

Lej. 912



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

**Tratamiento de los Terceros
Molares Retenidos.**

T E S I S

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

**María de la Luz Sánchez Cruz
Rosario López López**

MEXICO, D. F.

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

I N D I C E

Págs.

TRATAMIENTO DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS

Introducción	1
CAPITULO I Historia Clínica	3
CAPITULO II Estudio Preoperatorio	12
CAPITULO III Estudio Radiográfico	20
CAPITULO IV Consideraciones Generales.....	34
A) Definición	
B) Clasificación	
C) Etiología	
CAPITULO V Estudio Clínico y Patológico de los terceros molares retenidos.....	54
CAPITULO VI Cirugía de los terceros molares superiores retenidos.....	79
CAPITULO VII Cirugía de los terceros molares inferiores retenidos.....	86

CAPITULO VIII Tratamiento Posoperatorio.....	131
Conclusiones	139
Bibliografía	141

INTRODUCCION

El propósito de esta tesis es dar una idea de la importancia que tiene la extracción de los terceros molares impactados o retenidos. También describir los posibles trastornos que provoquen, como son: accidentes por la infección de su saco pericoronario, produciendo una complicación apical o periodóntica de un diente vecino. La infección del saco puede traducirse en procesos de distinta índole; inflamación local, dolores, aumento de temperatura local, abscesos y fistulas.

Es importante tomar en cuenta los accidentes nerviosos producidos por estos dientes. La presión que ejerce sobre dientes vecinos, sobre sus nervios y sobre troncos mayores, es posible origine algias de intensidad, tipo y duración variables.

Mencionamos las medidas importantes, que el cirujano dentista deberá tomar en cuenta antes de realizar dicha extracción de los terceros molares retenidos. Como son: - Historia clínica, estudio preoperatorio, radiológico, consideraciones generales, estudio clínico y patológico.

- Así como diversas técnicas para el procedimiento quirúrgico que sea necesario según su posición, su relación con la rama ascendente, y tejidos adyacentes.

Hacemos énfasis en la necesidad de entender los principios fundamentales de las técnicas para la extracción

con el menor traumatismo posible.

Evitar las complicaciones locales y generales, pero en caso de que llegaran a presentarse, saber actuar de inmediato, ya que pone en peligro la salud del paciente.

I.- HISTORIA CLINICA

Una adecuada historia clínica es útil para establecer el diagnóstico y planear el tratamiento, representa un medio excelente para establecer buenas relaciones con el paciente. Como métodos de diagnóstico tenemos: Interrogatorio, Exploración Física Análisis de lo anterior y Exámenes de Laboratorio.

INTERROGATORIO.- Es una conversación profesional planeada que permite al paciente comunicar al clínico sus síntomas, sensaciones y a veces sus temores. El interrogatorio puede tener la siguiente información:

Nombre _____ Sexo _____ Edad _____
 Domicilio _____ Tel. _____ Ocupación _____

Estos datos nos permiten precisar la identidad del paciente.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

Mediante estos antecedentes se obtiene información de las enfermedades importantes que hayan padecido los familiares cercanos. Como la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, trastornos cardiacos, psiquiátricos o neuróticos, ciertas variedades de cáncer, la hemofilia, la diabetes y otras.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Se interroga al paciente acerca de las enfermedades que ha padecido.

Fiebres eruptivas _____
Antecedentes Diatíficos _____
Antecedentes Fímicos _____

ANTECEDENTES TRAUMATICOS Y QUIRURGICOS.

Se anotan los traumatismos que haya sufrido el paciente a lo largo de su vida, y tipos de operaciones, antigüedad, consecuencias y secuelas de éstas.

PADECIMIENTO ACTUAL.

Que el paciente describa con sus propias palabras - sus padecimientos, aparición e intensidad de los mismos, fenómenos que lo acompañan y fenómenos que los disminuyen, y si ha tenido tratamientos.

A continuación mencionamos algunas preguntas importantes sobre aparatos y sistemas.

CARDIOVASCULAR.

- ¿Le dijo el doctor alguna vez que estaba enfermo del corazón?
- ¿Tuvo algún ataque cardiaco alguna vez?
- ¿Le dijo el doctor alguna vez que tenía un soplo o ruido anormal en el corazón?
- ¿Sufrió alguna vez fiebre reumática o mal de San Vito?
- ¿Tuvo presión arterial alta alguna vez?
- ¿Se ha desmayado en alguna ocasión?
- ¿Le falta el aire después de subir un piso por las escaleras?
- ¿Se le hinchan los tobillos en el día?
- ¿Siente dolores en el pecho o en el corazón?

GASTROINTESTINAL.

- ¿Ha sufrido úlcera de estómago, duodeno, o péptica?
- ¿Sus materias fecales llegan a ser negras alguna vez?
- ¿Encontró sangre alguna vez en su orina?
- ¿Tiene usted Diabetes sacarina?
- ¿Sufre usted de estreñimiento?
- ¿Siente usted la boca seca?

RESPIRATORIO.

- ¿Percibe bien los olores?
- ¿Ha padecido de tuberculosis?
- ¿Sufre usted de tos frecuente?
- ¿Padece sinucitis crónica o aguda?

¿Sufre usted de dolor frecuente de la garganta?

NERVIOSO.

¿Recibio tratamiento o medicamentos para un problema emocional o para los nervios?

¿Tiene algún problema de nerviosismo o de tensión?

¿Se siente a menudo triste, deprimido o melancólico?

Hematológico.

¿Ha sufrido hepatitis o ictericia?

¿Sufrió anemia, o pérdidas de sangre?

¿Llega a sangrar por la nariz una vez al mes?

¿Sangra o sufre de moretones con más facilidad que otras personas?

¿Es retardada su cicatrización?

ALERGIAS.

¿Tuvo urticaria alguna vez?

¿Existen medicamentos que no puede tomar porque es alérgico a ellos, o porque le produzcan molestias?

¿Es usted alérgico a la penicilina?

¿Es alérgico a la aspirina o no puede soportarla?

¿Sufre brotes o abscesos de algún tipo en la piel?

¿Hay algún alimento que no pueda comer porque lo vuelve enfermo?

GENITO URINARIO.

- ¿Sufrió en alguna ocasión sífilis o alguna enfermedad venerea?
- ¿Tiene dificultad al orinar?
- ¿Cuántas veces orina al día?

PARA MUJERES.

- ¿Tiene reglas irregulares?
- ¿Cuándo fue su última regla?
- ¿Está tomando píldoras anticonceptivas?
- ¿Sufrió un sangrado menstrual excesivo durante los dos últimos años?
- ¿Existe dolor antes de la menstruación?
- ¿Está usted embarazada?
- ¿Cuántos embarazos ha tenido?
- ¿Cuántos abortos ha tenido?

AGUDEZ VISUAL

- ¿Tiene algún problema en los ojos?
- ¿Usa usted anteojos?

CONFORMACION DEL PACIENTE

Estatura
Peso

SIGNOS VITALES**Pulso****Presión Arterial****Temperatura**

Con el interrogatorio obtenemos información del estado de salud del paciente y con esto planear el tratamiento odontológico y evitar posibles riesgos.

EXPLORACION FISICA

La exploración no sólo debe ser a la cavidad bucal, sino también a las partes expuestas del organismo.

Se observará el aspecto general del paciente, marcha, si existen movimientos anormales, implantación, textura y calidad del pelo, se registrarán algunos datos de signos vitales como: temperatura, pulso y presión arterial. - Se deben evaluar las reacciones emocionales del paciente, estado nutricional, características de la piel, petequias o erupciones, y si es posible se anotarán los reflejos pupilares a la luz.

EXPLORACION BUCAL Y ORGANOS VECINOS.

Buscar adenopatías por palpación, examinando ganglios linfáticos superficiales y profundos del cuello, colocándose detrás del paciente y pidiéndole que incline la cabeza hacia adelante. Además buscar algunos signos de hipertrofia de la tiroides.

Examinar los labios. Sus zonas laterales a un centímetro de la línea media del labio inferior palpar en el borde del bermellón la dureza del labio, el filtrum, buscar partes induradas en la zona bucal. Con una gasa secar el labio para ver si las glándulas están permeables.

Mucosa Yugal. Observar el conducto de Stenon, con los dedos índices ordeñar la glándula parótida.

Paladar. Observar la integridad, el paladar blando zonas laterales a la úvula, y si existe presencia de torus palatino.

Piso de Boca. Se recurre a la palpación bidigital o bimanual, usando guantes o dedos de caucho; se observan - amígdalas, su tamaño e integridad, presencia de púes o úlceras, inflamación, coloración y placas bacterianas.

Lengua. Pedir al paciente que saque la lengua, tomarla con una gasa, se mueve hacia un lado y a otro, se trata de observar papilas, luego que la levante hacia el paladar para observar el espacio sublingual.

Observar con detalle, usando espejo y explorador, - los dientes y sus tejidos de sostén, buscar caries, maloclusiones, falta de desarrollo, zonas de contacto, gingivitis, transtornos peridentales y fístulas.

Para confirmar el diagnóstico se pueden solicitar - radiografías y estudios de laboratorio.

La información de las pruebas de laboratorio se pueden aprovechar para establecer la naturaleza de la enfermedad del paciente. Mediante muestras obtenidas de la cavidad oral: raspado de la mucosa de la boca, biopsias, to---

rundas con exudado, así como los análisis de sangre y de -
orina pueden brindarnos información de gran utilidad para -
el diagnóstico de lesiones bucales. Y con esto se puede -
detectar alguna enfermedad general en fase temprana y con--
vencer al paciente para que consulte a su médico.

II.- ESTUDIO PREOPERATORIO

Arce define el tiempo preoperatorio como: "La apreciación del estado de salud de una persona en vísperas de operarse, con el fin de establecer si la operación puede ser realizada sin peligro y, en caso contrario adoptar las medidas conducentes a que ese peligro desaparezca o sea reducido al mínimo".

En la preparación previa para la cirugía, el dentista tiene la obligación de conocer el estado físico y mental del paciente y estar preparado a las posibles circunstancias complicantes, esto puede obtenerse mediante una adecuada historia clínica.

Las medidas preoperatorias pueden clasificarse en: Generales y Locales. Generales.- Son las que se refieren a todo el organismo. Locales.- Las que se realizan en el campo operatorio, antes de la intervención.

Dentro de las medidas Generales tenemos las siguientes indicaciones: Exámen de orina, tiempo de coagulación y sangría. Con los estudios de laboratorio preoperatorios nos daremos cuenta de la presencia del algún transtorno hemorrágico que puede tener consecuencias graves. El preoperatorio puede ser clave para reducir al mínimo las complicaciones postoperatorias.

En los datos de la historia clínica preoperatoria debemos incluir antecedentes exactos sobre fármacos adminis

trados, si existe duda sobre dependencia de fármacos deberá someterse al paciente a dosis de mantenimiento del fármaco al cual se haya habituado para evitar los ataques del gran mal postoperatorios.. La suspensión en pacientes fisiológicamente adictos a sedantes o barbitúricos pueden producir - delirio, convulsiones o ambos.

También es importante conocer el estado nutricional del paciente antes de operar. El paciente quirúrgico deberá tener equilibrio nutricional durante todas las fases de su diagnóstico y terapéutica, así como en la convalecencia.

En un paciente sano para cirugía bucal lo que se - necesita para lograr un equilibrio nutricional es, un programa parenteral no complicado o un programa bucal de alimentación o ambas cosas, que mantengan volúmenes circulatorios adecuados, evite la deshidratación o el desequilibrio de electrolitos y evite la lisis de proteínas corporales. - En caso de aconsejarse este programa puede suministrarse - con cantidades apropiadas de agua, glucosa, sal y potasio.

La administración intravenosa de soluciones de dextrosa al 5 por 100 (salina al 0.25 por 100), dentro de la - tolerancia del volumen líquido diario (de 2 500 a 3 000 ml en el adulto promedio sano) proporcionarán aproximadamente un tercio de los requisitos calóricos (de 500 a 600 calorías) de un adulto promedio, sano en reposo y sin fiebre.

En pacientes debilitados por enfermedad crónica o - desnutrición, en pacientes incapaces de comer adecuadamente

a causa de traumatismos o complicaciones quirúrgicas, se requiere una planeación cuidadosa e hiperalimentación. Si hay necesidad de un complemento vitamínico, deberá administrarse bucal o parenteralmente.

Medicación Preoperatoria.

El uso adecuado de antibióticos puede reducir la infección posoperatoria en cirugía bucal. Actualmente es aceptada la terapéutica de penicilina bucal, parenteral o combinada.

Cuando se eliminan terceros molares impactados especialmente si esta involucrado el paquete vasculonervioso dental inferior se justifica usar preoperatoria y posoperatoriamente corticoesteroides y antibióticos de amplio espectro. Tomando en cuenta las contraindicaciones absolutas de este tratamiento: tuberculosis, herpes simple ocular, y psicosis aguda. Contraindicaciones relativas: úlcera, anastomosis intestinal, insuficiencia renal, hipertensión, diabetes sucarina y otras.

Según los datos obtenidos en la historia clínica se deberá administrar fármacos adecuados la noche anterior al día de la operación.

Estudios de Laboratorio Preoperatorios.

Constituye una ampliación de la exploración física.

Si se interpretan a la luz de la información procedente del interrogatorio y de la exploración física, con frecuencia - los resultados de los análisis confirman o establecen una - impresión diagnóstica.

A continuación mencionamos algunos datos de cifras normales:

VALORES NORMALES DE LAS PRINCIPALES PRUEBAS DE LABORATORIO

ANALISIS DE ORINA

Volúmen	800 c.c. - 1600 c.c.	bilirrubina	negativa
Densidad	1000 - 1035	hemoglobina	negativa
Ph	5 - 6	leucocitos	1 a 2 - por cam- po.
Glucosa	negativa		
Acetona	negativa	eritrocitos	negativo
Albumina	negativa	piocitos	negativo

PRUEBAS DE COAGULACION

Tiempo de protrombina	12 y 15 segundos
Tromboplastina	60 a 90 segundos
Plaquetas	150 000 a 500 000 por mm ³ de sangre.

QUIMICA SANGUINEA

Autoanalizador	Química Sanguínea
Glucosa	60 a 90 mg % autoanalizador 65 a 100 mg % Nelson Somogyi
Urea 20 a 30	21 a 32 mg % Ormsly
Acido Urico 2 a 4	2.4 a 5.5 mg % Brown
Creatinina 0.5 a 0.8	1 a 2 mg % Folin
Calcio (adultos)	9 a 11 mg %
Fósforo (adultos)	3 a 4.5 mg %
Magnesia sangre 1.9 a 2.5 mg %	
Magnesia orina 0.7 a 10.9 mg %	
Nitrógeno total no proteico NTNP	25 a 35 mg %
Fosfatasa alcalina (adultos)	1.5 a 4.5 U. Bodansky/100 ml.
Fosfatasa ácida	0 a 1.1 U. Bodansky - 100 ml
amilasa sérica	80 a 150 U. /100 ml
Lipasa	0 a 1.1 U. /100 ml
Sodio	138 a 148 mEq/L
Potasio	3.7 a 5.6 mEq/L
Cloro	99 a 111 mEq/L
CO ₂	25 a 29 mEq/L

PRUEBAS ORDINARIAS DE TENDENCIA
HEMORRAGICA

Tiempo de sangrado (Duke)	de 1 a 3'
Tiempo de sangrado (Ivy)	de 2 a 6'
Tiempo de coagulación (Lee White)	de 5 a 8'

BIOMETRIA HEMATICA

Glóbulos Rojos	4 - 5.5 millones por mm ³
Glóbulos Blancos	5000 - 10 000 por mm ³

Fórmula Leucocitaria Normal

Variedad	Porcentaje	Número absoluto por mm ³
Globular		
Neutrófilos	60 - 70	3000 - 7000
Basófilos	0.1 - 1	0 - 100
Eosinófilos	1 - 3	50 - 300
Linfocitos	20 - 35	1000 - 3500
Monocitos	2 - 6	100 - 600
Concentración de hemoglobina		13 - 16g por 100 ml de sangre

Hematócrito nos da un volúmen de glóbulos rojos.

Hematócrito hombre 40 - 50 %

Hematócrito mujer 35 - 45 %

Un hematócrito menor de estas cifras indica anemia.

Un hematócrito mayor de estas cifras indica policitemia.

MEDIDAS ANTISEPTICAS PREOPERATORIAS

Es muy importante tomar en cuenta estas medidas anti-sépticas para disminuir en un alto porcentaje los riesgos - y las complicaciones posoperatorias.

Asepsia.

Las bases de la asepsia se deben aplicar a la cirugía bucal; el uso de los antibióticos y el mejoramiento de los métodos de anestesia, tanto local como general han revolucionado la práctica de la cirugía.

El uso de los antibióticos no debe disminuir el cuidado meticuloso en la asepsia, ya que la infección de la herida puede acarrear el fracaso completo de la operación - o prolongar el proceso de curación.

Antes de cualquier operación la boca debe limpiarse bien mercesin en toda la cavidad bucal y la lengua, o bien ser cuidadosamente lavada con una solución de agua oxigenada o un antiséptico cualquiera y pintada con tintura de merthiolate.

Todos los instrumentos deben ser esterilizados y colocados en una charola cubierta por una toalla estéril.

En la región operada sólo deben introducirse gases-

o esponjas estériles. Las manos del operador deben estar limpias, tanto como los brazos hasta los codos deben capillarse cuidadosamente con agua y jabón durante diez minutos enjuagándose frecuentemente con agua corriente, después de lo cual las manos y los brazos se lavan con alcohol antes de ponerse la bata estéril que abrochará la enfermera.

En cirugía mayor de la boca todos los campos deben ser estériles y el operador y sus ayudantes deben llevar cubrebocas, gorros, batas y guantes de hule también estériles.

El cirujano y sus ayudantes esterilizan el campo operatorio y los instrumentos por medio del calor, sustancias químicas y fármacos que poseen propiedades antisépticas, germicidas o bactericidas.

III.- ESTUDIO RADIOGRAFICO.

Técnica para la toma radiográfica del Tercer Molar Inferior retenido.

Radiografía Intraoral.

Posición del Paciente.- estará sentado en el sillón, cuyo respaldo estará perpendicular al suelo.

Posición de la cabeza.- la cabeza estará ligeramente hacia atrás, de manera que la línea oclusal del maxilar inferior se encuentre horizontal.

Posición de la película.- la película se coloca en el interior de la boca, con su eje mayor horizontal, el borde superior de la película paralelo a la arcada y no sobresaliendo de la línea oclusal más de tres o cuatro milímetros.

