

L. J. J. J. J.
750

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



ORGANOS DENTARIOS INCLUIDOS

T E S I S
QUE PARA SU EXAMEN PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA
MIGUEL ANGEL OCHOA VILLALOBOS

México D.F.

1979

15135



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.

INDICE.

PROLOGO.....	pág. 1
DEFINICION Y ETIOLOGIA.....	2
SELECCION DEL PACIENTE PARA CIRUGIA. ASPECTOS MEDICOS DE IMPORTANCIA EN CIRUGIA ORAL.....	4
CUIDADOS PREOPERATORIOS.....	9
INSTRUMENTAL. CLASIFICACION DE ORGANOS DENTARIOS INCLUIDOS Y SU TRATAMIENTO O EXTRACCION QUIRURGICA.....	14
CUIDADOS POSTOPERATORIOS.....	49
ACCIDENTES Y COMPLICACIONES.....	50
CONCLUSIONES.....	52
BIBLIOGRAFIA.....	54

1
2
3
4
5
6
7
8

PROLOGO.

Poder llegar a este punto de mi Carrera ha sido todo un reto... pero aquí estoy.

He tenido que salir vencedor del sueño que no pocas veces me distrajo del estudio. Me he visto forzado a trabajar, a leer, a buscar, a desafiar. He tenido ganas de no seguir... pero aquí estoy, queriendo ser un profesionalista, anhelando profesar, porque profesar es creer, y yo creo en lo mío.

Creo en el dolor, en la honda satisfacción de curar, en la alegría del descubrimiento, en el coraje por el fracaso, en mis rezos por la paciencia, en la necesidad de aprender de la gente.

Sí. Aquí estoy, amando mi profesión. ¡Pero me falta tanto para ser un buen profesionalista! Necesito trabajar para serlo. Sé que lo puedo conseguir con propósito y método.

Sólo me hace falta decir que quiero que juzguen a esta tesis, porque lo más importante es que dé paso a nuevas ideas, a controversias, que establezca un diálogo con sus lectores, es así como sentiré que realmente estoy dando algo de mí en este trabajo.

Quiero... no debo desear, sino conseguir, para que, aunque sea viejo, escriba algún día simplemente: "¡lo logré!"...

Miguel Ángel Osorio Villalobos.

1

1 DEFINICION Y ETIOLOGIA.

1.1 DEFINICION.

Todos los dientes se forman profundamente dentro de los maxilares. A medida que se va desarrollando la raíz, los dientes van trasladándose hacia el lugar que en el futuro ocuparán en la arcada dentaria. Este es el momento llamado "erupción".

Si el diente se traslada en dirección incorrecta, o si su avance se ve bloqueado por otro diente, o por hueso o tejido muy duro, se dice que está retenido o incluído.

1.2 ETIOLOGIA.

No se ha llegado a un acuerdo en concreto en cuanto a la Etiología; a pesar de eso, tenemos dos grandes grupos de causas: locales y generales.

1.2.1 Locales :

- 1.2.1.1 Falta de desarrollo del maxilar.
- 1.2.1.2 Falta de espacio.
- 1.2.1.3 Causas embriológicas.
- 1.2.1.4 Malposición del germen dentario.
- 1.2.1.5 Consistencia de las fibromucosas.

1.2.1.6 Condensación del tejido óseo de la región.

1.2.1.7 Presencia de quistes o tumores.

1.2.1.8 Existencia de dientes supernumerarios.

1.2.2 Generales:

1.2.2.1 Transtornos endócrinos.

1.2.2.2 Desequilibrio de la tensión muscular.

1.2.2.3 Herencia.

1.2.2.4 Desnutrición.

1.2.2.5 Enfermedades generales.

2

2 SELECCION DEL PACIENTE PARA CIRUGIA. ASPECTOS MEDICOS DE IMPORTANCIA EN CIRUGIA ORAL.

2.1 SELECCION DEL PACIENTE PARA CIRUGIA. SITUACIONES QUE CONDUCEN AL PRACTICO A EXCLUIR AL PACIENTE DE SU LISTA DE OPERACIONES.

El promedio de éxito del operador, estará en proporción al cuidado con el que seleccione sus casos para cirugía.

Si bajo todos los aspectos la tarea parece fácil, ésta será la mejor guía.

Con el diagnóstico delante, el odontólogo determinará; si el paciente necesita ser tratado; si está indicado el tratamiento quirúrgico; si hará el tratamiento contemplado más mal que bien; y si es la persona indicada para efectuar el tratamiento.

Es muy conveniente diferir todo tratamiento quirúrgico al menos hasta la segunda visita del paciente, siempre y cuando no se trate de un caso de urgencia.

Esto permitirá el ordenamiento y la minuciosa consideración de todos los hechos. Estarán disponibles los informes del laboratorio, y las radiografías secas y montadas para su estudio adecuado.

El odontólogo está así en condición de formarse un deliberado juicio que representará su mejor atención respecto

a las necesidades del paciente.

El tratamiento propuesto debe ser cuidadosamente explicado al paciente, o a sus padres si se trata de menores.

