

129
289



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TERCEROS MOLARES RETENIDOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

VERONICA GONZALEZ VALENCIA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1993



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.

INDICE

	Página
Introducción.	
Capítulo I Terceros Molares Impactados.	1-3
1.1) Definición.	
1.2) Etiología.	
Capítulo II Anatomía de los Maxilares.	4-10
2.1) Maxilar Superior.	
2.2) Maxilar Inferior.	
Capítulo III Estadios Preoperatorios.	11-15
3.1) Historia Clínica.	
3.2) Ficha de Identificación.	
3.3) Antecedentes Heredo Familiares.	
3.4) Antecedentes Patológicos.	
3.5) Antecedentes Personales Patológicos.	
3.6) Padecimiento Actual.	
3.7) Exploración de Aparatos y Sistemas.	
3.8) Exploración Física.	
3.9) Diagnóstico.	
3.10) Signos Vitales.	
3.11) Análisis de Laboratorio.	

3.12) Firma del Páciente y Nombre del C.D.

Capítulo IV Clasificación de los Terceros Molares. 16-20

4.1) Posición de los Terceros Molares Superiores.

4.2) Posición de los Terceros Molares Inferiores.

Capítulo V Radiología. 21-27

5.1) Técnica Radiográfica Intra Oral.

5.2) Técnica Radiográfica Extra Oral.

5.3) Técnica Oclusal.

5.4) Técnica Panorámica.

Capítulo VI Instrumental. 28-31

Capítulo VII Anestesia. 32-35

Capítulo VIII Operación Propiamente Dicha. 36-44

8.1) Incisión.

8.2) Preparación del Colgajo.

8.3) Osteotomía.

8.4) Operación Propiamente Dicha.

8.5) Tratado de la Cavidad Osea.

8.6) Sutura.

8.7) Extracción de Tercero y Cuarto Molar Retenidos.

8.8) Extracción de Raíces del Tercer Molar Sup. e Inf.

Capítulo IX Complicaciones.	45-48
9.1) Fractura Radiográfica.	
9.2) Fractura de la Tabla.	
9.3) Alveolitis.	
9.4) Periostitis.	
9.5) Infección.	
9.6) Dehiscencia del Colgajo.	
9.7) Trismus.	
9.8) Neuritis Trigeminal.	
Capítulo X Manejo Post-Quirúrgico.	49-51
10.1) Cuidados Post-Quirúrgico.	
Conclusiones.	52
Bibliografía.	53

INTRODUCCION

Esta tesis trata de hacer una breve revisión de las retenciones dentarias, tanto su origen como clasificación, así como también las indicaciones para su resección quirúrgica.

También se hablará de las técnicas quirúrgicas tanto de dientes superiores como de inferiores, los pasos que se deben llevar a cabo en la cirugía así como el instrumental necesario que se utilizará en aquéllas.

Es de vital importancia el conocer las aplicaciones y las diferentes técnicas en la extracción de los dientes retenidos, para así buscar la técnica más adecuada para la extracción de las piezas impactadas basándose tanto en tiempo como en equipo.

Esta información será útil para el especialista en su práctica privada y su conocimiento ayudará a dar solución a los casos clínicos que se presenten en su consultas particulares.

Existe una perspectiva de los dientes retenidos, en general crear conciencia de que no sólo hay una opción sino varias en las que se puede superar la calidad de trabajo.

CAPITULO I

TERCEROS MOLARES IMPACTADOS.

1.1) DEFINICION.

Se entiende por dientes retenidos o impactados a aquellos que una vez llegada la época normal de erupción quedan dentro del maxilar o de la mandibula o bien en sus tejidos blandos y que se han conservado íntegro su saco PERICORONARIO fisiológico.

1.2) ETIOLOGIA.

Los terceros molares tanto superiores como inferiores, son sucesibles de ser clasificados de acuerdo a un fin quirúrgico.

Estos molares se impactan con mayor frecuencia en el maxilar inferior que en el superior. La retención del molar puede ser interóseo o submucosa, en este último caso, puede estar total o parcialmente retenido.

La causa de los dientes retenidos es más teórica que real, por lo cual debería discutirse, tomando en cuenta tres teorías separadamente.

TEORIA ORTODONTICA

Explica el crecimiento normal de la mandíbula y el movimiento de los dientes. Se hacen en una dirección anterior, cualquier cosa que interfiera con tal desarrollo, causará retención dental.

TEORIA FILOGENÉTICA

En la teoría filogenética la naturaleza trata de eliminar aquello que no se usa. Nuestra civilización con sus hábitos nutricionales cambiantes, prácticamente ha eliminado la necesidad humana para tener mandíbulas grandes y poderosas. Como resultado de esta función alterada, el tamaño del maxilar y la mandíbula han disminuido. En muchos casos, el tercer molar ocupa una posición anormal, esta mal formado y puede considerarse como un órgano vestigial sin propósito o función, además es frecuente que haya ausencia congénita del mismo.

TEORIA MENDELIANA

Parece probable que en forma hereditaria, tal como la transmisión de maxilar y mandíbula pequeña de uno de los padres y dientes del otro, puede ser un factor etiológico importante en los dientes retenidos. Desafortunadamente, las retenciones no siguen un patrón; tienen diversas formas y tamaños en cualquier diente, puede estar involucrado. También varían ampliamente en el grado de retención; algunos dientes están parcialmente en erupción mientras que otros se encuentran completamente encerrados en el hueso. Los puntos de diagnóstico de los terceros molares se estudiarán en el siguiente orden: Corona, Raíz, Hueso de Soporte y Conductos Alveolares.

CORONA

La Corona se observa en relación con el capuchón de esmalte, pulpa de la superficie oclusal y desplazamiento vestibular. La Corona puede estar

en diversas posiciones (Discutida en la Clasificación de Retenciones de los Terceros Molares).

RAIZ

Las Raíces varían de Tamaño, desde cortas hasta extremadamente largas; en Forma desde cónicas hasta dos o más raíces divergentes o fusionadas y pueden dirigirse en cualquier dirección. Si el diente está retenido lingual o vestibularmente, la radiografía no delimitará nitidamente todo el diente.

HUESO DE SOPORTE

El hueso circundante se debe verificar si interfiere con la extracción del molar. La densidad del hueso y/o la presencia de destrucción ósea por infección pueden alterar el trabajo quirúrgico. La cantidad del hueso que se va a eliminar se estima evaluando la corona y la raíz en relación con el hueso y la línea de extracción.

CONDUCTOS ALVEOLARES

La proximidad del conducto alveolar debe conocerse detalladamente para evitar lesionar el nervio y los vasos sanguíneos. Donde hay impacto dentario, la raíz del diente aparece desvanecida o es más oscura que a nivel del punto que toca al conducto alveolar inferior. Cuando hay retención la densidad de las raíces es la misma a través de toda la radiografía. La cantidad de hueso existente por debajo de la raíz del diente debe aparecer siempre.

CAPITULO II

ANATOMIA DE LOS MAXILARES

OSTEOLOGIA

2.1) MAXILAR SUPERIOR

Es un hueso par que forma parte de los huesos de la cara, es de forma cuadrangular aplanado de adelante hacia atrás por lo cual tiene dos caras, una interna y una externa; cuatro bordes: anterior, posterior, superior e inferior.

CARA INTERNA

En su cuarta parte inferior la cara interna tiene una saliente horizontal llamada apófisis palatina, la cual presenta, una cara superior lisa que forma parte del piso de las fosas nasales y una cara inferior rugosa que forma parte de la bóveda palatina; su borde externo se une al resto del maxilar en tanto que el interno muy rugoso se adelgaza hacia atrás y se articula con el mismo borde de la apófisis palatina del maxilar opuesto. Este borde en su parte anterior termina en prolongación en forma de semi-espina. Lo cual al articularse con la del otro maxilar forma la Espina Nasal Anterior.

El borde anterior de la apófisis palatina que es cóncava por arriba forma parte del orificio anterior de las fosas nasales.

Su borde posterior se articula con la horizontal de palatino. Por detrás de la espina nasal anterior en su borde interno existe un surco que con el

otro maxilar forma el conducto palatino anterior por el cual pasa el nervio esfenopalatino.

La cara interna del maxilar superior está dividida en dos porciones por la apófisis palatina.

La inferior forma parte de la bóveda palatina, la superior se articula con la rama vertical del palatino. Más adelante de esta apófisis se encuentra el seno maxilar o antro de Haghmore. Delante de este orificio está el canal nasal cuyo borde anterior se encuentra limitado por la apófisis ascendente del maxilar superior.

CARA EXTERNA

En su parte anterior presenta la foseta mitiforme, donde se inserta el músculo del mismo nombre, la cual está limitada posteriormente por la eminencia o giba canina, detrás y arriba está la apófisis piramidal. La cara superior de esta apófisis forma parte del piso de la órbita, lleva un canal en su parte anteroposterior y penetra en la pared con el nombre de conducto suborbital.

La fosa canina está entre el agujero dentario posterior por donde salen y pasan los nervios dentarios posteriores y las arterias alveolares.

Borde de la apófisis piramidal. El inferior vuelto hacia abajo forma la parte superior de la prendidura vestibulo cigomática. El anterior forma la parte interna e inferior del borde de la órbita. El posterior corresponde con

el ala mayor del esfenoides formando entre ambas la hendidura esfenomaxilar.

BORDE ANTERIOR

Presenta abajo la parte anterior de la apófisis palatina con la espina nasal anterior y aquí se presenta el orificio anterior de las fosas nasales y más arriba el borde anterior de la apófisis ascendente

BORDE POSTERIOR

Es grueso y redondo, constituye la tuberosidad del maxilar, su parte superior lisa forma la pared anterior de la fosa pterigomaxilar, en su parte inferior el borde lleva rugosidades. Se articula con la apófisis piramidal del palatino y con el borde anterior de la apófisis pterigoidea, formando el conducto palatino posterior por donde pasa el nervio palatino anterior.

