

207
24



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



MANEJO DE LOS TERCEROS MOLARES
INFERIORES RETENIDOS.

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

GENARO MASTACHE VAZQUEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

CONTENIDO

MANEJO DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION

CAPITULO II.

VALORACION PREOPERATORIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.

CAPITULO III.

ALGUNAS TECNICAS PARA LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR
RETENIDO.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I.

CONTRAINDICACIONES E INDICACIONES PARA LA EXTRACCION

CONTRAINDICACIONES

- a) Situaciones que ocasionen falta de cooperación.
- b) Situaciones que predisponen a hemorragias excesivas.
- c) Situaciones que modifican la selección de anestesia.
- d) Situaciones que dictan el aplazamiento del tratamiento dental.
- e) Estados relacionados con anomalías dentales o alveolares.
- f) Estados relacionados con el retraso en la cicatrización.
- g) Situaciones que predisponen a las complicaciones del tratamiento dental.
- h) Situaciones que amenazan la salud del dentista.

INTRODUCCION

Muchas razas civilizadas presentan una desproporción entre el tamaño de los maxilares y el de los dientes, pues poseen huesos demasiado pequeños para acomodar a dichos órganos. El tercer molar es el último diente en erupcionar, por lo que fácilmente puede retenerse o sufrir desplazamientos si no hay espacio suficiente en el arco dental. Un estudio demostró que 65.6% de los hombres con una edad promedio de 19 1/2 años tenían de 1 a 4 de los terceros molares retenidos, divididos de igual manera entre los cuatro cuadrantes de los arcos dentales ilustró la frecuencia de este hecho. Es por esto que su extracción es uno de los procedimientos de cirugía bucal más importantes y que se lleva a cabo con mayor frecuencia. En gran parte de los casos el dentista general es quien ve primero a este tipo de pacientes y decide si está indicado extraer tal diente.

INDICACIONES

a) Pericoronitis recurrente

Basta para mostrar que la pericoronitis recurrente es la indicación más común para extraer este tipo de dientes; paradójicamente, también es la contraindicación más frecuente de la intervención quirúrgica, por lo que se debe aplazar la extracción hasta controlar la inflamación aguda si no se quiere convertir en ósea la que predominantemente es de los tejidos blandos.

La pericoronitis comúnmente afecta en diferentes momentos a los terceros molares inferiores retenidos en forma bilateral, aunque la pericoronitis bilateral concomitante es tan rara, a menra de entidad clínica, como para ser una indicación de que el dentista deba revisar su diagnóstico. Este hallazgo es tan común que se recomienda eliminar un diente contralateral no infectado cuando tiene que extraerse un tercer molar inferior retenido con pericoronitis.

b) Caries

La retención de un tercer molar parcialmente erupcionado muchas veces provoca una zona de atrapamiento de alimentos que el paciente no puede conservar limpia; esta reten-

ción de desechos y la placa primero se acompaña de un sabor y olor desagradable; no obstante, tarde o temprano ocurre la caries en la cara oclusal del tercer molar, en la superficie distal vecina del segundo molar o en ambos dientes. Puede ser imposible conservar el segundo molar hasta haber extraído el tercero retenido; en tales circunstancias, es necesario excavar la caries y colocar una obturación temporal antes de retirar el tercer molar, pues esto no sólo facilita la extracción del diente retenido, sino también permite al dentista tener la certeza de que eliminó toda la caries y obtuvo la forma deseada de la cavidad antes de insertar la restauración permanente.