El grado de incapacidad, la pérdida de días de trabajo o de colegio, y su costo total, deben ser expuestos. De acuerdo con esto pueden presentarse las siguientes SITUACIONES QUE CONDUCIRAN AL PRACTICO A EXCLUIR A ESE PACIENTE DE SU LISTA PERSONAL DE OPERACIONES:

2.1.1 Marcada evidencia de pérdida de la confianza del paciente en el odontólogo.

2.1.2 Personalidad excéntrica, o actitud del paciente indicando mala interpretación de la finalidad de la operación.

2.1.3 Contraindicaciones médico legales:

En el exámen, el médico puede haber descubierto algo que constituya una contraindicación objetiva para la cirugía:

2.1.3.1 Una contraindicación absoluta, tal como el carcinoma inoperable de la lengua.

2.1.3.2 Una contraindicación hasta que algún aspecto del estado general del paciente haya sido compensado, o estudiado más cuidadosamente. Un ejemplo sería la insuficiencia valvular cardíaca.

Quando todas estas consideraciones hayan sido tenidas en cuenta

Y todas las resoluciones y explicaciones completadas, podrán hacerse los planes para la operación.

2.2 ASPECTOS MEDICOS DE IMPORTANCIA EN CIRUGIA ORAL.

Como mencionamos antes, algunos trastornos sistémicos constituyen una absoluta, y otros una relativa contraindicación para la cirugía.

El dentista debe de tener siempre en consideración la máxima: "Primero que todo: no hacer daño".

Tenemos en cuenta solamente aquellos aspectos médicos que tienen una franca relación con la Odontología y la cirugía oral.

Haremos sólo una mención de todos y cada uno de estos aspectos, para no salirnos del tema principal.

2.2.1 Infecciones generales relacionadas con la sepsis bucal:

2.2.1.1 Bacteremia.

2.2.1.2 Septicemia.

2.2.1.3 Piemia.

2.2.1.4 Trombosis del seno cavernoso.

2.2.1.5 Infección focal.

2.2.2 Enfermedades cardiovasculares.

2.2.3 Discrasias sanguíneas.

2.2.4 Enfermedades del riñón.

2.2.5 Enfermedades del sistema nervioso.

2.2.6 Enfermedades de las glándulas endócrinas.

2.2.7 Enfermedades del aparato respiratorio.

2.2.8 Enfermedades de la infancia.

2.2.9 Enfermedades del colágeno.

2.2.10 Estados particulares femeninos.

2.2.11 Alcoholismo y toxicomanía.

3

3 CUIDADOS PREOPERATORIOS.

Como base vamos a tomar el estudio clínico, ya que este padecimiento no presenta una sintomatología precisa y es una cosa frecuente que una inclusión pase inadvertida toda la vida y que solamente de manera casual, se sepa al tomar una serie radiográfica. Para establecer un diagnóstico y emitir un pronóstico, es necesario utilizar los métodos clínicos que más datos nos proporcionen, y así tenemos los siguientes:

3.1 INTERROGATORIO.

Por este medio sabemos si hay dolor, el tiempo y las circunstancias en que apareció, su evolución, si se acompaña de otras manifestaciones sean locales o del estado general, como son la fiebre, anorexia, adinamia, etc.

3.2 INSPECCION.

Se procede a estudiar el tejido gingival de la pieza, el de los dientes vecinos y el de los antagonistas para ver si hay aumento de volumen, si hay infección aguda, fistulización, etc. En las piezas vecinas estudiaremos su firmeza, ya que en las maniobras propias de la extracción pueden luxarse, lo mismo si tienen caries que comprometan su integridad. En las antagonistas también nos ocuparemos de estas cualidades, lo mismo si

existen obturaciones o aparatos protésicos que puedan ser dañados en la operación; todo esto se hará saber al paciente antes de la operación. Por último se hará eliminación de focos sépticos como son los restos radiculares, el sarro, etc.

3.3 PALPACION.

Por medio del tacto podemos confirmar si hay aumento de volumen, dolor o movilidad, esto lo conseguimos pasando el dedo índice en el espacio retromolar y en el distal de la segunda gruesa molar.

3.4 PERCUSION.

Cuando la molar incluida está ejerciendo presión sobre la pieza contigua se vuelve artrítica esta pieza, pudiendo llegar a la poliartritis que se manifiesta por dolor poco intenso y la sensación de crecimiento de la pieza.

El método inmejorable e insustituible para reafirmar el diagnóstico y la técnica a seguir es el examen radiográfico. Las radiografías más usuales son las intraorales apicales y oclusales. Un requisito indispensable es tener una radiografía de control al terminar la operación.

En la radiografía nos damos cuenta de qué clase de inclusión se trata, de su profundidad, desarrollo, tamaño, forma, etc. En cuanto a la corona observamos la posición, el tamaño, la forma, el punto de contactos, las posiciones raras, las caries, etc. Para las raíces es necesario que aparezcan bien definidos los ápices ya que muchas veces aquí es donde está la re-

solución de la extracción porque pueden estar fusionadas, divergentes, pueden existir raíces supernumerarias, etc.

Muy importante es la relación del conducto dentario con nuestra pieza, sea con sus raíces o con toda ella, como en el caso de una inclusión profunda y horizontal; por otra parte, una área patológica puede producir una lesión del nervio sin que ésta sea causada por el traumatismo de la inclusión. La radiografía nos mostrará también la porción de la rama ascendente que se proyecta sobre la pieza, la calidad y cantidad de hueso en relación con ésta.

La calcificación del hueso puede darnos una idea de las dificultades que presentará la extracción, ya que en una radiografía que se vea un hueso tan calcificado que no permita apreciar fácilmente los contornos de la pieza, podemos pensar que la extracción será difícil. El estado y grosor del tabique óseo interdentario tiene mucha importancia, pues ahí es donde aplicamos o hacemos el apoyo con el elevador y además sirve de defensa al segundo molar. Cuando la inclusión está muy próxima al borde inferior de la mandíbula, debemos tener especial cuidado para no provocar una fractura.

