

232
21.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**EXTRACCION POR DISECCION DE
TERCEROS MOLARES RETENIDOS**

T E S I S

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

MARIA DE LOS ANGELES RAZO SILVA

RESPONSABLE DEL AREA: CMF. ROCIO GLORIA FERNANDEZ LOPEZ.

ASESOR: CMF. GRACIELA LLANAS Y CARBALLO.

Graciela Llanas y Carballo

MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE DE 1997



**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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

EXTRACCION POR DISECCION DE TERCEROS
MOLARES RETENIDOS

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
DEFINICIÓN	4
EXTRACCIÓN POR DISECCIÓN DE TERCEROS MOLARES	4
ANTECEDENTES GENERALES	5
CAUSAS DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS	5
CAUSAS DE LA IMPACTACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS	7
ASPECTOS HISTOPATOLOGICOS	9
CONSIDERACIONES EMBRIOLOGICAS	10
CLASIFICACIÓN DE TERCEROS MOLARES RETENIDO	14
CLASIFICACIÓN DA POR PELL Y GREGORY	14
CLASIFICACIÓN DE WINTER Y GINETT	15
CLASIFICACIÓN DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO	23
CONSIDERACIONES CLINICAS	25
CONTRAINDICACIONES	26
TÉCNICA QUIRÚRGICA	29
INSTRUMENTAL	29
HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE	30
TÉCNICA DE ANESTESIA	31
TÉCNICA QUIRÚRGICA DEL TERCER MOLAR INFERIOR	35
EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO	36
CLÍNICA QUIRÚRGICA CORRESPONDIENTE A LAS POSICIONES DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO Y	
TÉCNICAS EXODONICAS	43
OPERACIÓN DEL COLGAJO	50
ACCIDENTES	53
COMPLICACIONES DE TERCEROS MOLARES RETENIDO	55
FACTORES QUE COMPLICAN LA EXTRACCIÓN	57
CUIDADOS POSTOPERATORIOS	58
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAFIA	62

INTRODUCCIÓN

Es necesario el saber de un mejor tratamiento para así proporcionar un conocimiento más objetivo de la extracción por disección de los terceros molares, retenidos . Para así realizar una técnica quirurgica adecuada tomando en cuenta el porque de la retención del tercer molar, y va a ocasionar que desaparezcan los espacios de los terceros molares en la mandibula y maxilar ocasionando su retención o mal posición dentaria así como problemas patológicos, por lo cual sera necesario extraerlo y sus complicaciones que tendra en el momento de la cirugía y como se llevara a cabo para así saber como y cuando estara contraindicada o no sera necesario realizar el acto quirúrgico. Así como realizar la cirugía del tercer molar retenido y el tratamiento terapeutico que se llevara a cabo.

Con los conocimientos básicos más importantes y no ocasionar ninguna iatrogenia ni complicación. y el paciente tenga una mejor recuperación ,postoperatoria.

DEFINICIÓN

EXTRACCIÓN POR DISECCIÓN DE TERCEROS MOLARES

Se denomina dientes retenidos, o impactados, aquéllos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares y mantienen la integridad de su saco pericoronario fisiológico⁶.

La odontosección, facilita la extracción a cada uno de los fragmentos de la pieza dentaria, suele ser menos traumática y hace que la osteotomía pueda ser mínima.

La intervención consta de las siguientes fases:⁷

- 1.- Disección de un colgajo.
Disección de un colgajo mucoperióstico.
- 2.- Osteotomía.
- 3.- Odontosección.
- 4.- tratamiento del alveolo.

Odontectomía: es la extracción de dientes erupcionados en parte o no erupcionados de raíces retenidas que no se pueden escindir con la técnica de la pinza y por lo tanto, requieren resección quirúrgica. Los dientes que se impactan con mayor frecuencia son los terceros molares superiores e inferiores⁸

ANTECEDENTES GENERALES

CAUSAS DE LAS RETENCIONES DE TERCEROS MOLARES

Los antropólogos afirman que la cerebración del ser humano constantemente en aumento agranda la caja craneana a expensas de sus mandíbulas. La línea prehipofisiaria que se inclinaba hacia adelante desde la frente en recesión hasta la mandíbula en protusión en las forma prehumanas, se ha vuelto casi vertical en el hombre moderno a medida que ha disminuido el número de dientes. Una dieta mas blanda y refinada, que requiere menos masticación favorece esta tendencia, haciendo innecesario poseer aparato masticatorio poderoso.

El tercer molar inferior debe dirigirse hacia arriba y hacia delante siguiendo una curva de enderezamiento que le permita erupcionar en la encrucijada anatómica; cuando esto no es factible por lo general debido al patrón de crecimiento mandibular, que es genéticamente independiente del desarrollo volumétrico que han adquirido los dientes, el tercer molar se ve impedido en su progreso y adopta una posición anómala comprometiendo la disposición del resto de los dientes en la arcada produciendo accidentes mecánicos o bien involucrando estructuras vasculares y nerviosas vecinas.

Los seres humanos tienden a una progresiva reducción del tamaño de los maxilares, entre otros factores, por la preparación industrial de los productos alimenticios, lo que facilita la ingestión, sin gran esfuerzo, del aparato masticatorio. De este modo, encontramos un número considerable de pacientes que presentan en mayor o menor intensidad una cierta disminución del espacio destinado al alojamiento de los terceros molares en los huesos maxilares, y por lo tanto, variados grados y formas de retención.⁶

En el fracaso eruptivo de los terceros molares, se asume como protagonista la escasez de espacio en la arcada en el momento de su erupción, junto con la complejidad del trayecto intraóseo.⁶

La causa de los dientes retenidos va de acuerdo con tres teorías:¹⁷

La primera y principal es la teoría ortodóntica, ya que 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. Generalmente el hueso denso resulta de un retardo del movimiento hacia adelante y muchas situaciones patológicas ocasionarán condensación en el tejido óseo. Por ejemplo, infecciones agudas, trauma severo, mala oclusión y la inflamación local de la membrana periodontal puede incrementar la densidad ósea. La respiración bucal constante, generalmente provoca arcadas dentarias de menor tamaño y en consecuencia, aquellos dientes que hacen su erupción al último, no tienen espacio. Ocasionalmente, una pérdida temprana de los dientes deciduales puede causar una retención del desarrollo de la mandíbula y / o una mal posición de los dientes permanentes, dando por resultado inclusiones dentarias.¹⁷

La segunda teoría filogenética; la naturaleza trata de eliminar a aquello que no se usa y nuestra civilización con nuestros hábitos nutricionales cambiantes, prácticamente ha eliminado la necesidad humana para tener mandíbulas grandes y poderosas. Como resultado de esta función alterada, el tamaño de la maxila y mandíbula ha 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. ¹⁷

Teoría mendeliana. Parece probable que en forma hereditaria, tal como la transmisión de mandíbulas pequeñas de uno de los padres y dientes del otro -pueda ser factor etiológico importante en los dientes incluídos-. Ciertamente es posible que se produzcan , en forma artificial en algunos animales, ciertas irregularidades mediante manipulación genética. ¹⁷

Desafortunadamente, las retenciones no siguen un patrón; tienen diversas formas y tamaños y cualquier diente puede estar involucrado. También varían ampliamente en el grado de retención; algunos dientes están parcialmente en erupción mientras que otros se encuentran completamente encerrados en el hueso. ¹⁷

Causas de la Impactación de los terceros molares retenidos:

Causas prenatales.

- A. Herencia
- B. Mezcla de razas
- C. Sífilis
- D. Tuberculosis

E. Mal nutrición

Causas postnatales

F. Raquitismo

G. Anemia

H. Sífilis hereditaria

I. Tuberculosis

J. Falta de desarrollo en la caja torácica

K. Desnutrición

Condiciones raras

L. Disostosis acondroplasia.

M. Oxicefalia

N. Progenia Acrondoplasia

Paladar fisurado

ASPECTOS HISTOPATOLOGICOS

Consideraciones Embrilogicas

Hacia la tercera semana del desarrollo, el epiblasto estomodeal del embrión invade el mesénquima subyacente formando el muro inmergente el cual se exfolia en dos hojas llamadas lamina vestibular y lamina dentaria. Mientras la primera entra en citólisis y genera el vestibulo, la segunda emite una serie de prolongaciones digitiformes equivalente al numero de dientes caducos; a expensas de estas prolongaciones se forman las yemas dentarias que dan origen a los dientes primarios y las de los dientes que van a sustituirlos.¹²

La parte mas distal de la lamina dentaria progresa en el mesénquima como una sola prolongación que pronto se divide en pedículo en la yema dentaria del segundo y tercer molares, con la particularidad de que esta adoptara, con relación a la del segundo la misma disposición que las de los dientes definitivos con relación a los de los temporales, es decir como un diente de remplazo.¹²

El tejido pericoronario formaria en torno a la corona del diente una envoltura que viene denominándose "saco pericoronario" y entre ella y la superficie coronaria existiría un espacio virtual capaz de hacerse real ante un proceso inflamatorio. Por el contrario, en la actualidad hay quien piensa que dicho espacio virtual no existe y que la pretendida cavidad pericoronaria no es otra que un quiste de erupción.⁵