BORDE SUPERIOR

Forma el límite interno de la pared inferior de la órbita y se articula por delante con el unguis, después con el etmoides y con la apófisis orbitaria del palatino.

BORDE INFERIOR O BORDE ALVEOLAR

Presenta cavidades o alveolos dentarios donde se alojan las raíces dentarias, su ápice o vértice perforado da paso a su correspondiente paquete vasculonervioso separado por tabiques óseos y constituyen las apófisis interdientarias.

ESTRUCTURAS

Formada por tejido esponjoso y compacto, las partes que están constituidas por tejido esponjoso son la parte anterior de la apófisis palatina, la base de la apófisis ascendente y borde alveolar, mientras que el resto del hueso está constituido por tejido compacto.

2.2) MAXILAR INFERIOR

Está formado por un cuerpo y dos ramas. El cuerpo tiene forma de herradura y la concavidad tiene vuelta hacia atrás. Se distinguen en ésta dos ramas y dos bordes.

CARA ANTERIOR

Encontramos en la línea media una cresta vertical que resulta de la unión de las dos mitades del hueso llamada sínfisis mentoniana abajo de la misma dirección encontramos la eminencia mentoniana, hacia afuera y atrás de la cresta se encuentra el orificio mentoniano por donde salen los nervios y vasos del mismo nombre. Más atrás aún, se observa una saliente dirigida abajo y adelante que parte del borde anterior de la rama ascendente y termina en el borde inferior del hueso llamado línea oblicua externa donde se insertan los siguientes músculos: el triangular de los labios, el cuadrado de la barba y el cutáneo del cuello.

CARA POSTERIOR

Presenta cerca de la línea media cuatro tubérculos llamados apófisis geni, en los dos superiores se insertan los músculos genioglosos y en los dos inferiores los genioidios.

Partiendo del borde anterior de la rama ascendente se encuentra una saliente llamada línea oblicua interna o milohioidea, donde se inserta el músculo milohioideo. Se encuentra también, la foseta sublingual, que aloja a la glándula sublingual.

Más afuera aún debajo de la línea oblicua interna y en la proximidad del borde inferior se localiza otra foseta más grande llamada foseta submaxilar que aloja a la glándula submaxilar.

BORDE INFERIOR

Es romo y redondeado, se observan dos depresiones o fosetas digástricas, una a cada lado de la línea media en donde se inserta el músculo digástrico.

BORDE SUPERIOR O BORDE ALVEOLAR

Presenta una serie de cavidades o alveolos dentarios, los anteriores son simples y los posteriores están compuestos de varias cavidades y todos ellos separados entre sí por apófisis interdientarias donde se insertan los ligamentos interdientarios de los dientes.

RAMAS

Son dos, derecha e izquierda, son aplanadas transversalmente y de forma cuadrangular, tiene por consiguiente dos caras y cuatro bordes.

CARA EXTERNA

Es la parte media hacia la mitad de la línea diagonal que va del cóndilo hasta el borde alveolar. En la cara externa se localiza un agujero amplio llamado conducto dentario por donde se introducen los nervios y vasos inferiores.

El borde anteroposterior de este orificio está formado por una saliente llamada espina de Spix sobre la cual se inserta el ligamento esfenomaxilar. En la parte posteroinferior de la cara interna se presenta una serie de rugosidades bien marcadas que sirven de inserción al músculo pterigoideo externo.

BORDE ANTERIOR

Está dirigido de abajo hacia adelante, se halla en forma de caña, sus bordes divergentes se separan a nivel del borde alveolar continuándose sobre las caras internas y externas con las líneas oblicuas correspondientes. Este borde forma el lado externo de la hendidura vestibulo cigomática.

BORDE POSTERIOR

Liso y oblicuo recibe el nombre de borde parotideo por sus relaciones con la glándula parótida.

BORDE SUPERIOR

Posee una escotadura amplia llamada sigmoidea situada entre dos grandes salientes; la apófisis corónides por delante y el cóndilo del maxilar inferior por detrás.

La apófisis coronóides de forma triangular con vértice superior sobre la cual se inserta el músculo temporal.

El cóndilo es de forma elipsoidal aplanado de adelante hacia atrás, convexo en las dos direcciones de sus ejes. El mayor dirigido oblicuamente hacia adelante y afuera, se articula con la cavidad glenoidea al temporal y se une al resto del hueso por el cuello del cóndilo.

CARA INTERNA

Presenta una depresión rugosa donde se inserta el músculo pterigoideo externo.

La escotadura sigmoidea vuelta hacia arriba comunica la región maseterina con la fosa cigomática, dejando paso a los nervios y vasos maseterinos.

BORDE INFERIOR

Se continúa con el borde inferior del cuerpo. Por detrás al unirse al borde posterior forma el ángulo de la mandíbula o gonión.

ESTRUCTURA

Está formada de tejido esponjoso cubierto por una capa de tejido compacto, adelgazándose a nivel del cóndilo.

CAPÍTULO III

ESTUDIOS PREOPERATORIOS

3.1) HISTORIA CLINICA

El Odontólogo requiere de una Historia Clínica como instrumento intelectual para llegar a conocer las alteraciones que aquejan a un paciente y luego instituir el tratamiento adecuado. La cual inicia así:

3.2) FICHA DE IDENTIFICACION

Antecedentes personales, que nos da los datos para estadística médica de archivo para localizar a la persona: El nombre, edad, ocupación, sexo, estado civil, lugar de nacimiento y teléfono.

3.3) ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Son una biografía patológica del paciente, facilita el diagnóstico y nos permite prever enfermedades tales como: Diabetes, Hipertensión, Enfermedades Cardiacas, Cáncer, Sífilis, Tuberculosis, Transtornos Neurológicos y Psiquiátricos

3.4) ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS

Aquí entra la historia social económica, medio ambiente que rodea al paciente. Las siguientes son preguntas relacionadas con sanidad: Higiene Bucal, Corporal, Etilismo, Tabaquismo, Inmunizaciones, Alergias.

3.5) ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Se pregunta enfermedades de la infancia así como: Sarampión, Rubéola, Varicela, Escarlatina, Fiebre Reumática. Poliomieltis, Intervenciones Quirúrgicas, Estado Fisiológico de la Mujer: Ciclo Menstrual, Embarazo, Abortos.

3.6) PADECIMIENTO ACTUAL

Describir lo más exactamente posible el curso de la enfermedad actual, el inicio de estos síntomas y signos, tiempo de evaluación del padecimiento.

3.7) EXPLORACION DE APARATOS Y SISTEMAS

CARDIOVASCULAR

Dolor Precordial, Disnea, Taquicardia, Epistaxis, Visión Borrosa, Mareo, Edema, Cianosis, Equimosis, Pulso Carotideo Presente, Ingurgitación Yugular.

APARATO RESPIRATORIO

Disnea, Tos, Espectoraciones, Bloqueo de Fosas Nasales, Asma, Rinitis Rinotrea, Odinofagia.

GENTOURINARIO

Dolor Renal, Fetidez, Disuria, Hematuria, Anuria, Cantidad de orina aproximada durante el día, Color, Olor, Pus, Secreciones de los Genitales, Paloquiuria.

En la Mujer: Fecha de la Primera Menstruación o Menarca, Duración, Fecha de la Última Menstruación.

SISTEMA NERVIOSO

Convulsiones, Demencia, Incoordinación, Migrañas, Aprensión, Reflejos Pupilares, Temblores, Somnolencia.

MUSCULO ESQUELETICO

Configuraciones, Calambres, Manchas, Columna Vertebral, Fuerza de las Extremidades, Coordinaciones.

3.8) EXPLORACION FISICA

Es un método indispensable para obtener datos médicos para valorar al paciente. La Inspección, Palpación, Percusión y la Auscultación se hacen cuando están indicados. La Palpación Bimanual y Bilateral se realiza en la cabeza, advirtiéndolo el tamaño, forma, signos de traumatismo, dolor a la palpación, crecimiento facial simetría y asimetría; una inspección general de la región cefálica cara, oídos, ojos, nariz, cuello. En el cuello se busca aumento de volumen de la traquea, rigidez de la nuca, ganglios linfáticos palpables. En las extremidades los aspectos de simetría, presencia de abultamiento local.

3.9) DIAGNOSTICO

Es el conocimiento del estado de salud de un paciente, éste puede ser sintomático, asintomático, radiológico, o bien integral.

3.10) SIGNOS VITALES

Frecuencia Cardiaca, Temperatura, Pulso.

3.11) ANALISIS DE LABORATORIO

Los exámenes sistemáticos de laboratorio con frecuencia se consideran como una identidad aparte, lo cual constituye un error. Los principales análisis de laboratorio que se pedirán al paciente son:

TIEMPO DE SANGRADO

El lapso que tarda la sangre en detener su salida de la herida de una punción regular efectuando en el dedo o en el lóbulo de la oreja.

En los casos normales es de uno a cinco minutos. Sin embargo, el hecho de que el tiempo de sangrado sea normal, no quiere decir en forma alguna que no existirá hemorragia durante el acto quirúrgico, pues de llegar a seccionar algún vaso importante, éste sangrará de acuerdo al calibre del mismo y esta hemorragia solo podrá ser detenida mediante la ligadura del vaso.

TIEMPO DE PROTROMBINA

En el lapso transcurrido entre el depósito de las gotas en el porta objeto y la formación de los hilos de fibrina. Los valores normales se encuentran entre los dos y tres minutos.

TIEMPO DE COAGULACION

Es el tiempo que tarda en formarse el coágulo, el tiempo normal es aproximadamente de diez minutos.

ANALISIS DE ORINA

Se investigará la existencia de azúcar, ácido diacético y albúmina. Se procederá al examen microscópico del sedimento. Si se observa alguna anomalía, será necesario llevar a cabo exámenes más completos.

