

46
20y



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

**ASPECTOS CLINICOS FUNDAMENTALES
EN LA EXTRACCION DE LOS
TERCEROS MOLARES.**



T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

Haydeé Camacho Mercado



México, D. F.

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE

- I) INTRODUCCION
- II) HISTORIA CLINICA
- III) POSTULADOS DE LA CIRUGIA
- IV) ANESTESIA LOCAL
 - A) ACCIDENTES INMEDIATOS
 - B) ACCIDENTES MEDIATOS
- V) EXTRACCION POR DISECCION
- VI) PROBLEMATICA DE LOS
DIENTES RETENIDOS
- VII) CLASIFICACION DE LOS
DIENTES RETENIDOS
- VIII) TECNICA QUIRURGICA
- IX) ETIOLOGIA DE LOS DIENTES
RETENIDOS
- X) ALVEOLITIS Y TRATAMIENTO
- XI) COMENTARIOS
- XII) BIBLIOGRAFIA

I) INTRODUCCION .

DEFINICION.

Cirugía Bucal; Ciencia rama de la Odontología que tiene a su cargo el diagnóstico y tratamiento quirúrgico y complementario de las enfermedades, lesiones y defectos de las estructuras anatómicas que forman la cavidad bucal y estructuras que la rodean .

Para lograr un diagnóstico y un plan de tratamiento en cirugía bucal y cualquier otra rama de la medicina, va ha ser indispensable la elaboración de una historia clínica del paciente, para lo cuál desglosaremos a continuación los datos necesarios para el interrogatorio y, exámenes de gabinete, en el desarrollo de la historia clínica.

II) HISTORIA CLINICA .

FICHA DE IDENTIDAD DEL PACIENTE

Nombre completo.

Edad.

Sexo.

Lugar de nacimiento.

Domicilio actual.

Ocupación.

Etcéters....

Anotados los datos de identidad del paciente, continuaremos con los Antecedentes Hereditarios.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS

- Abuelos paternos; si viven, su estado de salud ó si han fallecido mencionar la causa.
- Padre; estado de salud, enfermedades sistémicas que padezca ó halla padecido, en caso de fallecimiento mencionar la causa.
- Madre; estado de salud, enfermedades sistémicas que padezca ó halla padecido, en caso de fallecimiento anotar la causa.
- Hermanos; número y estado de salud de cada uno, enfermedades hereditarias y congénitas.
- Familiares cercanos; (tíos, primos, etc..) estado de salud, si viven, enfermedades hereditarias, y congénitas.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Tipo de trabajo que desempeña, casa habitación propia ó

rentada, de cuantas habitaciones, servicios con que cuenta, ventilación e higiene, número de personas que la habitan, alimentación en calidad y cantidad, tabaquismo (cuantos cigarrillos fuma por día), alcoholismo (que cantidad y frecuencia), grado de escolaridad.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Enfermedades propias de la infancia (si recibió inmunización), si ha padecido alguna de ellas y ha que edad, antecedentes de otra enfermedad que haya padecido, su tratamiento y evolución, antecedentes alérgicos, traumáticos, y quirúrgicos, transfusiones, padecimientos que haya requerido de hospitalización y que tiempo.

PADECIMIENTO ACTUAL

Cuando y como se inició, que características presentaba, manifestaciones y evolución, condiciones en las que se encuentra actualmente y si ha recibido algún tratamiento.

INTERROGATORIO DE APARATOS

DIGESTIVO; Si le produce malestar los alimentos que in--

giere, cuáles y que tipo de malestar, diarreas, cólicos, vómito, - acidéz, estreñimiento, olor y color de las heces fecales, si existe sangre ó moco.

RESPIRATORIO: Tipo y frecuencia de respiración (apnea, disnea,) tos, ruidos, asma, obstrucción nasal, frecuencia de catarros epistaxis, etc..

CIRCULATORIO: Hipotensión, hipertensión, flebitis, taquicardias, bradicardias, lipotimias, edema, etc.

URINARIO: Color, cantidad de las micciones, frecuencia, - dolor, ardor, dificultad, etc.