En estos casos la vía de entrada de infección será a través del surco crevicular del segundo molar o a expensas de la patología infecciosa de este diente. En ocasiones se invoca la vía hemática para explicar la infección en casos de retenciones óseas de terceros molares en los que no hay posibilidad aparente de contaminación a expensas del medio bucal.⁷

CONSIDERACIONES EMBRIOLOGICAS

Los molares de la dentición permanente no poseen predecesores deciduales, de modo que sus gérmenes dentarios no se originan de la misma manera. Cuando los maxilares han crecido lo suficiente, la lámina dental se extiende hacia atrás, por debajo del epitelio de revestimiento de la mucosa bucal dentro del ectomesénquima. Esta extensión posterior de la lámina dental da crecimientos epiteliales sucesivos que, junto con la respuesta ectomesenquimatosa asociada, forman los gérmenes dentarios del primero, segundo y terceros molares. Es debido a esta extensión hacia atrás de la lámina dental dentro de la rama montante de la mandíbula en formación que, a veces, puede haber dientes en esta porción ósea de la mandíbula adulta.¹²

De esta manera, todas las piezas dentarias de las denticiones primarias y secundaria se forman esencialmente del mismo modo, aunque en momentos diferentes. Toda la dentición primaria se inicia entre la sexta y octava semana de desarrollo embrionario, los dientes permanentes de reemplazo entre la vigésima semana intrauterina y el décimo mes después del nacimiento, y los molares permanentes entre la vigésima semana intrauterina para el primer molar y el quinto año de vida para el tercer molar.¹²

Los pasos que llevan al desarrollo de la dentición permanente final son complejos requiriendo un balance entre el desarrollo dental, el crecimiento de los maxilares, y el mantenimiento de la función. Sin que sea esto sorprendente, las perturbaciones de este complejo proceso de crecimiento a menudo son indicadores de alguna anomalía local o sistémica y, de esta manera, los patrones de desarrollo dentario y de erupción pueden tener

Mucho mas común es la erupción retardada de los dientes, ésta puede ser por deficiencias endocrinas nutricionales y algunos factores ocasionada por factores ausencia congénita de los dientes mas comun es la de los terceros molares permanentes. Los factores sistémicos que implican demoras en la erupción de los dientes pueden ser ocasionados congénitos, sistémicos o locales, predominando estos últimos. La genéticos.¹²

Los terceros molares sufren un complicado proceso evolutivo, en los que interaccionan la propia embriogénesis dentaria y el desarrollo del tejido óseo, que sufre un proceso de crecimiento y morfogénesis, junto con condicionantes mecánicos inherentes al hecho de que los terceros molares son los últimos dientes en ocupar un lugar en la arcada. Sobre esta base fisiológica, una desafortunada combinación de circunstancias anatómicas, constitucionales y/o patológicas, puede interferir con el proceso eruptivo, anulándolo o impidiendo su culminación normal y definitiva.

El germen del tercer molar se desprende del correspondiente a el segundo, como si se tratase de un diente de remplazo del mismo aparece entre los 5 y los 14 años de edad necesitando entre 7 y 9 años para completar su desarrollo refieren que a la edad de 10 u 11 años, son visibles en radiografías panorámicas el 90% de los terceros molares. El tercer molar maxilar se origina entre una zona de gran resistencia ósea (el arbotante pterigopalatino), y una cavidad neumática en desarrollo (el seno maxilar). Por su parte, el tercer molar inferior en un área ósea sometida a una intensa remodelación (retrocesión reabsortiva del borde anterior de la rama mandibular ascendente, y a posición de su borde posterior, lo que genera fuerzas morfogenéticas que, junto a la oblicua dirección original del germen dentario, da lugar a un trayecto eruptivo que dirige al tercer molar hacia la cara posterior del segundo de tal suerte que para alcanzar su posición funcional en la arcada, debe seguir un trayecto curvilíneo - curva de enderezamiento de Capdpou - que le permita sortear los obstáculos situados en su camino completándose el proceso a una edad promedio de 17 a 24 años. Durante su desarrollo, el tercer molar inferior cambia continuamente de posición antes de erupcionar o retenerse. Para Björk existen tres factores pronósticos que determinan el destino final de este diente: la dirección vertical del crecimiento condilar, el acortamiento de la longitud mandibular y el crecimiento alveolar reducido. En las fases iniciales de su desarrollo, el tercer molar inferior exhibe una inclinación mesioangular. Cuando ésta es de, como máximo, 35 grados, el 13% de los molares, en individuos menores de 20 años se enderezan al cabo de un año.⁶

CLASIFICACIÓN DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

Clasificación da por Pell y Gregory

Esta clasificación 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 con el eje longitudinal del segundo molar ¹⁰

1.-Relación del diente con respecto a la rama de la mandíbula :

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 tercermolar.

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

2.- Profundidad relativa del tercer molar en el hueso: ¹⁰

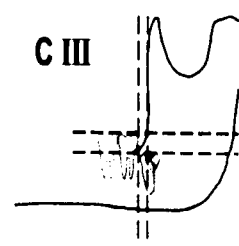
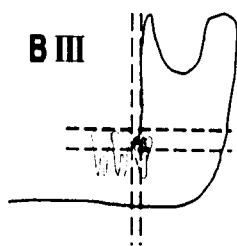
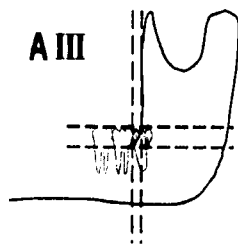
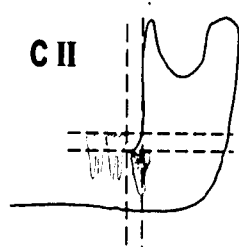
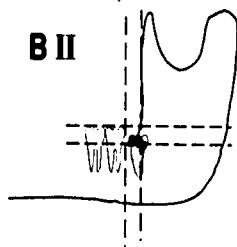
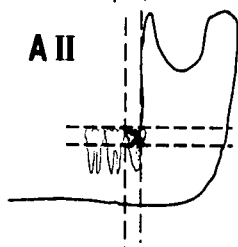
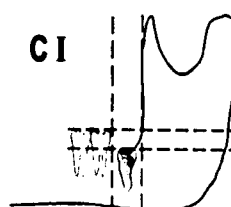
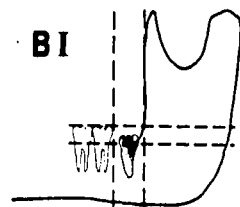
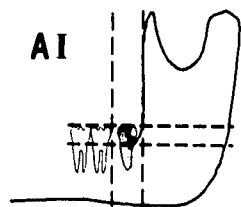
Posición A. La porción más alta del diente incluido esta nivel, o por arriba, de la superficie oclusal del segundo molar.

Posición B. La porcion mas alta de diente se encuentra por debajo de la linea oclusal pero por arriba de la linea cervical del segundo molar.

Posición C. La porción más alta del diente se encuentra por arriba y por abajo de la linea cervical del segundo molar.

3.- Posición del diente en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

- a. Vertical
- b. Horizontal
- c. Invertido



d. Mesioangular

e. Distoangular

Clasificación de Winter y Ginestet.

Entendemos por posición dentaria aquel lugar que ocupa el tercer diente molar en la arcada dentaria en relación con las estructuras que lo rodean.

Siguiendo a Winter y Ginestet, el tercer molar puede situarse en las siguientes posiciones, dadas por la dirección de su eje mayor.

Vertical .

Mesioangular. Su eje forma con la horizontal un ángulo entre 80 y 30 grados abierto hacia adelante.

Distoangular. Similar al anterior pero con el ángulo abierto hacia atrás.

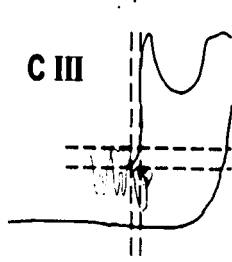
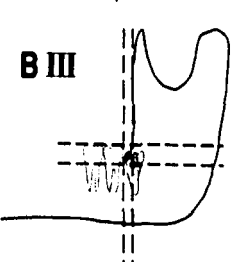
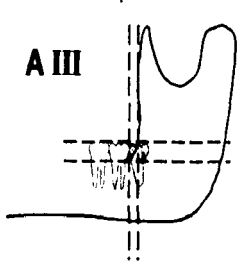
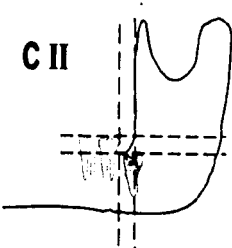
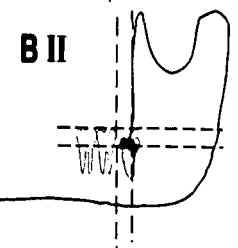
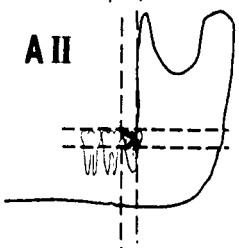
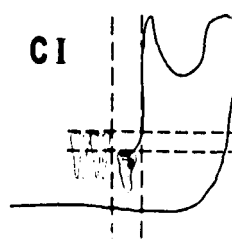
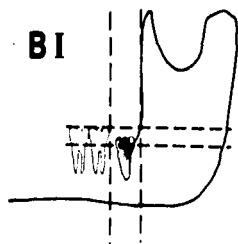
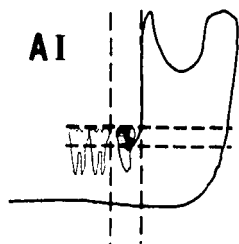
Horizontal

Mesioangular invertida. Eje oblicuo hacia abajo y hacia adelante entre 90 y 120 grados.