El borde anterior de la película debe estar colocado a la altura de la cara mesial del primer molar, o más distalmente si las condiciones anatómicas lo permiten.

En la radiografía deben verse con precisión el diente a extraer en toda su extensión, las partes óseas vecinas y el segundo molar.

Posición del Aparato de Rayos X.- el cono del aparato debe estar colocado perpendicular a la película. El ángulo vertical correcto es de 0°.

El rayo central debe ser dirigido al centro de la película aproximadamente ubicado a nivel del espacio interdentario entre el segundo y el tercer molar.

Radiografía Oclusal.

Posición del Paciente.- el respaldo del sillón se inclinará hacia atrás.

Posición de la cabeza.- la cabeza reclinada, - - - descondiendo el cabezal todo lo que le permita la comodidad del paciente. Luego se rotará la cabeza hacia el lado opuesto al del molar a radiografiarse.

Posición de la Película.- la película dental será colocada entre ambas arcadas dentarias, lo más distalmente posible. El paciente morderá con mucha suavidad la película. Su ángulo distobucal estará ligeramente hacia arriba, - con el fin de permitirle insinuarse entre la rama montante del maxilar inferior y la tuberosidad del maxilar superior. De ésta manera la película puede ser llevada más hacia atrás.

Posición del Aparato de Rayos X. el cono del aparato se coloca por debajo del borde inferior de la mandíbula-

de manera que el rayo central sea perpendicular a la película y pase a través del maxilar y del eje mayor del molar retenido.

La radiografía oclusal dará ubicación del tercer molar en su relación bucolingual, la cantidad de hueso existente del lado bucal y del lado lingual, la relación del molar con la rama ascendente y la dirección anteroposterior - del molar.

Radiografía Extraoral.

Posición del Paciente.- el respaldo del sillón verticalmente colocado.

Posición de la cabeza.- ligeramente inclinada hacia atrás, y en un ángulo de 20 a 30°, respecto al eje central, hacia el lado a radiografiar.

Posición de la película .- la película para radiografía extraoral se guarda dentro del chasis, con pantalla reforzadora. El chasis se coloca con el eje mayor vertical apoyado sobre la cara del lado a radiografiarse, tomando - amplio contacto con la región de la rama ascendente y del - borde inferior del maxilar. La película debe estar en lo - posible, paralela al plano vertical de la rama ascendente.- El paciente sostiene el chasis con la palma de su mano. La nariz debe guardar con el chasis las siguientes distancias:

- a) Región Molar _____ nariz 2.5 cm del chasis.
 b) Región Bicuspídea _____ nariz 1.25 cm del chasis.
 c) Región Canina _____ nariz tocando el chasis.
 d) Región Incisiva _____ nariz y mentón tocando el -
 chasis.
 e) Rama Ascendente _____ colocar la película de pla-
 no, al lado de la cara.

Posición del Aparato de Rayos X.- el tubo en ángulo de 0°. Se coloca, por debajo del ángulo del maxilar, - opuesto al que se va a radiografiar, para evitar así la superposición de la rama del hueso que resta nitidez a la película. El rayo central atravieza de esta manera las regiones blandas del piso de la boca y lengua cruza la cara - interna del maxilar, el órgano dentario a radiografiar, - siendo sensiblemente perpendicular a la película.

Resultados de la radiografía Extraoral.- los resultados de la radiografía extraoral, no pueden compararse con los de la radiografía Intraoral. La exodoncia del tercer molar inferior retenido exige una cantidad de datos radiográficos, cuya exactitud sólo la da la película Intraoral.

Puntos a considerar en la radiografía del tercer molar.- el primer detalle de interés en el estudio radiográfico del tercer molar retenido, se refiere a su posición en el hueso, su relación con los molares vecinos, forma coronaria y radicular, osiestructura.

Posición y Desviación del Tercer Molar.- la radiografía nos muestra claramente la posición de el eje del ter

cer molar con relación al segundo y el tipo de desviación - que presenta.

Posición del Segundo Molar.- la dirección del segundo molar es de interés en el acto quirúrgico, ya que su cara distal es un punto útil en la aplicación de la fuerza. Deberá estudiarse cuidadosamente clínica y radiográficamente, su solidez, estado y posición.

Posición del molar retenido con el borde anterior - de la rama montante.- Se clasifica la retención del molar en relación con la rama montante.

Profundidad relativa del Tercer Molar en el hueso.- es importante su estudio ya que el grado de profundidad va en relación a la aplicación a de una técnica, la cantidad - de hueso a researse.

Estudio de la corona del tercer molar.

a) Forma de la corona.- puede tener distintas formas variando de su forma anatómica normal.

b) Tamaño de la corona.- existen molares con gran corona y molares con corona muy pequeña; existe gran variedad en cuanto a su tamaño.

c) Estado de la corona.- puede estar invadida por caries o procesos patológicos que afecten la resistencia y solidez del órgano dentario.

Caries de la corona.- si la corona está afectada por caries la resistencia que presenta a la fuerza que se le aplica, puede estar disminuída, por lo cual la corona se fractura, complicando así la extracción.

Fractura de la corona.- puede ser de grado variable, con exposición de cámara pulpar, originadas en maniobras previas a la extracción. Las causas de la fractura, de la corona, parcial o total, se deben a distintos factores, que Winter clasifica en la siguiente forma:

- 1) Aplicación del elevador con gran presión sin realizar, antes en el sitio óseo de resistencia la osteotomía necesaria.
- 2) La aplicación del elevador en una superficie que no es lo suficientemente fuerte como para resistir la presión necesaria.
- 3) Impropia aplicación del instrumento.
- 4) Incorrecto estudio de la disposición radicular.
- 5) El uso, como punto de apoyo, de una parte de la osiestructura que no puede ser empleada para éste fin.

Estudio de las raíces del tercer molar.

Ambas raíces dirigidas distalmente.- Forma frecuentemente de disposición radicular. Las raíces dirigidas hacia distal dan al molar una disposición arqueada.

Raíz distal recta, raíz mesial dirigida hacia distal.- las raíces dispuestas en ésta forma encierran un séptum interradicular de tamaño variable. Las raíces pueden estar fusionadas en su extremo apical.

Raíz mesial dirigida hacia distal y raíz distal dirigida hacia mesial.- pueden presentar distintas variaciones. La forma y dimensiones del séptum interradicular también es variable.

Ambas raíces rectas.- es poco común. El tamaño de las raíces puede variar; el interséptum también puede variar.

Ambas raíces fusionadas.- presentan la forma de un cono, su base de implantación es el cuello del molar. El tamaño de las raíces fusionadas varía.

Raíz mesial recta y raíz distal dirigida hacia mesial. La curvatura de la raíz distal constituye un sólido anclaje para el tercer molar retenido. El tamaño del séptum varía según la disposición radicular y la resistencia -

que opone a la extracción está de acuerdo con el grado de curvatura hacia mesial, de su raíz distal.

Ambas raíces dirigidas hacia mesial.- la disposición de las raíces en ésta forma provoca graves dificultades.

Raíz distal dirigida hacia distal y raíz mesial hacia mesial.- la divergencia radicular exige el seccionamiento del molar y la separación de sus raíces.

Raíces supernumerarias.- pueden presentarse en número y disposición variables.

Errores en la interpretación radiográfica de las raíces del tercer molar inferior retenido.

Técnica radiográfica insuficiente.- Con técnica inadecuada, las raíces del tercer molar pueden parecer de distinta forma que la que normalmente le corresponde.

También se considerará incorrecta la radiografía cuando no abarca en su totalidad el órgano dentario a extraerse; radiografías en las cuales aparecen amputados los ápices radiculares.

Anomalías radiculares no visibles en la radiografía. Dilaceraciones hacia bucal o lingual, cementosis en los mis

mos sentidos, curvatura de los ápices; pueden no estar re--
producidos en la radiografía por superposición de planos -
o porque las distorsiones tienen lugar en la misma direc--
ción de los rayos y originan muy pocas variantes en las ra--
diografías.

El séptum radicular del tercer molar.- Debe ser -
cuidadosamente estudiado en la radiografía. Depende de la-
forma, tamaño y dirección de las raíces; sus dimensiones es-
tán relacionadas con el anclaje que el molar tiene en el -
hueso.

Cuando las raíces convergen, pero encierran gran -
cantidad de hueso, el séptum es sólido y ofrece gran resis-
tencia a. acto quirúrgico.

El hueso distal.- Dependiendo de la posición del -
molar, el hueso que lo cubre por distal se extiende en gra-
do variable sobre su cara distal o sobre la parte de su ca-
ra triturante.

Contacto del segundo y tercer molar.- El contacto-
entre la corona del tercero (cara triturante, cúspides me-
siales) y la cara distal del segundo, en su corona o raíz -
son variables.

La posición ósea entre el segundo y tercer molar.-
Es variable según la posición del tercer molar. El inter-
séptum es el lugar conveniente como punto de apoyo los ele-
vadores. Por lo cual, su disposición y dimensiones serán -
consideradas con éste fin.

La cara mesial del tercer molar.- La cara mesial - del tercer molar es muy importante en la extracción de éste diente. Las posibilidades de acceso a ésta cara mesial deben ser estudiadas radiográficamente.

El espacio interdentario.- El espacio triangular - existente entre la cara mesial del tercer molar, la cara - distal del segundo y el borde libre del hueso, tiene distinta forma, disposición y tamaño, según el tipo de retención.

La corona del segundo molar.- Tamaño, forma, disposición, estado clínico.

El estudio radiográfico del segundo molar debe ser analizado. El segundo molar en ciertas ocasiones puede ser útil punto de apoyo para los elevadores. En cuanto al tamaño y forma del segundo molar debe ser estudiado previamente a la extracción mediante el examen clínico y radiográfico.

Las coronas pequeñas o excesivamente grandes pueden ser inconvenientes en la aplicación del elevador. El segundo molar puede encontrarse también, parcial o totalmente retenido.

Las raíces del segundo molar.- Si las raíces del - segundo molar son crónicas o están fusionadas, éste diente puede ser fácilmente luxado junto con el tercero. Por lo - cual deben tomarse las precauciones necesarias.

El conducto dentario.- La posición y las relacio--

nes del conducto dentario con los ápices del tercer molar deben ser estudiado en la radiografía.

Estudio de la Radiografía Oclusal.

Nos ayuda a conocer la relación del molar con las -
tablas externa e interna y la distancia y cantidad de hueso entre las caras bucales y linguales con las caras externa e interna del maxilar, también podemos observar las desviaciones del molar en sentido bucal, lingual o bucolingual.

Identificación Radiográfica.

Sin desviación.- No hay superposición de las imágenes del tercer molar, con el segundo, no es visible la cara oclusal del tercero.

Desviación Bucal.- Hay superposición de las imágenes del tercer molar con el segundo; no es visible la cara oclusal del tercero.

Desviación Lingual.- No hay superposición de las imágenes de las coronas de ambos molares; es visible la cara oclusal del tercero.

Desviación Bucolingual.- Hay superposición de las imágenes de ambas coronas; es visible la cara oclusal del tercer molar.

Técnica para la toma radiográfica del Tercer Molar Superior Retenido.

Posición del tercer molar.- Cuando el tercer molar presenta su cara vestibular, verticalmente dirigida, aunque el molar se encuentre en posición mesio o distoangular, su imagen radiográfica es aproximadamente normal. En cambio, en las desviaciones hacia bucal o lingual, el molar aparece acortado en la radiografía, y en ciertos casos su parte radicular, por superposición de planos no es visible.

Posición del segundo molar.- El segundo molar puede estar desviado hacia distal. Deben ser considerados, además de la posición del molar, la posición y estado de la corona (integridad, caries, obturaciones, piezas de prótesis), y la posición y forma de las raíces.

El hueso que cubre la cara triturante.- El estado, la cantidad y disposición del hueso que cubre la cara triturante del molar retenido debe ser cuidadosamente estudiados en la radiografía. La existencia o ausencia del saco pericoronario deben ser consideradas.

El tabique mesial.- Su forma y dimensiones, está dado por la posición del molar. En la posición vertical, estando en contacto el tercero y el segundo, éste espacio es nulo o mínimo. En la posición distoangular éste espacio tiene una forma triangular, a base inferior.

El hueso distal.- La cantidad de hueso en la región distal puede ser variable. En algunas ocasiones la

trituyente del molar puede estar en contacto con la apófisis pterigoides.

La corona del tercer molar.- Tamaño, forma y estado de la corona.- La corona puede ser más pequeña o grande que la normal. La forma puede también variar. La corona en algunas ocasiones está disminuida en su resistencia por caries de grado variable. Aún en retención intraósea total, la corona puede estar profundamente cariada.

Las raíces del tercer molar. Generalmente están fusionadas en una masa única. Pueden presentarse separadas y dirigidas en distintas direcciones; pueden no estar aún calcificadas.

Vecindad con el seno maxilar.- El tercer molar en ciertos pacientes está muy vecino al seno y en algunos casos sus raíces llegan a hacer hernia en el piso sinusal. La extracción del tercer molar puede ocasionar en éstos casos, una comunicación patológica con el seno maxilar, o el molar puede ser proyectado en ésta cavidad.

Vecindad con la apofisis pterigoides.- El molar puede estar en íntimo contacto con la apofisis pterigoides. Existe el peligro de fractura en los esfuerzos operatorios. La tuberosidad del maxilar es susceptible de presentar el mismo riesgo y ser arrancada en el curso de una extracción, aún la de un molar normalmente erupcionado.

Acceso a la cara mesial.- La radiografía debe indi

car la facilidad de acceso a ésta cara, o fijar la necesidad de una osteotomía del tabique mesial, para permitir la colocación del instrumento.

IV.- CONSIDERACIONES GENERALES

A.- DEFINICION

Se denominan dientes retenidos, impactados o incluidos a aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

La retención dentaria puede ser:

Retención intraósea y

Retención subgingival

Se dice que hay retención intraósea cuando el diente está completamente rodeado por tejido óseo. Y retención subgingival cuando el diente esta cubierto por la mucosa gingival.

Pueden quedar retenidos en los maxilares cualquiera de los dientes temporarios, permanentes o supernumerarios. Es un hecho raro la retención de los temporarios. Pero puede ser posible la denominada inclusión secundaria por una acción mecánica de los dientes vecinos, que vuelven a introducir al diente temporario dentro del hueso de donde provenía.

B.- CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGUN WINTER, BASANDOSE EN CUATRO PUNTOS.

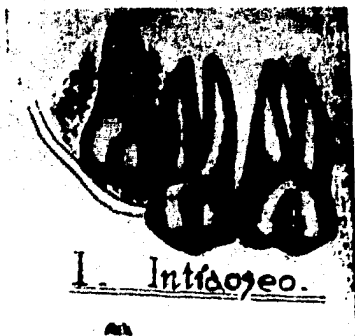
- 1.- Posición de la corona
- 2.- Forma radicular
- 3.- Naturaleza de la osiestructura que rodea al molar retenido.
- 4.- Posición del tercer molar en relación con el segundo.

POSICION DEL TERCER MOLAR RETENIDO.

En el maxilar inferior se pueden encontrar distintas posiciones.

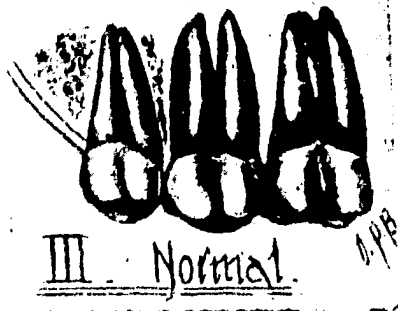
- 1.- Retención vertical. Puede estar total o parcialmente cubierto por hueso. Se caracteriza en que su eje mayor es paralelo al eje mayor del segundo y primer molar.
- 2.- Retención horizontal. El eje mayor del tercer molar es perpendicular a los ejes del segundo y primer molar.
- 3.- Retención mesiangular. El eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar, formando un ángulo de 45° .
- 4.- Retención distoangular. El tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama montante; la corona ocupa dentro de esta rama una posición variable de acuerdo con el ángulo en que está desviado.
- 5.- Retención invertida o Paranormal. El tercer -

RETENCION DENTARIA



RETENCION INTRAÓSEA

Cuando el diente este completamente rodeado por tejido óseo.

II. Sub-gingival.

RETENCION SUBGINGIVAL

Cuando el diente esta cubierto por la mucosa.

molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior - del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal.

6.- Retención Bocoangular. Su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados el primero y el segundo molar. La corona del molar retenido está dirigida hacia bucal.

7.- Retención Linguoangular. El eje del diente es perpendicular al plano en que están orientados el primero y el segundo molar. La corona del molar retenido está dirigida hacia el lado lingual.

DESVIACION DEL TERCER MOLAR EN RELACION CON LA ARCADA.

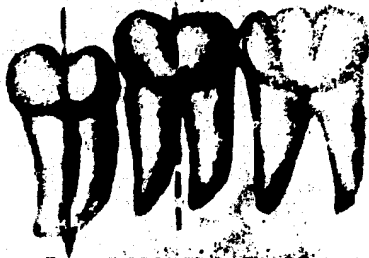
a.- Normal (sin desviación) El tercer molar sigue la forma oval de la arcada.

b.- Desviación bucal. El molar está dirigido hacia afuera del óvalo de la arcada.

c.- Desviación lingual. El molar está dirigido hacia el lado lingual de la arcada.

d.- Desviación bucolingual. El molar está dirigido hacia el lado bucal y su cara oclusal está desviada hacia la lengua.