GENITAL: Vida sexual activa o no, padecimientos infecciosos y de que tipo, tratamiento y evolución, menarca, menstruaciones, tipo y frecuencia, menopausia, etc.

SISTEMA NERVIOSO: estabilidad emocional, irritabilidad, - aprensivo, temor, ansiedad, convulsiones, temblores, etc.

ORGANOS DE LOS SENTIDOS: Afecciones auditivas, oculares, del gusto, del tacto, del olfato, etc..

SINTOMAS GENERALES

Todas aquellas manifestaciones descritas por el paciente, medicamentos empleados por él, de que tipo son, dosis y tiempo del tratamiento.

Estatura, peso actual, peso ideal, pulso (80-100/min.), respiraciones (18-22/min.), temperatura (36.5-37.5°C), presión arterial (120-80 mm. de Hg.) .

INSPECCION GENERAL

Características clínicas del paciente desde el punto de vista general, sexo, edad cronológica, edad aparente, constitución y conformación, facies características .

CABEZA: tipo de cráneo (normocéfalo, dolicocefalo, braquicefalo), presencia ó ausencia de hundimientos ó exostosis, implantación del cabello, tipo, color, y cantidad, implantación y tipo de pabellones auriculares, ojos isocóricos ó isométricos, movimientos oculares reflejos, nariz, tipo, permeabilidad de las narinas, secreciones, boca, labios, forma y constitución, movimientos de cierre y apertura.

CUELLO: forma y tamaño, presencia de adenopatías, palpación de glándula tiroidea, movimientos de deglución, pulso carotídeo.

TORAX: forma y tamaño (normolíneo, bevilíneo, longilíneo) - movimientos de expansión, ruidos pulmonares y cardíacos.

ABDOMEN: forma y tamaño, blando ó duro, palpación para detectar puntos dolorosos ó viceromegalias (hepatomegalias ó esplenomegalias).

III) POSTULADOS DE LA CIRUGIA .

- 1.- EVITAR EL DOLOR
- 2.- PREVENIR LA INFECCION.
- 3.- COHIBIR LA HEMORRAGIA.

FINALIDADES DE LA CIRUGIA

CONTROL DEL DOLOR

- a) En un principio se utilizaron materiales como el cáñamo, mandragora, beleño, laudano, opio, etc., con fines analgésicos.
- b) Horacio Wells (1844) fué el primero en utilizar el óxido nitroso (N_2O) con fines anestésicos.
- c) Morton (1846) introduce el éter con los mismos fines.
- d) Wood (1855) inventa la aguja hipodérmica.
- e) Healsted (1857) realizó el primer bloqueo al dentario inferior y elabora las pinzas de mosquito.
- f) Takamire y Aldrietch (1900) introducen la adrenalina.
- g) Einhorn (1904) descubre la "Novocaina".

CONTROL DE LA INFECCION

"LO ABLE PUS"

- a) Pasteur y Lister (1847) escriben un libro sobre Cirugía antiséptica.
- b) En 1928, se empezaron a utilizar guantes de latex y ropa quirúrgica.
- c) Domag (1935) introdujo las sulfas.
- d) Fleming (1938) descubre la penicilina.

CONTROL DEL SANGRADO

- a) Siglo XIX se realizaron los primeros intentos de transfusiones de sangre.
- b) En 1890 se realizaron las transfusiones sanguíneas "brazo a brazo".
- c) En 1930 Kirschner fundó el Primer Banco de Sangre.

El alivio del dolor se lleva a cabo por medio de analgésicos los cuales se dividen en narcóticos y no narcóticos, - - ejemplo de estos son la morfina, codeína, ácido acetil salicílico, aspirina, disprina, fenilbutazona, etc.... Su administración-

será de acuerdo al caso, umbral del dolor ,y estado del paciente.

Control de la Infección.

Para controlar la infección utilizamos la asepsia que evita la contaminación destruyendo agentes sépticos (gérmenes o virus) de todo lo que tendrá contacto con el campo quirúrgico (operatorio) impidiendo así su entrada al organismo.

La asepsia se lleva a cabo utilizando la esterilización que se realiza por medios físicos,químicos y biológicos,estos últimos son poco utilizados.