Distoangular invertida (teórica). Similar a la anterior con el eje oblicuo hacia abajo y hacia atrás.

Linguoangular. Eje oblicuo hacia lingual.

Vestibuloangular. Eje oblicuo hacia vestibular.



CLASIFICACIÓN DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

Clasificación da por Pell y Gregory

Esta clasificación 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 con el eje longitudinal del segundo molar.¹⁰

1.-Relación del diente con respecto a la rama de la mandíbula :

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 tercermolar.

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

2.- Profundidad relativa del tercer molar en el hueso:¹⁰

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

Posición B La porcion mas alta de diente se encuentra por debajo de la linea oclusal pero por arriba de la linea cervical del segundo molar.

Posición C. La porción más alta del diente se encuentra por arriba y por abajo de la línea cervical del segundo molar.

3.- Posición del diente en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

a. Vertical

b. Horizontal

c. Invertido

- d. Mesioangular
- e. Distoangular

Clasificación de Winter y Ginestet.

Entendemos por posición dentaria aquel lugar que ocupa el tercer diente molar en la arcada dentaria en relación con las estructuras que lo rodean.

Siguiendo a Winter y Ginestet, el tercer molar puede situarse en las siguientes posiciones, dadas por la dirección de su eje mayor.

Vertical .

Mesioangular. Su eje forma con la horizontal un ángulo entre 80 y 30 grados abierto hacia adelante.

Distoangular. Similar al anterior pero con el ángulo abierto hacia atrás.

Horizontal

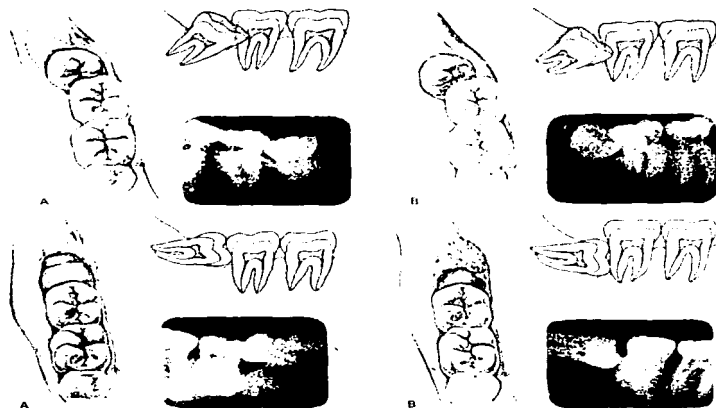
Mesioangular invertida. Eje oblicuo hacia abajo y hacia adelante entre 90 y 120 grados.

Distoangular invertida (teórica). Similar a la anterior con el eje oblicuo hacia abajo y hacia atrás.

Linguoangular. Eje oblicuo hacia lingual.

Vestibuloangular. Eje oblicuo hacia vestibular.

En relación con las estructuras que le rodean , el tercer molar puede estar cubierto total o parcialmente por mucosa, hablandose en este caso de retención submucosa; o puede estar cubierto por hueso oclusal e incluso por la rama ascendente de la mandíbula, en cuyo caso se habla de inclusión dentaria pudiendo ser esta, según Ginestet, superficial, mediana o profunda, dependiendo de la cantidad de hueso que la cubre.





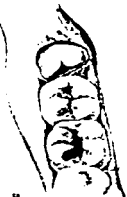
A



B

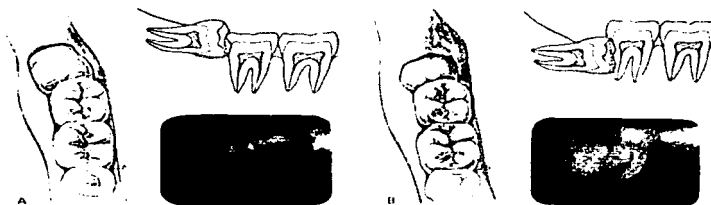


A

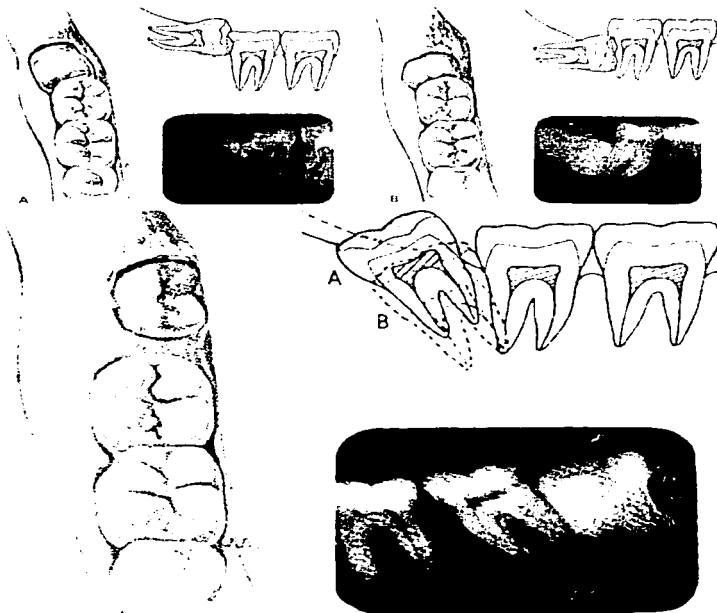


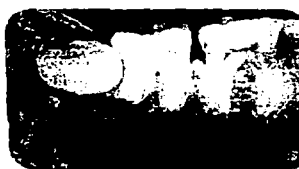
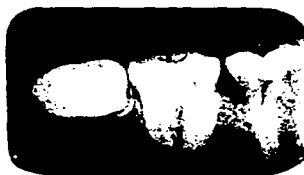
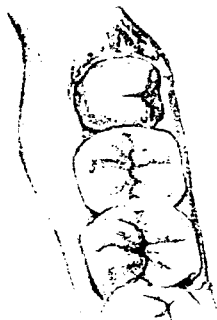
B

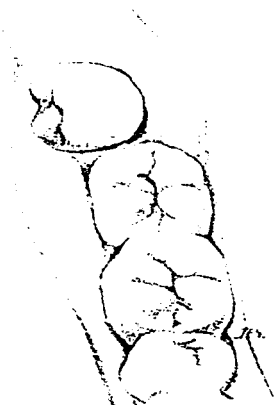








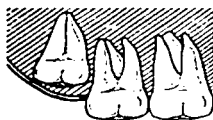




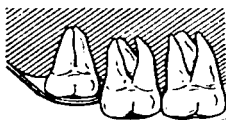
CLASIFICACIÓN DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO.

Las distintas posiciones que el tercer molar puede ocupar en maxilar superior son , las siguientes:²²

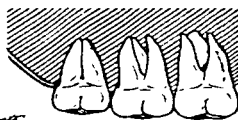
- a) Posición vertical. El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar. El diente puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso.
- b) Posición mesioangular. El eje del tercer molar retenido esta dirigido hacia adelante. En esta posición, la raíz del molar está vecina a la apófisis pterigoides. Esta posición y el contacto de las cúspides mesiales del molar superior retenido impiden su normal erupción.
- c) Posición disto angular. El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara tritुरante del tercer molar mira hacia la apófisis pterigoides, con la cual puede estar en contacto.
- d) Posición horizontal. El molar está dirigido hacia el carrillo , con el cual la cara tritुरante puede ponerse en contacto, dando los accidentes más arriba mencionados. La cara tritुरante del molar suele también dirigirse hacia la bóveda palatina o presentarse horizontal, forma rara, paralelo a la arcada dentaria, con su cara oclusal hacia mesial o distal.
- e) Posición para normal. El molar retenido puede ocupar diversas posiciones que no se encuadran en la clasificación dada.²²



I-infraoseo



II-sub-gingival



III-normal

CONSIDERACIONES CLINICAS

Los terceros molares, al igual que los restantes dientes de la arcada, pueden

lugar a manifestaciones patológicas que podemos englobar en: infecciones, mecánicas, tumorales y neurológicas. Si bien muchos terceros molares permanecen asintomáticos durante largo tiempo, otros ocasionan problemas, potencialmente graves.⁵

Indicación de la extracción . La exodoncia está claramente indicada en terceros molares incluidos sintomáticos. La indicación es menos clara en dientes asintomáticos. La mayoría de los procesos patológicos en dientes incluidos ocurren en dientes semierupcionados; existe una menor incidencia de problemas de problemas asociados con dientes totalmente incluidos.²¹

Pericoronitis

Patología dentaria del del tercer molar semierupcionado

Patología periodontal distal al segundo molar.

Manejo del dolor de causa inexplicable

Consideraciones ortodónticas

Prevención de fractura mandibular

Previamente a un tratamiento protésico

Previamente a radioterapia mandibular o inmunosupresión en pacientes con
contratamiento quimioterápico o en protocolo de trasplante.