POSICION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

vertical

RETENCION VERTICAL

horizontal

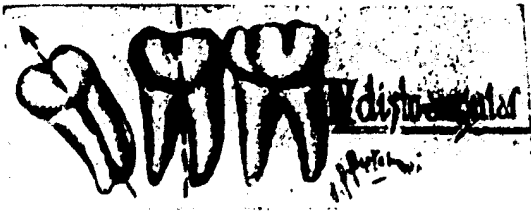
RETENCION HORIZONTAL

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

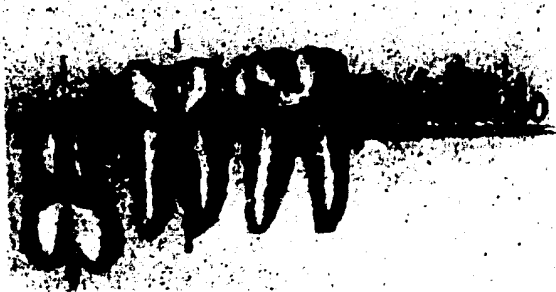
39



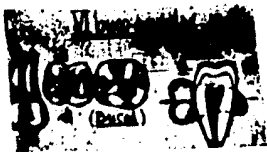
RETENCION MESIOANGULAR



RETENCION DISTOANGULAR



RETENCION INVERTIDA O PARANORMAL

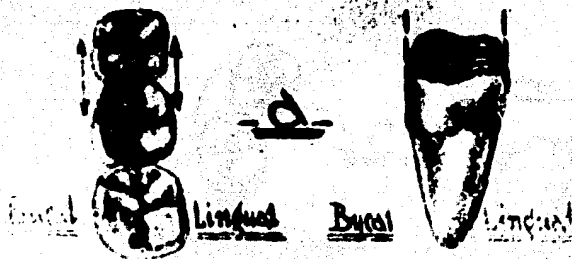


RETENCION BUCCO-ANGULAR

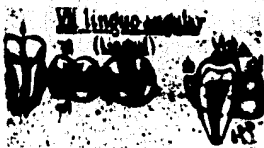


RETENCION LINGUO-ANGULAR

DESVIACION DEL TERCER MOLAR EN RELACION CON LA ARCADA

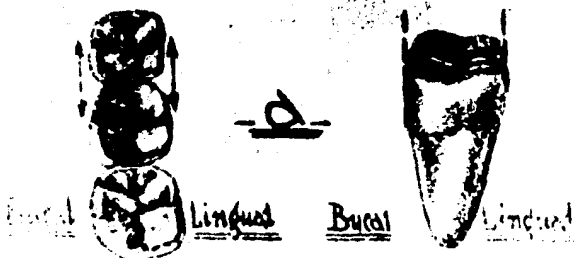


SIN DESVIACION



RETENCIÓN LINGU-ANGULAR

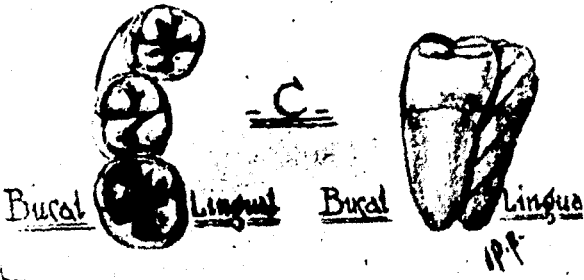
DESVIACIÓN DEL TERCER MOLAR EN RELACION CON LA ARCADA



SIN DESVIACIÓN



DESVIACION BUCAL.



DESVIACION LINGUAL.

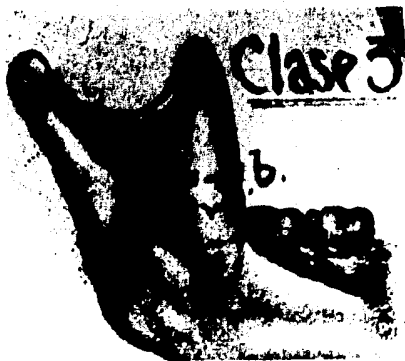
CLASIFICACION EN RELACION AL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA.



CLASE I



CLASE II



CLASE III

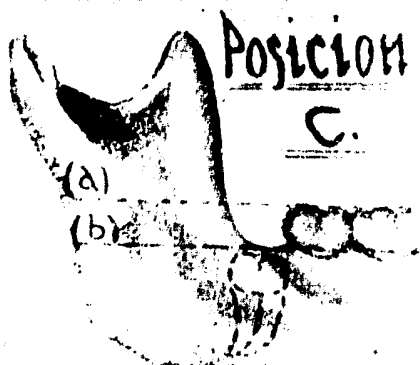
PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO



POSICION 1

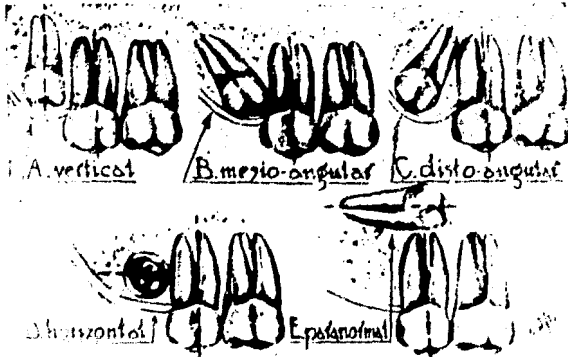


POSICION 2.



POSICION 3.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.



CLASIFICACION EN RELACION AL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA.

Clase I. Hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama montante y la cara distal del segundo molar, para ubicar el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase II. El espacio que existe entre el borde anterior de la rama del maxilar y la cara distal del segundo, es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase III. Todo o la mayor parte del molar se encuentra ubicado en la rama.

PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO

Posición 1, la porción más alta del tercer molar retenido se encuentra al mismo nivel o por encima de la línea oclusal.

Posición 2, la porción más alta del tercer molar retenido se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar.

Posición 3, la parte más alta del diente se encuentra al mismo nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS

Posiciones del tercer molar superior.

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 de hueso.

Posición mesioangular. El eje del molar retenido está dirigido hacia adelante.

Posición distoangular. El eje del tercer molar está dirigido hacia adelante tuberosidad del maxilar.

Posición horizontal. a) El molar está dirigido hacia el carrillo, con el cual la cara triturante puede ponerse en contacto b) La cara triturante del molar se dirige hacia la bóveda palatina y puede erupcionar en ésta.

Posición paranormal. El molar retenido puede ocupar diversas posiciones que no entran en la clasificación anterior.

Frecuencia de los dientes retenidos según la estadística de Bertin-Cieszynski.

Canino superior	34%
Tercer molar superior	9%
Segundo premolar inferior	5%
Canino inferior.	4%
Insicivo central superior	4%
Segundo premolar superior	3%
Primer premolar inferior	2%
Incisivo lateral superior	1.5%
Incisivo lateral superior	0.8%
Primer premolar superior	0.8%
Primer molar inferior	0.5%
Segundo molar inferior	0.5%
Primer molar superior	0.4%
Incisivo central inferior	0.4%
Segundo molar superior	0.1%

C.- ETIOLOGIA

Las causas por las cuales el diente no hace erupción- pueden ser las siguientes:

1.- Razones embriológicas.

La ubicación especial de un germen dentario en sitio- muy alejado del de normal erupción; por razones mecánicas, el diente originado por tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar. El germen dentario puede hallarse - en su sitio, pero en una angulación tal, que al clasificarse el diente y empezar el trabajo de erupción, la corona toma - contacto con el diente vecino, retenido o erupcionado; este - contacto constituye una verdadera fijación del diente en erup- ción en posición viciosa. Sus raíces se constituyen, pero su

fuerza impulsiva no logra colocar al diente en su eje que le permita erupcionar normalmente.

2.- Obstáculos mecánicos.

- a) Falta material de espacio. Puede haber varias posibilidades: el gérmen del tercer molar inferior debe desarrollarse entre una pared inextensible y la rama montante del maxilar.
- b) Hueso de tal condensación, que no pueda ser vencido en el trabajo de erupción.
- c) El obstáculo que se opone a la normal erupción puede ser: un órgano dentario; dientes vecinos, que por extracción prematura del temporario han cercado sus coronas, constituyendo un obstáculo a la erupción del permanente; posición viciosa de un diente retenido que choca contra las raíces de los dientes vecinos.
- d) Elementos patológicos pueden oponerse a la normal erupción dentaria; dientes supernumerarios y tumores odontogénicos.

3.- Causas generales.

Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio, - enfermedades generales en directa relación con las glándulas endocrinas, pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencias de dientes.

TRASTORNOS PRODUCIDOS POR LOS DIENTES RETENIDOS

Los dientes retenidos pueden provocar diversos trastornos, que en ocasiones pasan inadvertidos y no causan molestias.

Los accidentes pueden clasificarse en:

1.- Accidentes mecánicos. Los dientes retenidos, actuando mecánicamente sobre los dientes vecinos, pueden producir trastornos que se traducen sobre su normal colocación en el maxilar y en su integridad anatómica.

a) Trastornos sobre la colocación normal de los dientes. El trabajo mecánico del diente retenido, en su intento de "desinclusión" produce desviaciones en la dirección de los dientes vecinos y aún trastornos a distancia, como el que produce el tercer molar sobre el canino o incisivo, a los cuales desvía de su normal dirección, produciendo entrecruzamiento de dientes y conglomerados antiestéticos.

b) Trastornos sobre la integridad anatómica del diente. La constante presión que el diente retenido o su sacodentario ejerce sobre el diente vecino, se traduce por alteraciones en el cemento, en la dentina y aún en la pulpa de estos dientes. Como complicación de la invasión pulpar, puede haber procesos periodónticos de diversa índole, de diferente intensidad e importancia.

c) Trastornos protéticos. Pacientes que usan aparatos de prótesis advierten que se desajustan en la boca y no se adaptan con la comodidad a que estaban acostumbrados. Un exámen clínico descubre una protuberancia en la encía. Y una radiografía confirma el diagnóstico de una retención dentaria. El diente en su tratadajo de erupción cambió la arquitectura del maxilar, con las naturales molestias.

2.- Accidentes infecciosos. Por infección del saco-pericoronario de los dientes retenidos. La infección puede originarse por:

a) Al hacer erupción el diente retenido, su saco se abre espontáneamente al ponerse en contacto con el medio bucal.

b) El proceso infeccioso puede producirse como una complicación apical o periodóntica de un diente vecino.

c) La infección del saco puede originarse por vía hemática. La infección del saco folicular se traduce por procesos de distinta índole: inflamación local, con dolores, aumento de temperatura local, absceso y fístula consiguiente, osteítis y osteomielitis, adenoflemones y estados sépticos generales.

Dentro de esta clasificación podemos mencionar los procesos que se han originado como consecuencia de la caries de los dientes retenidos (resorción idiopática) y producidos por efracciones o perforaciones pueden ser invisibles y, sin-

embargo, comunicar al diente con el exterior. Los procesos infecciosos del saco folicular antes mencionados pueden actuar como "infección focal" produciendo diversos trastornos. Sobre los organismos vecinos por ejemplo el seno maxilar o las fosas nasales.

Gietz en 1920 expuso un caso en que la erupción de un tercer molar superior, en dirección de la apófisis coronoides, ocasionó al paciente trismus prolongado, dolores y otras perturbaciones que se curaron con la extracción del diente retenido.

3.- Accidentes nerviosos.- Son los más frecuentes.- La presión que el diente ejerce sobre los dientes vecinos, sobre sus nervios o troncos mayores, es posible algias de intensidad, tipo y duración variables.

Glässerman. Observó en un caso que ataques epilépticos que se repetían con frecuencia, y que iban precedidos por dolores en la región nasal, desaparecieron después de la extracción de un diente retenido.

4.- Accidentes tumorales.- Todo diente retenido es un quiste dentífero en potencia. Los dientes portadores de tales quistes emigran del sitio primitivo de iniciación del proceso, pues el quiste en su crecimiento rechaza centrifugamente el diente originador.

V.- ESTUDIO CLINICO Y PATOLOGICO DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

Terceros Molares Inferiores Retenidos.

Accidentes de erupción.

En su retención, en el intento de erupción el tercermolar inferior produce una serie de accidentes patológicos diversos, de variado aspecto e intensidad.

Estos accidentes de erupción del tercer molar tiene lugar en todos los climas, en edades muy distintas, en los dos sexos y en ambos lados de los maxilares.

Raza.- Los accidentes de erupción se presentan con mayor frecuencia en individuos de raza blanca, en los cuales por las razones mecánicas que serán consideradas, la "falta de sitio" juega un papel preponderante.

La raza negra está generalmente exenta de todas éstas alteraciones, su gran mandíbula permite la libre erupción de todos sus molares, y aún del cuarto. Los accidentes de erupción del tercer molar en la raza blanca, y en individuos de nuestro país aumentan en número e intensidad, en las últimas generaciones.

Sexo.- Se encuentra una ligera frecuencia en el sexo

femenino. Los estados fisiológicos femeninos exacerban o despiertan los accidentes.

Edad.— Generalmente la edad en que se presentan estas alteraciones varía entre los 18 y 28 años: Se han presentado casos de pacientes de 15 años (niñas) y ancianos de 73, 78, y 82 años.

Wirth presenta un cuadro con las edades y su porcentaje en la producción de éstos accidentes.

14 años	I	0.47 %
15 a 20 "	35	17.2 %
21 a 25 "	112	53 %
26 a 30 "	34	16.3 %
31 a 35 "	13	6.7 %
36 a 40 "	4	2.4 %
41 a 45 "	3	1.4 %
46 a 50 "	1	0.47 %
51 a 55 "	2	0.90 %
56 "	1	0.47 %
62 "	1	0.47 %

Patología y Clínica de los Accidentes del Tercer Molar Inferior

Los accidentes de erupción del tercer molar inferior se deben a la infección del saco dentario. La infección de éste saco tiene repercusiones locales, regionales y a distancia. Para producirse la infección del saco pericoronario —

se relacionan dos factores: 1º, aumento de la virulencia microbiana y disminución de las defensas del organismo; 2º, el establecimiento de una puerta de entrada, la que está condicionada por factores mecánicos: traumatismos sobre el capuchón que cubre el tercer molar, originados por las cúspides del diente en erupción, las cúspides de los dientes antagonistas, o por la acción conjunta de ambos.

Capdepont (1910) explica la génesis de los accidentes del tercer molar por los siguientes mecanismos:

1º La existencia de una cavidad virtual, alrededor de la corona del diente retenido (cavidad del saco pericoronario, cavidad del saco folicular, de Capdepont). "Para Capdepont, ésta cavidad pericoronaria tendría un significado diferente que aquel que admitimos; pero cualquiera que sea su significado anatómico, los hechos clínicos y su interpretación patogénica no sufren modificaciones". (Fargin-Fayolle).

Esta cavidad, por numerosas influencias patológicas, puede hacerse real (transformándose en quistes dentíferos) y ser el asiento de procesos infecciosos.

2º Los microorganismos banales que habitan en la cavidad bucal, por su mecanismo de acción en cavidad cerrada, aumentan su virulencia.

"Es fácil comprender, que cuando los microbios hayan penetrado entre el diente y la pared del saco folicular, escaparán a los diversos mecanismos de defensa de la cavidad -

bucal. Esta posición anatómica, que hace posible la retención microbiana, parece ser la condición primordial, causa de los accidentes". (capde pont.)

3º La falta de sitio: "la falta de sitio ocupa el primer lugar en la producción de los accidentes de los terceros molares retenidos" (Reclus); el molar ha de emerger entre dos paredes inextensibles, como son la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama del maxilar; a éstas razones debe agregarse la oblicuidad, en distinto grado, del tercer molar, que resulta de una disposición embriológica del folículo.

Clasificación de los Accidentes de erupción del Tercer Molar Inferior Retenido.

Los accidentes originados por el tercer molar son de variedad clínica a intensidad distinta; alcanzan todas las gomas y toman todos los cuadros clínicos: desde el proceso local de escusa importancia, hasta el flemón gangrenoso del suelo de la boca.

Los accidentes del tercer molar pueden clasificarse clínicamente en:

Accidentes Mucosos, Accidentes Nerviosos, Accidentes Celulares, Accidentes Oseos, Accidentes Linfáticos o Ganglionares; Accidentes Tumorales.

Accidentes Mucosos.

Los accidentes mucosos, son las complicaciones que se presentan en las partes blandas que rodean el molar retenido. Su primera alteración es la pericoronitis. Todos los autores hacen derivar de ésta lesión inicial, los procesos patológicos de la erupción del tercer molar. De ésta primera etapa clínica parten los distintos y variados accidentes, que presentan gamas variables.

La pericoronitis es la lesión inicial y el accidente de alarma. Está caracterizada por hechos clínicos que le son particulares. Este accidente se origina en una época en relación con la erupción del tercer molar. Su comienzo puede ser brusco o insidioso. Brusco, aparece sin anuncio previo. A nivel del capuchón que cubre el molar retenido, total o parcialmente, se instala un proceso inflamatorio, con sus signos característicos: dolor, tumor, calor y rubor.

Dolor.- Casi siempre precoz; adquiere todas las variedades. Puede quedar localizado a la región del capuchón, o irradiarse en ocasiones en la línea del nervio dentario inferior, o tomar distintas vías. Se puede ubicar en el oído o a nivel del tragus.

Este dolor generalmente es nocturno, aumenta con el roce de los alimentos o con su cambio de temperatura. El dolor se debe a fenómenos de compresión del saco pericoronario y de la mucosa inflamados, o a la existencia de una úlcera debajo del capuchón, originada por el roce de una cúspide del molar en erupción.

Tumor.— La encía que cubre el molar se encuentra edematizada, aumentada de volúmen, "con la impresión de los dientes antagonistas". Una sonda introducida debajo del capuchón descubre la corona del diente retenido, cuya forma y ubicación comprobará la radiografía.

Rubor.— La encía ha cambiado su color normal y se presenta de color rojizo, o rojo violáceo. Cubierta de saburra, restos alimenticios y coágulos de sangre.

Calor.— La vasodilatación consiguiente ocasiona un cambio en la temperatura de la región. El estado general es rápidamente afectado: Se presenta fiebre, anorexia, astenia. Los ganglios regionales son atacados (adenitis del ganglio de Chassaignac). El trismus acompaña el proceso (reacción antálgica); la masticación está dificultada, teniendo todo éste conjunto de manifestaciones una fisonomía particular.

El comienzo insidioso de la pericoronitis está caracterizado por la aparición de dolores generalmente leves; ligeros procesos inflamatorios que duran dos o tres días, trismus muy poco acentuados; entre el capuchón y el tercer molar en erupción brotan unas gotas de pus y sangre y el proceso remite hasta un nuevo proceso inflamatorio.

Complicaciones mucosas locales y regionales.

Las gingivoestomatitis ulcerosas y ulceromembranosas. El capuchón del tercer molar inferior, sus regiones vecinas y los fondos de saco vecinos al diente retenido, pueden ser —

sitios propicios al aumento de la virulencia microbiana, y en los cuáles las condiciones para la realización de la simbiosis fusoespirilar alcanzan su plenitud.

Por éstas razones, el tercer molar en erupción, el saco pericoronario o la pericoronitis, son el punto de iniciación de una gingivitis o gingivoestomatitis que pueden presentar todo el aspecto de las úlceromembranosas. Esta afección que tiene generalmente amplia repercusión ganglionar y general, se caracteriza por su unilateralidad, del lado del molar en erupción.

Las úlceras debajo del capuchón.- El capuchón que cubre al tercer molar en erupción es traumatizado por dos factores que se complementan, a los cuales se unen la inflamación de los tejidos blandos. Las cúspides del tercer molar inferior por debajo y las cúspides de los dientes superiores, o la acción de los alimentos producen en la cara inferior del capuchón una ulceración muy dolorosa, que es la fuente de dolores locales e irradiados; se acompaña en general de un trismus, como reacción antálgica. Los dolores causados por ésta úlcera cadén rápidamente, suspendiendo el factor traumático superior y anestesiando y tratando la úlcera.