Así por ejemplo:

Si en la orina existe azúcar en cantidades superiores o indicios, se determinará cuantitativamente la glucosuria de las 24 horas, la glucemia en algunas y la curva de la glucemia.

Cuando el examen del sedimento urinario de un enfermo sugiere la existencia de infección urinaria será necesario obtener una muestra de orina por sondeo, pues la presencia de secreción en la primera orina puede ser causa de error.

Si la historia clínica por su parte y el resultado del análisis de orina por el otro, sugiere la existencia de lesión renal y siempre que exista hipertensión, deberá estudiarse el estado de la función renal con una prueba de concentración urinaria

Una vez que se ha hecho el diagnóstico presuncional, debe surgir de inmediato una estrategia curativa que se le ha llamado Terapéutica, que en el área Odontológica abarca por igual el tratamiento médico, el tratamiento quirúrgico y rehabilitario.

3.12) FIRMA DEL PACIENTE Y NOMBRE DEL C.D.

CAPITULO IV

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES

SEGUN PELL Y GREGORY.

La clasificación de los terceros molares retenidos, se basa en una evaluación de las relaciones del segundo molar con la rama ascendente de la mandíbula, con la profundidad relativa del tercer molar en el hueso y con la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

Esta clasificación se explica detalladamente como sigue:

RELACION DEL DIENTE CON RESPECTO A LA RAMA DE LA MANDIBULA.

CLASE I Existe suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar para acomodar todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE II El espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE III Todo o casi todo el tercer molar, está dentro de la rama de la mandíbula.

PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO

POSICION A La porción más alta del diente incluido está al nivel, o por arriba de la superficie oclusal del segundo molar.

POSICION B La porción más alta del diente se encuentra por debajo de la línea oclusal pero arriba de la línea cervical del segundo molar.

POSICION C La porción más alta del diente está a nivel de o debajo de la línea cervical del segundo molar.

4.1) POSICION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES

Las variaciones en la posición del tercer molar son menores en el maxilar superior que en el inferior. La retención del molar puede ser intraósea o submucosa. En este término puede estar parcial o totalmente retenido.

POSICION VERTICAL El eje mayor del tercer molar superior se localiza paralelo al eje del segundo molar. El diente puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso.

POSICION MESIOANGULAR El eje del tercer molar retenido está dirigido hacia adelante en esta posición, la raíz del molar está proximal a la apófisis pterigoidea. Esta posición no es frecuente.

POSICION DISTOANGULAR El eje del molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara triturante del tercer molar mira hacia la apófisis pterigoidea con la cual puede estar en contacto.

POSICION HORIZONTAL El tercer molar está dirigido hacia el carrillo, con el que la cara triturante puede ponerse en contacto. Esta cara triturante suele también dirigirse hacia la bóveda palatina y el molar puede erupcionar en ella.

POSICION PARANORMAL El molar retenido puede ocupar diversas posiciones que no se encuentran en la clasificación dada.

4.2) POSICION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES

WINTER Ha clasificado los distintos tipos de retenciones del tercer molar inferior, basándose en cuatro puntos esenciales:

- 1.- LA POSICION DE LA CORONA.
- 2.- LA FORMA RADICULAR.
- 3.- LA NATURALEZA DE LA ESTRUCTURA OSEA QUE RODEA AL MOLAR.
- 4.- LA POSICION DEL TERCER MOLAR EN RELACION AL SEGUNDO.

POSICION VERTICAL En este tipo de retención el molar puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso; pero lo característico reside en que su eje mayor es sensiblemente paralelo al eje mayor del segundo y primer molar.

POSICION HORIZONTAL En este caso el eje mayor del tercer molar es sensiblemente perpendicular a los ejes del primer y segundo molar.

POSICION MESIOANGULAR El eje del tercer molar esta dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje del diente un ángulo de grado variable alrededor de 45°.

POSICION DISTOANGULAR Es una forma opuesta a la descrita anteriormente.

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

POSICION INVERTIDA El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal. Es un tipo muy común de retención.

POSICION BUCOANGULAR En este tipo de retención el molar ya no ocupa como en los anteriores el mismo plano que el segundo y el primero sino que su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados el segundo y el primero. La corona del molar retenido está dirigido hacia bucal.

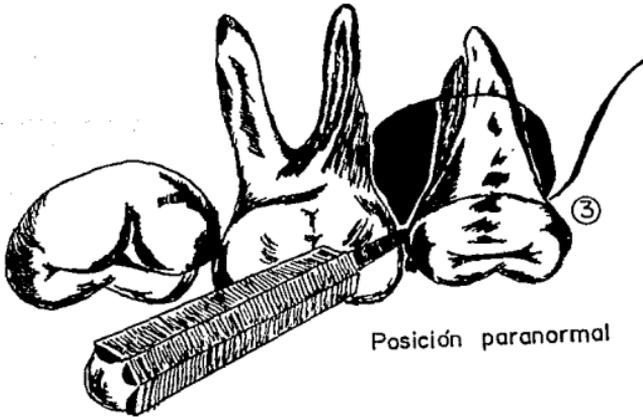
POSICION LINGUOANGULAR Como en la posición anterior, el eje del diente es perpendicular al plano en que están orientados los molares anteriores, pero la corona del molar retenido está dirigida hacia lingual.