Otra de las cosas que nos muestra la radiografía es el segundo molar, en el cual veremos varias cosas como las siguientes: que una prótesis mal colocada está impidiendo la erupción de la tercera gruesa, en muchas ocasiones al hacer la extracción de la pieza incluida quedan descubiertas las raíces del segundo molar y aunque no siempre, en la mayoría de los casos, es la causa de que se pierda, que tenga caries y esté indicada su

extracción, presentándose en algunos casos sobre todo en personas jóvenes, la oportunidad de no hacer la extracción de la pieza incluida, facilitando con la extracción de la segunda, su libre evolución y si no es así, entonces se hará también la extracción de la tercera.

Consideramos como una falta de toda ética profesional hacer la extracción de la segunda gruesa sin indicación sólo para facilitar la extracción de la pieza incluida, en este caso, la tercera molar.

3.5 PRONÓSTICO.

En términos generales es benigno para la vida del paciente y mortal para la pieza incluida, en algunas complicaciones es de reserva este pronóstico.

3.6 MÉTODOS DE LABORATORIO.

Entre los diferentes métodos de laboratorio utilizamos los que nos sirven para determinar:

- 3.6.1 El tiempo de sangrado.
- 3.6.2 El tiempo de coagulación.
- 3.6.3 Tiempo de protrombina.
- 3.6.4 Química sanguínea.
- 3.6.5 Hematimetría hemática.
- 3.6.6 Breve estudio cardiovascular.
- 3.6.7 Análisis de orina.

Una medida que es de buen resultado es la preparación

del paciente, preparación que variará según el estudio de salud, la edad, el temperamento, el sexo, etc. Habiendo hecho el estudio del paciente e investigado por todos los medios el estado de salud, si es necesario y en combinación con el médico general se aplicarán tratamientos especiales. Estos serán principalmente en los diabéticos, cardíacos y en los padecimientos hemorrágicos. En personas muy emotivas es prudente administrarles antes de la intervención una medicación preanestésica, que va de acuerdo con la necesidad de cada persona y de cada caso; usaremos una dosis de algún barbitúrico que nos ayudará a modificar el síquimo del enfermo. Una medida imprescindible es la de administrar dosis pre y post operatoria de antibióticos.

3.7 ASEPSIA Y ANTISEPSIA.

Sin estos requisitos la cirugía moderna estaría destinada al más completo de los fracasos, por lo que nosotros trataremos de aplicarles lo más rígidamente posible, tanto al operador como al paciente, campo operatorio, instrumental, etc. El lavado de las manos se hará con agua, jabón, líquido y cepillo para uñas estéril; el agua y el jabón siempre deberán escurrir de las manos a los codos, procediendo después a utilizar el alcohol y algunas veces el bisulfito de sodio; con una compresa estéril se secarán las manos y los antebrazos. El operador deberá estar provisto de su ropa quirúrgica, gorro, cubreboca y botas, todo ello limpio. Siguiendo la técnica quirúrgica se pondrá la bata y por último los guantes estériles.

En el paciente previa asepsia y antiseptia del campo

operatorio; se procederá a poner una compresa estéril en la cabeza y otra que cubra hasta los hombros y luego una sábana hendida estéril.

3.7.1 Campo operatorio:

primeramente lavaremos con agua y jabón toda la cara quitando pintura, crema, etc., seguidamente con un desinfectante limpiaremos la mitad de la cara, y por dentro de la boca, en especial la región del tercer molar, la mucosa y dientes vecinos; por último fijaremos con alcohol el desinfectante usado.

En cuanto al arsenal quirúrgico encontramos en muchas clínicas y sanatorios el equipo e instrumental, esterilizados por diferentes métodos. En el consultorio se utiliza el autoclave por comodidad.

4

4 INSTRUMENTAL. CLASIFICACION DE ORGANOS DENTARIOS INCLUIDOS Y SU TRATAMIENTO O EX-TRACCION QUIRURGICA.

4.1 INSTRUMENTAL.

4.1.1 Jeringa: tipo carpule para anestesia, y agujas metálicas.

4.1.2 Bisturf o escalpelo: en cirugía bucal se usa comunmente un bisturf de hoja corta, que puede tener distintas formas y tamaños, las cuales se eligen según la clase de operación a realizar. En nuestra práctica preferimos el tipo de bisturf (Bard-Parker) de hojas intercambiables números: 12, 10, 15 y 11.

4.1.3 **Legra:** utilizada para el desprendimiento y separación de la fibromucosa bucal o labial, primariamente iniciada por el bisturí, con el objeto de preparar lo que se denomina "colgajo". Algunas veces pueden usarse espátulas para cera No. 7.

4.1.4 **Separador:** en el curso de una operación en la cavidad bucal, es necesario mantener apartados los labios o carrillos para no herirlos, o los colgajos, para que no sean traumatizados. Existen varios tipos de separadores: Austin, Listón, Zarpa de gato, etc.

4.1.5 **Pinzas de disección:** para ayudarse en la preparación del colgajo y en otras maniobras.

4.1.6 **Tijeras:** como instrumentos de sección de tejidos, tienen escaso uso en nuestra especialidad. Se les emplea para la regularización de los bordes de la herida, seccionar lengüetas, festones gingivales y fragmentos de encía.

4.1.7 Escoplo y martillo: su uso es muy frecuente, básicamente es utilizado en el maxilar superior y la fresa en el inferior. Se usan para resecar el hueso que cubre el objeto de la intervención.