Accidentes Nerviosos

Los accidentes nerviosos originados por el tercer molar en erupción, son idénticos a los producidos por los dientes retenidos, ya mencionados anteriormente. Sobre el nervio dentario pueden incidir trastornos reflejopáticos y neurotróficos que se traducen en herpes, peladas, canicie, eczemas, etc.

Entre los accidentes nerviosos debe considerarse el -
trismus, como reacción antálgica.

Accidentes Celulares.

Tribault y Bercher dan magníficas descripciones clíni-
cas de la complicación celular de la pericoronitis.

La inflamación y absceso consiguiente pueden tomar -
varias vías:

Hacia adentro, arriba y atrás.

La colección purulenta puede abrirse camino entre el-
músculo constrictor superior de la faringe y la mucosa farín-
gea y a migdalina, produciendo abscesos del pilar anterior -
o subamigdalino, de intensidad y gravedad variables.

Hacia atrás y arriba.

Entre los fascículos del músculo temporal, el absceso
puede abrirse camino hacia la fosa temporal. Vía extremadamen-
te rara.

Hacia adentro.

Es una vía en que las disposiciones anatómicas permí-
ten la prolongación de los procesos supurativos. Entre la -

cara interna del maxilar y la mucosa y los órganos de la región sublingual, el absceso puede invadir el suelo de la boca entre el músculo milohioideo y las regiones supra o subyacentes, dando procesos siempre graves, algunas veces mortales: - angina de Ludwig, flemones circunscriptos o difusos del piso de la boca.

Hacia afuera y atrás

Rodeando el borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior, el proceso infeccioso puede abrirse camino en dirección del músculo masetero. Atravesando la vaina muscular puede dar un flamón maseterino o un absceso caracterizado por un "un trismus intenso y la aparición sobre la cara externa de la rama ascendente, de una tumefacción a gran eje vertical, paralela a la dirección general del cuerpo del masetero".

Hacia afuera y adelante.

Siguiendo también disposiciones anatómicas que le son favorables, la colección purulenta se dirige hacia adelante, dando un absceso estudiado y clasificado por J. Chompret y C.L'Hirondel.

La disposición anatómica de la región permite con facilidad ésta colección purulenta. La región donde se colecciona el absceso de Chompret y C. L'Hirondel está limitada por el hueso maxilar inferior (cara externa) y músculos. Estos son: por detrás, el borde anterior del masetero; por delante el borde posterior del triangular de la barba; arriba, el bor

de inferior del buccinador. Por debajo, cierra éste espacio el borde inferior del maxilar. El paralelepípedo colector - como lo denominan R. J. Alvarez y M. Figún Lacomme, está lleno de tejido célillogranoso y comunica con la zona del tercer molar por el orificio de la gotera buccinatomaxilar. Este absceso, sigue el camino que le facilita la vertiente del buccinador. Se caracteriza por formar un proceso supurativo en comunicación real con el saco pericoronario del tercer molar (una sonda introducida a nivel del molar puede ser dirigida hacia adelante; por compresión del absceso, el pus refluye a nivel del saco pericoronario).

"El absceso buccinatomaxilar asienta en la parte media del maxilar inferior, delante del masetero. A éste la mejilla se levanta exteriormente, por una tumefacción más o menos voluminosa, de tamaño aproximado de una nuez. La piel está tensa, su color permanece normal en ciertos casos; en otros, está roja o violeta. La palpación del pequeño tumor es dolorosa, pero el mentón y el ángulo del maxilar son indoloros. En la región infrahióidea lateral no hay reacción ganglionar, ni empastamiento; la tumefacción, con la reacción edematosa periférica, es netamente facial". (Chompret y C. - L'Hirondel).

Alvarez y Figún Lacomme no aceptan la comunicación entre el "paralelepípedo colector" y el saco pericoronario y mencionan los siguientes principios:

"1. En la parte inferior de la región geniana se puede limitar correctamente un paralelepípedo colector del pus, que tiene los siguientes límites anatómicos: arriba, el borde inferior del buccinador; abajo, el borde inferior del -

cuerpo del maxilar inferior; por delante, el borde posterior del triangular de los labio y del cuadrado de la barba; por detrás, el borde anterior del masetero; por dentro, el peristio de la cara externa del cuerpo del maxilar inferior, y por fuera, el cutáneo del cuello y el risorio de Santorini."

"22 Entre le paralelepípedo colector y la región del trigono mandibular no existe ni hacia afuera, ni hacia atrás-comunicación alguna, pues el buccinador, ligamento ptérigomaxilar y constrictor superior de la faringe, separan completamente esas dos regiones. Hacia adelante es posible encontrar un plano de clivaje que, originándose en el capuchón gingival del tercer molar, siga por la submucosa del vestíbulo inferior y a la altura de los premolares (que es el lugar donde termina la inserción ósea del buccinador), pase por entre el escaso tejido conjuntivo que separa el borde inferoanterior de éste músculo, del borde posterior del cuadrado de la barba, y de la interna del triangular de los labios, para llegar al paralelepípedo ."

Para los autores Alvarez y Figún Lacomme, el recorrido del proceso inflamatorio, entre el foco originador (capuchón) y el reservorio (pralelepípedo colector), puede hacerse por dos vías distintas:

Vía externa.- Partiendo del tejido celular submucoso, del capuchón gingival del tercer molar, se comunica a través del tejido conjuntivo que envuelve los haces de inserción inferior del buccinador, más o menos a la altura del espacio comprendido entre la rama externa de la cresta temporal y la línea oblicua externa, y ya en la cara externa del buccinador correría por la gotera buccinatomáxilomasuterina para desembocar finalmente en el paralelepípedo.

Vía anterior.- "La fusión purulenta se desarrollaría a lo largo del tejido conjuntivo submucoso del surco vestibular inferior, desde el tercer molar hasta el segundo premolar y aquí, no existiendo ya la barrera que representa la inserción ósea del buccinador, se correría por debajo del borde anterior inferior de éste músculo, pasando entre él y la cara interna del triangular de los labios hasta llegar al paralelepípedo".

Esta última vía es, para los autores la más factible, de acuerdo con los principios generales que regulan la difusión de los procesos supurados, siguiendo las dependencias de los tejidos más permeables, en éste caso el conjuntivo laxo, que se encuentre en gran parte en el trayecto citado.

Accidentes Óseos.

Los accidentes óseos como complicación de una pericoronitis son raros. La infección sigue la vía hemática.

Son accidentes óseos que se convierten en verdaderas osteítis, osteoflamones y osteomielitis.

Pacientes portadores de terceros molares retenidos que, infectados sus sacos pericoronarios o en algunas ocasiones los quistes dentígeros que envolvían sus coronas, hicieron focos de osteítis y osteomielitis.

En éstos casos, el proceso óseo fué una complicación-

inmediata de la infección del saco folicular. Una característica muy interesante en tales procesos, es la de tratarse de terceros molares inferiores aislados, en personas desdentadas totalmente o sin dientes, en el sitio del accidente.

Otra forma de accidentes óseo, que se encuentra con relativa frecuencia, consiste en el proceso de la osteítis - que se desarrolla entre el segundo molar y el tercero retenido en mesioversión. El foco óseo que se desarrolla a ese nivel, es susceptible de propagarse y de dar cuadros sépticos - de osteoflemones e infecciones generales.

La infección del saco pericoronario que queda hacia el lado distal del tercer molar erupcionado total o parcialmente es también susceptible de dar procesos óseos locales, - y en algunos casos procesos óseos con repercusión a distancia.

Accidentes Linfáticos o Ganglionares.

La repercusión ganglionar en el curso de una pericoronitis es un hecho frecuente y común. Los ganglios afectados de la región del tercer molar son los subángulos maxilares - (ganglio de Chassaignac) o submaxilares. Generalmente se trata de una adenitis, que evoluciona de acuerdo con la marcha - del proceso pericoronario. Una vez terminada la afección del saco pericoronario, el ganglio vuelve a sus normales proporciones y estado.

Pero en las infecciones de gran virulencia, o cuando el estado general del paciente está resentido, la adonitis -

simple puede transformarse en un verdadero flemón del ganglio con el cuadro clínico consiguiente. Cuando se encuentra instalado el adenoflemón, el ganglio está aumentado de volumen, doloroso a la palpación y espontáneamente; el proceso tiene repercusión sobre el estado general. El ganglio en estas condiciones tiende a la supuración, abriéndose camino o el ganglio es abierto por el cirujano.

Accidentes Tumorales.

Los terceros molares retenidos originan tumores odontogénicos. Estos tumores son los quistes dentígeros, pueden infectarse, dando procesos supurativos de intensidad variable complicándose con procesos como osteítis, osteomielitis.

En otros casos y sin llegar a la condición de quiste dentígero, el saco pericoronario puede seguir igual vía: la infección. Sus consecuencias son las mismas.

Los restos del saco dentario, ubicados en el lado mesial o distal del tercer molar, pueden no desaparecer totalmente, originando lo que los autores franceses denominan granuloma posterior o anterior o quiste marginal del tercer molar. La patogenia de estas formaciones está en directa relación con la embriología dentaria.

El saco pericoronario permanece adherido al cuello del diente en la porción distal o mesial, a salvo de las presiones que pueda recibir. Este saco no está íntegramente conservado, son sus hemisferios posterior o anterior que se mantienen.

Estos hemisferios, cerrados y son contacto con el medio bucal, permanecen un tiempo con la misma identidad. Pueden aumentar de volumen, adquiriendo caracteres quísticos semejantes a los quistes dentígeros o infectarse por el mecanismo común, como se infectan los fondos de saco: se produce una solución de continuidad entre el molar y la encía. La infección del saco remanente origina su transformación en tejido de granulación, el cuál sigue la vía que le es característica.

Este saco pericoronario infectado y el granuloma o quiste consiguiente, originan procesos muy parecidos a los de la pericoronitis (osteítis locales, procesos ganglionares, procesos infecciosos a distancia), actuando como infección focal. Introduciendo una sonda entre la corona del molar y la encía, se llega a una cavidad de tejidos blandos; por el camino abierto por la sonda, brota un pus amarillo, maloliente.

Tratamiento de los Accidentes de Erupción del Tercer Molar Inferior.

1º Tratamiento de la Causa.

Tratamiento de la Pericoronitis.

El tratamiento de la pericoronitis se realiza por dos medios: médico y quirúrgico.

Tratamiento médico de la Pericoronitis.- El capuchón pericoronario inflamado, se lavará excesivamente con una solución antiséptica débil, agua oxigenada o perborato de sodio, para la limpieza de las secreciones.

Es conveniente favorecer las condiciones de defensa locales, administrando enjuagatorios que actúen como emolientes y revulsivos.

Las úlceras situadas debajo del capuchón se tratarán de la siguiente forma:

Se coloca debajo del capuchón una tira de gasa impregnada en licor de Bonain o en líquido de Van de Gintz. Estos medicamentos actúan anestesiando la cara inferior del capuchón y cauterizando la úlcera. La tira con medicamento debe permanecer una o dos horas donde fue colocada. Es útil también tacer la úlcera con una fina torunda de algodón impregnado en ácido crómico al 25%.

Antibióticos.- Se aplican según las indicaciones médicas. Contribuye eficazmente a mejorar las condiciones locales y generales.

Tratamiento quirúrgico.

1.- Apertura de los focos de supuración.- En presencia de un absceso submucoso, debajo del capuchón, éste debe ser abierto quirúrgicamente a bisturí, termo o galvanocauterio.

2.- Extracción del molar causante.- El molar retenido y su saco pericoronario pueden ser extraídos para solucionar el problema que originaron.

En un caso agudo de ésta naturaleza, bajo anestesia general, se puede vencer el trismus, actuar quirúrgicamente y terminar el tratamiento según las reglas establecidas. Cuando las circunstancias sean desfavorables a la extracción del molar retenido, se procederá por los métodos citados y con analgésicos e hipnóticos, a vencer la sintomatología dolorosa e inflamatoria y procurar el descanso del paciente, hasta que sea posible realizar sin peligro la eliminación quirúrgica del molar.

Eliminación quirúrgica del capuchón.- La eliminación del capuchón se hará cuando no existen o han cesado los fenómenos inflamatorios de pericoronitis. En otras condiciones, los capuchones que cubren los terceros molares no deben ser dañados.

El capuchón que cubre el molar en erupción puede ser eliminado, cuando las condiciones anatómicas así lo indiquen, las cuales se refieren a dos puntos esenciales: a) forma y límites del capuchón; b) posición del tercer molar.

a) Forma y límites del capuchón.- La eliminación quirúrgica (a bisturí, electricidad o diatermia) debe ser cuidadosamente estudiada y considerada.

En lo que respecta a las indicaciones, basados en la

forma y límites del capuchón, deben concretarse a las siguientes: sólo han de researse los capuchones que cubren, a manera de lengüetas, el molar en erupción. Los capuchones que están formados por una prolongación del pilar anterior, no deben ser reseados. La apertura del saco pericoronario o de la encía, en período agudo, con éstos fines, produce siempre trastornos de gravedad.

b) Posición del tercer molar en erupción.- Está indicada la eliminación del capuchón cuando el tercer molar está en posición vertical y su corona a la misma altura de la corona del segundo molar.

En ninguna otra posición del tercer molar tiene indicación la resección quirúrgica del capuchón que lo cubre. Es una operación inútil, que trae riesgos y complicaciones.

Métodos para la resección del capuchón.

Método quirúrgico.- Anestesia regional.

Operación:

Primer tiempo. - Se introduce una espátula de Freer por debajo del capuchón, entre éste y la corona del molar. - Se recorre con el instrumento toda la extensión de la cara triturante del molar.

Segundo tiempo.- INCISIONES: Con bisturí de hoja --

corta se practican dos incisiones paralelas a la altura de los bordes bucal y lingual de la cara triturante del molar retenido. Estas incisiones deben llegar profundamente hasta encontrar el tejido óseo o el esmalte dentario. Se vuelve a colocar la espátula de Freer y se desprende el colgajo de todas sus posibles adherencias; se sujeta con una pinza de Kocher, se tracciona hacia adelante, y con una tijera curva o con un bisturí se secciona a nivel de la cara distal del tercer molar.

Esta operación puede terminarse por medio de galvano-cauterio. Después de tomado el colgajo y traccionado hacia adelante, se cauteriza su base con una punta de galvanocauterio. Se tocan los bordes sangrantes con el mismo instrumento o con una torunda de algodón impregnada en una solución al 20% de ácido tricloracético.

Métodos eléctricos. Galvanocauterización.

Puede procederse de dos maneras: La eliminación total del capuchón en una sesión, o las cauterizaciones realizadas en varias sesiones.

Para el primer método se procede, como en el método quirúrgico, usando el galvanocauterio, a manera de bisturí. Las cauterizaciones en varias sesiones tienen el inconveniente de alargar el procedimiento y de que cada cauterización origina un nuevo brote inflamatorio.

Bisturí Eléctrico (diatermia quirúrgica) .

Se procede de la misma manera, tratando de extirpar - el capuchón. Este método tiene ventajas apreciables: que no da sangre y que disminuye las posibilidades de infección.

2º Tratamiento de las complicaciones de la erupción del Tercer Molar.

Tratamiento de los accidentes mucosos. Tratamiento - de las Gíngivoestomatitis úlcero-membranosas.

Los focos de gíngivoestomatitis úlcero-membranosas deben ser tocados con una torunda de algodón mojada en una solución de ácido crómico al 10%. En casos en que no ceda, después del toque co ácido crómico puede aplicarse una solución de nitrato de plata al 20%, la cuál da a la úlcera y sus alrededores una coloración rojo-ladrillo. Deben indicarse lavajes o enjuagatorios con:

Rp. Dicromato de potasio 5 gr.
 Acido bórico..... 4 gr.
 Agua destilada.....100gr.

(Una cucharada en un vaso común de agua tibia).

Tratamiento de los Accidentes Nerviosos.

Los trastornos neurotróficos y nerviosos, sólo terminan con la eliminación de la causa.

El trismus que acompaña generalmente la erupción del tercer molar puede ser tratado por varios métodos.

Modificación del estado infeccioso.- Desaparecidos - la pericoronitis, la úlcera debajo del capuchón y todas las alteraciones que acompañan la pericoronitis, el trismus, como reacción antálgica, es dominado. Si logra mantenerse, se recurrirá a otros métodos para vencerlo.

Mecanoterapia.- El método de la terapéutica mecánica para vencer el trismus, se realiza con aparatos apropiados. - algunos muy complicados.

Los más sencillos son las cuñas, de madera (trozos de madera, broches para sujetar ropas) o de metal: cucharas o instrumentos de cualquier índole. La manera de actuar de éstos instrumentos consiste en su acción de cuña entre las arcadas dentarias forzando las contracciones musculares que se oponen a la normal apertura de la boca.

Puede ayudarse a ésta terapéutica, que es lenta y requiere la paciente dedicación del enfermo, aplicando sobre el lado afectado compresas mojadas en agua caliente, o solución de sulfato de magnesio. El calor actúa como revulsivo y mejora las condiciones de tonicidad de músculo.

Anestesia.- Puede aplicarse anestesia general, con lo cual se consigue abrir la boca del paciente para poder efectuar la extracción del molar que provocaba el trismus. La apertura de la boca, en la anestesia general, debe realizarse muy lentamente para evitar el síncope o lesiones articulares o musculares que pueden existir cuando se opera con violencia.

Tratamiento de los Accidentes Celulares.

Los abscesos producidos como complicación celular de la pericoronitis deben ser incididos a bisturí o galvanocauterio.

El sitio indicado para la incisión del absceso buccinatomaxilar es el surco vestibular. Con un bisturí de hoja corta se llega profundamente hasta el hueso (cara externa del maxilar inferior). Ya vacío el absceso, hay que tratar urgentemente el foco inicial, la pericoronitis, para evitar una nueva colección purulenta. La extracción del molar retenido se impone en éstas condiciones.

Los procesos del piso de la boca exigen un tratamiento quirúrgico de acuerdo con la intensidad de la infección.

Tratamiento de los Accidentes Oseos.

Tratamiento de la Osteomielitis.- En el período inicial puede ser necesario intervenir localmente, con el objeto de extraer el diente causante o abrir quirúrgicamente un camino a la supuración.

La extracción del diente causante.- La conducta a seguir debe ser siempre radical: eliminación del diente que originó el proceso.