①



②



③

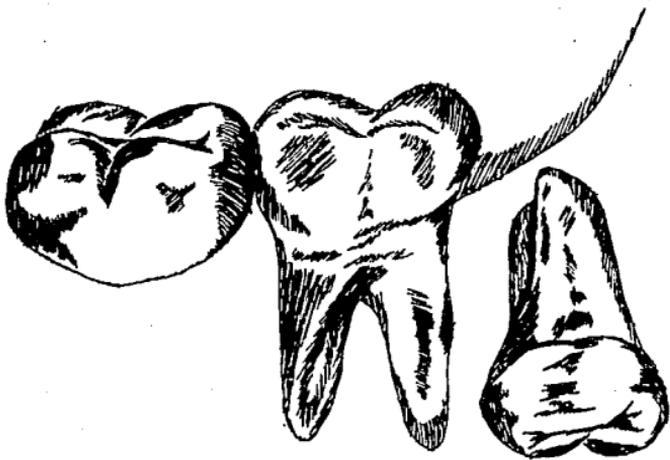
Posición paranormal



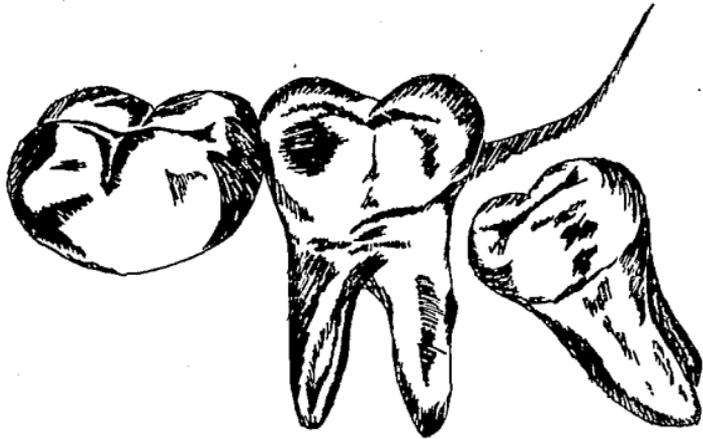
Posición bucoangular



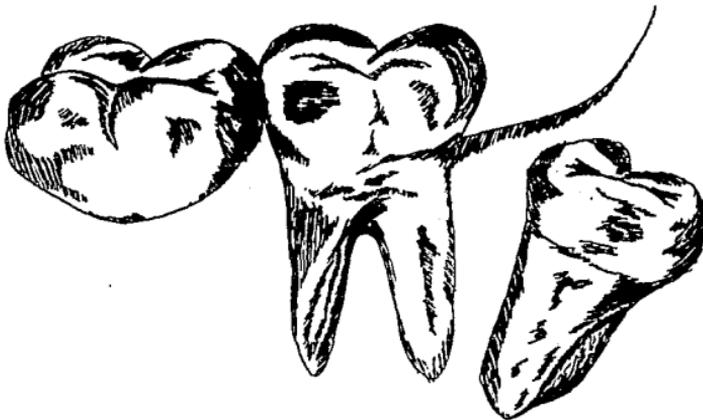
Posición linguangular



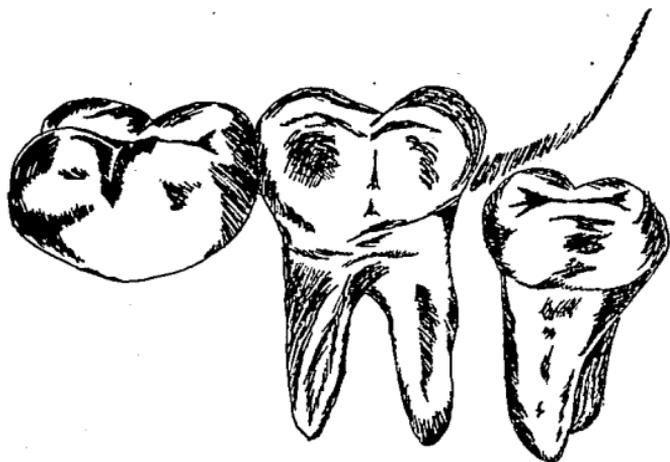
Posición invertida



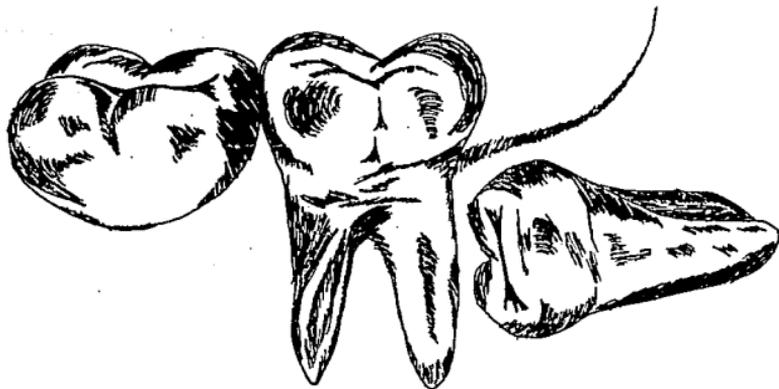
Posición mesioangular



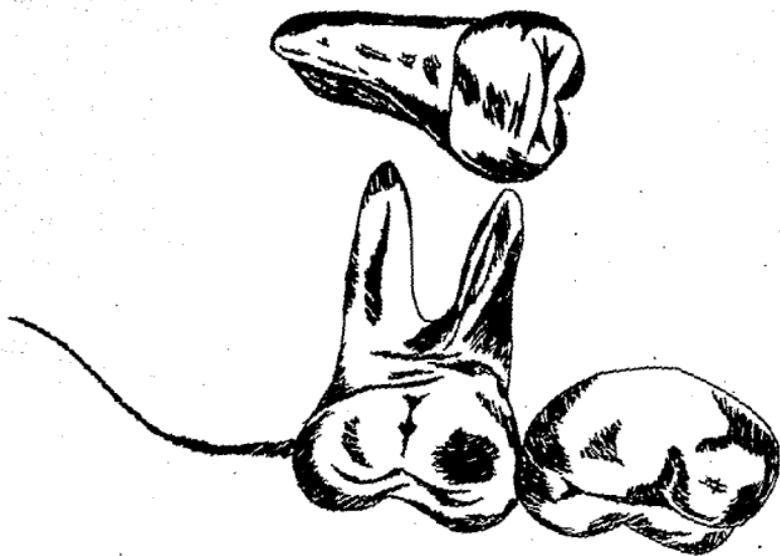
Posición distoangular



Posición vertical



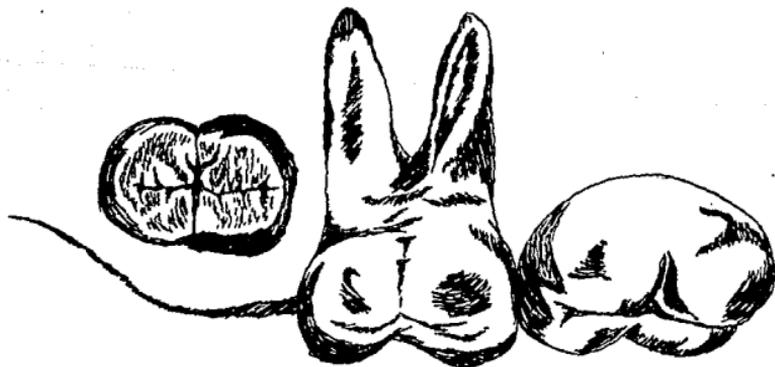
Posición horizontal



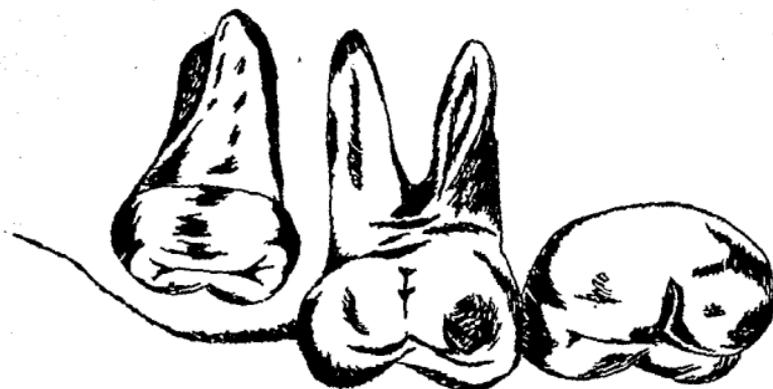
Posición paranormal



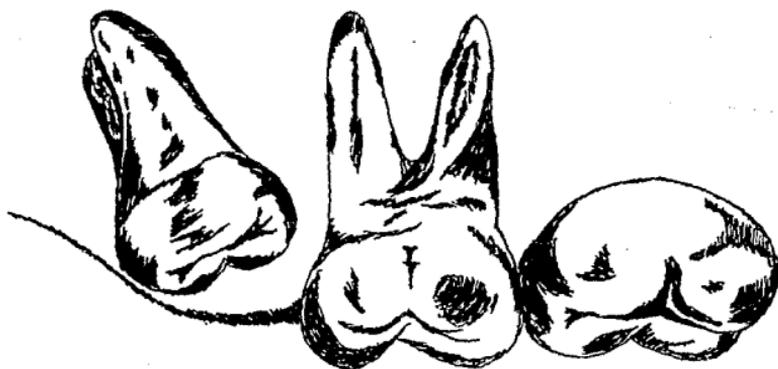
Posición distoangular



Posición horizontal



Posición vertical



Posición mesioangular

CAPÍTULO V

RADIOLOGIA

5.1) TÉCNICA RADIOGRAFICA INTRAORAL

La técnica intraoral comprende todos los métodos y procedimientos radiográficos en los cuales el paquete (película) se coloca dentro de la boca.

EXPOSICION DEL TERCER MOLAR. En esta técnica haga que la arcada superior se encuentre paralelo al piso, coloque la película horizontalmente en la boca del paciente centrándola sobre el tercer molar retenido, (región del tercer molar). Su borde inferior de la película debe encontrarse paralelo a las puntas de las cúspides del primero y segundo molar. Debido a la posición elevada del tercer molar (más elevada si el diente está retenido), la película debe adoptar una posición superior en el paladar de manera que pueda obtenerse una exposición adecuada. Se instruye al paciente para que sostenga la película en su posición con el pulgar o índice opuesto al lado en el cual se coloca la película. Al colocar la película en esta zona puede aliviarse la tendencia a las náuseas aplicando en el paladar anestesia tópica.

La angulación vertical puede ser de 45° ó 50° después de bisectar el ángulo.

La angulación horizontal se determina dirigiendo los rayos centrales hacia la región de los terceros molares paralelos a las superficies proximales de los dientes molares. Dirija invariablemente el rayo central al centro de la película.

EXPOSICION DEL TERCER MOLAR. Teniendo el paciente la boca abierta, haga que la arcada inferior quede paralela al piso. Colocar la película horizontalmente en la boca del paciente centrándola en el tercer molar. El borde superior de la película debe encontrarse paralelo y al mismo nivel que las cúspides del primero y segundo molar.

Una vez instruido el paciente coloca el dedo índice opuesto al lado en el cual se colocó la película.

Aquí la angulación vertical será (0° a 5°).

La angulación horizontal se determina dirigiendo el rayo a través de la región de los terceros molares. (Siempre dirigir el rayo al centro de la película).

5.2) TECNICA RADIOGRAFICA EXTRAORAL

La colocación de la película intrabucal, en muchos pacientes puede constituir una experiencia problemática debido a la posición del tercer molar retenido. La colocación de la película para el tercer molar puede causar molestias o estimular el reflejo náuseoso. Para evitar estos problemas, la película se coloca extrabucalmente en esta técnica.

Con la colocación extrabucal de la película, el haz del rayo debe penetrar mayor cantidad de tejido (En su mayor parte tejido suave), y la radiografía resultante no es tan clara, si se tomara con película periapical intrabucal de la zona expuesta. Debido que no se emplea para diagnosticar caries u otras lesiones pequeñas, una radiografía extrabucal resulta bastante

satisfactoria. Sin embargo, debe mostrar en forma adecuada la impactación del tercer molar y las estructuras que lo rodean para propósitos de examen quirúrgico. Se emplea una película oclusal para asegurarse de que la zona general que rodea la impactación puede ser observada.

EXPOSICION DEL TERCER MOLAR RETENIDO.

1. Ajuste el cabezal de manera que la arcada superior se encuentre paralela con el piso.

2. Coloque la película horizontalmente (el eje longitudinal paralelo al piso), con el borde inferior paralelo al mismo nivel que el borde inferior de la mandíbula centrándola sobre el diente retenido. (El tercer molar puede localizarse observando una exposición intraoral de la zona del segundo molar inferior. Aunque sólo una parte de la corona se observe, esto será suficiente para determinar su posición).

3. Instruya al paciente para que sostenga la película en su lugar.

4. Haga que el paciente "aleje el mentón del cuello" mientras mantiene la parte posterior de la cabeza apoyada firmemente en el cabezal para evitar movimientos durante la exposición. Al extender el mentón, la mandíbula se separa de las vértebras y elimina la posibilidad de sobreposición de las vértebras en la retención, para ayudar a que el paciente adopte esta posición, párese enfrente de él, colocando su mano izquierda en la parte superior de su cabeza y los dedos de su mano derecha bajo el mentón jalando hacia usted con la mano derecha. Una vez extendido el

mentón, incline su cabeza aproximadamente 10° hacia el lado en el cual se colocó la película.

5. Localice el ángulo de la mandíbula opuesto al lado que se va a exponer palpando la zona con sus dedos. Coloque el extremo del cono exactamente en la parte inferior y posterior a este ángulo, teniendo en cuenta que los rayos centrales deben pasar ligeramente por debajo de este ángulo para evitar la sobreposición de un lado a la mandíbula sobre el otro. Dirija el rayo central a través de los tejidos del cuello que cubren la retención. Es imposible dirigirlos perpendicularmente a la película en dirección vertical, debido a la inclinación de la cabeza. Para la angulación horizontal, el rayo se dirige perpendicularmente.