Los medios físicos se dividen en : Lavado con agua y jabón,y con temperatura;usando calor húmedo o seco.

Los agentes químicos llamados antisépticos o germicidas, deben administrarse según la cantidad y la calidad de los gérmenes y el estado del paciente.

La antisepsia tiene como fin,combatir la infección provocada por agentes microbianos,matar bacterias o inhibir su crecimiento. Los antisépticos se dividen en cuagulantes y deshidratantes ejemplos de los antisépticos son el hipoclorito de--

sodio, fenol, alcohol, tintura de yodo, mercurio-cromo, furacin, etc...

Deben tener un control sobre ellos pues pueden ser tóxicos sobre los tejidos. Para la atención de la infección tenemos hoy en día, el uso de sulfas y penicilinas.

Control de la Hemorragia.

La hemorragia se controla por medio de la hemostasia y el fenómeno de la coagulación de la sangre. Para realizarla, se toma en cuenta la intensidad de la hemorragia usando medios químicos, biológicos y físicos.

Los Médicos Químicos son utilizando fármacos hemostáticos- que se clasifican en :

1.- Coagulantes; que favorecen la formación y retracción - del coágulo, ejemplo: percloruro de hierro, ácido oxálico, ácido-tánico, etc.....

2.- Los vasoconstrictores; que disminuyen la luz de los - vasos favoreciendo su obliteración como ejemplo: la adrenalina, epinefrina, antipirina, etc....

Los Medios Biológicos son de origen orgánico, tales como - la espuma de fibrina, albúmina, gnetina y la celulosa; ellos -

favorecen a la formación del coágulo, al igual que los medios químicos son utilizados localmente.

Los más importantes y empleados son los medios físicos. Su uso consiste en aplicaciones de altas y bajas temperaturas, las primeras provocando vasoconstricción y las segundas carbonizando los tejidos, formando un taponamiento y cerrando la luz del vaso; como ejemplo esta el termocauterio, la electrocoagulación y la electrodesecación .

La presión es el principal agente físico en la hemostasis y puede hacerse por compresión digital directa sobre la herida, o en el trayecto del vaso sangrante . Se puede usar también el torniquete, banda elástica, etc....

Los medios anteriores pueden denominarse como de urgencia, que ocasionalmente proporcionan una hemostasis temporal.

La forma definitiva y propiamente quirúrgica, es provocando la hemostasis por medio de la ligadura de vasos .

IV) ANESTESIA LOCAL

A° ACCIDENTES INMEDIATOS

-DOLOR AGUDO A LA PUNCIÓN

También llamado toque eléctrico a la punción, este se produce cuando se pincha directamente el nervio, en el momento de introducir la aguja. Desaparece inmediatamente que es retirada la aguja, sin crear mayores complicaciones.

- RUPTURA DE LA AGUJA

Esto sucedía con anterioridad; a la introducción en el mercado de agujas desechables, ha disminuído la frecuencia de este accidente; aunque no está exento de suceder. Recordar que debemos hacer un intento razonable por localizar la aguja fracturada; pero si este intento implica mayor lesión a los tejidos sanos, es preferible dejar al organismo que se encarge de resolver el problema. Esto es, cuando la aguja fracturada deja de moverse entre músculos y aponeurosis, por toparse con tejidos duros, esta cesa su movimiento y es cubierta por tejido fibroso.

En el caso de que ésta llegara a infectarse, producirá una

fístula, la cuál ayudará a su localización, inyectando algún colorante (azul de metileno, verto toloudina etc...), que nos guiará para localizarla.

- IZQUEMIA DEL CARRILLO

Se produce al anestesiar dientes superiores, introduciendo el líquido anestésico, que contiene un vasoconstrictor (epinefrina o adrenalina,) directamente en una arteria o en un vaso. La izquemia desaparece en cuanto pasa el efecto del vasoconstrictor (aproximadamente 5 min.).

- CEFALEA INTENSA, DOLOR PAROXISTICO

Se presenta en el momento de empezar a introducir el anestésico, como un dolor intenso, con una duración de 1 a 3 min. Se piensa que es un dolor reflejo vasoconstrictor, que puede desaparecer lenta o prontamente. Si perdura más tiempo es necesario la aplicación de un analgésico endovenoso o bolsas de hielo en la cabeza.