La trepanación del hueso.- En las osteomielitis hipersépticas, o intensamente dolorosas, en las cuales el estado general del paciente está seriamente resentido, puede estar indicada la trepanación del hueso, para facilitar el drenaje.

La trepanación se realiza, después de practicar una incisión sobre la región vestibular, en el punto más intensamente doloroso; la perforación del hueso se efectúa con escoplos o con fresas, eliminando un trozo de tabla externa y llegando así hasta la médula.

En el orificio óseo creado puede insertarse un trozo de gasa yodoformada que se deja por un término de 48 horas y no es renovada. Cuando existen dientes vecinos que permiten fijar a ellos un tubo de goma, éste material puede usarse como medio de drenaje. Este tubo de goma puede servir para efectuar lavados con soluciones antisépticas, o instalación de soluciones de antibióticos.

Antibioticoterapia.- Los antibióticos han modificado substancialmente la terapéutica, la marcha y la evolución de las osteomielitis. Pueden usarse los compuestos sulfamídicos y la penicilina, juntos o individualmente.

Tratamiento de la Osteítis Crónica.- El tratamiento-

debe ser quirúrgico; eliminar los focos osteíticos y las granulaciones.

En los casos en que se sospeche ésta lesión (neuralgia, dolores al usar una prótesis) y a pesar de no existir signos radiográficos, debemos realizar una incisión exploradora que nos permitirá descubrir la lesión. En los casos en que sobre el borde alveolar se percibe el puntilleo rojo, una sonda introducida a ese nivel se descubre que penetra a una cavidad cuya existencia se ignoraba.

Estos procesos deben abordarse por la cara vestibular o por el borde alveolar; son las dos vías favorables. La incisión se situará de acuerdo con la radiografía; la que da más fácil acceso al proceso, es la incisión en ángulo, que permite desplazar ampliamente el colgajo y obtener, a sus expensas una buena visión del foco.

Osteotomía.- Cuando la tabla externa del hueso no está destruida por el proceso, será necesario eliminarle con escoplo o pinzas gubias.

El foco de osteítis se reseca con cucharillas filosas; las paredes óseas se regularizan con fresas para hueso, con pinza gubia o escofinas. Puede volverse el colgajo a su sitio y suturarse. Cuando el proceso ha sido intensamente doloroso, se colocará en la cavidad ósea un trozo de gasa yodo o xeroformada, la cuál se impregna en medicamentos calmantes.

Tratamiento de los Accidentes Linfáticos y Ganglionares.

Las adenitis simples mejoran con el tratamiento médico de la pericoronitis. Los adenoflemones deben ser tratados y abiertos por vía externa.

Tratamiento de los Accidentes Tumoraes.

Los granulomas y quistes marginales posteriores o anteriores deben ser eliminados, si no se desprenden en el acto de la extracción dentaria. La resección puede efectuarse con cucharillas para hueso. El raspado debe llegar profundamente hasta percibirse la sensación del hueso.

VI.- CIRUGIA DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS

Los terceros molares superiores quedan retenidos en una proporción mucho menor que los inferiores. Su retención causa accidentes comparables a los originados por los otros dientes.

El tercer molar superior presenta un accidente de erupción, que le es propio. Ocurre por lo general en aquellos molares que erupcionan hacia el lado del carrillo, es decir que presentan buconversion.

Este accidente está caracterizado por los siguientes hechos clínicos: al hacer su erupción, el molar pone su cara triturante en contacto con la mucosa del carrillo. Por un doble mecanismo, aumento de la erupción y movimientos masticatorios, la cara triturante del molar, o una de sus cúspides termina por ulcerar la mucosa del carrillo. Esta úlcera se encuentra continuamente traumatizada por las cúspides del molar produciéndose por este hecho dolores de gran intensidad; los tejidos blandos vecinos se inflaman por este proceso ulceroso y se produce una celulitis de las partes blandas acompañada de trismus y ganglios infartados, todo lo cual repercute sobre el estado general. La masticación está impedida y la fonación dificultada. El proceso no termina hasta que no se realiza la extracción del molar, o se suprime el factor traumático que significan sus cúspides. Se pueden aliviar y curar en pocas horas un proceso de esta índole, desgustando con una piedra de carborundo las cúspides del tercer molar. La úlcera puede pasar inadvertida, porque queda escondida tras el molar o el profesional la oculta con el espejo al hacer el examen clínico.

La úlcera, después de gastadas las cúspides, debe ser tocada con licor de Bonain, con lo cual los dolores desaparecen y la úlcera cicatriza.

EXTRACCION QUIRURGICA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO

Como en la extracción del tercer molar inferior y en la de todo diente retenido, para la extracción del tercer molar superior retenido es menester practicar una incisión y realizar la osteotomía necesaria como para poder eliminar el molar, dentro del hueso que lo aprisiona.

Extracción del tercer molar en posición vertical

a) Incisión.— Puede usarse la incisión de dos ramas, que llamaremos bucal y anteroposterior. La rama anteroposterior se traza próxima a la cara palatina del diente, paralelamente a la arcada y en una longitud de un centímetro. La incisión bucal parte del extremo anterior de la primera incisión 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 se desprende según se ha señalado, con un alveolotomo, y se sostiene con un separador.

b) Osteotomía.— El hueso que cubre la cara triturante se elimina con cinceles rectos o a fresa, siguiendo las -

indicaciones dadas para la exodoncia del tercer molar infe---rior. En ciertos casos el hueso a nivel de la cara trituren---te es tan frágil, que puede ser eliminado con una cucharilla---para hueso, o con el mismo elevador.

Vía de acceso a la cara mesial: La cara mesial será la superficie sobre la cual se aplicará un elevador para ex---traer 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 ins---trumento. La osteotomía a este nivel se realiza con un cin---cel recto, o con una fresa redonda.

c) Extracción propiamente dicha. Empleo de elevad---ores

Tipos de elevadores: Cualquiera de los elevadores -rectos pueden ser usados en la extracción del tercer molar -retenido. Usamos preferentemente los elevadores Núms. 1, 2, ó 14 (R o L) de Winter, elevadores rectos o elevadores de -Clev-dent.

Técnica del empleo de los elevadores. Se penetra la punta del elevador en el espacio existente entre la cara me---sial del tercero y del segundo molar. La introducción del -instrumento se realiza mediante un débil movimiento rotatorio que se imprime el elevador. Actua 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 elevador recto de Ash 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, el punto de apoyo útil es la cara distal del segundo molar, o el tabique óseo en caso de existir este último.

Movimiento del elevador. Aplicado el elevador, separado el labio y carrillo con espejo, se inicia suavemente el movimiento de luxación del molar retenido.

Para abandonar su alvéolo, el molar debe movilizarse en el sentido de la resultante de tres direcciones de fuerza: 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. Luxado el molar y si la fuerza aplicada no ha logrado extraerlo, puede ser tomado con una pinza para extracciones y eliminado como un molar normal.

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

Extracción del tercer molar en posición mesioangular.

La extracción del tercer molar en posición mesioangular debe estar condicionada por la dirección del molar y la cantidad de hueso distal. Algún problema puede presentarse en esta extracción la cantidad de hueso distal y el contacto con el 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.

La incisión es igual que para el tipo anterior. La osteotomía se realiza con los procedimientos ya señalados para los otros tipos de retenciones (cincel o fresa), requiriendo sólo una mayor escisión de hueso en distal para descubrir al diente hasta el nivel de su cuello.

Extracción del tercer molar en posición distoangular

La rama anteroposterior de la incisión debe dirigirse más distalmente que en los casos anteriores para evitar desgarros de la gencia.

Osteotomía. Generalmente no hay hueso sobre la cara

trituyente, ni hacia distal. Sólo es menester preparar la vía de acceso en el lado mesial.

Empleo de los elevadores. Se coloca el elevador sobre la cara mesial del tercer molar y óntese 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 emplearán los elevadores de Glev-dent o de Winter No. 14. Estos instrumentos, que 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.

Extracción del tercer molar en posición paranormal.

Las distintas y variadas posiciones que puede ocupar el tercer molar en ubicación paranormal, no permite fijar una regla para su extracción.

La técnica estará dada por la disposición que presente el molar en el hueso y su relación con los molares y vecinos. Algunos casos indican la extracción del segundo molar y aun del primero. Los molares colocados por encima de los épices 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.

Extracción de los terceros molares, con sus raíces incompletamente formadas (Gérmenes del tercer molar superior)

En el maxilar superior, del mismo modo que en el inferior se presentan terceros molares con sus raíces incompletamente formadas, que ubicadas en diferentes posiciones, pueden producir accidentes mecánicos sobre la serie dentaria, siendo indicada su extracción. Como ocurre con el tercer molar adulto, el germen puede disponerse en las distintas posiciones estudiadas para aquel. Su extracción acondiciona una serie de problemas, que es menester resolver; la incisión debe permitir un amplio colgajo, que descubra en gran extensión el hueso, para abordar el molar (su corona) que por lo general, está ubicada muy alto; en algunas oportunidades, a nivel de los ápices del segundo molar. La osteotomía debe hacerse con cincel, a presión manual o impulsado con martillo, en una extensión suficiente como para descubrir las caras oclusal, mesial y bucal. En la posición distoangular será menester resecar también el hueso distal; la osteotomía de acceso a la cara mesial, debe ser lo suficientemente extensa, como para permitir la introducción de un elevador de Clev-dent, que es el instrumento ideal para este tipo de exodoncia, por la fineza de su hoja; esta se aplica sobre la cara mesial del germen a extraerse, y girando vigorosamente el mango del instrumento, se logra desplazar el molar hacia abajo. El germen en posición paranormal, requiere un cuidadoso trabajo de disección, para liberarlo de sus paredes óseas. Los molares con sus raíces incompletamente formadas, poseen por lo general, un amplio saco pericoronario, que es menester resecar, con pinzas gubia y cucharillas para hueso; la operación se termina con sutura.

VII.- CIRUGIA DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

La extracción del tercer molar inferior retenido constituye un problema mecánico. Como dice Landete, consiste en eliminar un cubo (el diente) que está dentro de otro cubo (el hueso). La operación consta de varios tiempos: incisión, osteotomía, extracción propiamente dicha y sutura.

Incisión. Es preferible que sea amplia para tener mayor visibilidad. El tipo más común de incisión es el angular; una de sus ramas se traza desde el centro de la cara distal del segundo molar y se extiende hacia atrás. La otra rama se inicia en el mismo punto de la cara distal o en la porción distal del reborde gingival y se dirige hacia abajo, adelante y afuera, en una extensión aproximada de un centímetro. Esta segunda rama de la incisión es necesaria para no lacerar el tejido gingival, en el acto de la aplicación de los elevadores.

En las retenciones mesioangulares u horizontales el colgajo puede ser mayor; en tal caso la segunda incisión se realiza en el ángulo mesiobucal del segundo molar y se extiende también hacia abajo y afuera. El tejido gingival debe en este caso ser desprendido de las caras bucal y distal del segundo molar.

Osteotomía. La eliminación del hueso puede hacerse con los instrumentos de Winter o escoplos y fresas quirúrgicas.

Extracción propiamente dicha. La eliminación del molar retenido una vez practicada la osteotomía, se realiza con palancas apropiadas que toman punto de apoyo en las estructuras óseas vecinas o en la cara distal del segundo molar. Tomando en cuenta los siguientes puntos.

El punto de apoyo. El punto de apoyo destinado a aplicar la palanca, está en general dado por el lado inferior o base del triángulo, según los distintos tipos de retenciones depende la forma cómo se aplica el elevador.

La potencia. La fuerza destinada a movilizar el molar depende del tipo de retención. Debe hacerse con cuidado para no fracturar el molar o el maxilar. Para evitar estos accidentes se practica la suficiente resección ósea, con el fin de facilitar la operación, disminuyendo la fuerza a emplearse. Se prefiere eliminar mayor cantidad de hueso y practicar la odontosección haciendo menor, en esta forma, la intensidad de la fuerza; de esta manera se disminuyen también los riesgos operatorios.

La resistencia. Para la eliminación del "cubo contenido", del "cubo continente", se necesita vencer los factores que para ello se oponen: forma y disposición del molar (de su corona y raíces); cantidad de hueso que cubre al molar retenido.

La anulación de estos factores puede lograrse por dos métodos: mayor cantidad de osteotomía, aplicación de la técnica de la odontosección.

Sutura.

La sutura se hace con pequeñas agujas atraumáticas, - ayudadas por el portaagujas respectivo. Como material de sutura se emplea hilo o seda actualmente se usa con buen resultado el nylon.

Antes de realizar la sutura se raspa ligeramente el fondo y los bordes de la cavidad, para que ésta cavidad ósea se llene de sangre. El coagulo es el material que organizará la neoformación ósea.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION VERTICAL.

El tercer molar inferior retenido en posición vertical puede estar colocado en distintas formas, con respecto a la curvatura de la arcada: sin desviación, desviación bucal, desviación lingual o en desviación bucolingual. Tenemos cuatro tipos principales con los subtipos consiguientes de acuerdo con la accesibilidad de la cara mesial.

Retención vertical, sin desviación, cara mesial accesible.

- A) Técnica de Winter.
- a) Incisión. En este tipo de retención se necesita usar

la cara mesial del tercer molar para aplicar el elevador, se realiza una incisión que se extiende sobre la cara oclusal - del molar retenido, desde el borde mesial del festón gingival llegando en el sentido distal algunos milímetros por detrás - del borde óseo distal a resecar. En el caso de valerse de la cara bucal para aplicar el elevador, realiza una incisión - coincidente con el borde bucotriturante de la corona del tercer molar y que se extiende hacia distal en la misma proporción que la incisión.

Con objeto de proteger el festón gingival de los traumatismos operatorios, se realiza una pequeña incisión perpendicular, que se traza sobre la lengüeta mesial del molar retenido.

Después de la incisión, el colgajo es separado, con un periostótomo. La lengüeta interdientaria traumatizada origina dolores postoperatorios. La cicatrización origina una retracción de la lengüeta que deja al descubierto parte de la cara distal del segundo molar; dolores a los cambios térmicos son el efecto, así como la posibilidad del desarrollo de un caries.

b) Osteotomía. La corona del molar ha de ser dirigida hacia la rama montante del maxilar. Por lo tanto, todo el hueso que exista por el lado distal, en contacto con la corona del tercer molar retenido en posición vertical, debe ser eliminado.

En caso de existir un proceso patológico, tal como focos de osteítis, granuloma posterior o el saco dentario de-

dimensiones suficientes, la osteotomía no será necesaria, por que el diente puede desplazarse hacia distal, a expensas del espacio creado por el proceso patológico.

Según la forma de raíces indica el movimiento del molar y la cantidad de hueso a resecarse, de la siguiente manera:

Ambas raíces dirigidas hacia distal: La cantidad de hueso a resecarse debe ser suficiente como para que el diente pueda describir el arco que corresponde a la forma radicular y no encuentre hueso distal que se oponga a éste movimiento.

Raíz mesial dirigida hacia distal y raíz distal recta:

La cantidad de hueso a eliminarse debe ser tal, que permita al molar dirigirse hacia atrás siguiendo el arco de su raíz mesial.

Raíz mesial dirigida hacia distal y raíz distal hacia mesial.

El hueso debe ser resecado en mayor cantidad, como para que el diente pueda ser dirigido hacia distal y permita la fractura del séptum.

Raíces rectas: En este caso no se necesita una gran eliminación de hueso distal. Con la aplicación del elevador en la cara mesial se dirige el diente en sentido distal.

Técnica de resección ósea con los osteótomos de Winter.

El osteótomo se empuña sólidamente con la mano derecha, dirigiendo el bisel de la hoja hacia el hueso a resecar. La función de éste instrumento consiste en extraer o resecar las partes óseas que se hallan colocadas sobre o a los lados del molar retenido.

Una vez realizada la incisión, el instrumento se coloca entre los labios de la herida y se dirige en busca del hueso a resecar. Aplicado en el sitio destinado "el borde constante descansando en la osiestructura, se ejerce suficiente presión para resecar esta porción ósea. La cantidad de escisión debe ser suficiente como para poder dirigir al tercer molar hacia distal, en grado tal como para vencer la curvatura distal de las raíces y eliminar la resistencia en esta región".

De esta manera el osteótomo, corta el hueso distal - en pequeños trozos, yendo de bucal a lingual.

Extracción propiamente dicha. El empleo de los elevadores.

Los elevadores de Winter están numerados del 1 al 9 - (elevadores de aplicación mesial); el núm. 9, elevador de aplicación mesiobucal, y los núms. 10, 11, 12, 13, de aplicación bucal.

Los elevadores de aplicación mesial (del 1 al 9) están destinados a ser introducidos entre el segundo y tercer molar, tienen como función la de luxar y elevar el molar de su alvéolo.

El elevador debe estar de acuerdo con el ancho del espacio interdentario. El elevador núm. 1 (R o L) se usa cuando el espacio es reducido o están en contacto el segundo y el tercer molar. El núm. 2 (Ro L) es el de aplicación común, porque permite su colocación en espacio reducido. Una vez elegido el elevador según las dimensiones del espacio interdentario se introduce suavemente en el espacio interdentario entre los labios de la incisión de la mucosa. Este instrumento actúa como cuña. En esta función penetra en el espacio interdentario; esta penetración permite, en algunos casos, el desplazamiento del molar hacia el lado distal, elevando y luxando el molar retenido.

Introducida completamente la hoja del elevador en el espacio interdentario, la parte plana de la hoja es aplicada contra la cara mesial del tercer molar y su borde sobre el borde superior de la estructura ósea. Se inicia el movimiento destinado a elevar el diente. Para tal objeto, se hace girar el mango del instrumento en el sentido de las manecillas del reloj, para operar en el lado derecho, a la inversa del movimiento de las manecillas al actuar en el izquierdo.

Con este movimiento hacia distal, el molar se eleva y se desplaza hacia distal en la misma proporción con que fue girado. Un nuevo movimiento del mango del elevador hacia distal permite un desplazamiento en un grado mayor del molar retenido en esa dirección. Si la luxación no ha sido terminada

con ese movimiento, entonces se aplica la hoja a un nivel más bajo y se vuelve a repetir el movimiento a distal.

Luxado el diente, éste puede ser extraído del alvéolo con pinza para extracciones o con el mismo elevador.

B) Extracción por osteotomía a fresa.

La fresa es un instrumento poco traumatizante usándola con las debidas precauciones. Estas se refieren al empleo de un instrumento nuevo y constantemente renovado en la misma extracción, y su refrigeración con agua esterilizada o suero fisiológico para evitar su recalentamiento.