6. Instruya al paciente para mantener sus dientes en oclusión durante la exposición, la cual deberá tomarse a 90 kvp-15ma-1seg. Para el tercer molar superior, pueden hacerse ligeras modificaciones a esta técnica. Al colocar al paciente se sigue el mismo procedimiento que se emplea para la retención inferior, asegurándose de que la cabeza se extienda más allá del cuello. Para completar la colocación son necesarias dos modificaciones a saber:

1. La película oclusal se coloca verticalmente, de manera que la mitad superior de la película se centre directamente sobre el tercer molar superior retenido. Una vez más el borde inferior de la película debe estar paralela y al mismo nivel que el borde inferior de la mandíbula. Para disminuir la distancia vertical (elongación) del tercer molar superior retenido, el extremo del cono se coloca aproximadamente a 2.5 cm. por encima del ángulo de la

mandíbula exactamente posterior al borde de la misma mandíbula, los rayos centrales se dirigen al centro de una línea imaginaria que une los terceros molares superiores e inferiores.

5.3) TECNICA RADIOGRAFICA OCLUSAL.

Además de las exposiciones periapicales, algunas veces es necesario emplear exposiciones oclusales intrabucales, esta exposición sirve para observar zonas generales de la arcada como ayuda para el diagnóstico cuando existen dientes retenidos.

ARCADA SUPERIOR.

Ajuste el cabezal para hacer que la arcada superior quede paralela al piso. La línea media vertical de la cara debe quedar perpendicular al piso. Se coloca la película oclusal en la boca del paciente, centrándola sobre la arcada, el eje longitudinal de la película se coloca a lo ancho, perpendicular a la línea media de la arcada, el lado punteado de la película contra los dientes superiores. El paciente cierra suavemente sobre la película. El borde superior del cono se coloca entre las cejas en angulación vertical de 65° . La angulación horizontal correcta se obtiene dirigiendo el rayo central paralelo y a través de la línea media de la arcada al centro de la película.

ARCADA INFERIOR.

Ajuste el cabezal hasta que la cabeza del paciente se incline hacia atrás, aproximadamente a 25° de la vertical. Se coloca la película en la boca del paciente, centrándola sobre la arcada. El eje longitudinal de la película se coloca perpendicular a la línea media de la arcada y el lado punteado

contra los dientes inferiores. El paciente es instruido para que cierre suavemente sobre la película para mantenerla en posición.

5.4) TECNICA PANORAMICA

La unidad panorámica toma radiografías extraorales tanto de la arcada superior como inferior en una sola exposición. En la radiografía de este tipo de cirugía se puede observar: los terceros molares retenidos, las fracturas de la mandíbula, los límites de las lesiones patológicas, cuando éstas se encuentran presentes en parodencia debido a que se observa la condición del hueso de soporte de los dientes.

PROCEDIMIENTO:

a) Se coloca la película en estuche asegurándolas con pinzas de resorte y colocándola en el porta estuche.

b) Antes de sentar al paciente, se emplea un calibrador para determinar la amplitud aproximada de la cabeza del paciente, se consulta el cuadro proporcional y se determina con él los ajustes (kvp) del correspondiente (ma) para cada paciente.

c) El paciente se sienta y su mentón se coloca en el descanso especial de manera que la cabeza se coloque en forma simétrica. La arcada superior debe inclinarse hacia aproximadamente 10° del plano horizontal. Si la cabeza del paciente no se encuentra exactamente centrada en el descanso para el mentón, los molares en la película resultante se observarán desiguales en tamaño. Cuando el paciente se coloca de acuerdo con estas

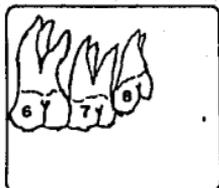
instrucciones, la columna vertebral estará localizada directamente por debajo de los incisivos centrales.

d) Si se desea evitar la sobreposición vertical de los dientes, debe colocarse un rollo de algodón entre los incisivos del paciente.

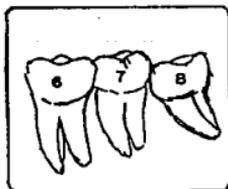
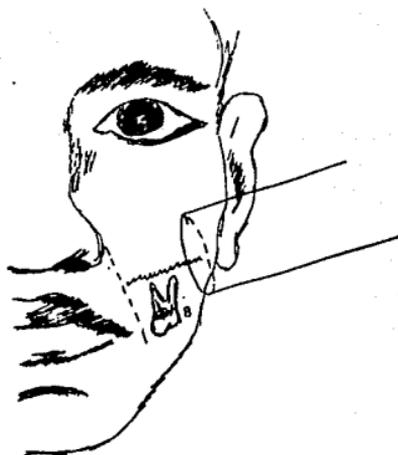
e) El estuche y la cabeza del tubo deben encontrarse en alineación directa con las arcadas del paciente. Para llevar acabo esto, levante o baje la cabeza del tubo por medio del pedal y del regulador manual hasta que el número de la escala del descanso del mentón concuerde con la escala de unidades.

f) Siempre explique al paciente el procedimiento durante la exposición, especialmente:

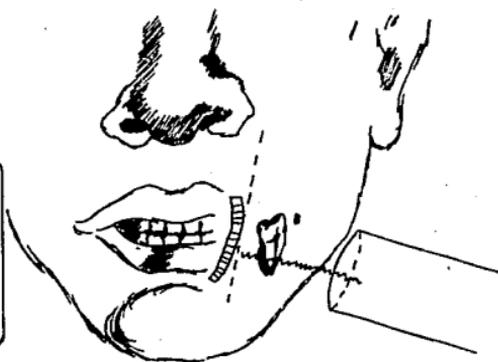
1. Que el estuche y la cabeza del tubo girarán alrededor de su cabeza.
2. Que a la mitad del cónico, la silla se moverá aproximadamente 5 cm.
3. Que el tiempo de exposición es de 20 segundos en los cuales el paciente debe permanecer completamente inmóvil.

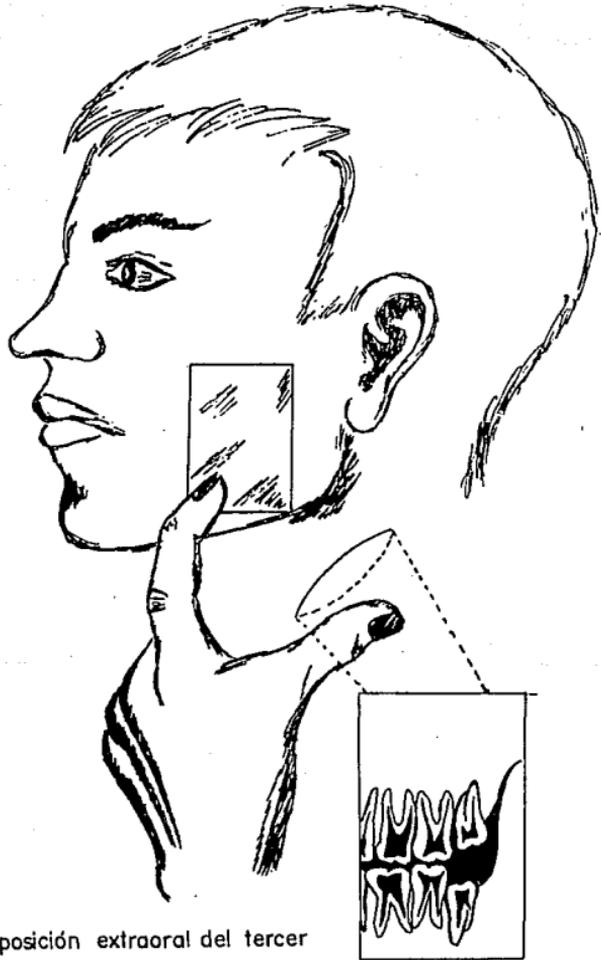


Exposición del tercer molar
superior intraoral



Exposición del tercer molar
inferior intraoral





Exposición extraoral del tercer
molar retenido



Técnica oclusal superior



Técnica oclusal inferior



CAPITULO VI

INSTRUMENTAL

Para la realización de la extracción de terceros molares retenidos necesitamos valernos de instrumental y material quirúrgico apropiado.

INSTRUMENTAL PARA SECCIONAR TEJIDOS BLANDOS.

BISTURI

Consta de mango y hoja, puede tener distintas formas y tamaños que además son intercambiables.

En nuestra práctica son preferibles el tipo de bisturí Band-Parker de hoja No. 15, también estará indicado el bisturí de Mead cuyas características son la curvatura de su hoja en forma de hoz y el filo en sus bordes.

TIJERAS

Dentro de nuestra especialidad este instrumento tiene poco uso ya que sólo se utiliza para seccionar trozos de colgajos y para cortar los puntos de sutura.

PINZAS DE DISECCION

Nos ayudarán en la preparación de los colgajos y otras maniobras. Las hay dentadas con las cuales se tomará la libromucosa sin lesionarla. Para tal fin se utilizará la pinza de Kocher o la Atraumática de Chaput.

LEGRAS, PERIOSTOMOS Y ÉSPATULA ROMA

Estos instrumentos de los cuales existen varios tipos, nos sirven para llevar a cabo el desprendimiento y separación de la fibromucosa primeramente iniciada por el bisturi con el objeto de preparar el colgajo.

SEPARADORES

Los utilizaremos para mantener apartados los labios con el propósito de no herirlos o para no traumatizar los colgajos durante la intervención quirúrgica.

ESCOPLOS

El uso de los escoplos en la extracción de los terceros molares retenidos es muy frecuente, en especial los de Barry para realizar la osteotomía.

PINZAS GUBIAS

Las hay rectas y curvas, las utilizamos para realizar la resección de hueso, actúan extrayendo el hueso por mordiscos sobre este tejido previa preparación de una puesta de entrada con los escoplos.

FRESAS

El empleo de fresas quirúrgicas, de preferencia de baja velocidad, serán de gran utilidad en este tipo de intervenciones ya que su finalidad es propiamente la de facilitar la maniobra de otros instrumentos.