- DOLOR LUMBAR AGUDO

Se presenta después de inyectar la anestesia, como un dolor agudo en la cintura o región de los riñones.. Será de 1 a 3 min, es un dolor reflejo y sucedía frecuentemente con la procaina y xilocaina que se utilizaba anteriormente.

- ENFISEMA

Es la introducción de aire en el tejido celular subcutáneo, como resultado de una diferencia entre la presión atmosférica y la presión intracelular, presentándose como un aumento rápido y progresivo deformante, pero sin dolor. Es de especial peligro cuando sucede cerca del istmo de las fauces, ya que puede ocurrir asfixia. No es repetitivo, es indoloro, y crepita a la palpación, como esponja seca. Tiene tres días de duración y su tratamiento es a base de colutorios y compresas calientes. No deja secuela.

- PARALISIS FACIAL

Se presenta cuando se inyecta la solución anestésica por atrás del nervio dentario inferior, involucrandose la región parotídea de las ramas temporofaciales y cervicofaciales. Hay distonía muscular de la región del ojo y la boca del lado afectado. La afección pasa después de que pasa el efecto de la anestesia.

- PARALISIS AFRIGORY O DE BELL

Se presenta cuando existe parálisis facial y hay contacto con corrientes de aire frías o por la aplicación de hielo en la zona paralizada. Indicar al paciente que debe cubrirse con

un paño y esperar a que pase el efecto del anestésico para que pueda salir a la interperie.

La parálisis de Bell o Afrigory es transitoria si tiene una duración de 3 a 4 semanas; si dura más de este tiempo es necesario un tratamiento un tratamiento a base de corticoesteroides, Vitamina B₁, B₁₂, terapia de rehabilitación, corrientes galbénicas etc... para tratar de reestablecer la tonicidad muscular y neurofisiología normal.

- FENOMENO DE SHWARZMAN U HOMBRE NEGRO.

Recibe este nombre por presentarse en individuos de raza negra. El fenómeno se presenta posterior a la aplicación de la anestesia suprarperióstica, como una zona inflamada, con izquemia severa y necrosis de la zona infiltrada por el anestésico, quedando sinéquias en el labio superior o en el lugar donde fué inyectado el medicamento. Esto es debido a una alérgia tisular al medicamento; su tratamiento se basa generalmente en implantes de piel.

- LIPCTIMIA

Hipoxia cerebral, se presenta cuando el paciente asite a consulta después de un ayuno prolongado, hay enrarecimiento del aire en el operatorio (aire viciado y con poco O₂ y mala venti

lación), stress en el paciente, etc.... El enfermo presenta una palidez e hipotonía muscular, astenia, adinamia, respiración superficial; pero sin pérdida del conocimiento .

Se debe colocar al paciente en posición de tren de Leam -- burg; con hiperextensión de la cabeza e instalar O_2 , aflojar la ropa y ventilar el lugar.

- SHOCK ANAFILACTICO

Alergia grave, Es una respuesta severa antígeno-anticuerpo hacia el anestésico. Se presenta hipotensión arterial, hipostesia e hipotermia; con pérdida del conocimiento y la sensibilidad y control de los esfínteres.

Se debe despejar vías respiratorias para instalar O_2 . - aplicar suero glucosado al 5% para elevar la presión arterial- así como la administración de clorhidrato de adrenalina o adrenalina sol. 1/1000. Corticoesteróides (solucortel o solumedrol) que son vasopresores, antialérgicos y antihistamínicos.

B° ACCIDENTES MEDIATOS

- DOLOR EN EL SITIO DE LA PUNCION

Se presenta cuando se introduce alcohol, benzal o cualquier antiséptico, que lleva la aguja en el momento de hacer la punción,

esto sucedía con las agujas no desechables, actualmente este accidente se ha eliminado .

- PERSISTENCIA DE LA ANESTESIA

Se debe a un desgarro o lesión del nervio, produciendo una parestesia temporal de aproximadamente 7 días de duración , poco a poco va disminuyendo la molestia.