Empleado así, nunca se ha tenido inconvenientes: necrosis ni mortificaciones del hueso, las cuales se originan por elevación de su temperatura.

Tipo de fresa.- Se usa la fresa núm. 560 colocada en el ángulo recto. Las fresas redondas núm. 8, de carburo de tungsteno realizan fácilmente la osteotomía.

Incisión.- La incisión que se inicia un centímetro por detrás de la cara distal del segundo molar, llega hasta ésta cara y se prolonga hacia adelante, contorneando el cuello de los dientes hasta el primer premolar, permite un amplio colgajo y acceso y visibilidad; el colgajo no es seccionado verticalmente, ni traumatizado, y descansa sobre hueso sano.

Osteotomía.→ Separados los labios de la incisión, y apartados el carrillo y la lengua, se coloca la fresa sobre el borde óseo distal a resecarse. La fresa se introduce, al espacio que ella misma consigue crearse, entre la cara distal del tercer molar y la porción ósea distal, realizando tanto - osteotomía cuanto requiera la extensión del hueso y la disposición radicular.

Extracción propiamente dicha. Uso del Elevador.

Empleo de los elevadores de Winter.- Son muy útiles, sin embargo pueden emplearse otros instrumentos como los de Barry, los elevadores rectos o cualquier otro elevador parecido.

Empleo del Elevador Recto.- Se introduce en el espacio interdentario y se mueve, alrededor de su eje, en sentido distal, descansando el borde inferior de su hoja sobre la estructura ósea del espacio entre segundo y tercer molar. Por el mismo mecanismo de acción el elevador recto dirige el diente retenido hacia arriba y atrás. Puede también ser apoyado sobre la cara distal del segundo molar y dirigiendo el instrumento hacia mesial la hoja del instrumento desplaza entonces el molar hacia atrás. El segundo molar usado como punto de apoyo, deberá reunir las condiciones ya señaladas: integridad de su corona, solidez del meciso radicular.

Extracción por osteotomía a escoplo.- Escoplo simple o automático. (será mencionado en la Retención Mesioangular).

Extracción por Odontosección.— Este tipo de extracción tiene indicación en casos de raíces divergentes con hiperementosis. En caso de que el tercer molar esté muy vecino a la rama, puede extirparse la parte distooclusal de la corona, con escoplo. Este instrumento debe ser colocado, su parte activa sobre la cara oclusal, a nivel de los surcos, para que el golpe del escoplo sea efectivo.

Retención Vertical sin desviación cara mesial inaccesible.

El ángulo mesio oclusal de la corona del tercer molar puede encontrarse situado por debajo de las estructuras óseas de tal forma que la cara mesial, sobre la cuál se aplica el instrumento indicado a elevar el diente, no es accesible. Es necesario, por lo tanto, preparar una vía de acceso a dicha cara mesial.

La Técnica de Winter.

Incisión.— Es una incisión de dos ramas: una bucal, trazada en la lengüeta interdientaria bucal, similar a la rama bucal de otras incisiones; otra rama distal, trazada sobre el ángulo buco oclusal del molar retenido.

Osteotomía.— Se practica como en la retención vertical, con la cara mesial accesible. Con los osteótomos 1R y 1L se extirpa el hueso distal. Para la aplicación del elevador en la cara mesial del molar, es necesario reseca parte de la estructura mesial. Para éste fin se emplea el osteótomo núm. 8R u 8L.

Extracción propiamente dicha. Uso del elevador.

La técnica del uso del elevador es la misma que en el caso ya estudiado anteriormente.

Extracción por osteotomía a fresa.

Osteotomía.-- Con ésta técnica se elimina suficiente cantidad de hueso como para poder vencer las resistencias mecánicas del molar implantado en el hueso. En la retención vertical, el molar puede presentarse con su cara triturante totalmente cubierta por hueso. La eliminación de éste hueso, y la preparación de una vía de acceso a la cara mesial, para aplicar el elevador, puede realizarse con fresa redonda núm. 6 a 8, montada en el ángulo.

Se realizan sobre la tapa ósea a eliminarse, una serie de perforaciones, que lleguen profundamente hasta el molar retenido. Se unen los orificios creados por la fresa, con ligeros golpes de escoplo o con una fresa de fisura fina núm. 557.

La tapa ósea se elimina con un escoplo o cualquier instrum. de suficiente solidez. La eliminación del tejido óseo debe ser la necesaria para permitir el paso del diámetro mayor del molar.

Resección ósea en distal.-- Con una fresa de figura núm. 560 se realiza la osteotomía en el lado distal del ter--

cer molar, llegando hasta la altura del cuello del diente; - la técnica es la misma que la descrita en la retención anterior. Con la resección distal existe suficiente espacio para poder desplazar hacia distal el órgano dentario.

Resección ósea en mesial.- La resección mesial es para obtener un espacio suficiente para colocar la hoja de un elevador.

Se realiza con una fresa redonda núm. 5, montada en la pieza de mano. Se tratará de realizar ésta osteotomía mesial a expensas del hueso vecino al molar a extraerse, dejando intacto, en lo posible, el hueso que cubre al segundo molar por el lado distal y bucal.

Extracción propiamente dicha.- Se aconseja el empleo de los elevadores de Winter núms. 1,2,3, o elevadores de hojas finas. El instrumento penetra con una angulación de 45° respecto al eje del molar. El elevador se abre camino en la vía ósea creada por la osteotomía mesial y va dirigida a la cara mesial del tercer molar.

En éste punto y con apoyo en el borde óseo y en la cara distal del segundo molar (cuando sus condiciones así lo permitan) se trata de luxar el diente hacia distal, y con pequeños movimientos de torsión del instrumento hacia mesial y hacia distal. La luxación hacia distal está condicionada por la forma radicular.

Luxado el molar, se elimina del alvéolo con un eleva-

lor de Winter núm. 10 l o R de aplicación bucal., o haciendo balanca con un elevador de hoja fina, colocado por el lado bucal, entre la corona del molar y la tabla ósea externa. Si no hay posibilidades de introducir éstos instrumentos a nivel de la cara bucal, se practica con una fresa redonda una muesca u orificio en la parte media del hueso bucal. Facilitando así la colocación del elevador y la extracción del molar.

Retención Vertical. Ausencia de dientes vecinos.

Los dientes vecinos pueden estar ausentes en su totalidad, o sólo faltar el segundo molar. En el primer caso, generalmente el molar retenido produce accidentes inflamatorios.

Incisión.— En casos de retención total, se realiza la incisión angular o la incisión que permita descubrir ampliamente el hueso. La rama logitudinal es trazada a nivel o un poco más adentro del borde lingual del molar y sobrepasa los límites del borde mesial. La otra rama la corta perpendicularmente y llega hasta las proximidades del surco vestibular. En las retenciones parciales, la incisión es la misma que la indicada para los casos de arcada normal.

Osteotomía.— El hueso que cubre el molar es reseca-do con escoplos (osteótomos de Winter, escoplos a mano) o fresas redondas núms. 5, 6 u 8. La osteotomía sigue las mismas indicaciones que en casos anteriores.

Extracción propiamente dicha.— Los elevadores para este tipo de retención son los núms. 1, 12, o 13 (L o R) de Winter o sus similares.

Se introduce el elevador entre la cara mesial del molar y la pared mesial del alvéolo, se gira el mango del instrumento en sentido mesial, con lo cual se logra elevar el molar hacia arriba y hacia distal.

En las presentaciones, con cara mesial inaccesible, — debe emplearse el método de la odontosección del molar, con — fresas, según su eje menor, y la extracción de cada parte por separado.

Extracción del tercer molar inferior retenido
en posición mesioangular.

tipo de retención se presentan dos problemas — quirúrgicos que deben resolverse:

La Osteotomía.— Generalmente el molar retenido está alojado más profundamente en el hueso y la cantidad de hueso distal está dispuesta con más abundancia en las retenciones mesioangulares, que en las verticales.

El contacto con el segundo molar.— Es uno de los más sólidos anclajes del molar retenido. La eliminación de tejido dentario y la odontosección, son medios que evitan traumatismos y sacrificios óseos inútiles.

El molar retenido para ser elevado de su alvéolo debe trazar un arco, para realizarlo se oponen los dos problemas - mencionados. En varias ocasiones, aún eliminando el hueso - distal, que se opone al trazado del arco, la extracción se ve dificultada por el contacto que las cúspides mesiobucal y mesiolingual del tercer molar realizan sobre la cara distal de la corona del segundo molar, o en la cara distal de la raíz - distal, por debajo de la línea cervical. Por lo cuál deberán suprimirse las cúspides mesiales.

Retención Mesioangular. Sin desviación. Cara mesial accesible o inaccesible

Técnica de Winter.

Incisión.- Winter ha indicado diferentes tipos de - incisiones para abordar la retención mesioangular.

Cuando no se necesita aplicar elevadores en la cara - mesial, se practica una incisión que, va de la cara distal - del molar retenido, se extiende en sentido distal aproximadamente un centímetro.

Si es necesario aplicar los elevadores en la cara mesial, se practica una incisión sobre el borde bucal del molar retenido y en las mismas proporciones que la anterior.

Para evitar el traumatismo y laceración del redete - gingival interdentario, se traza una incisión bucal desde -

el borde de la encía, hacia abajo, y ligeramente adelante.

Osteotomía.— El triángulo óseo distal es eliminado con un osteótomo núm. 2 R o L. Con la técnica usual, el borde cortante del cincel se apoya en la superficie a separar y bajo presión manual se elimina, en pequeños trozos, todo el hueso necesario. La cantidad de hueso a eliminarse está indicada por el grado de versión del molar, y por la forma radiocircular, siguiendo las indicaciones ya señaladas en la retención vertical.

Extracción propiamente dicha. Uso de los elevadores.

Elección del elevador.— La forma y tamaño del espacio interdentario existente entre la cara mesial del tercer molar, la cara distal del segundo y el borde superior del interséptum son los que rigen el tipo de elevador que se debe emplear.

Espacios interdentarios pequeños exigen una hoja de elevador de escasas dimensiones; un espacio grande necesita un elevador de hoja ancha.

Introducción del elevador.— El elevador se introduce en el espacio interdentario, dirigido hacia abajo y en sentido lingual, actuando como cuña. Con ligeros movimientos giratorios en el mango del instrumento dirigidos hacia mesial y distal, el elevador ocupa el espacio.

Aplicación del elevador.— La parte plana de la hoja del elevador es aplicada contra la cara mesial del tercer molar; su borde inferior, sobre el borde superior del espacio interdentario.

Movimiento del elevador.— Dirigiendo el mango del instrumento en sentido mesial, y de acuerdo con la disposición y la forma radicular, se gradúa la fuerza necesaria para elevar el molar. La eliminación del molar se realiza una vez colocado el diente verticalmente y vencido el contacto entre el segundo y el tercer molar con una pinza para molares inferiores o con el mismo elevador.

Extracción por osteotomía a fresa.— La fresa está muy indicada en éste tipo de retención. La técnica de su uso varía un poco con la de retención vertical.

Con una fresa redonda núm. 4, 5 u 8, colocada en la pieza de mano o en el ángulo, según las facilidades de acceso que se tengan al campo operatorio, se practican algunos pequeños orificios en el hueso, los cuales deben llegar hasta el molar retenido. El tacto nos dará la sensación necesaria, que nos advertirá la presencia del molar retenido.

La porción ósea limitada entre los puntos perforados por la fresa y el tercer molar, se elimina con un golpe de escoplo. Este instrumento se coloca con su bisel dirigido hacia distal, tratando de introducirlo entre la cara distal del molar y el hueso a resecar. Con un golpe de escoplo se hace saltar ésta porción ósea distal.

La cantidad de hueso a reseca está de acuerdo con el grado de inclinación del molar, la forma y disposición de sus raíces y el contacto con el molar anterior. El hueso distal se elimina mejor con fresa de fisura núm. 560.

Extracción propiamente dicha.- Son útiles los elevadores de Winter, también pueden usarse otros instrumentos, - contruidos según el mismo diseño y basados en el mismo principio mecánico.

La técnica de la extracción propiamente dicha es la - ya señalada en el estudio de la técnica de Winter.

Extracción por osteotomía a escoplo.- El escoplo - accionado a martillo o el escoplo automático, para realizar - la osteotomía distal, puede aplicarse en éste tipo de reten- ción con determinadas reservas.

Osteotomía.- Se usa para realizar la osteotomía distal un escoplo de media caña. Perpendicularmente dirigido ha- cia la superficie ósea y con golpes de martillo se reseca el- hueso, en pequeñas porciones, hasta descubrir la suficiente - cantidad del molar, con el fin de que sean vencidas las resis- tencias (hueso distal y punto de contacto).

A ésta altura y en éste tipo de retención, se resuel- ve el problema del unclaje distal y el punto de contacto, eli- minando, siempre que haya fácil acceso al molar retenido, las cúspides mesiobucal y mesiolingual con un disco de cartborundo. En los casos en que el molar está más profundo, es más sencill- lo seccionarlo longitudinalmente.

En éste tipo de retención, la cara mesial del molar - accesible, si no se elimina el punto de contacto de las cúspides, habrá que extirpar hueso por lo menos hasta la mitad de la raíz.

La eliminación del molar debe hacerse, por lo tanto, a expensas de la fuerza ejercida sobre el elevador, con los consiguientes inconvenientes postoperatorios. El exceso de presión ejercida sobre el hueso distal o sobre el mesial, trae como consecuencia dolores de gran intensidad (alveolitis). El dolor está siempre en relación con el grado de trauma.

Extracción propiamente dicha.- Se realiza como en la extracción por osteotomía a fresa.

Extracción por odontosección.- Este método está muy indicado en la retención mesioangular. La odontosección puede aplicarse de dos distintas formas: se divide el diente según su eje mayor, o bien se le divide según su eje menor.

Ambas operaciones se pueden con o sin osteotomía. En unos casos es imprescindible; en otros puede seccionarse el diente y extraerlo sin la resección ósea previa.

La odontosección de los molares retenidos se realiza con discos, piedras de carborundo, fresas, escoplo recto, de media caña, el escoplo de Sorensen o el escoplo automático.

Consideraciones generales sobre la odontosección en molares retenidos.

El acceso.- Es necesario prepara una vía de acceso, para que los instrumentos destinados a cortar el diente puedan cumplir con su cometido, sin traumatizar las partes blandas, ni lesionar el hueso.

Por lo tanto, una incisión amplia y una osteotomía suficiente se imponen en la aplicación de éste método. El tejido gingival debe ser apartado con separadores o instrumentos que hagan la misma función.

El instrumental.- Discos de carborundo. Piedras montadas.

(Pueden emplearse las piedras montadas núm. 5 para cortar el esmalte; son de gran utilidad los discos o piedras de diamante).

Fresas: Se pueden para éste fin las fresas de fisura núm. 560 y las fresas redondas núm. 8 de carburo de tungsteno.

El escoplo automático.

Técnica del empleo del instrumental.- Disco de carborundo:

En algunos casos de retenciones es posible usar el disco de carborundo, cuando la profundidad del molar retenido, lo permite. Separando las partes blandas para no traumatizar las, el disco secciona el diente a nivel de su cuello. También se emplean discos para eliminar las cúspides mesiales.

Para seccionar el diente según su eje menor (retenciones superficiales) se dirige el disco todo lo perpendicularmente que sea posible, al eje mayor del diente. El disco debe ser humedecido constantemente con agua o suero fisiológico. Esta técnica está indicada en pocos casos; es más útil - la fresa.

Para seccionar las cúspides mesiobucal y mesiolingual el disco se coloca perpendicularmente a la arcada, inmediatamente detrás de la cara distal del segundo molar. Dirigiéndolo de bucal a lingual, tomando la pieza de mano firmemente el disco secciona el esmalte de la cara triturante y llega hasta la cara mesial del molar retenido, separando así el mazo el cuál se extrae, antes de la extracción propiamente dicha, con un escoplo o con una cucharilla de Black. Eliminando el punto de contacto, se procede a la osteotomía si es necesario o a la extracción propiamente dicha.

Piedras montadas.- Las pequeñas piedras montadas que se usan en operatoria dental, pueden emplearse para cortar el esmalte, antes de usar la fresa y para facilitar la acción de éste instrumento. Pueden también emplearse, antes de usar el escoplo sobre la cara oclusal del molar retenido.

Fresas.- En el ángulo diedro que ha preparado la -

piedra montada se introduce la fresa de fisura núm. 570. Esta se dirige de bucal a lingual, tratando de seccionar, en toda su amplitud, la corona del molar retenido. Se debe poner cuidado a la parte mesial del tercer molar, porque pueden presentarse dos dificultades en ésta maniobra:

1) Sección insuficiente de la corona.- No se corta todo el tejido dentario y la corona queda unida a sus raíces por esmalte, en cantidad variable, pero suficiente, como para impedir la sepa y la eliminación de la corona.

2) La fresa pasa los límites de la corona: Es de utilidad recordar la anatomía coronaria, tener buena iluminación coronaria, tener buena iluminación y hemostasis en el acto operatorio y servirse del tacto que nos indica el tejido sobre el cual estamos actuando. La fresa llevada fuera de los límites de la corona, puede lesionar el hueso, seccionar la tabla lingual y herir los tejidos blandos de la cara interna del maxilar. Dirigida hacia abajo puede herir el nervio dentario inferior y los vasos que lo acompañan, provocando trastornos como hemorragia y parestesias.

Técnica del empleo del escoplo automático.- El escoplo automático es un instrumento, por medio del cual se logra cortar el diente en forma precisa. Tratándose del tercer molar en posición mesioangular, las funciones del escoplo automático se reduce a seccionar el diente, según su eje mayor. Para éste fin se una punta cortada a bisel. Se apoya el borde cortante del bisel, dirigiéndolo aproximadamente perpendicular a la cara triturante del molar a dividir, sobre las depresiones del esmalte, no sobre las crestas. La línea de aplicación del escoplo proyectada sobre el molar debe tratar-

de coincidir sobre el espacio interradicular.

Dos o tres golpes de escoplo son suficientes para seccionar el molar. En caso de existir caries, grietas o fisuras de esmalte se aprovecharán para facilitar la acción del escoplo.

Extracción de las partes seccionadas.— Las partes seccionadas son extraídas por separado; según su eje menor y según su eje mayor.

Extracción del molar seccionado según su eje menor:

Extracción de la corona.— Se realiza por medio de elevadores finos. Después de seccionado el molar, se introduce el elevador en el espacio creado por la fresa. Este espacio es de gran utilidad, pues a expensas de él se desplaza la corona hacia mesial y luego hacia distal.