4.1.8 Pinzas Gubia: instrumento parecido a un forceps. Diseñado para resecar hueso (osteotomía). Por su acción de escavado, se usa cuando se desea eliminar bordes cortantes, crestas o fragmentos óseos que emergen de la superficie del hueso. Se conocen varios tipos, aunque básicamente dos: de extremos redondeados y de bordes filosos.

4.1.9 Elevadores: existen varios tipos y clasificaciones según su forma:

4.1.9.1 Elevador de plano inclinado: instrumento sin filo, de hoja simple con extremo en forma de cuña. El ex-

tremo puede estar en línea con el mango (elevador recto), con una ligera angulación (le close), o casi en ángulo recto (elevador del tercer molar superior).

4.1.9.2 Elevador de punta aguda: cualquiera de los instrumentos afilados, con punta y filo de un solo lado, diseñados para extraer raíces.

4.1.10 Fresas: pueden usarse las fresas quirúrgicas de Shambert y las fresas redondas de Allport. También pueden emplearse las comúnmente utilizadas en operatoria dental: redondas No. 5 al 8 ó de fisura No. 560.

4.1.11 Lina para hueso: usada para alisar bordes y eliminar puntas óseas y alisado final del hueso en regularizaciones de maxilares.

4.1.12 Sondas: pueden emplearse durante el curso

de una intervención quirúrgica, o bien con fines diagnósticos; para extraer pequeños ápices o movilizarlos para conocer su tamaño, forma y ubicación; para investigar estructuras óseas como sequestros, y estudiar cavidades óseas.

4.1.13 Pinzas para extracciones: son los instrumentos indicados para la exodoncia.

4.1.14 Cucharillas para hueso: para eliminar de las cavidades óseas, colecciones patológicas como: granulomas, quistes, etc. Las hay rectas y acodadas, cuya parte activa puede tener formas y diámetros distintos.

4.1.15 Pinzas de Hemostasia: las hay de tipo recto y curvo, variedades tales como la Kocher, Allis y Carnault. Están destinadas en cirugía para hacer hemostasia comprimiendo una arteria o vena que ha sido seccionada.

4.1.16 Pinzas para algodón y gasa: para mantener limpio el campo operatorio de la san-

gre que brota de los vasos vecinos, o para la remoción de suturas, o para introducir mechas en el interior de las cavidades óseas, alvéolos o cavidades patológicas. Para este mismo fin utilizamos los aspiradores.

4.1.17 Sutura, Aguja y Portagujas: para sutura de la mucosa oral: seda Deknatel tipo 2 30 en tiras de 32.2 cm. o seda Ethicon del mismo número. Las agujas pueden ser de varios tipos: de bordes cortantes para suturas de la mucosa bucal grande o pequeña; redonda (no cortante) para suturar músculos o aponeurosis; o agujas sencillas, curvas o rectas de dimensiones pequeñas. Agujas tan diminutas como las indicadas no pueden ser dirigidas a mano, sino excepcionalmente. Para hacer práctico y moderno su uso, debemos valerlos de un portagujas.

Tal instrumento es una pinza que toma la aguja en el sentido de su superficie plana y la guía en sus movimientos.

Por último, no podemos dejar de mencionar -aunque sea obvio- que

no deben faltar el espejo bucal, pinzas de curación, explorador y excavador.

4.2 CLASIFICACION DE ORGANOS DENTARIOS INCLUIDOS Y SU TRATAMIENTO O EXTRACCION QUIRURGICA.

Mencionaré una clasificación de los distintos órganos dentarios incluidos, e inmediatamente señalaré su técnica general de extracción.

4.2.1 TERCEROS MOLARES SUPERIORES INCLUIDOS.

4.2.1.1 Posiciones en relación a la profundidad relativa en hueso:

4.2.1.1.1 La porción más alta del tercer molar incluido, se encuentra al mismo nivel, o por encima de la línea oclusal.

4.2.1.1.2 La porción más alta del tercer molar incluido, se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar.

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

4.2.1.2 Posiciones con respecto al eje longitudinal o mayor del tercer molar incluido:

4.2.1.2.1 Posición vertical:

El eje mayor del tercer molar superior, se encuentra paralelo al eje del segundo molar (el diente puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso).

4.2.1.2.2 Posición mesioangular:

El eje del molar retenido está dirigido hacia delante (mesial).

4.2.1.2.3 Posición distoangular:

El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar.

4.2.1.2.4 Posición horizontal:

El molar está dirigido hacia el carrillo, o bien hacia la bóveda palatina en donde puede erupcionar.

4.2.1.2.5 Posición paranormal:

Puede ocupar cualquier posición que no se encuadre en las anteriores.

4.2.1.3 Técnica general de la extracción de terceros molares superiores incluidos:

4.2.1.3.1 Anestesia:

Podemos utilizar la anestesia habitual supraparietística, colocando un punto vestibular y otro palatino.

También podemos usar anestesia regional del maxilar superior a la altura del ganglio de Gasser.

La técnica mejor es la que se domina.

4.2.1.3.2 Incisión:

Se puede usar una incisión en "T" con pie posterior, o puede usarse la incisión de dos ramas que llamaremos bucal y anteroposterior. Esta 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 con un periostotomo y se sostiene con un separador.

4.2.1.3.3 Osteotomía:

El hueso que cubre la cara más superficial del molar incluido se elimina con escoplos rectos o a fresa. En ciertos casos, este hueso es tan frágil, que puede eliminarse con una cucharilla para hueso o con el mismo elevador. Es importante, en todos los terceros molares incluidos, ver por lo menos su cara bucal y su cara mesial. La cara mesial, será la superficie sobre la cual se aplicará el elevador. Si es accesible, no se requiere de ninguna maniobra previa; si no lo es, es necesario eliminar el hueso del tabique mesial. La osteotomía se realiza con un escoplo recto, o con una fresa redonda.