LIMAS PARA HUESO

Sirven para eliminar las puntas óseas y alisar bordes.

PINZAS

Durante la intervención es necesario mantener el campo operatorio seco de sangre, que emana de los vasos vecinos para lo cual necesitaremos de las pinzas para algodón o pinzas con puntas de balconear.

PINZAS DE KOCHER

Es un instrumento usado para hacer hemostasis, aunque en este tipo de intervenciones su empleo es reducido.

PINZAS DE EXTRACCION (FORCEPS)

Con ellas tomaremos las piezas dentarias imprimiendo movimiento apropiado por medio de los cuales eliminamos el órgano dentario retenido en el alvéolo.

ELEVADORES

Son los instrumentos que más frecuentemente serán utilizados en la extracción de los terceros molares retenidos, ya que los hay con distinto trabajo, función y misión.

INSTRUMENTOS Y MATERIAL DE SUTURA

AGUJA PARA SUTURAR

La sutura es una parte muy importante en la intervención quirúrgica, ya que sirve para sostener los finos y delicados tejados gingivales, tan propicios a desgarrarse, es preciso el empleo de agujas que estén en buen estado, hay agujas sencillas, curvas y rectas.

PORTA AGUJAS

Las agujas no pueden ser dirigidas a mano sino mediante el porta agujas que hace más práctico y preciso el uso.

MATERIAL DE SUTURA

En este tipo de intervención quirúrgica se utilizará seda.

CAPITULO VII

ANESTESIA

Uno de los problemas antes del uso del anestésico son los pacientes nerviosos o excitados por lo cual debemos prepararlos debidamente.

Aunque no es necesario medicar a los pacientes en forma rutinaria. Existen casos en que la sedación preoperatoria es de gran valor. Cuando los pacientes presentan miedo exagerado a las operaciones dentales, la administración de un barbitúrico de corta duración o un atarácico no sólo moderará el temor, sino que facilitará la tarea del cirujano.

Las técnicas de anestesia más aceptadas dentro del campo de la cirugía oral y que el cirujano normalmente efectúa son:

TECNICAS PARA ANESTESIA EN MOLARES SUPERIORES

INYECCION SUPRAPERIOSTICA

En esta inyección el nervio que se anestesia es el alveolar superior, el cual inerva totalmente los dos últimos molares y parcialmente el primer molar. La punción es en el pliegue mucobucal sobre el segundo molar con la aguja dirigida hacia arriba y hacia atrás, se infiltra la solución anestésica, la cual se deposita sobre los ápices de las raíces del tercer molar. Para la extracción de las piezas impactadas es necesario además la inyección palatina posterior.

INYECCION CIGOMATICA

Aquí el nervio anestesiado es el alveolar posterior superior que se bloquea antes de que penetre en los canales óseos de la región cigomática por encima del tercer molar. La punción se hace en el punto más elevado del pliegue de la mucosa a nivel de la raíz distobucal del segundo molar, con la aguja dirigida hacia arriba y hacia adentro y atrás. Se penetra unos 20 mm., manteniendo la aguja cerca del periostio para evitar la punción del plexo venoso pterigoideo. La solución se deposita lentamente gota a gota a esta inyección se completa con la palatina posterior.

INYECCION PALATINA POSTERIOR

El nervio que se anestesia es el palatino anterior que inerva los dos tercios posteriores del paladar. Se anestesia los dos tercios posteriores de la mucosa palatina del lado inyectado, desde la tuberosidad hasta la región canina y desde la línea media hasta el borde gingival del lado inyectado. La punción se realiza en el punto medio de una línea imaginaria trazada desde el borde gingival del tercer molar superior hasta la línea media, insertando la aguja desde el lado opuesto de la boca. La aguja se dirige hacia arriba y ligeramente lateral; no es necesario penetrar con la aguja el agujero palatino mayor puesto que el nervio palatino anterior ya ha traspasado dicho agujero.

TECNICAS DE ANESTESIA EN MOLARES INFERIORES

INYECCION MANDIBULAR

Se anestesia el nervio alveolar inferior. Produce anestesia de todo los dientes del lado inyectado con excepción de los incisivos centrales y laterales ya que éstos reciben también inervación de las fibras del lado opuesto. La punción se hace en el vértice de las fibras del triángulo pterigomandibular.

Se palpa la fosa retromolar con el índice y se coloca la uña sobre la línea milohioidea. Con el cuerpo de la jeringa descansada sobre los premolares del lado opuesto, se introduce la aguja paralela al plano de oclusión de los dientes del maxilar inferior, en dirección a la rama del maxilar y al dedo índice. La aguja se introduce entre el hueso, los músculos y ligamentos que lo cubren después de avanzar unos 15 mm. la punta toca con la pared posterior del surco mandibular donde se deposita 1.5 ml. de solución anestésica al lado del nervio alveolar inferior. La anestesia mandibular debe ser reforzada con la inyección bucal.

INYECCION BUCAL

El nervio anestesiado es el bucal o buccinador largo, la cara bucal de los molares inferiores esta parcialmente inervado por el buccinador que se separa del nervio maxilar poco después de su paso por el agujero oval, por lo que las intervenciones de estos molares obliga a practicar la inyección del nervio buccinador. La punción se lleva a cabo en el pliegue mucobucal

inmediatamente por detrás del tercer molar; la aguja se dirige hacia atrás y ligeramente hacia abajo hasta que se halle por detrás de las raíces del diente. Contados son los casos en que no se debe emplear anestesia local para evitar síntomas molestos o secuelas poco desagradables tales como:

1. Cuando hay infección en el lugar de la punción o en el punto donde la solución deba depositarse.
2. Cuando exista angina de Vincent u otra infección oral generalizada.
3. Cuando el paciente sea poco cooperador con el cirujano dentista.

Las enfermedades cardiovasculares y diabetes, obligan administrar con precaución los anestésicos locales que contengan epinefrina (Vasoconstrictor). La anestesia por infiltración excesiva en pacientes diabéticos puede resultar peligrosa.

CAPITULO VIII

OPERACION PROPIAMENTE DICHA

En el campo de la cirugía bucal la exodoncia del tercer molar retenido sigue todos los preceptos de la cirugía general y sólo se desvía escasamente, por la indole del terreno de la línea quirúrgica clásica. Toda operación quirúrgica que se realiza en el organismo consta de varios tiempos, que puede y debe ser correctamente sincronizados y sistematizados. En la extracción quirúrgica del tercer molar retenido, se propone abrir por medio quirúrgico la mucosa que tapiza la región de este diente, preparar los colgajos resultantes de la primera maniobra, eliminar el hueso que protege el molar retenido y terminar la operación realizando la restitución íntegra de los tejidos afectados por las maniobras quirúrgicas. Por tanto la extracción consta de los tiempos siguientes:

8.1) INCISION

La incisión tiene por objeto abrir los tejidos para llegar a planos más profundos donde se deben realizar el objetivo de la intervención. Para realizar la incisión nos valemos del bisturí. La incisión y el colgajo forman una resultante, reunirán una serie de condiciones, por eso es necesario afirmar que al trazar la incisión y circunscribir un colgajo, es necesario que tenga una base lo suficientemente ancha como para que su irrigación no se encuentre perturbada ni impedida.

Los vasos sanguíneos siguen un trazado anatómico y las incisiones no deben seccionarlos, su riesgo de producir necrosis o esfacelos en tal colgajo. La incisión descrita en este tema no lesiona, o lo hace en mínima extensión el curso de los vasos; por otra parte da mayor y más fácil acceso y visión del lugar de la operación propiamente dicha. Esta es una importante indicación; tener en el curso de la operación una visualización de modo que el colgajo obtenido permita ver correctamente que no se oponga o interfiera a las maniobras quirúrgicas posteriores. El colgajo debe ser repuesto con comodidad y holgura en su sitio de natural implantación para que se efectúe la tarea histológica de reparación. Las incisiones deben ser hechas de un solo trazo permitiendo una correcta adaptación. Será necesario que el colgajo descanse en lo posible sobre hueso sano e íntegro, y que la sutura final repose sobre una base segura y firme a nivel del tercer molar.

La incisión se realiza con un bisturí de hoja corta, se traza una incisión en la parte más alta de la cresta distal por detrás de la cara distal del segundo molar. La longitud anteroposterior de la incisión estará dada por el tipo de retención del tercer molar, por lo tanto se funde en los detalles que se obtengan del examen radiográfico. El trazado de la incisión deberá ser hecha con bisturí, firmemente hasta percibir por debajo del instrumento la sensación del hueso o de la cara dentaria. En el primer paso de la incisión puede sangrar copiosamente por lo que se mencionó anteriormente. Se cohibe la hemorragia comprimiendo la región con una torunda de gasa. La incisión llega hasta la cara distal del segundo molar; desde allí contournea el cuello del segundo molar en su cara distal y continúa festoneando la encía

en su adaptación al cuello del segundo y primer molar, llegando también profundamente hasta el hueso y seccionando los ligamentos; esta incisión se detiene en el espacio interdentario. Para los terceros molares retenidos con ausencia del segundo molar, o es desdentado total, la incisión se realiza sobre la cresta alveolar, deteniéndose al nivel de la cara distal del primer molar, contorneando el cuello de éste o prolongándose sobre la región vestibular. En caso de ausencia de todos los dientes de la arcada, la incisión corre por el borde hasta 2 cm. Aproximadamente del límite mesial del molar retenido, pudiéndose realizar una prolongación vestibular a la incisión.

8.2) PREPARACION DEL COLGAJO.