Factores sociales y económicos.²¹

CONTRAINDICACIONES

La decisión para llevar a cabo cualquier exodoncia debe basarse en la valoración cuidadosa de los riesgos y beneficios potenciales. Las contraindicaciones básicas son edades extremas, la salud del paciente y la lesión quirúrgica a dientes o estructuras vecinas.²⁹

Edades precoces. Se considera que debe diferirse la exodoncia excesivamente precoz de los terceros molares hasta que pueda asegurarse el diagnóstico de impactación. Se considera exodoncia prematura si se lleva a cabo antes de que la raíz esté formada entre 1/3 y 2/3 de su longitud y si existe excesivo hueso de recubrimiento.²⁹

Edades tardías. La contraindicación más frecuente para la exodoncia del tercer molar es la edad avanzada. El hueso más denso y mineralizado dificulta la extracción y las secuelas postoperatorias son mayores. Si el diente ha estado retenido muchos años sin caries, es probable que esto ocurra. Por lo tanto, en un paciente de edad avanzada con un diente impactado sin signos de patología y que esté totalmente recubierto de hueso sin comunicación con la cavidad oral, no debe practicarse la exodoncia. Hay que controlar radiográficamente el diente impactado cada 1-2 años.²⁹

Un estado de salud físico y/o mental comprometido contraindica la exodoncia quirúrgica de un diente impactado asintomático. Si el diente produce sintomatología y es necesaria la exodoncia, debe consultarse a su médico e iniciar la preparación preoperatoria con el paciente para evitar al máximo las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias.

Un ejemplo de ello es el compromiso médico que se tendrá en las enfermedades sistémicas. La evaluación por sistemas. Se considerarán los trastornos que requieran una modificación significativa en la forma de administrar el tratamiento quirúrgico habitual.²¹

Enfermedades cardiovasculares (hipertensión, cardiopatía isquémica, angina de pecho, infarto al miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, patología vulgar arritmias. Consultar al cardiólogo.²²

Enfermedades pulmonares crónicas. Una historia de enfermedades pulmonares puede cursar con disnea, expectoración, bronquitis recurrente o neumonías, enfisema, exposición a toxinas ambientales, enfermedades sistémicas con afección pulmonar previa. En estas circunstancias, se debe estar alerta sobre la posibilidad de que exista una enfermedad pulmonar. El tabaco, la principal causa de enfermedad pulmonar crónica, es tóxico para el epitelio respiratorio y para sus cilios. Causa una alteración en el transporte del moco, y en consecuencia, una predisposición a la infección.²³

Enfermedades renales. La enfermedad renal compensada no es una contraindicación para la cirugía oral rutinaria. No obstante, en situaciones de insuficiencia renal aguda, el tratamiento debe limitarse al mínimo indispensable. Las enfermedades hepáticas. Las dos enfermedades de mayor interés para el cirujano maxilofacial son la hepatitis vírica y cirrosis. Los factores de riesgo quirúrgico todavía no se han definido totalmente.²⁴

Endocrinológicas Diabetes Mellitus. Enfermedad causada por un defecto de producción de insulina o por resistencia de sus receptores periféricos. Tradicionalmente se clasifica en diabetes mellitus insulino- dependiente. Afecta 2-5% de la población general. La mitad de estos pacientes son asintomáticos hasta que son sometidos a un factor estresante como la cirugía o una sepsis. Es en estas circunstancias cuando suelen aparecer las manifestaciones de hiperglucemia. Consultar a su médico.²⁹

Hipertiroidismo. Situación resultante de un exceso de hormonas tiroideas circulantes (T3, T4). Debido a enfermedades graves, bocio multi nodular o adenoma tiroideo. Consultar al endocrinólogo.²⁹

Enfermedades neurológicas .Epilepsia, trastornos convulsivos debido a enfermedades congénitas, traumatismos craneal o enfermedad cerebro vascular. Consultar neurólogo.²⁹

Hemostasia y sus alteraciones. La hemostasia es el proceso fisiológico mediante el cual se controla la extravasación de sangre de los vasos sanguíneos, a la vez que se mantiene su fluidez. Trastornos de la coagulación, trastornos del sistema hematopoyético, Anemias, leucenias. Tratamiento bajo cuidado médico.²⁹

TECNICA QUIRURGICA

Instrumental:

Pinzas de curación.
Espejo.
Explorador.
Mango de bisturi no. 3 Bard-parker
Legra de molt o periostomo howarth doble.
Separadores de farabeu.
Separadores de mead.
Cucharilla de lucas.
Pinzas hemostáticas de mosco rectas (129mm).
Pinzas hemostáticas de mosco curvas (129mm).
Pinzas de allis (139).
Pinzas de adson con un solo diente (120).
Pinzas de adson sin dientes (120).
Lima para hueso, fina de miller doble.
Canula de aspiración.
Tijeras de metzembaum curvas (178mm).
Tijeras de mayo (140mm).
Portaguas de Halsey o Converse(108mm).
Elevadores de bandera derecho e izquierdo.
Elevadores rectos.
Pieza de baja velocidad.
Fresas de fisura 703 L de Carburo

Material:

Campos quirúrgicos estériles para instrumental 60 por 60 cm.

Campos quirúrgicos estériles para paciente 80 por 100 cm. Con ojiva 18 por 8 cm.

Campo quirúrgico estériles para pieza de baja velocidad 100 por 12 con resorte en los extremo

Gorro.

Cubre bocas.

Bata quirúrgica.³

Historia Clínica del paciente.

Antes del acto quirúrgico será necesario tener en cuenta la importancia de está ya que su objetivo es, dar un análisis de diagnóstico preciso y adecuado a una situación clínica, basandose en todas las posibles fuentes de información que podamos tener a la mano, narrando los acontecimientos en un orden estrictamente cronológico y fidedigno. Así como dar un pronóstico, estableciendo el plan de tratamiento, y evitar la difusión de la enfermedad.¹⁰

Para ello es indispensable efectuar los llamados métodos generales de exploración, que son el interrogatorio, y la inspección, la palpación, la percusión, auscultación, percusión auscultatoria, punción medición y métodos de laboratorio.¹⁰

TÉCNICA DE ANESTESIA.

La anestesia local es la pérdida de sensación sin pérdida de la conciencia ni del control central de las funciones vitales. Los anestésicos locales actúan sobre cualquier parte del sistema nervioso y sobre cualquier fibra nerviosa. Tienen una acción reversible, con recuperación total de la función sin daño alguno para las fibras. Se diferencian por el periodo de latencia, la duración de acción, la toxicidad, la potencia y la sensibilidad del bloqueo.²¹

Los anestésicos se clasifican en:

Aminoésteres

a.- Procaína

b.- Tetracaina

Aminoamidas

c.- Lidocainas

d.- Mepivacaina

d.- prilocaina

e.- Bupivacaina

f.- Carticaina

Vasocostrictor; La duración de acción del anestésico local depende del tiempo de contacto real con los tejidos nerviosos. Contraindicaciones. Glaucoma de ángulo cerrado, taquicardia paroxística y arritmias ventriculares, hipertensión severa no controlada, hipertiroidismo y diabetes insulínica dependiente no controlada.²¹

Mecanismo de acción. Los anestésicos locales impiden la producción y conducción del impulso nervioso actuando sobre la membrana celular. Su acción consiste en un bloqueo de conducción al reducir la membrana a los iones sodio.²¹

Los anestésicos locales interfieren en la función de todos los órganos en los que existe conducción o transmisión de impulsos.²¹

Anestesia Infiltrativa.- Inyección de una solución de anestésico local de forma directa en el tejido que se debe incidir o estimular mecánicamente.²¹

Infiltración periapical.- Puede ser suprapariética o subperióstica. Actúa sobre las ramas terminales de los nervios dentarios y permite anestesiar encía, alveolo, ligamento periodontal y pulpa. Se consigue fácilmente introduciendo la aguja en el fondo del vestíbulo adyacente al diente a tratar. La infiltración subperióstica consiste en la inyección del agente anestésico entre periostio y hueso para crear una burbuja que aumenta la presión y la difusión.²¹

Infiltración intraligamentosa.- Anestesia del ligamento periodontal mediante la introducción vertical de la aguja, contactando con el diente en su sector mesial y distal.

Anestesia troncular. Inyección de un anestésico local en la proximidad de nervios periféricos, de forma que se interrumpe la transmisión nerviosa próxima al área infiltrada.