4.2.1.3.4 Extracción propiamente dicha:

Empleamos preferentemente

los elevadores números 1, 2, 6 14 (de Winter) o elevadores de clew dent, introduciéndolos entre el segundo y tercer molar con un ligero movimiento. Se procede luego a luxar el molar hacia abajo, afuera y atrás. Nunca se debe ejercer fuerza hacia arriba, pues se corre el riesgo de hacer una comunicación al seno maxilar o de que el molar se desplace dentro de éste. Por lo que no es aconsejable el uso de forceps.

El mango del elevador debe ser dirigido hacia arriba, dentro y adelante, con punto de apoyo en la cara distal del segundo molar. Una vez luxado, y si la fuerza aplicada no ha logrado extraerlo, puede ser tomado con una pinza y eliminado con la misma técnica que para la extracción normal del tercer molar

superior.

Hay que recordar la posición que hay que imprimir al maxilar inferior para alejar la apófisis coronoides del sitio de la extracción. Una vez hecha ésta, procedemos a revisar el alvéolo y con una lima para hueso limamos los bordes óseos, en especial el tabique externo y posterior. Se retira el saco pericoronario, y en caso de ser necesario, se hace la regularización del proceso óseo y tejido gingival.

4.2.1.3.5 Sutura:

Una vez hecha la extracción, y revisado el alvéolo y bordes óseos, se aplica el colgajo en su sitio y se practican uno o dos puntos de sutura aislados con seda tres cerros.

(No se recomienda el cadgut porque la humedad reblandece y distiende el punto coloca-

do, facilitando que se abran los labios de la herida).

4.2.2 TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS.

Con las mismas tres posiciones en relación a la profundidad relativa en hueso que el tercer molar superior incluido.

4.2.2.1 Posiciones con respecto al eje longitudinal o mayor del tercer molar incluido:

4.2.2.1.1 Posición vertical.

4.2.2.1.2 Posición horizontal.

4.2.2.1.3 Posición mesioangular.

4.2.2.1.4 Posición distoangular.

4.2.2.1.5 Posición invertida.

4.2.2.1.6 Posición bucoangular.

4.2.2.1.7 Posición linguoangular.

4.2.2.2 Técnica general de la extracción de terceros molares inferiores incluidos:

4.2.2.2.1 Anestesia:

Regional, directa o indirecta, sugiriendo además puntos locales bucal y lingual.

4.2.2.2.2 Incisión:

Se inicia un centímetro por detrás de la cara distal del

segundo molar, llega hasta esta cara, y se prolonga hacia delante, contorneando el cuello de los dientes hasta el primer premolar. Esto permite un amplio colgajo que da gran acceso y visibilidad. Por otra parte, el colgajo no es seccionado en forma vertical, ni traumatizado y descansa sobre hueso sano.

4.2.2.2.3 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 merced al espacio que ella misma consigue crearse entre la cara distal del tercer molar y la porción ósea distal. Se practican pequeños orificios en el hueso, los cuales deben de llegar hasta el molar retenido. Después, se unen los orificios con ligeros golpes de escoplo, o con una fresa de figura fina

número 557. La tapa ósea se elimina con un escoplo o cualquier instrumento de suficiente solidez. La eliminación del tejido óseo, debe ser tanta como la necesaria para permitir el paso del diámetro mayor del molar. Con la fresa, se terminan de eliminar los obstáculos óseos que puedan interferir la extracción y el saco pericoronario.

- 4.2.2.2.4 Extracción por odontosección:
- El escoplo recto, de media caña, el escoplo de Sorensen o el escoplo automático fueron usados antiguamente. Hoy han sido desplazados. En la actualidad lo más adecuado es el uso de discos, piedras de carborundo y fresas quirúrgicas.
- Este tipo de extracción tiene indicación en aquellos casos de raíces divergentes con extraordinaria cementosis. 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.

A esta altura, pueden elegirse tres caminos:

4.2.2.2.4.1 Extracción del molar entero:

Para lo cual, se talla una nueva excavación al costado de la raíz para poder apoyar mejor el elevador. Al emplear el elevador debe tenerse especial cuidado con el segundo molar, que puede ser lesionado, y prevenir la fractura del maxilar que puede producirse a raíz del empleo de una fuerza exagerada.

4.2.2.2.4.2 División del molar con escoplo y martillo.

4.2.2.2.4.3 División del molar con fresa.

Siempre que exista alguna duda en lo referente a la fuerza que se ejerza con el elevador, el operador debe elegir el método más delicado, esto es, dividir el diente y extraerlo por secciones.

A medida que se van extrayendo las porciones del molar, deben examinarse con buena luz para comprobar la integridad de las raíces. Si ha quedado algún ápice en el fondo del alvéolo, debe ser eliminado con la mayor delicadeza posible, dada su proximidad al paquete vasculonervioso dentario inferior, irrigando y aspirando el alvéolo para obtener buena visibilidad (con el empleo de la sonda de Gilmore muchas veces se obtiene éxito). Si la raíz ofrece resistencia, se puede usar la fresa y a continuación

un elevador apical. Luego se curetea el alvéolo para eliminar los fragmentos y polvo de hueso o diente, y los restos del saco pericoronario. Se controla la hemorragia y se toman radiografías postoperatorias que se examinan inmediatamente.