Trazar la incisión, se hace hemostasis comprimiendo por breves instantes la región. Se toma el periostomo o una pequeña legra y se introduce entre los labios obtenidos por la incisión, progresando desde el lado el distal hacia el mesial. El periostomo toca francamente el hueso y apoyándose en él a merced de suaves movimientos de lateralidad y de giro del instrumento, se desprende el labio bucal de la incisión. Puede apoyarse el instrumento en el ángulo bucodistal del segundo molar; desplazando el instrumento hacia la línea media del paciente, con ese punto de apoyo se logra desprender el colgajo en toda la extensión que se desea. A esta altura del procedimiento puede tomarse con la mano izquierda una pinza de disección o dientes de ratón, la cual prendera el labio externo o bucal de la incisión, colaborando en las maniobras que siguen. Para la extracción de los terceros molares cualquiera que sea su posición, el desprendimiento a nivel del retenido se hace hasta una línea, mitad de camino entre el borde alveolar

externo y la línea oblicua externa. La extensión del desprendimiento está regido por el tipo de retención.

8.3) OSTEOTOMIA

Se denomina osteotomía al tiempo operatorio que consiste en la eliminación instrumental del hueso que cubre, protege o aloja el objeto de la operación; en la cirugía del tercer molar el término se aplica a la eliminación del hueso en relación con el tercer molar retenido. El objetivo de la osteotomía es eliminar la necesaria cantidad de hueso como para tener acceso al molar y disminuir la resistencia, que está dada como ya se ha dicho por la cantidad y calidad de hueso conteniendo. Tiempo importante en la cirugía del tercer molar, la osteotomía, junto con la odontosección que simplifican extraordinariamente un problema ya que de otra manera sería altamente traumatizante prescindir de esta técnica. La osteotomía colabora con la realización de la cirugía fisiológica. Es pertinente recordar que si forzamos con brusquedad la extracción del molar retenido, pueden traer resultado la fractura del maxilar o lesiones alveolares de distinta intensidad. La osteotomía se realiza de diferente forma y con diferentes instrumentos. El uso de fresas es útil para realizar la osteotomía; su empleo es simple y su función puede ser realizada con éxito, cumpliendo con ciertos principios esto se refiere a evitar el embotamiento del instrumento para las partículas óseas que se depositan entre sus dientes. Pueden usarse las fresas comunes del número 5 al 8 ó de fisura del número 560 de carburo y de tungsteno, aplicados en la pieza de mano o en el ángulo recto. La fresa con cualquier procedimiento elimina el hueso en total o lo hace practicando pequeños orificios, vecinos los unos de los otros, orificios que se unen entre sí por

medio de una fresa de fisura o redonda o por un golpe de escople recto o de media caña. Evitar el calentamiento del hueso, irrigando la zona en operación con un chorro de suero fisiológico tibio, por intermedio de una jeringa o de un frasco de suero adaptado a este menester.

8.4) OPERACION PROPIAMENTE DICHA.

Eliminada ya las estructuras óseas que significa la resistencia, se inicia la operación propia dicha, que consiste en la extracción del tercer molar retenido merced a la aplicación de una palanca. El elevador llega a la cara mesial del molar retenido y allí su hoja, aplicada sobre la cara mesial. El instrumento con punta de apoyo en el borde óseo y con una fuerza ejercida sobre su mango, eleva el molar siguiendo el camino de menor resistencia. En términos generales ésta es la mecánica de la extracción. No siempre puede aplicarse en forma absoluta por razones dependientes de la posición del molar, disposición y forma de sus raíces. En tales casos será menester disminuir el volumen del cuerpo a extraer; es decir, se deberá realizar la sección del molar retenido en varios fragmentos con el objeto de simplificar la operación. El método de la odontosección tiene muchas ventajas que Pell y Gregory (1933) lo concretan en los siguientes puntos:

1. Se disminuye el tamaño del campo operatorio, lo cual se traduce en menor edema postoperatorio.
2. Se disminuye o reduce la cantidad de hueso a eliminarse.
3. Se acorta el tiempo operatorio.
4. Se suprime casi por completo el trismus postoperatorio.
5. No hay lesión sobre los dientes vecinos.

6. Se realiza una lesión mínima sobre el hueso vecino, pues en la extracción se usan elevadores de hoja pequeña que no traumatiza las estructuras peridentarias.

7. El peligro de fractura del maxilar o mandíbula queda muy disminuido, pues no se emplea la fuerza mecánica como único factor.

8. En un gran número de casos se disminuye el peligro de lesión sobre el nervio dentario.

9. El método previene la fractura en las tablas alveolares externa o interna. La odontosección puede realizarse sobre el molar en dos distintas formas; se divide el diente según su eje menor. Lo que resulta de éstas es un cuerpo único y con menor volumen sobre los cuales la aplicación de fuerza logra el fin propuesto. Para la odontosección según el eje mayor del molar deben emplearse los escoplos; para la odontosección según el eje menor debe emplearse las fresas.

Extracción de las porciones seccionadas. Dividido el molar por los dos procedimientos señalados y siguiendo cualquiera de los sentidos, las partes resultantes deben extraerse por separado y con un instrumento adecuado. El estudio radiográfico del molar retenido nos informará cual ha de ser la porción a extraerse primero. La disposición radicular obliga a movilizar el molar en el sentido de la curvatura de sus raíces, para facilitar su eliminación siguiendo la ley de menor resistencia. Un elevador derecho o izquierdo a nivel de la cara bucal, entre los segmentos seccionados, y se torciona el mango del instrumento, tratando de desplazar hacia el lado distal la porción distal; de acuerdo con la curvatura que presenta la raíz distal.

Vacío el alvéolo distal, se aplica el mismo elevador recto, en el espacio interdentario, a nivel de la cara mesial y rotando el instrumento en el sentido de su eje, se dirige la porción mesial hacia la distal. La ausencia de la raíz distal y el movimiento hacia el lado distal que se imprime a la raíz con el elevador, desplaza la porción mesial hacia el alvéolo vacío.

8.5) TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

Realizada la total extracción del molar retenido, dos son las maniobras postoperatorias con respecto a la cavidad ósea que alojaba el molar, complementado por una maniobra posterior, la sutura, en relación con los tejidos blandos de cubierta.

La primera se refiere a la eliminación quirúrgica del denominado saco pericoronario (normal o patológico).

La segunda, al tratamiento médico de la cavidad ósea, obturándola con diversas substancias.

La eliminación de este saco se realiza con cucharillas filosas y con una pinza curva. Después de la resección de los procesos citados se vigilarán cuidadosamente los bordes óseos para evitar que queden puntas agudas o aristas cortantes; éstas se eliminan con pinzas gubias o limas para hueso.

La obturación de la cavidad alveolar. Dos son las conductas que seguimos en la extracción del tercer molar inferior:

a) Tercer molar sin complicación pericoronaria aparente. Realizado el último paso de la operación se coloca en la cavidad alveolar, dos o tres

trozos de conos antibióticos, quedando cubiertos por la sutura posterior y previene la infección del coágulo sanguíneo.

8.6) SUTURA

El cierre con sutura es el ideal quirúrgico, usando en terceros molares sin procesos infecciosos aparentes. Se revisa e inspecciona la cara interna del colgajo, eliminando tejido de granulación, o restos óseos o dentarios, se adapta cuidadosamente el periostio y se vuelve el colgajo a su sitio de normal ubicación. El operador toma la pinza porta agujas con una aguja curva enhebrada con nylon o seda y se procede, según arte, a través del primer término el colgajo lingual, después el bucal (para el lado derecho, a la inversa para el lado izquierdo), retirándose la aguja y practicando luego el nudo valiéndose de la pinza porta agujas.

8.7) EXTRACCIONES DEL TERCER Y CUARTO MOLAR RETENIDO.

La presencia de los cuartos molares es un hecho frecuente. El cuarto molar produce accidentes de erupción análoga a los del tercer molar y debe ser extraído por los mismos procedimientos. Por lo general, el cuarto molar es de forma y tamaños menores que los terceros molares. Pueden ser simétricos y presentarse también en el maxilar superior. No pueden sistematizar una clasificación de los cuartos molares, pues son muy variables en su presentación y diferentes en sus formas y ubicación.

La extracción del cuarto molar debe realizarse simultáneamente con el tercero. La técnica quirúrgica sigue normas parecidas a las señaladas en el tema anterior. El fraccionamiento de los molares es la práctica indicada

para solucionar la mayor parte de estos casos. Algunos pueden eliminarse con elevadores, previa la osteotomía necesaria. La incisión se traza de acuerdo con el tipo de retención; se realiza la osteotomía para liberar el cuarto molar que se extrae con un elevador, si fuera menester emplear las técnicas de la odontosección ésta se aplica según los procedimientos ya estudiados.

8.8) EXTRACCION DE RAICES DEL TERCER MOLAR

Esta operación se realiza ajustándose a los mismos principios que se fueron tratando en las extracciones anteriores. Las normas quirúrgicas para la extracción de las raíces se funda en los dos principios: la osteotomía y la odontosección.

La odontosección permitirá dividir las dos raíces fusionadas a nivel de su cuello de la raíz mesial o distal, cada una de las cuales sera extraída siguiendo la vía de menor resistencia. La incisión será la misma para realizar una extracción, sólo cuando el colgajo resulte insuficiente, puede prolongarse la incisión en la cantidad necesaria, debiendo alcanzar el limite entre el primer molar y el segundo premolar. La cantidad y grado de osteotomía estará dada de acuerdo con la disposición del hueso que rodea la porción cervical de las raíces. La osteotomía será distal, mesial, bucal; para facilitar el movimiento de la raíz y la odontosección para facilitar la extracción.

CAPÍTULO IX

COMPLICACIONES

9.1) FRACTURA RADIOGRAFICA

El examen radiográfico es necesario tanto antes como después de la cirugía. De esta manera se revelan muchas afecciones que no podían haberse diagnosticado, como en el caso de las fracturas maxilares y mandibulares. Para completar el exámen radiográfico es necesario obtener radiografías a diferentes ángulos para observar las posibles fracturas; por lo tanto se deben utilizar intrabucalmente películas periapicales y oclusales, algunas veces se requerirán radiografías extrabucales tanto laterales como posteroanteriores. Las fracturas de los dientes retenidos, en particular los terceros molares, debilitan el maxilar y la mandíbula en el lugar en que se encuentran y predisponen a las fracturas en esa región.