A ésta altura del problema quirúrgico, hay que volver a considerar la cara mesial de la corona, accesible o no a los elevadores. Si es inaccesible, se practica una vía para el elevador, a escoplo o con fresa. Si se puede fácilmente abordar, se introduce el elevador por debajo de la corona, entre su cara mesial y el borde óseo y se leva la corona.

Extracción de la Raíz. — La porción radicular puede extraerse por medio de elevadores rectos, curvos o con los elevadores de Winter. En algunos tipos de retención se emplea el elevador núm. 12 R ó L; éste se introduce entre la

porción radicular y el tejido óseo subyacente. Se hace girar el mango del instrumento hacia el lado bucal. Según la disposición y la forma radicular, será mayor o menor el esfuerzo a realizarse.

En caso de gran divergencia radicular o gran cementosis, puede ser de utilidad separar las dos raíces con una fresa de fisura colocada en la pieza de mano. Cada raíz se extrae por separado con elevadores rectos, o elevadores de Winter núm. 12 R ó L.

Terminación de la extracción.- Se inspecciona la cavidad ósea, se retiran las esquirlas, se adaptan los labios del colgajo y se practican dos o tres puntos de sutura.

Extracción del molar seccionado según su eje mayor.- Practicada la sección del molar con el escoplo automático, queda el diente dividido en dos porciones: porción mesial y porción distal. Cada una debe ser eliminada por separado. Se comienza por la más sencilla, la distal, la extracción de la cual facilita la eliminación de la porción mesial.

Extracción de la porción distal.- Se introduce un elevador recto o un elevador de Winter 1, 2, 3 Ro L entre las dos porciones del molar dividido. Al introducirlo y actuando como cuña se consigue luxar ligeramente la porción distal. Es necesario, para practicar la extracción de esta porción, aplicar el elevador lo más profundo posible, para evitar la fractura inoportuna de la porción distal. El punto ideal de aplicación del elevador se encuentra a unos milímetros por debajo de la línea cervical. Aplicado a éste nivel

se gira hacia mesial el mango del instrumento, dirigiendo la raíz hacia arriba y atrás.

Extracción de la porción mesial.- Eliminada la porción distal, se introduce el elevador entre la cara mesial del molar y el borde óseo, si ésta es accesible, o se practica una vía de entrada para el elevador con una fresa redonda o con un escoplo de mano. El elevador se apoya, como si se tratará de un molar entero, sobre la cara mesial de la porción mesial y se realizan movimientos parecidos, aún cuando no exigen tanta fuerza, a los de la técnica de Winter.

Puede presentarse el caso que, por gran curvatura y cementosis de la raíz mesial y profundidad de la superficie triturante de la porción mesial, por debajo del cuello del segundo molar, ésta porción presenta gran resistencia a la elevación. Puede practicarse en éste caso una nueva sección que divida la porción mesial a nivel de la línea cervical. Esta sección se realiza con fresa larga montada en el ángulo. Las partes se eliminan siguiendo la técnica anteriormente citada.

Retención mesioangular. Ausencia de dientes vecinos.

Puede presentarse en algunas ocasiones. La ausencia del segundo molar significa la desaparición del punto de contacto mesial.

En éste tipo de retención del molar, la técnica quirúrgica debe vencer solamente las resistencias óseas que cu-

bren el molar. La osteotomía puede hacerse a escoplo o a fresa. La odontosección sólo se aplica en caso de cementosis o raíces divergentes.

Es importante estudiar radiográficamente el problema, antes de intentar la extracción, de éstos molares aislados; - cuando se aplica sobre ellos una fuerza exagerada, para intentar extraerlos, sin dividir el diente, puede originarse fácilmente la fractura del maxilar. La odontosección es una - útil indicación.

Incisión.- En caso de retención completa, se prefiere la incisión angular; si el molar está parcialmente erupcionado, se aplica la misma clase de incisión ya estudiada.

Osteotomía. A escoplo.- Con un escoplo fino o de media caña se reseca el hueso distal para dejar al descubierto por lo menos la cara distal de la corona.

La resección de hueso por el lado mesial está condicionada por la libertad de acceso a la cara mesial, sobre la cual se aplicará el elevador.

A fresa.- La fresa reseca idénticas porciones de hueso. El lado distal se opera con una fresa de fisura, en el ángulo recto; la osteotomía mesial puede realizarse con fresa redonda núm. 7, montada en la pieza de mano.

Extracción propiamente dicha.- Para efectuarla son-

útiles los elevadores de Winter núms. 8 y 12 R Ó L o los elevadores angulares de Ash. Todos ellos de aplicación mesial.

Se coloca la hoja del instrumento entre la cara mesial del molar y la superficie anterior del alvéolo. Una vez aplicado en el lugar necesario, se gira el mango del instrumento hacia mesial con la cuál se consigue elevar el molar hacia atrás y arriba. La fuerza aplicada al elevador está de acuerdo con el grado de osteotomía o disposición radicular.

Los elevadores rectos (o los elevadores angulares de Winter de aplicación bucal), pueden ser colocados entre la cara bucal y la pared externa del hueso. Por movimientos rotatorios del mango del instrumento de derecha a izquierda, se consigue luxar el molar.

Extracción del tercer molar inferior retenido en posición Distoangular

La posición distoangular no es frecuente. Cuando el molar así se presenta, los métodos para su extracción son laboriosos. Las dificultades para su extracción residen en la posición del molar, que para ser extraído debe ser dirigido en sentido distal, es decir, hacia la rama ascendente y en la cantidad de hueso que hay que eliminar para vencer el contacto del tercer molar con ésta rama.

La extracción del molar aislado, se realiza por procedimientos semejantes a los estudiados en la retención vertical, con las diferencias, que la posición distoangular, origina en las técnicas.

Técnica de Winter.— La técnica de Winter es aplicada para ésta clase de retención; no se tiene mucho éxito, pues — el tercer molar en distoversión se encuentra anclado al maxilar y cubierto por una gran cantidad de hueso por sus caras — distal y triturante, la eliminación del cual es muy difícil — a presión manual. Por otra parte los elevadores son de muy — difícil aplicación y cuando se consigue ubicarlos y luxar el molar, éste se dirige, siguiendo la curvatura radicular, hacia la rama montante, en donde tiende a enclavarse.

Por lo cual se prefiere los métodos de osteotomía a — escoplo y sobre todo la odontosección que, dividiendo el molar, facilita notablemente la extracción. La técnica de Winter tiene éxito, en los casos de distoversión, con la cara — triturante expuesta en sus tres cuartos anteriores y en caso — de angulación poco exagerada.

Incisión.— Si el molar está parcialmente erupcionado, puede efectuarse el mismo tipo de incisión ya señalado — para las otras clases de retenciones.

En retenciones profundas y completas, se prefieren — la incisión angular.

Osteotomía.— Con el osteótomo núm. 1 R ó L o 3 — R ó L se llega hasta la porción ósea que cubre la cara triturante y distal del molar retenido. Este hueso se elimina — empleando la técnica ya estudiada. El hueso que cubre la cara triturante es resacado con los instrumentos núms. 3, 5 u 11 — R ó L. Sobre el hueso de la cara triturante, el instrumento

núm. 5 practica orificios, el conjunto de los cuales descubre la cara del diente retenido. El hueso de la cara bucal debe también ser eliminado en suficiente cantidad, como para permitir la colocación de los elevadores bucales para extraer el molar.

Extracción propiamente dicha. Empleo de los elevadores.-

Existiendo suficiente espacio entre la corona del segundo molar y la del tercero, puede emplearse el elevador núm. 9 A ó L.

El instrumento es aplicado sobre la cara mesial, cerca del borde bucal, e introduciendo el elevador como si fuera una cuña, entre el molar y el hueso, se logra elevar el molar. Si la cantidad de hueso distal no es suficiente, deberá practicarse una mayor osteotomía. El elevador es nuevamente colocado en el mismo punto y con la misma acción de cuña el molar se desvía hacia arriba y atrás.

Más útiles pueden ser los elevadores de aplicación bucal núm. 10. Para introducirlo y colocarlo sobre la cara bucal, en el sitio de bifurcación de las raíces, será necesario una osteotomía de la tabla externa. Aplicado el elevador se gira el mango del instrumento hacia el lado bucal, consiguiéndose así desplazar el molar.

Extracción por osteotomía a fresa y escoplo.- La extracción del tercer molar en distoversión generalmente exige-

el sacrificio de una gran cantidad de hueso.

Incisión.- Existiendo o no el segundo molar, debe realizarse una larga incisión que permita un colgajo amplio que descubra perfectamente el campo operatorio. Esta incisión parte desde dos centímetros por detrás de la cara distal del segundo molar y va a la cara interna del maxilar. Llegada la incisión a la cara distal del segundo, rodea ésta cara y la bucal y desde la lengüeta interdientaria entre el segundo y el primer molar se dirige hacia abajo, afuera y adelante.

Se separan los labios de la incisión y se mantienen los colgajos para permitir una perfecta visión del hueso a resecarse.

Osteotomía. Resección del hueso distal.- Con un escoplo recto se practica la osteotomía de la porción distal y de la que cubre la cara triturante del molar retenido. La cantidad de hueso a resecarse, por el lado distal, debe ser toda la existente entre una perpendicular trazada desde el punto más distal del molar retenido y la cara mesial del molar.

Con fresa redonda puede aumentarse, en dirección distal, el hueco óseo que el escoplo crea.

Osteotomía mesial.- Con una fresa redonda, núms. 6 ó 7, se reseca el hueso que cubre la cara mesial de la corona y el tercio superior de la raíz del tercer molar; se elimina

el tabique interdentario. De ésta manera se habrá suprimido toda resistencia ósea que se oponga a la extracción y disminuído los riesgos de una fractura dentaria o del maxilar, por exceso de fuerza ejercida en el acto de la aplicación de los elevadores.

Extracción propiamente dicha.- Es necesario utilizar los elevadores de Winter, los cuáles se hacen actuar como distintas palancas para extraer el molar.

Un elevador núm. 12 es introducido entre la cara bucal del molar y el hueso bucal, tratando de moverlo. La misma operación se efectúa en distal apoyando sobre la cara triturante y en lingual.

Estas sucesivas aplicaciones luxan el diente retenido cuya elevación se completa con un elevador fino colocado en el lado distal, entre la cara triturante y el hueso. Girando el mango del instrumento hacia adelante, se eleva el molar cuya extracción es completada con un instrumento núm. 10 de aplicación bucal.

Sutura.- Dos o tres puntos de sutura cierran la herida, cubriendo, dentro de lo que permita la extensión del tejido gingival, el alvéolo del segundo molar, ya realizada la extracción de éste último.

Extracción por odontosección.- Las dificultades que presenta la extracción del tercer molar retenido en posición distoangular, principalmente cuando el diente está rodeado en todas sus caras por hueso, indican la aplicación del método -

de la división del diente.

Osteotomía y odontosección se complementan. La cantidad de hueso a researse y el tipo de la odontosección, estarán dados por la cantidad de hueso distal, y el grado de inclinación del molar y la forma y disposición de sus raíces.

La osteotomía en ésta clase de retención ya fue considerada se mencionará únicamente la odontosección.

Técnica de la odontosección, en la retención Distoangular.-

Para ser extraído el tercer molar en posición distoangular debe trazar un arco y dirigirse en dirección de la rama montante. La proximidad de la cara triturante o del borde distotriturante del molar con el hueso de la rama ascendente obliga a suprimir el trozo de diente que se oponga a la realización del arco.

La odontosección se realiza, como en las otras retenciones, con fresas o con escoplo automático. En la retención distoangular es necesario cortar al diente según su eje menor.

Debido a la colocación del molar, la sección de la corona debe realizarse con una fresa de fisura, montado en la pieza de mano la fresa debe dirigirse paralela a la línea cervical del molar retenido y se introduce en el espacio creado por la osteotomía entre la cara bucal del molar y la tabla -

ósea externa. Existiendo dificultad para atacar al diente a la altura de su cuello, es necesario desgastar previamente el esmalte coronario con una piedra montada núm. 36, la cual prepara una muesca en el diente, que facilita el corte de la fresa. La fresa secciona el diente, separando la corona de la raíz.

Extracción de la corona.— Para poder efectuarla se introduce un instrumento delgado (por ejemplo, la cuchara de Black, elevador, etc.) en el espacio creado por la fresa, y se comprueba si se ha realizado la separación de los dos elementos. Se proyecta la corona todo lo distalmente que le permita el hueso y se le vuelve a colocar en contacto con el muñón radicular. Con la misma cuchara o con un elevador angular, buscando la vía de menor resistencia, se eleva la corona del molar.

Extracción de la raíz.— La técnica a seguir a esta altura de la operación, depende de la forma y disposición de las raíces.

Lo más sencillo es desplazar las raíces hacia distal, siguiendo el eje o la curvatura de las raíces.

Extracción del tercer molar retenido en posición Horizontal.

Para la extracción del tercer molar retenido en posición horizontal, pueden aplicarse las mismas técnicas que las usadas en la retención mesioangular. Los métodos de odonto-

sección disminuyen el esfuerzo operatorio y el traumatismo y los riesgos postoperatorios son menores.

Winter sostiene: "El procedimiento corrientemente - seguido, de quitar con una piedra o fresa una parte o el todo de la superficie oclusal, o el de cortar el diente en dos a la altura del tercio gingival, es innecesario. Es ventajoso conservar el diente intacto, puesto que la extracción de la corona causará una pérdida de superficie, sobre la cual el elevador podría ser aplicado, necesitándose una mayor escisión de la osiestructura para tener un acceso con el fórceps o elevadores a la parte del diente que queda".

Técnica de Winter. Cara mesial accesible.

Incisión.- La incisión según Winter, sigue los principios enunciados para los otros tipos de retenciones.

Osteotomía.- Con una técnica parecida a la empleada en la retención mesioangular, con los osteótomos 2 y 4 (R o L) se elimina la cantidad de hueso distal necesaria.

Extracción propiamente dicha. Uso de los elevadores. La forma y tamaño del espacio mesial indica el número del elevador a usarse. Este instrumento se introduce entre la carmesial y el borde óseo y el molar es desplazado hacia arriba y en sentido distal.

Puede irse aumentando gradualmente el tamaño de los -

elevadores, conforme se consiga ir aumentando el tamaño del espacio.

La dirección y fuerza ejercida sobre el elevador están en relación con la forma y disposición radicular.

Cara mesial inaccesible.- "En éstos casos, la superficie mesial es más baja que el borde superior de la osiestructura y el acceso a la cara mesial sólo puede conseguirse encendiendo el hueso". (WINTER).

Osteotomía. Distal.- La resección del hueso que cubre la cara distal del tercer molar se realiza por el mismo procedimiento más arriba indicado. Si el molar está en completa retención intraósea, la osteotomía se inicia con el instrumento núm. 5 R ó L. con el cual se practica un orificio sobre la cubierta ósea.

Osteotomía Bucal.- Como no es posible llegar hasta la cara mesial, se practica con los osteótomos núms. 6 u 11 R ó L, la osteotomía de parte de la cara bucal, para permitir la entrada y aplicación del elevador.

Extracción propiamente dicha. Empleo de los elevadores.

En el espacio creado por el osteótomo se introduce un elevador núm. 2 R ó L en busca de la cara mesial del molar, sobre la cual se aplica. Se dirige el mango del instrumento-

hacia abajo y hacia distal. A medida que el espacio se aumenta por el desplazamiento del molar, puede irse colocando sucesivamente elevadores de hojas mayores, siguiendo la operación según la técnica.

Extracción por Osteotomía a fresa y cincel.

La resección del hueso que cubre el molar, puede realizarse por medio de cinceles o fresas.

La técnica se asemeja en un todo a la estudiada por los otros tipos de retención. El molar retenido debe trazar, como ya se ha dicho, un arco cuyo centro está cerca del ápice. Y aunque el diente se desplaza hacia adelante y arriba por las sucesivas aplicaciones de los elevadores, y por lo tanto el centro del arco se va sensiblemente desplazando hacia mesial, se oponen a la eliminación del molar los mismos factores ya mencionados en la retención mesioangular: hueso distal y punto de contacto mesial. El hueso distal es prácticamente inextensible; el aprovechamiento de la capacidad de la elasticidad ósea sólo puede ser aplicada en maxilares jóvenes. El molar retenido en posición horizontal, se debe considerar colocándolo entre una pared inextensible (la cara distal del segundo molar PC) y otra pared prácticamente inextensible.

A la extracción del molar se oponen dos factores que constituyen la resistencia (R) en la fuerza de palanca: PC y HD. La potencia aplicada sobre la cara mesial (P) es incapaz salvo desastres irreparables, de vencer estos factores y permitir al molar describir un arco con centro en O. Hay que eliminar uno de los dos factores, o sea disminuir la resistencia. Ese es el objeto de la osteotomía distal.

La fuerza en el punto de apoyo A y sobre el hueso distal HD, aún reducido hasta C, tiene que ser extraordinaria para vencer las resistencias que aún se presentan. Eliminando el hueso distal hasta C, es decir restando a la resistencia R el segmento R^2 , la potencia necesaria para elevar el molar estará disminuida en proporción a la extensión de R^2 .

a) Incisión.— Para la retención horizontal preferimos una incisión que permite descubrir la cara bucal del segundo molar.

b) Osteotomía.— Con una fresa redonda número 5 ó 6 se reseca el hueso distal, hasta el punto C^1 .

Si la cara mesial no es accesible, se practica la osteotomía a fresa en la cara bucal para permitir la aplicación del elevador.

c) Extracción propiamente dicha. Con un elevador de Winter No. 2 A o L, o con un elevador recto colocado entre la cara mesial del molar y el borde óseo, se dirige el molar hacia arriba y hacia el lado distal.

d) Sutura.— Eliminado el molar, se cubre el alvéolo con el colgajo, que se mantiene con dos o tres puntos de sutura.

C) Extracción por Odontosección

Se puede reducir la cantidad de osteotomía distal, - aplicando el procedimiento de la odontosección. La técnica - puede realizarse por los dos métodos ya indicados.

1) Extracción del molar seccionado según su eje menor:

La técnica se encuadra a la ya mencionada para la retención mesioangular. Se corta el diente a la altura del cuello, con una fresa de fisura, montada en el ángulo recto.

2) Extracción del molar seccionado según su eje mayor:

Este método es aplicable cuando la corona del tercer-molar está ligeramente desviada hacia el lado bucal.

Se practica la sección con un cincel de hoja ancha. - Este instrumento se aplica sobre el centro de la cara tritu--rante. Dividido el molar en dos porciones (mesial y distal), se extraen ambas por separado.

Extracción de la porción mesial: En algunos casos la porción mesial está sólidamente retenida por debajo de la línea cervical del segundo molar. En estos casos es útil separar en dos partes la porción mesial, seccionándola con una - fresa de fisura.