4.2.2.2.5 Sutura:

Eliminado el molar, se lleva el colgajo a su lugar, manteniéndolo con dos o tres puntos de sutura. Con las instrucciones para el postoperatorio se completa la sesión.

4.2.3 CANINOS SUPERIORES INCLUIDOS.

La retención de los caninos superiores puede presentarse de dos maneras de acuerdo con el grado de penetración del diente en el tejido óseo:

Retención intradésea-. Cuando la pieza dentaria está por entero cubierta por hueso.

Retención subgingival-. Cuando parte de la corona emerge del tejido óseo, pero está recubierta por

la fibromucosa.

Los caninos pueden ser clasificados de acuerdo con:

El número de dientes retenidos-. La retención puede ser simple o doble.

La posición que éstos dientes presenten en el maxilar-. Caninos situados en el lado palatino o lado vestibular.

La presencia o ausencia de dientes en la arcada-. Caninos en maxilares dentados o en maxilares desdentados.

De acuerdo con estos tres puntos, se puede ordenar una:

4.2.3.1 Clasificación:

4.2.3.1.1 Clase I:

Maxilar dentado. Diente ubicado del lado palatino. Retención unilateral: cerca de la arcada dentaria, o lejos de la arcada dentaria.

4.2.3.1.2 Clase II:

Maxilar dentado. Dientes ubicados del lado palatino. Retención bilateral.

4.2.3.1.3 Clase III:

Maxilar dentado. Dientes ubicados del lado vestibular.
Retención unilateral.

4.2.3.1.4 Clase IV:

Maxilar dentado. Dientes ubicados del lado vestibular.
Retención bilateral.

4.2.3.1.5 Clase V:

Maxilar dentado. Caninos vestibulopalatinos (con la corona o raíz hacia el lado vestibular). (Retenciones mixtas o transalveolares).

4.2.3.1.6 Clase VI:

Maxilar desdentado. Dientes ubicados del lado palatino: retención unilateral o bilateral.

4.2.3.1.7 Clase VII:

Maxilar desdentado. Dientes ubicados del lado vestibular: retención unilateral o bilateral.

4.2.3.2 Extracción de caninos superiores incluidos por la vía palatina:

4.2.3.2.1 Anestesia:

La anestesia debe proveer la longitud de la operación; es interesante el empleo de una medicación preanestésica, administrando al paciente un barbitúrico.

4.2.3.2.1.1 Retención unilateral:

Anestesia infraorbitaria del lado a operarse. Anestesia local infiltrativa de la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior, y del agujero palatino posterior del lado a operarse.

4.2.3.2.1.2 Retención bilateral:

Anestesia infraorbitaria en ambos lados. Anestesia infiltrativa local en la bóveda pala-

tina a nivel del
agujero palatino
anterior y de am-
bos agujeros palg
tinos posteriores.

Los caninos incluidos pueden
también operarse bajo aneste-
sia general.

4.2.3.2.2 Incisión:

Se hace una incisión que parte
del primer molar del lado del
canino retenido, y contornean-
do los cuellos de los dientes,
llega hasta el primer premolar
del lado opuesto. Esta, aunque
parezca demasiado radical, re-
sulta menos mutilante que las
incisiones más pequeñas y ale-
jadas del cuello de los dien-
tes, ya que tienen el inconve-
niente de no proveer un adecua-
do soporte óseo a los bordes
de la herida una vez eliminado
el diente.

El colgajo se desprende con un
instrumento romo (espátula de

Freer o con el útil periostog tomo). Se va despegando del hueso comenzando por los bordes, hacia la línea media.

La arteria nasopalatina y la porción terminal del nervio esfenopalatino se traccionan y se cortan lo más lejos posible del hueso, lo que permite ligarlos en caso de ser necesario.

(La extensión del colgajo debe estar dada por la posición del canino incluido. Cúspide y ápice del canino son los extremos por fuera de los cuales se traza la incisión).

Mediante un punto de tracción se mantiene el colgajo rebatido hacia abajo y hacia el lado opuesto.

4.2.3.2.3 Osteotomía:

Muchas veces, el canino está cubierto solamente con una delgada capa de hueso que puede ser eliminada rápidamente con

fresa quirúrgica, permitiendo visualizar la corona y estimar la precisa ubicación del diente en los maxilares. Si el canino se encuentra más profundamente, la extirpación del hueso se puede hacer con fresa en la forma descrita para los terceros molares inferiores incluidos. Si bien, en algunos casos puede extraerse el diente íntegro, muchas veces es conveniente seccionarlo previamente con fresa.

Una vez eliminada una parte del diente, el resto es más vulnerable a la acción de los elevadores. Estos dientes presentan a menudo dilaceraciones apicales que obligan a efectuar una segunda sección para poder extraer el ápice.

Extraído el canino, debe inspeccionarse cuidadosamente la cavidad ósea y extraer las esquirlas de hueso o diente que puedan quedar, y eliminar el

saco pericoronario del diente incluido. Este se elimina con una cucharilla filosa. La omisión de esta medida, puede traer trastornos infecciosos y tumorales. Los bordes óseos agudos y prominentes deben ser alisados con una fresa redonda o con lijas para hueso.

4.2.3.2.4 Sutura:

El colgajo se vuelve a su sitio adaptándolo perfectamente de manera que las lengüetas interdientarias ocupen su normal ubicación; el paciente lo mantiene por medio de una gasa bajo presión en oclusión durante cinco o diez minutos.