c) Enfermedad periodontal

la retención de los terceros molares inferiores se relaciona con un incremento en la frecuencia de la formación de bolsas periodontales en la región distal al segundo molar, frecuencia que aumenta después de la extracción quirúrgica del diente retenido sin importar la técnica empleada. La formación de bolsas en la encía que rodea a este diente puede ser el lugar donde se centren las recidivas después del tratamiento de la enfermedad periodontal, y la extracción muchas veces es la única forma eficaz de eliminar la formación de bolsas en tales circunstancias; lo cual tiene importancia especial durante la fase de "limpieza" del tratamiento de

la gingivitis ulcerativa aguda, si se quiere detenerse el avance insidioso de la enfermedad. A menos que se manejen en forma activa todas las zonas de atrapamiento, la enfermedad persiste en sus etapas subaguda y crónica hasta que, al fin, se pierden los dientes. La eliminación del diente en presencia de cualquier inflamación gingival aguda producirá, por lo menos, un alvéolo dental infectado y, a lo más, osteomielitis mandibular aguda, por lo que es evidente que se debe tratar en forma eficaz la etapa aguda de cualquier infección periodontal antes de llevar a cabo alguna extracción dental.

Se recomienda extraer todos los terceros molares retenidos, o potencialmente en ese estado, tan temprano en su desarrollo como sea posible.

d) Dolor facial difícil de tipificar

No es raro detectar terceros molares inferiores retenidos por completo o parcialmente erupcionados y muchas veces se les responsabiliza, durante la búsqueda, de la causa de este dolor facial. Ante la ausencia de trastornos detectables es prudente adoptar un enfoque conservador, aunque, en la práctica, el dentista muchas veces sólo puede garantizar que dicho diente no es la causa del dolor al eliminarlo. Es necesario darle al paciente un diagnóstico reservado, en relación con el alivio del dolor, antes de hacer la extracción en tales

circunstancias.

e) Intento previo de extracción

Si un intento previo por extraer un tercer molar inferior retenido fracasó, está indicado hacer una investigación preoperatoria detallada sobre las causas del intento fallido. Deberán diagnosticarse los motivos particulares del problema y se tendrá que formular e implementar un plan de acción diseñado para manejarlos.

f) Consideraciones protésicas

Puede influir sobre el manejo de este tipo de diente. Antes de hacer una extracción dental es prudente tomar radiografías de todas las zonas "edéntulas", en especial las de los caninos, premolares y terceros molares, a menos que el operador tenga buenas razones para asegurar que no hay dientes enterrados o raíces retenidas en dichos sitios. A veces, conviene dejar un diente profundamente enclavado en su lugar a menos que cause síntomas. Muchos prostodoncistas dicen que es indispensable dejar brotar los terceros molares superiores, cuando los pacientes jóvenes se someten a una "revisión dental", si se desea conservar la tuberosidad del maxilar. Si bien en algunas circunstancias es aconsejable dejar "a prueba" los dientes y las raíces retenidos en los maxila-

res, no se recomienda dejarlos cuando un error diagnóstico no permitió revelar su presencia.

Conforme avanza la resorción maxilar inferior algunos dientes retenidos se hacen más superficiales, pueden interferir con el ajuste de una prótesis total inferior, causar dolor por caries o una infección gingival; y es necesario extraerlos tan pronto se trate eficazmente la inflamación gingival.

g) Presencia de una lesión patológica

Si un tercer molar retenido se vincula una lesión patológica, tal relación puede indicar, o contraindicar, la extracción. Si el diente se une a un quiste o se ubica en una línea de fractura, por lo general es más conveniente extraerlo; sin embargo, si un diente retenido que está situado en la línea de fractura evita el desplazamiento de los fragmentos óseos, es mejor dejarlo en su sitio por lo menos hasta que se forme algo de callo. Si el diente se vincula con una lesión magna que se va a someter a la radiación terapéutica, por lo general está indicado extraerlo; mientras que si se ubica en un hueso ya radiado, generalmente es mejor dejarlo intacto a menos que ocurran los síntomas, debido al riesgo de que la osteorradionecrosis complique la extracción. Cuando el procedimiento quirúrgico es indispensable, deberá efectuar-

se con el mínimo traumatismo a los tejidos de recubrimiento bajo anestesia general y cobertura antibiótica.