Anestesia del nervio maxilar.-²¹Vía supracigomática. Se localiza el ángulo formado por la apófisis orbitaria externa y el arco cigomático. Se introduce la aguja perpendicularmente a la piel y se profundiza unos 5 cm hasta penetrar por la hendidura entre el maxilar y la apófisis pterigoides. Se introduce 5 mm la aguja y se inyecta el anestésico local.²¹

Vía subsigmático-malar. Se localizan el borde inferior del hueso malar y el borde anterior de la apófisis coronoides. Se introduce la aguja perpendicularmente a la piel, hasta contactar con la tuberosidad maxilar, profundizando unos 5cm. Se atraviesa la hendidura pterigomaxilar, se introduce 10 mm la guja y se inyecta el anestésico local a la vecindad del agujero redondo mayor.²¹

Vía submalar anterior. Se localiza en el extremo anterior del borde inferior del malar. La aguja se dirige hacia arriba y hacia atrás y sigue la pared de la tuberosidad . Tras entrar unos 6-7 cm se realiza la inyección del anestésico local.²¹

Vía transigmoidea. Se localizan la apófisis cigomática, el cóndilo y el borde posterior del malar . Se introduce la aguja por la zona deprimida unos 5 cm hasta contactar con el hueso. Se rota la jeringa hacia atrás y abajo y se penetra en la fosa pterigomaxilar, inyectando el anestésico local.²¹

Anestesia de las ramas del nervio maxilar.

Nervio alveolar superoposterior. Se separan los tejidos blandos con el dedo índice y se introduce la aguja en sentido posterosuperior y medial en relación con la tuberosidad maxilar.²¹

Bloqueo del nervio mandibular.

Nervio bucal largo. Infiltración en la mucosa yugal al nivel de la línea alba, introduciendo la aguja a unos pocos milímetros.²¹

Nervio dentario inferior y lingual. Se aplica el dedo índice en el espacio triangular entre el borde anterior de la rama ascendente y la cresta oblicua externa. Se localiza el rafe pterigomandibular y se punciona en el espacio que se retrae lateralmente que queda entre el dedo y el rafe, entrando desde el primer premolar mandibular contra lateral. Se palpa el hueso, se retira la aguja 1 mm y se aspira. A continuación se inyecta lentamente la solución anestésica. Al retirar la aguja, se depositan unas pocas gotas para anestesiar en nervio lingual.

Nervio mandibular.- Técnica de Gow-Gates. Con la boca en máxima apertura, se palpa el borde anterior de la rama ascendente. Se punciona entre el músculo temporal y el pterigoideo interno, dirigiendo la aguja a la línea tragocomisural contralateral. Se introducen 25mm, se contacta con el cuello del cóndilo y se retira 1mm. Se inyecta 1 cartucho de anestesia local.²⁹

Técnica de Akinosi.- Con la boca abierta se palpa el borde anterior de la rama ascendente y se introduce un separador que retrae la mejilla. Se cierra la boca con la musculatura relajada. Se punciona entre la rama ascendente y la tuberosidad maxilar, con la aguja paralela al plano oclusal al nivel de la línea mucogingival del maxilar. Se aspira y se inyecta 1 cartucho de anestesia local.²⁹

También se tomara en cuenta las regiones anatómicas más importantes que hay que conocer adecuadamente. Obsérvese la línea de la incisión desde el borde anterior de la rama de la mandíbula, incluyendo el buccinador y , en parte el tendón del temporal. La incisión no debe situarse demasiado lingualmente, a causa de la arteria retromolar y , sobre todo, del nervio lingual, que está situado muy próximo a la cortical por lingual a nivel del tercer molar, y que puede ser herido en el transcurso de la intervención. Finalmente debe recalcar, que el nervio dentario pasa muy cerca de las raíces del tercer molar. En algunas ocasiones incluso llegan a tocarse.²

Después de que se ha evaluado al paciente, se ha revisado la historia clínica seleccionando el instrumental y decidido el tipo de anestesia que se va a usar, la atención debe dirigirse a los detalles de la cirugía. El paciente debe prepararse y colocarse los campos quirúrgicos de una manera aceptable para todo procedimiento de cirugía bucal básica. Realizar enjuagues con isodine por asepsia.²

Técnica quirúrgica del tercer molar inferior.

Posición vertical .los terceros molares verticales, pero con raíces normales, pueden ser extraídos sin demasiada dificultad si se hace la debida osteotomía. Los colgajos bucal y lingual se disecan .²

Se efectúa la osteotomía de la parte de hueso que cubre la corona de la pieza y, lo que es muy importante, se libera también el hueso de la parte distal del tercer molar, para efectuar las maniobras de luxación y extracción posteriormente.²

Extracción quirúrgica del tercer molar superior retenido.

Posición vertical. Se efectúa la incisión de Winter, la incisión bucal parte de la porción distal del proceso alveolar, y se dirige hacia afuera, rodea la tuberosidad del maxilar y asciende hasta las proximidades del surco vestibular donde termina. La incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso o corona del molar y en sentido anterior hasta el cuello del segundo molar. El colgajo mucoperiostico se desprende según sea ha señalado, con un periostómo, y se sostiene con un separador. La incisión permite un colgajo más amplio, que da mayor visibilidad.

Osteotomía: El hueso que cubre la cara trituyente se elimina con una fresa quirúrgica de baja velocidad. No. 703 con previa irrigación. En ciertos casos el hueso a nivel de la cara trituyente es tan frágil, que puede ser eliminado con una cucharilla para hueso, o con el mismo elevador. La osteotomía es menester, en todos los tipos de terceros molares superiores, ver, por lo menos, la cara bucal y mesial del retenido.

Vía de acceso a la cara mesial: La cara mesial será la superficie sobre la cual se aplicará el elevador para extraer el molar retenido. Si es accesible, no se requiere ninguna maniobra previa. Si no lo es, se necesitará eliminar el hueso del tabique mesial, que impide la entrada del instrumento. La osteotomía a este nivel se realiza con una fresa redonda.

Extracción propiamente dicha. Empleo de elevadores.

Técnica de empleo de elevadores: Se penetra la punta del elevador en el espacio existente entre la cara mesial del tercero y la distal del segundo molar. La introducción del instrumento se realiza merced de un débil movimiento rotatorio que se imprime al elevador. Actúa en su primer tiempo como cuña. En esta primera parte de su movimiento para llegar a su punto de aplicación, el elevador consigue luxar el tercer molar. Aplicación del elevador. El elevador de Winter, o el recto, se aplican, con su cara plana, sobre la cara anterior del diente. El instrumento debe estar dirigido en el sentido de una diagonal trazada sobre dicha cara.

Punto de apoyo: En general, es útil en la cara distal del segundo molar, o el tabique óseo en caso de existir este último.

Movimiento del elevador: Aplicando el elevador, separado el labio y carrillo con un espejo se inicia suavemente el movimiento de luxación del molar retenido. (Recordar el movimiento que hay que imprimir al maxilar inferior, para alejar la apófisis coronoides del sitio de la extracción. Para abandonar su alvéolo, el molar debe movilizarse en sentido de la resultante de tres direcciones de fuerzas; el molar debe ser dirigido hacia abajo y hacia afuera y atrás.

Por lo tanto debe desplazarse el mango del elevador hacia arriba, adentro y adelante, con punto de apoyo en la cara distal del segundo molar. Luxando el molar y si la fuerza aplicada no ha logrado extraerlo, Limpieza e irrigación del alveolo, quitar el saco folicular.

Sutura: Extraído el molar, revisado los bordes óseos, en especial el tabique externo y posterior, retirado el saco pericoronario con una pinza gubia, se aplica el colgajo en su sitio y se practican uno o dos puntos de sutura.

Posición mesioangular: La extracción del tercer molar en posición mesioangular debe estar condicionada por la dirección del molar y la cantidad de hueso distal. Algunas trabas pueden presentarse en esta extracción: la cantidad del hueso distal y el contacto del segundo. A nivel del maxilar superior, la elasticidad del hueso permite movilizar el molar, sin necesidad de seccionar el diente retenido. El contacto mesial está vencido por la posibilidad de mover el diente hacia distal. Por lo tanto, el problema en este tipo de retención reside en la osteotomía distal y triturante y en la preparación de la vía de acceso para el elevador. Esta vía de acceso necesita una mayor osteotomía en el lado mesial que en la retención vertical, porque el punto de aplicación del elevador ha de ser más alto. Para lograr este fin es menester también eliminar parte de la tabla ósea vestibular, que cubre la cara bucal del molar retenido.

La incisión.. La osteotomía se realiza con los mismos procedimientos ya señalados para los otros tipos de retenciones, requiriendo sólo una mayor escisión de hueso en distal, para descubrir al diente hasta nivel del cuello.

Empleo de elevadores. Se introduce profundamente el elevador, hasta llegar a aplicarlo sobre la cara mesial del diente. Los movimientos son los mismos, a excepción de que el molar debe ser dirigido primero hacia distal, para vencer el contacto mesial, y luego los movimientos de elevador dirigen al diente hacia abajo y afuera. En molares con raíces abiertas, con cementosis o dilaceradas, este movimiento debe ser hecho con lentitud y sin esfuerzos bruscos para evitar fracturas intempestivas.

Posición disto angular. La rama anteroposterior de la incisión debe dirigirse más distalmente que en los casos anteriores para evitar desgarros de la encía, en el desprendimiento del colgajo.

Osteotomía: Generalmente no hay hueso sobre la cara triturante, ni hacia distal. Sólo es menester preparar la vía de acceso en el lado mesial.