En algunos casos es recomendable colocar uno o dos puntos de sutura. Para esto, es necesario despegar, en una pequeña extensión, la fibromucosa vestibular para poder pasar con comodidad la aguja. El extremo interno del hilo se vuelve, atra-

viesa el punto de contacto para llegar al triángulo subgingival y se anuda con el extremo externo del hilo.

4.2.3.3 Extracción de caninos superiores incluidos por la vía vestibular:

La vía vestibular para la extracción de los caninos retenidos en el lado vestibular y los palatinos próximos a la arca dentaria, con espacio suficiente dado por diastemas o dientes ausentes, es más sencilla que la palatina. La iluminación es más fácil y el acceso del diente incluido es más directo.

El mecanismo de la extracción sigue los principios ya señalados para la de los dientes retenidos en la bóveda.

4.2.3.3.1 Anestesia:

La anestesia de elección es la infraorbitaria. Se completa con anestesia del palatino anterior y una anestesia distal a la altura del ápice del canino. Si se opera con anestesia general, es útil usar una anestesia in-

filtrativa en el vestibulo,
con fines hemostáticos.

4.2.3.3.2 Incisión:

Se emplea la incisión en arco (Partsch) o la incisión a expensas del borde libre (Neumann), que debe estar lo suficientemente alejada del sitio de implantación del diente, como para que ésta no coincida con la brecha ósea al colocar el colgajo en su sitio.

El colgajo se desprende siguiendo las normas trazadas para los otros tipos de colgajo. Este debe mantenerse levantado durante el curso de la operación con un separador romo que no traumatice. Hay que evitar tironeamientos que repercutan sobre la vitalidad del tejido gingival.

4.2.3.3.3 Osteotomía:

Se realiza a escoplo y martillo o a fresa. La tabla exter-

na no tiene la dureza y solidez de la bóveda palatina y permite la osteotomía más fácilmente.

Los caninos vestibulares, después de enucleada la tapa ósea, pueden ser extraídos enteros, luxándolos previamente con elevadores rectos que se insinúan entre el diente y la capa ósea en los sitios más sólidos. Luxado el diente, se toma con una pinza recta y se extrae.

Algunas veces, para hacer posible su extracción, es necesario seccionarlos. La odontogénesis se realiza con fresa de fisura, el diente incluido se corta a nivel del cuello. La corona se extrae con un elevador recto o angular. En el espacio creado por la corona extraída, se proyecta la porción radicular. La raíz es movilizada en dirección de su eje mayor con elevadores, o se

practica un orificio en la raíz con una fresa redonda, en el cual se introduce un instrumento delgado con el que se le desplaza.

Una vez extraído el canino se inspecciona la cavidad ósea, se extirpa el saco pericoronario y se lava el alvéolo correspondiente con suero tibio antes de continuar con el siguiente paso.

4.2.3.3.4 Sutura:

Dos o tres puntos de sutura con seda o hilo completan la operación, después de puesto el colgajo en su sitio.

Los distintos tipos de inclusión vestibular y palatina, pueden operarse siguiendo las normas señaladas, con las ligeras variantes que presente cada caso particular.

4.2.4 CANINOS INFERIORES INCLUIDOS.

Los caninos inferiores incluidos, lo mismo que los superiores, son susceptibles de encuadrarse de la

siguiente manera dentro de una:

4.2.4.1 Clasificación:

4.2.4.1.1 Clase I:

Maxilar dentado. Retención unilateral. Diente ubicado en el lado lingual con posición vertical o posición horizontal.

4.2.4.1.2 Clase II:

Maxilar dentado. Retención unilateral. Diente ubicado en el lado bucal con posición vertical o posición horizontal.

4.2.4.1.3 Clase III:

Maxilar dentado. Retención bilateral. Diente ubicado en el lado lingual con posición vertical u horizontal.
Dientes ubicados en el lado bucal con posición horizontal o vertical.

4.2.4.1.4 Clase IV:

Maxilar desdentado. Retención unilateral con posición horizontal o vertical.

4.2.4.1.5 Clase VI:

Maxilar desdentado. Retención bilateral con posición horizontal o vertical.

4.2.4.2 Extracción de caninos inferiores incluidos por la vía vestibular:

4.2.4.2.1 Anestesia:

Los caninos inferiores retenidos pueden ser operados con anestesia regional o general. La aplicación de la anestesia se ajusta en todo a las normas ya señaladas para la extracción de los caninos superiores.

La vía de elección es la vestibular (aun para ciertos casos de caninos linguales verticales y con espacio en la arcada, por ausencia de los dientes vecinos).

4.2.4.2.2 Incisión:

Se usa la incisión en arco de Partsch, sin llegar al borde gingival, o la incisión a expensas del borde libre de la

encia que es la más recomendable.

El desprendimiento del colgajo se lleva a cabo de igual manera que para los caninos superiores. De acuerdo con el tipo de incisión, con una legra fina, con el periostotomo, o con la espátula de Freer, se desciende el colgajo mucoperiostático que se sostiene con un separador roma.

4.2.4.2.3 Osteotomía:

Puede realizarse a escoplo, escoplo automático, o con fresas.

Para facilitar el problema quirúrgico, la odontosección se impone. Las porciones seccionadas se extraerán por separado, con elevadores rectos o angulares, según la posición y facilidad de acceso.

4.2.4.2.4 Sutura:

Se puede realizar con seda o hilo, colocando dos o tres puntos según las necesidades

del caso.

4.2.4.3 Extracción de caninos inferiores incluidos por la vfa lingual:

Tal posición es relativamente rara, la intervención puede realizarse por vfa vestibular, cuando exista espacio entre los dientes vecinos.