A veces se requiere extraer un tercer molar inferior retenido antes de garantizar al médico que no existen focos bucales de infección. Si la retención provoca atrapamiento alimentario, es probable que haya mal aliento que sólo puede remediarse con la eliminación del diente y la zona relacionada de retención de alimentos.

h) Factores sociales y económicos

Puede influir en el manejo de un tercer molar inferior retenido. Los pacientes con vidas muy ocupadas pueden desear postergar la extracción o tenerla en forma asintomática en un momento en particular para reducir al mínimo los inconvenientes; otros, pueden solicitarla como medida profiláctica en caso de viajes a zonas sin hospitales u otros recursos.

Es común evitar la cirugía bucal en las edades extremas de la vida; se extrae la mayor parte de los terceros molares inferiores retenidos en personas entre 15 y 35 años de edad.

CAPITULO II.
VALORACION PREOPERATORIA DEL TERCER MOLAR
INFERIOR RETENIDO

Después de decidir que está indicado hacer la extracción el dentista tiene que determinar, como paso siguiente, si él debe quitarlo o tiene que remitir al paciente con un colega especializado en cirugía bucal. Tal decisión debe fundamentarse en la escrupulosa valoración de las dificultades y complicaciones que pueden surgir durante la extracción. A menos que el odontólogo pueda preparar un plan de operación para superar tales dificultades, y tenga la certeza de que posee la habilidad requerida y los medios necesarios para completar con éxito la operación, tendrá que remitir al paciente con un colega para tratamiento. Los factores generales y locales modifican el grado de dificultad enfrentado durante la extracción de un tercer molar inferior retenido; la edad, el temperamento o el estado médico general del paciente también pueden provocar problemas que se anotan durante el registro de los antecedentes y el examen clínico.

la apertura bucal es limitada y el acceso al sitio de la operación deficiente si el paciente tiene pequeña la boca o retrusión mandibular. Estas situaciones dificultan más la extracción, en particular cuando el movimiento en la articulación temporomandibular es, principalmente, del tipo

de "bisagra". Si el paciente tiene grande la boca o protrusión mandibular, el acceso a la región del tercer molar es bueno y facilita la extracción, en especial cuando la cabeza del cóndilo rebasa sin obstáculos sobre la eminencia articular cuando al abrir la boca. Es posible valorar el acceso durante el examen clínico al palpar la cresta oblicua externa con la punta del dedo y si se registra su relación con el tercer molar; el acceso es adecuado cuando la cresta está situada por atrás del diente mientras que es deficiente cuando se ubica junto o en frente al tercer molar y la extracción es más difícil.

Se puede diagnosticar la mayor parte de los factores locales que causan dificultades mediante la interpretación cuidadosa de la radiografía preoperatoria, pues no se puede planear la extracción de un tercer molar inferior retenido a menos que se tenga disponible una radiografía precisa que muestre todo el diente y sus estructuras de recubrimiento. Las vistas extraorales laterales oblicuas de la mandíbula pueden indicar la cantidad de hueso existente por abajo de un diente enclavado en una mandíbula delgada; sin embargo, la inevitable distorsión, introducida por la necesidad de rotar el lado opuesto de la mandíbula hacia afuera del paso central durante la exposición de la película, limita el valor de tales radiografías en el diagnóstico de los factores locales que causan problemas. A pesar de la esa limitación, -

deben usarse si es imposible incluir toda la zona por examinar en una radiografía intraoral, como consecuencia de la náusea u otros motivos. La ortopantomografía es útil en tales casos. La radiografía periapical intraoral, estándar y precisa, es lo más apropiado durante la valoración preoperatoria y cualquier dentista general que se toma la molestia de dominar la siguiente técnica es capaz de obtenerla.

CAPITULO III

ALGUNAS TECNICAS PARA LA EXTRACCION DEL

TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

I. TECNICA DE LA SEPARACION OSEA

Esta técnica, rápida y nítida, tiene la ventaja de reducir el tamaño del coágulo residual mediante la excavación del alvéolo; su empleo sólo es apropiado en pacientes jóvenes con hueso elástico, en el que la veta es prominente, y aunque se puede hacer bajo anestesia local, se prefiere la endotraqueale en la mayor parte de los casos. El ligero aumento en la frecuencia de anestesia lingual pasajera durante el periodo posoperatorio complica la utilización de este método. Se muestra el procedimiento, en el que, con fines de ilustración no se empleó el retractor de los tejidos blandos.