9.2) FRACTURA DE LA TABLA.

Después de la extracción dentaria hay notable tendencia del hueso que antes lo soportaba, a experimentar resorción, en particular si la enfermedad periodontal ocasionó destrucción parcial de la cortical antes de la extracción de los dientes, o al extraerlos se elimina parte importante de la tabla vestibular (hueso alveolar). Cuando se ha fracturado una porción del alvéolo, en la tuberosidad del maxilar debe mantenerse el principio de conservación. Si la porción del hueso fracturado es de un tamaño razonablemente bueno y esta todavía unido al periostio debe dejarse en su

sitio e inmovilizarse con una sutura o con una férula. Prácticamente siempre sanará y por supuesto es valioso para la integridad del alvéolo. Sin embargo, si el segmento es pequeño y sin periostio, habrá perdido su irrigación; si se deja quedará como un secuestro óseo y favorecerá la infección.

9.3) ALVEOLITIS

La alveolitis es una infección del coágulo que provoca en rigor una osteitis estrictamente localizada. No tiene proyecciones regionales, el traumatismo desempeña un rol importante cuando en el curso de una extracción difícil o accidental se recurre a maniobrar que traumatizan el margen gingival o la tabla alveolar y curetaje indiscriminado, capaces de producir por causa instrumental una osteitis localizada. El signo patognomónico de la alveolitis es el dolor intenso, continuo e irradiado.

9.4) PERIOSTITIS

Es el crecimiento de hueso en la superficie externa de la cortical. En una radiografía se expone una periostitis con formación de hueso que en ocasiones derivan a la invasión de la porción medular de la mandíbula. La mandíbula se ve afectada con mayor frecuencia que el maxilar.

9.5) INFECCION

El tipo más común de infección es el que se encuentra alrededor del tercer molar inferior. Es más frecuente durante la adolescencia, variando mucho los síntomas que acompañan a este tipo de infección pericoronar, no es raro que el paciente presente síntomas únicamente en la región

periamigdalina. El paciente en muchas ocasiones consulta al médico por creer tener amigdalitis o infección en la garganta. Uno de los síntomas más comunes de la infección del tercer molar es el trismus, adenitis, dolor en la región del tercer molar y malestar general. Si el tercer molar está retenido, la extracción quirúrgica se hace tan pronto como los síntomas sean subagudos.

Si el diente no está retenido pero ha provocado molestias frecuentes, sin brotar y sin campo suficiente para la erupción adecuada, la extracción está indicada.

El tercer molar superior puede ser factor contribuyente en la infección pericoronar de un tercer molar inferior retenido. Las infecciones pericoronales son menos frecuentes en un tercer molar superior en erupción o retenido pero cuando se presenta debe emplearse los procedimientos descritos para el tercer molar inferior. Por ejemplo el absceso postoperatorio puede ocurrir varias veces después de la extracción quirúrgica de un tercer molar. Se acompaña de intenso malestar, trismus y dificultad en la deglución, dificultad para abrir la boca. Se realiza el drenaje con pinza y se coloca una punta redonda, usando antibiótico

9.6) DEHISCENCIA DE COLGAJO.

La línea de la incisión debe planearse de tal manera que la esquina libre del colgajo no tenga un ángulo agudo. Esto es importante con el propósito de evitar comprometer la irrigación del colgajo mientras se

obtiene un acceso adecuado sin tensionarlo o desgarrarlo. La irrigación de la herida, debe hacerse justo antes de cerrar la herida. Colocar el colgajo sobre el soporte óseo y suturar correctamente en esa posición, el borde del colgajo (margen interdentario) se recorta para permitir la aproximación adecuada de los tejidos pero no la superposición de los bordes, las porciones profundas del colgajo deben presionarse mediante apósitos de gasa adecuados para asegurar una buena aposición. La secuela que se espera es dolor, edema, equimosis. El levantamiento excesivo del colgajo quirúrgico puede llevar a la formación innecesaria de tejido cicatrizal y se acompaña inmediatamente de inflamación por un hematoma subyacente al tejido con la periferia de alguna prótesis si esta existiera.

9.7) TRISMUS

Cuando el trismus o la falsa anquilosis dificulten o imposibiliten la técnica intraoral (indicación del bloque extrabucal), no se puede hacer la extracción. La infección del espacio masticador es ocasionado por la posición de los terceros molares, los síntomas son: dolor, inflamación, trismus. Este trismus es debido a compromiso del espacio masticador.

9.8) NEURITIS TRIGEMINAL

El término "neuritis" se refiere a la inflamación de un nervio en este caso sería el trigémino. La afección es más bien irritante que dolorosa y generalmente se debe a un traumatismo del nervio o de alguna infección de la zona. Clínicamente, el paciente se queja de parestesia que es una sensación de hormiguco o picazón o cierto grado de anestesia.

CAPÍTULO X

MANEJO POSTQUIRURGICO

10.1) CUIDADOS POSTQUIRURGICOS

Los cuidados postoperatorios o quirúrgicos más importantes son: Control de la hemorragia, Reinstauración de la ingestión normal de líquidos y si es necesario, Reemplazo de los líquidos que se han perdido. Cuando es necesario colocar apósitos es importante hacerlo con presión después de la extracción de los dientes, se debe colocar sobre la herida, manteniéndola con presión ligera, con una gasa estéril con agua exprimiéndola hasta que esté más seca posible.

Las instrucciones dadas al paciente después de la extracción pueden ser escritas u orales.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Dejar la gasa por lo menos durante 30 minutos.
2. Colóquese una bolsa de hielo o compresas en la cara, durante 24 horas. Cuanto más pronto se haga más efectivo es.
3. No se enjuague la boca las primeras 24 horas (ya que puede provocar que el coágulo se desaloje e interrumpa el proceso normal de curación)

4 La mañana siguiente a la cirugía, enjuagar la boca suavemente con un vaso de agua, (no necesariamente con antiséptico). Repita tres o cuatro veces al día.

5. Siga sus inclinaciones naturales en lo que respecta a la dieta, con preferencia a alimentos líquidos durante las primeras 24 horas. Tome gran cantidad de líquidos pero sin emplear popote. Eliminar irritantes, grasas, picantes. Ingerir alimentos fríos (helados, gelatinas etc.).

6. Si aparece un sangrado anormal, doblar una torunda o gasa y colóquese sobre el alvéolo mordiendo durante 20 minutos.

7. Los dientes deben recibir su higiene usual, con excepción de la región operada. En caso de urgencia llamar al cirujano bucal. Se debe hacer hincapié bucal correcto y prescribir terapéutica antibiótica si esta indicado.

8. Establecer confianza e interrelación profesional.

Los antibióticos en la prevención y control de la infección deben existir en disponibilidad para el clínico y una diversidad de alternativas entre los antibióticos. La penicilina o algunos de sus análogos siguen siendo la droga de elección en la mayor parte de las infecciones de origen dental y en su prevención, sin embargo sus muchas limitaciones a menudo llevan a la

elección de otros antibióticos necesarios o clínicamente deseables. Además de elegir el antibiótico efectivo el odontólogo deberá ser cuidadoso de considerar las indicaciones, contraindicaciones, efectos colaterales y reacciones adversas.

Estas consideraciones son en extremo importantes y no deben descuidarse en la práctica clínica. Además de emplear medicamentos, la adecuada terapia física y la utilización de compresas ocupan un lugar muy importante en el manejo postoperatorio de los problemas quirúrgicos. El manejo generoso de una inflamación postquirúrgica y el estiramiento de la mandíbula cuando ocurre trismus muscular puede ser de utilidad para evitar las inflamaciones. El frío será beneficioso en forma de compresas de hielo inmediatamente después del trauma quirúrgico; esto parece ayudar limitando a controlar el edema excesivo. Sin embargo después de las primeras 24 horas, el frío tiene poco valor, el ejercicio físico moderado de la parte lesionada ayuda a restablecer la circulación normal del área quirúrgica.

CONCLUSIONES

La cirugía de los terceros molares retenidos cuenta con técnicas apropiadas para cada retención. Es menester conocer ampliamente la región que se va a intervenir para lograr un buen tratamiento al problema ocasionado por la retención. Es importante señalar el uso de instrumentos adecuados para cada tratamiento ya que de estos podremos disminuir los traumatismos que pudieran presentarse en la cirugía.

El logro de la cirugía no sólo se debe a la técnica o al conocimiento del área en relación; los cuidados postquirúrgicos serán importantes para el éxito del tratamiento.

Sin aportar nada nuevo, es una visión sencilla de cada uno de los casos y las diferentes aplicaciones para resolver los problemas de las piezas dentarias incluidas o retenidas.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Aprile H. 1960. Anatomía Odontológica. Ed. Ateneo. México.
- Brien C. O. Richard. 1979. Radiología Dental. Ed. Interamericana. México 293p.
- Coll I. 1971. El Diente Impactado, Complicaciones. Ed. Interamericana. México 345p.
- Gostich R.E., W.P. Raymond. 1974. Ed. Interamericana. España. 675p.
- Kruger O. G. 1978. Tratado de Cirugía Bucal. Ed. Interamericana. México. 615p.
- Niels B. J. 1983. Anestesia Odontológica. Ed. Ateneo. México. 270p.
- Quiroz G. F. 1979. Tratado de Anatomía Humana. Ed. Pornea. México 280p.
- Ries A. C. G. 111978. Cirugía Bucal. Ed. Ateneo. Argentina. 724p.
- Rodríguez P. M. 1979. Anatomía Fisiológica e Higiene. Ed. Progreso. México 268p.