La extracción por el lado lingual es muy laboriosa, por las dificultades de acceso inherentes a la ubicación del diente retenido, y la mala iluminación y visibilidad a este nivel. Por eso es preferible, aun a riesgo de sacrificar dientes, elegir la vfa vestibular.

El método de la odontosección disminuye los riesgos de lesiones sobre los dientes vecinos y presión o fuerza excesiva que puede comprometer la integridad del maxilar.

Existe, como en el maxilar superior, una forma de presentación de los caninos inferiores incluidos que denomina "transalveolares" a los superiores, y "vestibulolinguales" a los inferiores. En estos últimos, la raíz o parte de ella, se encuentra en el lado vestibular, y la coro-

na en el lado lingual.

En estos casos, debe realizarse la alveolectomía vestibular, la sección del canino al nivel de su cuello, y la extracción de los dos elementos por la vía en que están ubicados: la corona por el lado lingual y la raíz por el vestibulo.

5

5 CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

La conducta a seguir después de la intervención, depende de muchos factores, entre los que se encuentran: el estado general del enfermo; la causa por la que se hizo la extracción; si hay infección; grado de traumatismo, etc.

De manera general, los cuidados postoperatorios en el tratamiento de piezas incluídas son mayores que para una extracción simple.

Se debe recomendar al paciente que no haga enjuagues o "buches" en las veinticuatro horas siguientes a la operación, y pasado ese tiempo, que se enjuague ligeramente la boca, de preferencia después de los alimentos, con una solución antiséptica débil. Los alimentos durante esas veinticuatro horas deben ser líquidos y tibios, evitando irritantes, bebidas alcohólicas, etc.

Si hay dolor, se prescribirá cualquier analgésico de los que existen en el mercado. Si se presenta alguna hemorragia en horas no hábiles, se recomienda que el paciente haga una torunda de gasa estéril del tamaño de una nuez, y que se la aplique contra la herida, y, apretándola contra las piezas antagonistas, la sostenga en ese sitio.

Es conveniente la aplicación de una bolsa de hielo inmediatamente después de la intervención, porque evita la inflamación, el dolor postoperatorio, previene el hematoma, y favorece la hemostasia con la vasoconstricción. Se mantiene esa aplicación durante quince minutos, y se descansan treinta, para volverse a colocar otra vez, y así durante el resto del día.

Según la gravedad del caso, y si se cree factible la infección, se recetarán antibióticos en las cantidades necesarias y adecuadas.

Por último, indicaremos al paciente la necesidad de una visita al otro día, para vigilar el estado de la herida, pues con ello podemos prevenir alguna complicación de serias consecuencias.

Si no hubo molestias, citaremos al paciente según la evolución del postoperatorio, para quitar las suturas, y antes de dar de alta el caso, se le tomará una radiografía de control.

6

6 ACCIDENTES Y COMPLICACIONES.

- 6.1 Fracturas del diente.
- 6.2 Fractura y luxación de los dientes vecinos.
- 6.3 Fractura del instrumental empleado en exodoncia.
- 6.4 Fractura del maxilar:
 - 6.4.1 Fractura del borde alveolar.
 - 6.4.2 Fractura de la tuberosidad.
 - 6.4.3 Fractura total del maxilar inferior.
 - 6.4.4 Perforación de las tablas vestibular o palatina.
- 6.5 Seno maxilar:
 - 6.5.1 Perforación del piso del seno.
 - 6.5.2 Penetración de una raíz en el seno maxilar.
 - 6.5.3 Penetración total al seno maxilar.
- 6.6 Penetración de un diente en regiones vecinas.
- 6.7 Luxación del maxilar inferior.
- 6.8 Lesión de las partes blandas vecinas.
- 6.9 Lesión de los troncos nerviosos.
- 6.10 Hemorragia.

6.11 Hematomas.

6.12 Alveolitis.

7

7 CONCLUSIONES.

7.1 Es necesario que el Cirujano Dentista que vaya a hacer la extracción de un órgano dentario incluido, posea los mayores conocimientos de la etiología de este padecimiento.

7.2 Es frecuente que la presencia de un órgano dentario incluido vaya acompañada de repercusiones múltiples en el estado general.

7.3 Es aconsejable la extracción temprana de esta pieza si tiende a una posición viciosa.

7.4 La extracción no afecta el desarrollo óseo, ni la masticación.

7.5 Tiene un valor inestimable un buen estudio radiográfico completo, ya que sin éste no se debe realizar la

operación.

7.6 Para el mejor éxito de la operación, es necesario que no olvidemos los siguientes principios:

7.6.1 Asepsia.

7.6.2 Antiseptia.

7.6.3 Un buen estudio preoperatorio.

7.6.4 Instrumental apropiado.

7.6.5 Un amplio y minucioso plan de tratamiento.

7.6.6 Técnica irreprochable.

7.6.7 Terapéutica apropiada.

8

8

BIBLIOGRAFIA

Clark, Henry B.

Práctica de la Cirugía Oral

Traducc. Dr. Basilo Ariza

Buenos Aires, Eds. Bibliográfica Argentina, 1957

434 p.

Ginestet, G. et. al.

Atlas de Técnica Operatoria, Cirugía Estomatológica y Maxilofacial

Traducc. Dr. Salvador Lerman. Prof. Gral. Dr. J. Bertchen

Buenos Aires, Eds. Mundi, 1967

546 p.

Izazola Valdés, José

Teoría y Clínica de las Terceras Molares Inferiores Incluidas

México, Tesis UNAM, 1955

55 p.