Después de trazar la incisión estándar, se retraen los tejidos blandos para exponer el hueso que circunda al diente retenido; se emplea un cincel para "cortar un tope" vertical en el borde anterior de la herida. Después, se hace un corte horizontal y hacia atrás con el cincel hacia abajo, a partir de un punto justo por arriba del borde inferior, de este mod, se puede quitar la lámina vestibular. Con un cincel se crea un punto de aplicación para el elevador al hacer la escisión de un trozo triangular de hueso, limitado en la parte anterior por el borde inferior del "tope" y por arriba por el extremo anterior del corte horizontal, entonces,

se fractura el hueso distolingual hacia adentro al colocar el borde cortante del cincel. Sosteniéndolo en un ángulo de 45° en relación con la superficie ósea y apuntando en dirección del segundo premolar inferior del otro lado. Siempre que el borde cortante del cincel permanezca paralelo a la línea oblicua externa, bastan unos cuantos golpes ligeros con el martillo para separar la lámina lingual del resto del hueso alveolar y para girarla hacia adentro en relación con los tejidos blandos insertados. Debe tenerse especial cuidado para garantizar que el borde cortante del cincel no permanece paralelo a la línea oblicua interna, porque este error técnico puede extender la separación ósea hacia la apófisis coronoides. Se hace la escisión de la "península" ósea que, entonces, permanece en posición distal en relación al diente y entre los cortes bucal y lingual.

Después, se coloca un elevador recto de hoja delgada y con punta filosa sobre la superficie mesial del diente y se emplea la fuerza mínima para desalojar al diente hacia arriba y atrás por fuera de su alvéolo. Se desplaza la lámina lingual fracturada por su vía de retiro conforme se mueve el diente hacia atrás, facilitando, así, la extracción dental. Después de retirar al diente de su alvéolo, se prensa la lámina lingual con pinzas hemostáticas delgadas y se liberan de la misma los tejidos blandos mediante la disección romana, entonces, se retira de la lesión la lámina lingual fracturada

para completar así la excavación de la cavidad ósea.

Se irriga la herida con solución normal y se cierra con suturas después de alisar con una lima los bordes óseos cortados. En la mayor parte de los casos, la sutura aislada es suficiente y se aproxima la parte anterior de la incisión curva; de tal manera, raras veces se requiere colocar una sutura en ese sitio.

2. EXTRACCION CON EL USO DE FRESAS

Hay diferentes maneras para eliminar estos dientes con una fresa. la siguiente técnica, más común requiere del uso de una fresa en la siguiente forma: se eleva un colgajo mucoperióstico de diseño estándar para exponer el hueso subyacente; se emplea una fresa con cabeza en forma de rosa para formar un "surco" en toda la superficie vestibular y distal del diente. Deben protegerse los dientes blandos del lado lingual con un elevador de periostio durante la eliminación de la espícula ósea distolingual; se forma un punto mesial de aplicación con una fresa, y se emplea un elevador recto para extraer el diente.

Se alisan los bordes óseos filosos con una fresa de vulcanita después de la extracción; posteriormente se irriga la cavidad. Es posible cerrar la herida con suturas.

3. EXTRACCION CON EL EMPLEO DE LA DIVISION DENTAL

Se obtiene un mejor acceso al tercer molar inferior retenido en posición horizontal al hacer, en todo el primer molar, la parte anterior de la incisión. Se empieza con cincel la eliminación del hueso situado en sentido vestibular en relación con el diente; después se emplea la fresa para terminar de exponer la corona, quitar el hueso distal y proveer dos puntos de aplicación, uno por abajo de la corona y otro sobre el lado vestibular de las raíces.

