el corte hasta las líneas oblicuas externa o interna, ya que corremos el peligro de lesionar las inserciones musculares que ahí se asientan.

Odontosección.- Se llevará a cabo por los métodos ya vistos y en este caso, según el eje menor del diente. Si las raíces presentan problemas la seccionaremos por su eje mayor para extraerlas una a una.

Luxación y Extracción.- Extraeremos primero la corona traccionándola hacia mesial y arriba por los métodos antes mencionados y después las raíces una a una.

Para cuidado del alveolo se siguen los procedimientos ya mencionados y suturamos con tres puntos.

6.- Técnica Quirúrgica para la Posición Linguoangular.-

Es una posición no muy común, en la radiografía se observa la cara oclusal del diente como una moneda. Estos molares en su mayoría no tienen sus raíces completamente formadas y por su situación en la mandíbula a veces perforan la tabla interna o la han debilitado demasiado y debemos cuidar de no provocar una fractura en ella.

Incisión.- Seguirá el mismo trazo que en las anteriores, pero más hacia el ángulo alveololingual.

Osteotomía y Osteotomía.- Crearán el espacio sobre el hueso alveolar siguiendo la dirección del eje longitudinal del diente retenido.

Odontosección.- Se llevará a cabo según el eje menor del diente y sólo con fresa quirúrgica, ya que con un golpe de escople y martillo corremos el riesgo de

fracturar la tabla interna junto con el molar.

Luxación y Extracción.- Elevamos la corona con un movimiento combinado hacia bucal y arriba después extraemos las raíces con el mismo elevador hacia el lado contrario.

7.- Técnica Quirúrgica para la Posición Bucoangular.-

Es una posición muy rara que podemos identificar gracias a la radiografía oclusal, ya que en la periapical nos presenta la misma imagen que en la anterior.

Incisión.- Seguirá el mismo trazo que en las anteriores pero hacia el ángulo alveolobucal y desprendemos nuestro colgajo.

Osteotomía y Osteotomía.- Será toda la necesaria sobre la superficie alveolar e incluso parte de la cara bucal cuidando de no lesionar las inserciones musculares.

Odontosección.- Se lleva a cabo en la misma forma que la antes mencionada.

Luxación y Extracción.- Para extraer la corona combinaremos un movimiento hacia arriba y hacia lingual y las raíces hacia arriba y hacia bucal.

8.- Técnica Quirúrgica para las Posiciones Paranormales.-

Las Posiciones Paranormales son muy variadas y es por eso que la Técnica Quirúrgica se planeará cuidadosamente. En general la técnica será la misma que hemos visto con las modificaciones que imponga el caso, ya sea en el trazo de la incisión, en la forma o amplitud de la Osteotomía y Osteotomía, en el seccionamiento del diente, cuidados del alveolo o la sutura.

9.- Técnica Quirúrgica para la Extracción del Germen del Tercer Molar Inferior.-

La Técnica será la misma que para la posición vertical, pero en este caso existen varias complicaciones. La primera es el espacio bastante más reducido --

debido al menor tamaño de la mandíbula por la edad del paciente -12 a 14 años-.

Otra complicación es que debido a la falta de raíces formadas nos enfrentamos con el germen que al intentar elevarlo gira en el alveolo. El éxito de esta cirugía está en fijar el germen presionándolo contra el alveolo por medio de una pinza u otro instrumento y seccionarlo para extraerlo en dos partes.

Consideraciones.- Toda operación escrupulosamente planeada y seguida por -- una buena técnica, realizada con limpieza y rapidez de movimientos, con técnica aséptica del paciente y estéril de nuestro instrumental y de nosotros nos evitarán problemas y redituarán en un posoperatorio feliz sin complicaciones innecesarias.

X POSOPERATORIO.

Después de haber realizado nuestra cirugía y a pesar de ser ésta menor, debemos tomar una serie de precauciones:

En primer lugar debemos decirle al paciente las molestias que sentirá debido a la cirugía, ya que aunque ésta se haya realizado sin complicaciones el paciente sentirá dolor después que haya pasado el efecto de la anestesia. Además debemos explicarle que habrá inflamación y que el color de la saliva será sangui-nolento.

Para evitarle molestias innecesarias al paciente debemos darle por escrito una serie de instrucciones que lo ayudarán: Le extenderemos una receta en la que anotaremos un analgésico potente para que pueda tomarlo en caso de dolor y un antibiótico si se considera necesario y le explicaremos la receta para asegurarnos que entendió.

Además un instructivo con los cuidados que él deberá tener:

- Le indicamos una dieta blanda que deberá llevar por 24 ó 48 horas.
- Que no escupa demasiado ni succione su herida.
- Que se enjuague suavemente usando agua tibia con sal.
- Si hay sangrado que muerda una gasa estéril.
- Aplicaciones de hielo por medio de una bolsa en la zona afectada, que sean intermitentes, con duración de diez minutos cada media hora, de seis a doce horas.
- Al segundo día ya pueden cepillar sus dientes y hacer enjuagatorios de agua tibia con sal.
- Las indicaciones incluirán la cita para retirar los puntos al quinto día de la operación y un número de teléfono para comunicarse en caso de emergencia.

XI CONCLUSIONES

Por lo anteriormente expuesto, nos damos cuenta del sinnúmero de problemas que puede ocasionar el tercer molar inferior en retención, en la cavidad oral, tejidos circundantes y en los diferentes sistemas. Una valoración minuciosa nos orientará para darnos cuenta de la situación real de nuestro paciente.

Sea cual fuere la técnica que elijamos, debemos pensar siempre que un buen diagnóstico, seguido por un plan bien establecido y llevado a cabo con técnica aséptica, destreza y rapidez; nos conducirán al éxito en la intervención.

Recordemos ante todo no practicar nuestra cirugía en una zona infectada y fuera de control. Y lo más importante, nuestros actos deben estar encaminados a disminuir o evitar el sufrimiento del paciente, por eso el dominio de la técnica es tan importante, ya que por ningún motivo debemos -con nuestra cirugía- aumentar los problemas de la persona que deposita en nosotros su confianza.

XII BIBLIOGRAFIA

- 1.. Anatomía Humana.
Fernando Quiroz Gutiérrez
Editorial Porrúa, S.A. México.
- 2.. Manual de Microbiología Médica.
Ernest Jawetz, Joseph L. Melnick, Edward A. Adelberg.
Editorial El Manual Moderno, S.A.
- 3.. El Manual Merck.
Merck, Sharp and Dohme International.
- 4.. Fisiología Molecular, Celular y Sistemática.
William S. Beck.
Publicaciones Cultural, S.A.
- 5.. Medicina Bucal de Burket.
A. Grace y Lester Burket.
Nueva Editorial Interamericana.
- 6.. Cirugía Bucal.
Guillermo A. Ries Centeno.
Editorial "El Ateneo".
- 7.. Tratado de Cirugía Bucal Práctica.
Waite Daniel E.
Editorial Continental.