Empleo de elevadores: Se coloca el elevador sobre la cara mesial del tercer molar y éste se dirige hacia abajo y hacia atrás. Especial cuidado hay que tener en este tipo de retención, con la tuberosidad y la apófisis pterigoides. Movimientos bruscos pueden fracturarlas. Se emplearan elevadores de Winter o rectos. Estos instrumentos actuarán en su función de cuña o de palanca, cumplirán su objetivo si pueden introducirse fácilmente entre la cara distal del segundo molar y la cara mesial del tercero. Para cumplir con este cometido será útil, emplear en primer lugar el elevador izquierdo para el lado derecho (y viseversa) y luego el elevador correspondiente sutura.

Posición paranormal. Las distintas y variadas posiciones que pueden ocupar el tercer molar en ubicación paranormal, no permiten fijar una regla para su extracción. Como maniobra previa será menester realizar radiografías intraorales y una extraoral de perfil. La técnica estará dada por la disposición que presente el molar en el hueso y su relación con los molares vecinos. Algunos casos, son los menos, indican la extracción del segundo molar y aun del primero. Los molares colocados por encima de los ápices del segundo son mejor intervenidos practicando una incisión parecida a la que se emplea en la operación de Caldwell-Luc, como que la intervención a realizarse tiene muchos puntos de contacto con la operación radical del seno maxilar.²²



A



B



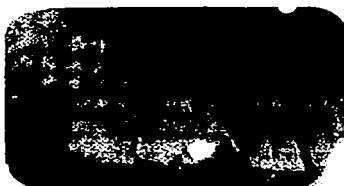
C



D

Fig. 1222. Técnica de la extracción de un tercer molar superior de extraído. Se realiza la extracción siguiendo un tipo de incisión A. Trajendo de incisión en forma angular (véase la incisión de la figura E) permite un menor colapso (B). Removiendo la incisión, se hace el desmenuamiento del colapso más experimentalmente utilizando un periostotomo. E: Incisión para la extracción del tercer molar superior. Esta incisión que llega hasta el segundo premolar, permite obtener un colapso más amplio y útil. F: El colapso retirado y sostenido con un separador. Este colapso es de gran utilidad, porque da un mayor campo operatorio que el presentado en la figura B. El secreto del éxito en la extracción del tercer molar superior consiste en que el cirujano debe ver la cara mesial del diente para aplicarlo con el elemento el elevador sobre dicha cara.





Clinica quirurgica correspondiente a las posiciones del tercer molar inferior retenido y técnicas exodoncias.

Posición vertical sin desviación.

Cara mesial accesible. Incisión. Para estos molares es suficiente una incisión mínima de profundidad, tal que el bisturí toque el hueso o la corona dentaria; se inicia sobre el tejido gingival que cubre la cara oclusal del molar retenido, algunos milímetros por detrás del angulo distooclusal de su corona se detiene a nivel de la lengüeta entre el segundo y primer molar, luego se festonea la mitad de la cara oclusal y bucal del segundo.

Desprendimiento del colgajo. Con el periostómo se desprende el colgajo en toda su extensión.²²

Osteotomía. Se indica la fresa No 703 de figura de carburo de tungsteno. La osteotomía distal se ajustara a la conformación y disposición de las raíces, para que la extracción siga las leyes de la cirugía atraumática.²²

Operación propiamente dicha. Por aplicación del principio de palanca, se coloca el elevador recto en el espacio interdentario; de modo tal, que su cara plana se adapte a la cara mesial del retenido y se gira el mango del instrumento en el sentido de las agujas del reloj, se desarrolla así la fuerza suficiente para desplazar el molar hacia arriba y hacia distal.²²

Las distintas disposiciones, desviaciones y cementosis radiculares exigen introducir modificaciones.²²

Cara mesial inaccesible. Generalmente se necesita un amplio colgajo que llegue hasta el primer molar. El molar con cubierta ósea mesial, parcial de la cara bucal en la mitad externa de la oclusal. La osteotomía mesial permitirá aplicar el elevador , y en otras caras, para efectuar las maniobras quirúrgicas subsiguientes.²²

El elevador aplicado sobre la cara mesial, hecha accesible, con la técnica dada en el tipo de retención anterior, luxará el molar hacia el lado distal.

Posición vertical con desviación bucal.

Cara mesial accesible. Incisión y desprendimiento de colgajo. La osteotomía y odontosección. La encrucjada ósea formada por el hueso bucal y distal, en proximidad con la línea oblicua externa; es preciso eliminar esta zona de protección de la cúspide bucodistal o del ángulo bucodistal de la corona.²²

Operación propiamente dicha. Siguiendo los principios señalados. El instrumento destinado a la extracción se aplica sobre la cara mesial; pero se crea un problema, por estar el molar en proyección bucal, lo cual produce un grado de superposición de un segmento de la corona del tercero sobre la del segundo; que así un espacio interdentario reducido que, dificulta la penetración de la hoja del elevador. Aplicado este instrumento sobre la cima del hueso bucal y en relación con la cara mesial del retenido, se procede como fue indicado en el primer tipo

Cara mesial inaccesible. La incisión. Puede trazarse procurando hacerla coincidir con el centro de la cara oclusal. Desprendimiento del colgajo. Debe dejar visibles las caras óseas, para facilitar la osteotomía.²²

Por su posición del molar, parte a toda la cara oclusal y también la mesial, pueden hallarse cubiertas por hueso. Se comienza la osteotomía por la cara mesial. Por su parte, la osteotomía bucal elimina hueso bucal necesario, dejando al descubierto el mayor diámetro del molar retenido, la osteotomía distal reseca la cantidad de hueso distal suficiente para permitir el desplazamiento, hacia el lado distal, del molar retenido de acuerdo con la disposición radicular como ya fue señalado.²²

Suprimidas las estructuras óseas que pudieran dificultar la operación, se aplica el elevador, introduciéndolo según lo indicado en el caso anterior, el elevador debe iniciar su cometido en función como cuña, para actuar después como palanca.²²

Retenciones profundas exigen una osteotomía cuidadosa e intensa.

Posición vertical con desviación lingual.

Cara mesial accesible. Presentándose el molar con sus caras libres de cubierta mucosa, la incisión se inicia en la cara distal del tercero, rodea su cara bucal y a partir de se inicia el trazo como en el esquema.²²

La osteotomía se inicia con una fresa. Libres sus caras de hueso (la mesial accesible) se aplica un elevador recto y se dirige el molar hacia arriba. Adentro y hacia el lado distal.

Posición vertical con desviación bucolingual.

A pesar de que la cara mesial esta el descubierto, las caras bucal y distal y en especial el ángulo distobucal de la corona y su cúspide están solidamente protegidos por hueso en relación y dependencia con la línea oblicua externa. Osteotomía. El trazado debe coincidir en lo posible con el centro de la cara oclusal; será por lo tanto ligeramente oblicuo en sentido bucolingual, acorde con la angulación que presenta el centro de la cara oclusal del retenido y se prolongara hasta el primer molar. El colgajo que se obtendra debe ser cuidadosamente desprendido, para que se descubra todas las caras del molar retenido; la osteotomía debera realizarse en bucal, distal, oclusal y lingual con fresa quirurgica. Se aplica un elevador de hoja angosta sobre la cara mesial accesible y se dirige el molar hacia arriba y hacia el lado distal. A veces es útil la eliminación del tercio distal de la corona o la división según el eje menor o mayor del molar.²²

Cara mesial inaccesible. La osteotomía es en bucal, distal y oclusal. Incisión. Osteotomía distobuco oclusal facilita las maniobras de extracción. Para extraerlo con el elevador aplicado sobre la cara mesial, hacia arriba y el lado distal; siesto no es posible por la dureza de la pared ósea distal o la disposición radicular, que exige la división del diente.²²

Posición mesioangular sin desviación.

Cara mesial accesible. Incisión se requiere una amplia preparación de colgajo útil. Se inicia sobre la mucosa, a nivel de la cara distal del retenido con un periostomo se desprende el colgajo. Se elimina hueso distal con la fresa quirúrgica. La extracción se realiza aplicando un elevador sobre la cara mesial y dirigiéndolo hacia arriba y hacia distal, o mediante una odontosección reservada para dientes con hueso pericoronario.²²

Cara mesial inaccesible. Incisión . Desprendimiento del colgajo se necesita una rigurosa osteotomía para permitir la aplicación del elevador. Eliminadas las estructuras que se oponen se procede como en el caso anterior.²²

Posición mesioangular con desviación bucal Incisión desprendimiento de colgajo.. Osteotomía distal y bucal. No habiendo problemas radiculares se procede con un elevador. Si lo hubiera se procede con la odontosección.²²

Cara mesial inaccesible. Incisión, desprendimiento de colgajo. Lograr un acceso quirúrgico. Se siguen las normas expuesta a otros casos.²²

Posición mesioangular con desviación lingual.

Cara mesial Incisión y desprendimiento del colgajo. Osteotomía por distal y lingual. Aplicación del elevador para la extracción propia mente dicha.

Cara mesial inaccesible. Incisión y desprendimiento de colgajo. Será una eliminación pequeña de hueso para permitir la entrada al elevador, osteotomía en bucal distal y lingual.

Posición mesial accesible.

Cara mesial accesible. Incisión y desprendimiento de colgajo que se superpone a la dirección del molar; por lo tanto se dirige hacia atrás y hacia adelante y de afuera hacia adentro y luego se festonea el colgajo se desprende en toda la cara oclusal y lingual.