Se separa la corona de la masa radicular al usar una fresa para dividir todo el tejido, excepto el esmalte lingual que se corta al insertar un elevador en la ranura resultante y girarlo alrededor de su eje longitudinal; entonces, se extrae la corona separada aplicando el elevador sobre su lado mesial, dejando que la superficie cortada de la masa radicular se proyecte del alvéolo; después de extraer las raíces con el elevador recto o angulado, se limpia la herida en forma cuidadosa y se cierra con suturas.

4. TECNICA DE LA OSTEOTOMIA LATERAL

Es posible utilizar este procedimiento para extraer cualquier tercer molar incluido y parcialmente formado que no haya roto los tejidos duros y blandos que lo recubren;

se utiliza para retirar tales dientes en pacientes entre 9 y 18 años de edad. Puede hacerse bajo anestesia general o local con sedación. El dolor posoperatorio es mínimo, aunque casi todos los pacientes presentan algo de tumefacción bucal durante 2 o 3 días posteriores a la operación; en ocasiones, también ocurre un poco de magullamiento o malestar concomitantes. La cicatrización ósea es excelente y no hay pérdida de hueso alveolar alrededor del segundo molar.

Entonces, se hace con facilidad la elevación de los tejidos blandos, a partir de la superficie ósea que se ubican por detrás y abajo de la incisión y se apartan con un retractor tipo Bowdler Henry, luego se usa la fresa redonda tipo Toller para hueso, con una pieza de mano recta, para cortar la porción ósea en la posición de la cavidad osea del tercer molar que al parecer se ubica en el ángulo de la mandíbula más hacia adelante de lo que pudiera suponerse. Una vez establecida la longitud anteroposterior de la cavidad osea, con la misma fresa se hace un corte vertical a través del borde anterior de la lámina externa; se hace un segundo corte por la lámina externa, en el externo posterior de la cripta en un ángulo de 45° a partir de la fila de hoyos del corte del hueso o Oseotomía.

Se utiliza un elevador en dirección vertical para eliminar hacia afuera la lámina vestibular osea que, después, se extrae con pinzas hemostáticas curvas para exponer la corona del

tercer molar ubicado en su cavidad ósea, y se aplica un elevador tipo Warwick James sobre la superficie oclusal del diente para extraerlo. Si se presentan dificultades, generalmente se supera mediante la eliminación ósea hecha en la esquina distal e inferior de la ventana ósea; se retiran todos los remanentes foliculares por medio del curetaje cuidadoso hecho en parte superior de la cavidad ósea. Está contraindicado hacer lo mismo en la parte inferior de la cavidad debido a la presencia del contenido del conducto dentario inferior; entonces, se alisan los bordes óseos, se irriga la herida y se cierra con dos o tres suturas de seda negra. Es importante registrar cuidadosamente el número de suturas insertadas para hacer su identificación y eliminarlas 7 ó 10 días después.

Ninguna técnica se adapta de manera ideal a cada caso y se recomienda al odontólogo dominar todas las habilidades prácticas descritas. En ese momento, podrá adaptar su técnica para manejar los problemas particulares que se presentan en casos diferentes; deben obtenerse resultados excelentes siempre que el operador se apegue a los principios quirúrgicos ortodoxos.

CONCLUSIONES

Este estudio deberá ser ampliado con mayor número de casos clínicos para que la estadística, nos lleve a la conclusión que buscamos.

Ya que no podemos generalizar con una pequeña cantidad de pacientes en la incidencia de este tipo de casos de terceros molares inferiores retenidos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cirugía Bucal Menor
G.l. Howe
M. Moderno
3a. Edición./
- 2.- Kruger O. Gustav, Tratado de Cirugía
Ed. Interamericana 4o. edición
- 3.- N. Bhaskar S. Patología Bucal,
Ed. Librería el Atoneo. 3a.
Edición.
- 4.- G. Shafer W. Tratado de Patología Bucal.
4a. Edición Interamericana.