La raíz mesial se elimina realizando un pequeño orificio sobre su cara distal, con la misma fresa de fisura o con una fresa redonda. En este orificio se introduce un instrumento (raspador, cucharilla de Black) y se elimina la raíz - traccionándola hacia mesial.

RETENCION HORIZONTAL. AUSENCIA DE DIENTES VECINOS.

El molar puede encontrarse en total retención ósea o ser ésta subgingival. La accesibilidad de la cara mesial determinarí la cantidad de osteotomía necesaria.

No existiendo el segundo molar, la aplicación del elevador puede hacerse sobre la cara mesial con punto de apoyo - en el hueso mesial y el molar puede dirigirse hacia arriba y hacia distal sin la traba que representa el segundo. Por lo tanto el tercer molar, en algunas ocasiones, puede extraerse sin ser seccionado, aplicando las técnicas para la retención mesioangular, con las variantes que impone la horizontalidad del molar.

Los fundamentos del éxito y la preservación de los peligros residen en la aplicación de la ley del menor traumatismo, que en caso de estos molares aislados, se cumple con los métodos de osteotomía y odontosección.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION LINGUANGULAR

Si se presenta en estas condiciones, su cara trituan-

te está dirigida con grado de inclinación variable hacia la - tabla lingual del maxilar. El exámen radiográfico muestra el molar según su eje mayor; su representación radiográfica es - la de un disco.

Estos molares se presentan, en un gran porcentaje de los casos, con sus raíces incompletamente formadas.

El molar puede encontrarse cubierto por hueso, en cantidad variable. Para realizar la extracción debe eliminarse el hueso que cubre la cara superior (como el molar está girado, puede ser la cara bucal o distal), el hueso de la tabla - interna (que cubre la cara triturante) y la suficiente cantidad de hueso distal, para poder dirigir el molar hacia arriba y hacia distal.

a) Incisión.- La rama anteroposterior de la incisión debe ser trazada al mismo nivel que la tabla interna del hueso. La rama vertical separa la encía que cubre el molar - retendio de la cara distal del segundo molar y se continúa - hacia afuera, adelante y abajo, como las otras incisiones ya mencionadas.

b) Osteotomía.- Se reseca el hueso que cubre la cara superior y la cara triturante; esta osteotomía puede hacerse por la técnica de Winter.

Levantados los colgajos, se elimina con un osteótomo No. 2 ll (R ó L) el hueso de la cara lingual. El hueso que cubre la cara superior se elimina con osteotomos Núms. 2, 3, - ó 5.

La osteotomía puede también efectuarse o con cinceles o fresas (redonda No. 8). Es necesario realizar una amplia - osteotomía de abordaje pues estos molares, sobre todo los que poseen sus raíces incompletamente formadas (son en realidad - sólo coronas), tienden a rodar en el interior de la cavidad - alveolar y es tarea muy difícil lograr elevarlos. La técnica de la osteotomía debe ser complementada con la de la odonto- sección.

c) Extracción propiamente dicha. Empleo de los eleva-
res:

Eliminada la suficiente cantidad de hueso que cubre- el molar retenido, se introduce un elevador No. 2 ó 7 entre - la cara mesial y el hueso y se trata de elevar el molar hacia arriba y atrás.

Extracción por osteotomía a fresa. Con las técnicas- ya indicadas se elimina el hueso con fresa redonda No. 6 u 8, montada en el ángulo recto o en la pieza de mano. El hueso - de la tabla lingual se elimina con fresa de fisura No. 650 o con fresa redonda, montada en el ángulo recto o en la pieza - de mano, teniendo la precaución de separar el colgajo de la - cara lingual, para no traumatizarlo con este instrumento.

Extracción por Odontosección. La técnica de la odon- tosección, aplicada a este tipo de terceros molares es la que da más cantidad de éxitos. Seccionados con fresa redonda a - nivel de su cuello (cuando poseen raíces) o dividida la corona con el mismo instrumento o con un cincel, colocado sobre - su cara oclusal (cuando se trata de corona sin raíces), se -

elimina cada fragmento con un elevador de Clev-dent o con pinza de Kocher curva pequeña; este instrumento logra asir y elevar, mejor que el elevador, los segmentos seccionados por la fresa. La odontosección con cincel, debe realizarse, en caso de molares con raíces incompletamente formadas antes de que se movilice la corona: como asientan sobre una base muelle, el bulbo dentario, el golpe del cincel no es muy efectivo, cuando la corona se ha desubicado, aún parcialmente. La odontosección con fresa redonda No. 8, origina un espacio, que resulta muy útil para el desplazamiento de las partes seccionadas.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION BUCAL

Exámen radiográfico. La cara triturante se halla dirigida hacia la mejilla. El molar aparece en la radiografía como un disco.

Extracción. La extracción del tercer molar inferior retenido en posición bucal sigue los principios ya mencionados. La sección del diente, en el sentido de su eje menor, dividiéndolo con una fresa de fisura de mesial a distal, simplifica el problema. Las partes se extraen por separado.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION INVERTIDA.

La técnica a emplearse para la extracción varía de acuerdo con la profundidad del molar en el hueso y su accesibilidad a la cara mesial.

Los molares relativamente superficiales se extraen - previa resección del hueso que cubre la cara más cercana al - borde alveolar, que es la distal. La odontosección se realiza con una fresa de fisura, según el eje mayor del diente, - y dividiendo a éste en dos elementos. Según la posición del molar se puede extraer primero la raíz, o la corona, y a expensas del espacio creado se elimina la porción que queda.

EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES CON SUS RAICES INCOMPLETAMENTE FORMADAS (GERMENES DEL TERCER MOLAR INFERIOR).

La ortodoncia indica, muchas veces, la necesidad de - extraer prematuramente (como profilaxis) o en otra oportunidad (como terapéutica) el tercer molar inferior con sus raíces incompletamente formadas, que pueden producir o produce - desviaciones de los dientes o desarreglo de los tratamientos ortodóncicos.

La edad en que se debe realizar la extracción de estos molares con su corona ya formada y su raíz incompletamente calcificada, varía con el criterio del ortodoncista. Por lo general se trata de niños de 12 a 16 años. A pesar de ser molares sin raíces completas su extracción constituye un problema, porque la distancia borde anterior de la rama-cara distal del segundo molar es muy pequeña, y porque también es pequeña la boca del paciente; por otra parte después de la osteotomía, y durante las maniobras de extracción, estos gérmenes rotan en el interior de su cavidad ósea, como anteriormente se indica.

Se acostumbra a extraer los cuatro terceros molares en una sesión (bajo anestesia general con barbitúricos, por vía endovenosa. Quien desee anestesia troncular se verá precisado a realizar la intervención en diferentes sesiones.

La técnica para la extracción de estos molares no varían mucho con las enunciadas para los molares con raíz completa, puesto que su posición en el hueso es la misma ya estudiada. La presencia del saco pericoronario disminuye la cantidad de osteotomía necesaria; por regla general hay que eliminar tanto hueso como el diámetro de la corona del molar retenido, de modo que su extracción no se haga a expensas de la fuerza, sino de la útil y juiciosa aplicación de los elevadores, eliminando el molar retenido, siguiendo el camino de menor resistencia. "Es preferible resecaer hueso en mayor cantidad que la necesaria, disminuyendo de este modo la resistencia, que eliminar demasiado poco y usar la fuerza traumática como compensación. (Durbeck).

Eliminando el hueso necesario, la adecuada aplicación de los elevadores resolverá el problema. Como se indicó al tratar la extracción de los terceros molares, en posición linguoangular, es preferible dividir el molar en dos porciones, con fresas redondas o con cínceles, y extraer cada parte por separado, con elevadores de Clev-dent o con una pinza de Kocher curva.

El saco pericoronario debe ser cuidadosamente eliminado, desde " que su epitelio tiene posibilidades de crecimiento y puede formar un tumor quístico" (Thoma 1948).

La operación se termina bajo sutura, rellenando la -
cavidad ósea con las sustancias preconizadas a ese efecto.

VIII.- TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

El tratamiento postoperatorio. Es la fase más importante para el paciente quirúrgico. La vigilancia, cuidado, y tratamiento del paciente pueden modificar y mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

Tratamiento Local Postoperatorio.

Higiene de la cavidad bucal. Después de la operación se retira la sangre que pudo haberse depositado sobre la cara del paciente, con una gasa mojada en agua oxigenada.

La cavidad bucal será irrigada con una solución tibia para limpiar y eliminar sangre, saliva, restos que pueden depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina, y en los espacios interdentarios. El paciente en su casa podrá lavarse la boca, cuatro horas después de la operación, con cualquier solución antiséptica.

Fisioterapia Postoperatoria.

Se han empleado agentes físicos para mejorar y modificar las condiciones de las heridas en la cavidad bucal, como calor, frío irradiaciones ultravioletas.

Frío. Se emplean con frecuencia bolsas de hielo o -

compresas frías que se colocan sobre la cara, frente al sitio de la intervención. El frío evita la congestión y el dolor postoperatorio. El frío se usa por períodos de quince minutos seguidos de un período de descanso de otros quince minutos. Aplicándose en los tres primeros días siguientes a la operación. Su acción es inútil si se prolonga por más tiempo. La acción del frío puede complementarse con el empleo de una solución de sulfato de magnesia (100 gr. en medio litro de agua); esta solución se usa fría en lugar del agua, empapando una toalla y aplicándola en el lugar indicado; el resto de la solución se mantendrá refrigerada; esta solución reduce los edemas.

Calor. Se emplea para madurar los procesos inflamatorios y ayudar a la formación de pus; después del tercer día, puede aplicarse para disminuir las alveolalgias y dolores postoperatorios.

Cuidados de la Herida.

Las heridas en la cavidad bucal, cuando evolucionan normalmente no necesitan tratamiento. Después del segundo día. La herida será suavemente irrigada con suero fisiológico tibio o con una solución alcohólica de fenol alcanforado (fenol alcanforado 30 gotas; alcohol 3 c.c.; agua, 200 c.c).

Extracción de los Puntos de Sutura.

Al cuarto o quinto día se retiran los puntos de sutu
ra.

Técnica: se pasa sobre el hilo a extraerse, un algodón mojado en tintura de yodo o de mertiolato para esterilizar el hilo que se encuentra infectado. Se toma con una pinza de disección o de algodón con la mano izquierda un extremo del nudo que emerge sobre los labios de la herida, y se tracciona el hilo. Con la mano derecha se toman unas tijeras y se corta el hilo; con las pinzas se extrae el hilo del interior de los tejidos. Se debe tener cuidado de que la menor cantidad de hilo infectado pase por el interior de los tejidos.

De ésta forma eliminar los puntos de sutura, procurando no lastimar la encía, ni entreabrir los labios de la herida. En algunas ocasiones, el nudo, por hipertrofia de las partes vecinas, se encuentra alojado en el fondo de un embudo, del cual es difícil desalojarlo. En éstos casos debe extirparse cuanto antes; demorar su extracción significativamente la causa irritativa de la hipertrofia, y las dificultades de la extirpación aumentan con el tiempo. Con cuidado puede eliminarse el punto. Si no se puede colocar una tijera para seccionarlo, se logra con una aplicación de galvanocauterio.

Las suturas festoneadas o continuas se eliminan cortando por separado cada vuelta de espira, y extrayéndolas con la debida precaución.

Tratamiento General del Paciente.

Consiste en el mantenimiento del pulso, de la tensión arterial, de la alimentación del paciente, del trata---

miento general de las complicaciones postoperatorias (vacuna terapia, sulfamidoterapia, tratamiento de las hemorragias, sueros, transfusión sanguínea, tratamiento del shock) .

Alimentación del recién operado.

El tipo de alimentación que necesita y puede tomar el paciente, por las circunstancias de la operación en la boca. La primera comida la hará seis horas después de operado; consistirá en una taza de té con leche tibia; (ésta alimentación deberá ser a base de líquidos). Después de las seis horas tomará una alimentación semisólida.

Instrucciones para los pacientes.

Deben darse instrucciones precisas respecto al cuidado que debe tener en su domicilio, tratamiento postoperatorio, enjuagatorios alimentación, tratamiento médico. (antibióticos, quimioterápicos corticoides). Estas instrucciones pueden darse por escrito para evitarle dudas.

Complicaciones de la operación.

Puede haber complicaciones locales o generales, lo importante es prevenirlas.

Complicaciones Locales.

Hemorragia. Hemorragia primaria es la que aparece -

inmediatamente a la operación. Y la hemorragia secundaria - aparece un tiempo después.

Hemorragia primaria. El tratamiento se realiza por medio de dos procedimientos.

Procedimiento instrumental, que tiene su aplicación en la ligadura o en el aplastamiento del vaso que sangra; el cuál se practica comprimiendo brusca y traumáticamente el vaso óseo sangrante con un instrumento romo.

El otro procedimiento actúa mecánicamente y se logra por el taponamiento y la compresión, que se realiza con un trozo de gasa. Generalmente, volviendo el colgajo a su sitio y suturando, la hemorragia cesa por compresión de la cavidad ósea por la sangre que al coagularse obtura los vasos óseos sangrantes, realizándose así el proceso de osificación.

Si la hemorragia no cede habrá que llenar la cavidad quirúrgica con una gasa impregnada en cualquiera de los siguientes medicamentos: trombina, tromboplastina, udrenalina percloruro de hierro; para evitar que la gasa se adhiera a la cavidad ósea puede ser impregnada previamente con vaselina.

Hemorragia secundaria.

Aparece algunas horas o algunos días después de la operación puede ser por el desprendimiento del coágulo o por

haber cesado la acción vasoconstrictora de la anestesia. Se le puede agregar a éstos factores una causa general que favorezca la hemorragia.

El tratamiento se realiza por métodos locales y métodos generales.

Métodos locales. Se lava la región que sangra con un chorro de agua caliente o se hace practicar al enfermo un enjuagatorio bucal para retirar los restos del coágulo y la sangre que dificulta la visión del punto sangrante. La hemostasis se realiza por taponamiento a presión, con gasa simple o con medicamentos encima de la herida y comprimiendo sus bordes, bajo presión masticatoria, manteniéndose por lo menos durante media hora, después de ese tiempo se retira con precaución la gasa seca que hace compresión. En caso de persistencia, se insiste con la compresión, o se administran los tratamientos generales.

En ocasiones el paciente está dolorido, o la compresión le produce dolor. En éstos casos será de utilidad realizar una pequeña anestesia local a nivel del lugar donde se localiza la hemorragia y así se podrá pasar un hilo de sutura para aproximar los labios de la herida sangrante, con colocación o no de spongistan, oxycel o placenta en el interior de la cavidad ósea.

Métodos generales. En general las hemorragias en cirugía bucal no son mortales. Se mejorará el estado general (pulso, tensión, corazón) administrando tónicos cardiacos como (aceite alcanforado, cardiazol) y se tratará de

reemplazar la sangre perdida por la inyección de suero glucosado, transfusión sanguínea y medicamentos coagulantes (ergotina, coaguleno).

Dolor. Debe ser calmado por medicamentos como: antipirina, piramidón. Cuando sea necesario en caso de (náuseas postanestésicas, o dolor a la deglución que impida medicar al paciente por vía oral) pueden administrarse los analgésicos por vía rectal, en forma de supositorios.

Complicaciones Generales.

Shock.

Es la complicación más inmediata que puede presentarse. Suele ser producido por la anestesia o tratarse de un shock quirúrgico. Generalmente se trata de lipotimias de intensidad variable, originadas, en la mayoría de los casos, por el miedo a la operación. El paciente empieza a palidecer, su frente se cubre de gotas de sudor, la respiración se hace ansiosa, los ojos miran hacia un punto fijo, la nariz se torna afilada, el pulso disminuye de frecuencia. Esta situación se mantiene por breves minutos.

El tratamiento de esta lipotimia se hace de la siguiente manera: Se suspende la intervención; se coloca al paciente horizontalmente, con la cabeza más baja que el cuerpo, para combatir la anemia cerebral; es útil la administración de oxígeno al 100%, con la careta para la anestesia

general o directamente con una goma. Se inyectará por vía -
intramuscular vasoconstrictores del tipo de la metedrina, -
veritol, u otros sintéticos derivados de la efedrina.

CONCLUSIONES

Los terceros molares inferiores generalmente son más difíciles de extraer por lo tanto deben emplearse las siguientes medidas.

Una buena historia clínica, para establecer el diagnóstico y planear el tratamiento. Con los datos obtenidos - podemos formarnos una impresión del paciente, conoceremos - antecedentes de enfermedades generales, nerviosismo, alergias, dificultades con las extracciones previas, si ha tenido problemas hemorrágicos, cardiovasculares, enfermedades infecciosas o alguna otra complicación.

En el estudio preoperatorio, es necesario indicar al paciente que acuda a practicarse ciertos exámenes de laboratorio como: análisis de orina, pruebas de coagulación, química sanguínea, y algunos otros, para detectar alguna posible enfermedad y evitar riesgos y complicaciones durante la cirugía.

El examen clínico debe acompañarse de radiografías.- El detalle de interés en el estudio radiográfico del tercer molar retenido se refiere a su posición en el hueso. Formaradicular coronaria y osiestructura.

Algunas veces una radiografía intrabucal es suficiente, pero en ocasiones se requiere una radiografía extrabucal lateral oblicua de la mandíbula para mostrar toda la raíz -- o el estado, estructura y cantidad de hueso de soporte.

Existen personas que sin trastornos conservan sus terceros molares retenidos. Pero el dentista deberá explicarle al paciente los posibles accidentes que le pueden ocasionar.

Aunque hay casos excepcionales en los cuales no se hará la extracción, como en personas de edad avanzada. Los accidentes de erupción se deben a la infección del saco dentario. La infección de este saco tiene repercusiones locales, regionales y a distancia. Entre los accidentes podemos mencionar, accidentes mucosos, nerviosos, celulares, óseos, linfáticos o ganglionares y tumorales.

En ocasiones con procedimientos ortodónticos algunos dientes retenidos pueden llevarse a su lugar, pero se pueden evitar muchos accidentes antes mencionados con la extracción quirúrgica de los molares impactados.

BIBLIOGRAFIA

RIES CENTENO G. A.

"CIRUGIA BUCAL", El Ateneo -
1964.

KRUGER O. GUSTAV.

"TRATADO DE CIRUGIA BUCAL", -
Interamericana 1978.

GEOFFREY L. HOWE.

"EXTRACCION DENTAL", El Ma---
nual Moderno 1979.

BURKET

"MEDICINA ESTOMATOLOGIA", In-
teramericana 1978.