Osteotomía bucal para tener el espacio necesario, osteotomía distal y debe eliminar toda la cubierta ósea distal, de la corona del retenido.²²

Se aplicara el elevador. Pero si el molar se encuentra situado profundamente, la extracción se hara por el metodo de la odontosección. Cara mesial inaccesible. Incisión y desprendimiento del colgajo. Se eliminara por la parte mesial. Tampoco se escatimara la osteotomía por la parte de diametro bucolingual. Cuando las condisiones lo indican será utilizado el elevador, pero la mayoría de las veces se realiza por odontosección.²²

Posición horizontal sin desviación.

Cara mesial accesible. Incisión y desprendimiento de colgajo. Osteotomía. Si no hay problemas se realiza co el elevador la extracción, pero si hubiera cementosis o raíces divergentes se debiera realizar la odontosección.²²

Cara mesial inaccesible. Incisión y desprendimiento del colgajo. Osteotomía. En casos contados se realiza la extracción con elevadores. Pero en la mayoría se resuelve con odontosección.²²

Posición horizontal con desviación bucal.

Cara mesial accesible. Estos molares muestran condiciones favorables para la cirugía destinada a su extracción. Incisión y desprendimiento de colgajo. Osteotomía. Se empleara el elevador recto, pero solo si se presenta la raíz con cementosis o cualquier otro problema. Se realizara la odontosección.²²

Posición horizontal con desviación lingual.

Cara mesial inaccesible, cara mesial accesible, tienen las indicaciones anteriores.

Posición disto angular si desviación.

Cara mesial accesible, cara mesial inaccesible.

Posición linguoangular.

Cara mesial inaccesible, cara mesial accesible.

Posición bucoangular. Cara mesial accesible o niaccesible.

Posición paranormal ectopica, invertida y heterotopica.

Para su tratamiento quirúrgico será .Incisión , desprendimiento del colgajo, osteotomía y odontosección.²²

Operación del colgajo:

Las indicaciones para operación del colgajo son:

- 1.- aumentar la visibilidad.
- 2.- Incrementar el abordaje quirúrgico
- 3.- Para eliminar el hueso.
- 4.- Para evitar lesión de los tejidos blandos.

Principios quirúrgicos fundamentales en la elaboración de un colgajo:

- 1.-Que tenga una base amplia, que asegure una buena irrigación.
- 2.-Que al colocarlo nuevamente en su posición original, los bordes del mismo descansen en un buen soporte óseo para reducir el acortamiento de la cicatrización y la contracción

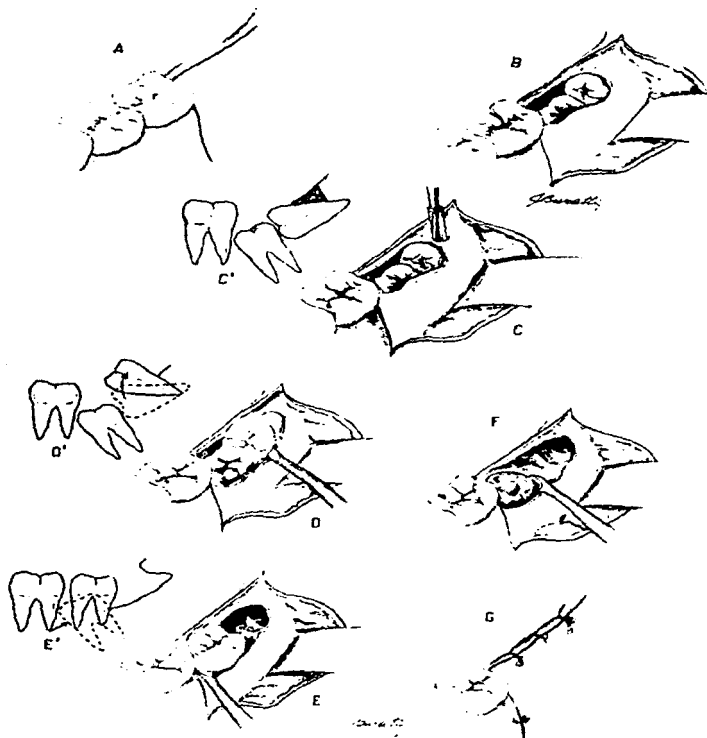
Después de terminar la extracción los bordes óseos filosos se liman. Realizar la limpieza de la cavidad. el curetaje, y eliminar el saco pericoronario, irrigación y hacerlo antes de cerrar la herida. Entonces se coloca el colgajo sobre el soporte óseo sólido y se sutura en esa posición.⁴

Las porciones profundas del colgajo deben presionarse mediante apósitos de gasa, adecuados para asegurar una buena aposición

En algunas circunstancias poco comunes se puede utilizar materiales de relleno en el defecto óseo. Las hidroxipatitas son osteoconductoras pero también son osteotróficas, es decir por sus propias características potencian la formación de hueso, cuando se encuentran presentes células osteogénicas.²⁰

Las partículas e hidroxipatita microporosa orgánica tienen la ventaja de que son progresiva y lentamente reemplazan el hueso huésped que crece desde el hueso autógeno y esto hace que se logre una estabilización más rápida y completa del implante con el lecho receptor potenciándose la incorporación y la reabsorción/remodelación fisiológica.

A los 8 meses se aprecia compactado y sólido. Se evidencia la reabsorción de los granulos de hidroxipatita.²⁰



ACCIDENTES

El tercer molar puede desplazarse dentro del antro por luxación excesiva o mal orientada con el eje con el elevador cuando existe poco o nada de hueso entre el diente y el seno. Por lo general esto sucede cuando la fuerza se dirige hacia adelante o adentro. Haciendo una cuidadosa evaluación de la radiografía en el preoperatorio, se identifica mejor la proximidad del seno.¹⁶

Durante el tallado de la incisión puede producirse una hemorragia profusa por sección de los vasos a los tejidos blando la cual se cohibe o bien con pinzas de hemostasia o bien mediante compresión.¹⁷

El desgarramiento del colgajo si no se sigue la norma de hacer la incisión hasta hueso, y el despegamiento de los tejidos blandos en bloque con el periostio.³

En tejido óseo los accidentes mas frecuentes son las quemaduras del hueso y de los tejidos blandos (labio), por mala refrigeración o por la atrición de los tejidos blandos si no están bien protegidos por el separador y se escapa la fresa.¹⁸

También es fácil que se produzcan fracturas de la cortical interna de la mandíbula o de la tuberosidad del maxilar, que pueden dar lugar a hemorragias profusas. En estos casos habra que proceder ala retirada del fragmento óseo, si este no es viable, y a la hemostasia con materiales reabsorbibles (surgicel, etc.), seguida de sutura cuidadosa, o con materiales no reabsorbibles, que se retiran a las 48 horas.¹⁴

En estas maniobras y dada la proximidad del tercer molar superior con el seno maxilar, puede verse afectado este ultimo y puesto en comunicación con la cavidad bucal. en tal caso se deberá ser, cauto y cerrar por primera intención con protección antibiótica para que no se instaure una fistula oroantral. ¹⁴

También en el momento del acto quirúrgico del tercer molar en mandíbula; si la fuerza no es la adecuada o la resistencia del hueso es minima, se pueden producir fracturas en el ángulo mandibular que habrá que tratar en el momento. ¹⁴

La pauta para seguir en estos casos será la extracción del diente, con sumo cuidado para no producir desplazamientos framentarios, y la fijación intermaxilar. ¹⁵

Otras veces es el propio, diente el que se fractura a nivel del ápice generalmente angulado, en estos casos es preferible la abstención ante el sacrificio del hueso y la posible lesión de estructuras vecinas (conducto dentario, seno maxilar, etc.).

La "huida" del diente en el que se va a practicar la exodoncia a una región vecina. En este caso el procedimiento no consiste en buscarlo a toda costa; es mucho mas aconsejable demorar el acto quirúrgico con el objeto de localizar el diente radiográficamente, para que despues una persona experta realice la operación. ³

COMPLICACIONES DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS

El recuerdo del dolor tiene un papel importante en la practica de la cirugía oral y puede contribuir a la renuencia de los pacientes para recibir atención dental. Estos recuerdos desagradables se pueden utilizar para evaluar el éxito o el fracaso de los analgésicos. El dolor generalmente perdura durante 12 horas y alcanza su máxima intensidad entre las tres y cinco horas.⁶

En la remoción quirúrgica de los terceros molares retenidos total o parcialmente con frecuencia se produce daño a tejidos adyacentes lo que ocasiona una reacción inflamatoria secundaria que con frecuencia se asocia con dolor y edema postoperatorio.

El proceso inflamatorio postcirugía es una respuesta fisiológica normal considerada como necesaria para la reparación, sin embargo cuando ésta ocurre en forma excesiva produce un incremento en el dolor postoperatorio provocando mayor edema y limitación de la apertura.⁶

La osteitis alveolar (alveolo seco, es una condición dolorosa que ocurre después de extracciones dentarias, y se presenta con una frecuencia mucho mayor después de la remoción de terceros molares mandibulares.⁷

Es básicamente un osteomielitis focal en la que se ha desintegrado o perdido el coágulo sanguíneo con producción de olor fétido, dolor intenso, pulsátil con irradiación hacia el oído, así como la ausencia de supuración. El trastorno deriva su nombre del hecho de que después de que se pierde el coágulo el alveolo tiene un aspecto seco debido al hueso expuesto. Esta complicación por lo regular surge durante los primeros días después de la extracción pero se sabe que se presenta incluso en una semana o después de dicho procedimiento. El alveolo seco es muy doloroso y por lo regular se trata mediante inserción de relleno que contiene un amortiguador. El hueso expuesto esta necrosado y la cicatrización de dicha herida es extremadamente lenta.^{7,14,15}

Lesiones como trismus, parestesia labial o lingual, nervios relacionados con terceros molares. Deficit sensitivo. Disestesia que persiste tras cuatro a seis meses tiene una provabilidad de ser permanente.¹⁴

La incidencia de lesión del nervio lingual, tras la extracción de terceros molares inferiores oscila entre un .6 y un 2% siendo sus secuelas desastrosas pues la anestesia sensitiva hemilingual ipsilateral, se añade una ageucia, consecutiva a la lesión de las fibras del nervio cuerda del timpano incluida en aquel.

Factores que complican la extracción:

Fragilidad de la tuberosidad, si se hace palanca con demasiada fuerza con el elevador, la tuberosidad se puede fracturar. Para evitar esto conviene retirar suficiente hueso entorno al diente y / o hacer una odontotomía. •

ESTA TESIS
SALIR DE LA NO DEBE
BIBLIOTECA

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

El tratamiento postoperatorio despues de la cirugia del tercer molar incluido es potencialmente angustiante para el paciente debido a que presentara como primeras secuelas despues de la extracción los sintomas que son los más comunes : dolor, inflamación y límite de apertura.¹⁴

Para disminuir estas molestias se administrarán analgesicos antes del procedimiento quirúrgico, ya que son necesarios para la disminución del dolor y tener una mejor analgesia .

También es necesario que el paciente siga las siguientes indicaciones que le ayudaran a una mejor cicatrización:¹⁶

- 1.- Los primeros pasos de cicatrización son ayudados manteniendo los tejidos en reposo.
- 2.- La actividad fisica debe ser limitada, guardando reposo durante las primeras 24 horas a 48 hrs. Consecutivas a su operación. Al acostarse mantener la cabeza elevada mediante una almohada.
- 3.- Eventualmente puede ocurrir un ligero sangrado , el cual se controla ejerciendo presión firme mediante una gasa sobre el sitio sangrante durante 45 minutos.

- 4.- Cierta grado de malestar o dolor pueden presentarse. Se debe prescribir analgésico.
- 5.- Es normal que se presente inflamación al rededor del área intervenida. Con el fin de minimizar se recomienda aplicar compresas heladas durante 30 a 45 minutos cada hora sólo el día de la operación.
- 6.- Mantener una dieta liquida y abundante durante el día de la cirugía es importante.
- 7.- En caso de que esté tomando algún medicamento, sigalo haciendo, a menos se indique lo contrario.
- 8.- Evitar fumar lo menos posible durante 48hrs.
- 9.- Al día siguiente de la intervención realice enjuagues cuidadosos de agua tibia con sal 3 veces al día. Puede usted iniciar su higiene tan pronto como lo tolere.
- 10.- Las suturas serán retiradas en su próxima cita.
- 11.- Tome todos los medicamentos que se le prescriben en forma regular, si alguno de ellos crea una reacción desagradable hacerlo saber con la brevedad posible.
- 12.- Al día siguiente de la intervención puede iniciar la dieta siempre y cuando la tolere.¹⁶

CONCLUSION

Los terceros molares retenidos son ocasionados son ocasionados por la actual nutrición de dietas blandas que es la causa principal de falta de espacio en la arcada en el momento de su erupción que va de acuerdo con su retención con tres teorías la ortodóntica, filogenética y la mendeliana.

Pero que tienen la importancia necesaria para que los terceros molares no tengan el suficiente espacio en las arcadas del maxilar y mandíbula.

Debido a su posición e inclusión del tercer molar los han clasificado y las más importantes son las de Pell y Gregory y Winter y Ginestet es muy necesaria tomar en cuenta estas clasificaciones para cuando se debe realizar la cirugía de los terceros molares incluidos .

También habrá procesos patológicos ocasionados por estos y serán los casos en los que habrá indicación de la cirugía o por profilaxis para evitar estas. Pero habrá ocasiones en que se contraindicara su extracción debido a que no cause ningún problema patológico.

Quando es necesaria la cirugía del tercer molar incluido se tendrán en cuenta y se conocerá bien la región anatómica en la cual se trabajara así como las posibles complicaciones que pueden haber y tratar de evitarlas al máximo.

Para así no ocasionar una atrofia severa. También será bueno llevar a cabo un tratamiento postoperatorio adecuada para que así se hayan cumplido los objetivos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Tratado de Cirugía Bucomaxilofacial, Gustavo O. A. Kruger, Editorial Interamericana. Primera edición. 1986. Pp 75,84,85.
- 2.- Atlas de Cirugía Oral. Herluf Bim, Jens, Erik Winther. Salvat editores. Pp 67,82.
- 3.- Cirugía bucal y maxilofacial. Daniel M Laskin. Editorial Panamericana. Pp. 79,65.
- 4.- Cirugía Oral, J.S López Arrans. Editorial Interamericana. 1991. Pp 281,282,286, 307.
- 5.- Revista R. O. E. Del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de España. Razones para la extirpación de terceros molares no erupcionados. Vol. I No. 6 noviembre 1996. Pp417, 424.
- 6.- Revista cubana de Estomatología. Retención compleja de terceros molares asociada a los quistes de los maxilares . Vol. 29 No. 2 Julio diciembre. 1992. Pp139,134.
- 7.- Revista del ADM. Osteitis alveolar posterior a la remoción de terceros molares mandibulares con utilización de un antiséptico enjuagues. Dr. Sergio, Dr Federico Rosales Martínez, Dr. José Martín Toranzo Fernández.

- 8.- Revista del ADM. Estudio comparativo entre el ibuprofeno, buprenorfina y ketarolac en el control postoperatorio del dolor en remoción de terceros molares. Dr. Victor Manuel Hernández Márquez, Dr. José Martín Torranzo Fernández, Dr. Francisco Guevara. Vol. LII, marzo-abril 1996. No. 2. Pp 99-102.
- 9.- Revista ADM . Estudio comparativo entre ibuprofeno, dexametasona y betametasona en el control del edema en cirugía de terceros molares retenidos. Vol. LIV , marzo abril 1997. No. 2 . pp88-91 . José Honorio Olvera Delgado.
- 10.- Practical Oral Surgery . Archer .1936 . pp91.
- 11.- Revista Cubana Estomatología. Análisis de las complicaciones postoperatorias de los terceros molares retenidos inferiores retenidos. Vol. 24. No. 1. 1990. Manuel Estrada Sarmiento y Mario Montalvo. Pp 224.
- 12.- Histología Oral. Ten Cate. 2ª. Edición. Pp 343, 344.
- 13.- Journal Maxillofacial Surgery. Germectomy or Delayed Removal of mandibular impacted third molars. Vol. 53. 1995. Matteo Chiapasco, Michele Crescentini and Gloria Romanoni. Pp 418-422.
- 14.- Journal Maxillofacial Surgery. The effects of postoperative preparatory information on the clinical course following, third molar extraction. Vol 52 1994. Warren p. Valerand. Pp1165-1170.
- 15.- Journal Oral Maxillofacial Surgery. The relation ship of the lingual nerve to the mandibular third molar region: anatomic study Vol. 53. Anthony Po Grel, Andrew Renaut. 1995. .pp 1178-1181.

- 16.- Revista Cubana de Estomatología. El tratamiento quirúrgico ambulatorio de los terceros molares retenidos. Juan Carlos Paredes Díaz, Raymundo Hernández Pérez y Luis P Serjas Vardivia 1991. Pp34.
- 17.- Tratado de Cirugía Bucal Práctica. Editado por Daniel Waite. 2º. Edición 1984. Pp150, 134, 143.
- 18.- Neoplasias Orales, Dr. Francisco javier Ochoa Carrillo, CD Rocio Gloria Fernández López. Primera edición 1996. Pp33,34.
- 19.- Ortopedia Maxilofacial Clínica y aparatología Biomécanica Terrance J. Spahl . Edición 1991. Pp181-182.
- 20.- Técnica de Elevación sinusal injerto Subantral de inducción ósea SalagaryLaberti, Jaime Lozada Lorencez. Edición 1993. Pp 154-159.
- 21.- Guillermo Raspall. Cirugía Oral.1991. pp466.
- 22.- A. Ries Centeno. Cirugía bucal. Novena edición 1991.pp 265-314.23.
- 23.- Harrison . 12 edición . Principios de la medicina Interna.1991. pp 1196.
- 24.- Introducción al Estudio de las enfermedades. William Boyd. 1º. Edición 1990. Pp466.
- 25.- Manual de control de infecciones. Javier Portilla RobertsonC.D.M. Gutierrez VenegasC.D. M. O. Beatriz Aldape Barrios C.D M.O ,Javier Lamadrid Contreras, C.D. Edición 1994.pp 12.