- ULCERA EN EL SITIO DE LA PUNCION

Puede deberse a varias causas; a) infiltración demasiado rápida, b) demasiado vasoconstrictor, c) desgarramiento del periostio, etc.... Su tratamiento es a base de peliativos, troaigcos de benzocaína, colutorios antisépticos, etc... tienen una duración de 8 días.

El ácido fénico tiene grandes propiedades curativas en las lesiones ulcerosas en boca, ya que coagula las proteínas que se encuentran en el centro de la lesión .

- HEMATOMA EN EL SITIO DE LA PUNCION

Generalmente se debe a un vaso puncionado por la aguja, este tipo de lesión es común en los ancianos, por presentarse en esta etapa de la vida, la elastosis senil, que es la pérdida o disminución del tejido conjuntivo retráctil subcutáneo, lo -

cuál predispone al edema y equimosis.

- TRISMUS POR PUNCIÓN

Se debe a una punción traumática, se soluciona con curaciones y colutorios húmedos - calientes.

- INFECCION

Falta de asepsia en las agujas; generalmente el organismo soluciona la lesión, pero si el padecimiento se complica, es necesaria la administración de antibióticos .

- ALERGIA

Se presente generalmente, dermatitis, urticaria, cefalea, - etc.... Su tratamiento es a base antihistamínicos, como el Benadryl, y el Clorotrimetón de 4 y 8 mg., 3 veces al día, igual - así como aplicar talco en la piel con zonas eritematosas.

V) EXTRACCIÓN POR DISECCIÓN

DEFINICION: Son aquellas maniobras quirúrgicas tendientes a la avulsión de un diente, con mayor o menor disección de los tejidos que lo rodean

Sinonimia: extracción quirúrgica, extracción por colgajo, extracción por alveolotomía, extracción con alveolectomía.

La evaluación en cuanto al porcentaje de los dientes que necesitan extracción por disección es:

- 65% dientes con problemas parodontales, los cuales debido a la patología existente en el hueso tienen movilidad y presentan poca o ninguna retención, que dificulten su extracción .
- 20% dientes jóvenes, en los cuáles el hueso está poco calcificado, lo cuál ayuda a la distensión del mismo y facilita las maniobras .
- 10% dientes primarios en exfoliación, en los cuáles su avulsión es un proceso fisiológico.

Todo esto suma un 95% de dientes que presentan facilidad para su remoción. Solo el 5% necesita realmente de extracción por disección. Esto explica el porqué, del conocimiento para poder llevar a cabo dicho procedimiento con éxito.

INDICACIONES CLINICAS DE EXTRACCION POR DISECCION.

(sin radiografía)

- 1) Dientes con grandes destrucciones coronarias.
- 2) Reconstrucciones coronarias muy amplias que propicien la -
fractura de la misma.(dientes con amalgama MODVL; etc....).
- 3) Dientes que dice el paciente,tener tratamiento de conductos
o endopostes.
- 4) Dientes que no ceden a las maniobras normales de la extrac-
ción.
- 5) Dolor agudo en la articulación Temporomandibular .
- 6) Enfermos con limitaciones de apertura bucal.
- 7) Fracturas radiculares en el momento de la extracción,que no
pueden ser removidos por vía alveolar normal.
- 8) Restos radiculares,anteriormente fracturados,en contacto -
con órganos nobles (seno maxilar,terminaciones nerviosas-
de piso de boca, etc...).
- 9) Dientes en posición anormal(apañados).
- 10) Dientes semiretenidos.
- 11) Dientes sumergidos (microenquillosados).

INDICACIONES RADIOGRAFICAS.

- 1) Destrucciones coronarias amplias.
- 2) Reconstrucciones amplias.
- 3) Dientes pivotados o con tratamiento de conductos muy amplio.
- 4) Problemas de dirección número y forma radicular.
- 5) Esclerosis ósea (pacientes de edad avanzada), molares aislados sin dientes adyacentes.
- 6) Fracturas radiculares.
- 7) Restos radiculares.
- 8) Dientes en posición anómala .
- 9) Dientes semiretenidos.
- 10) Dientes retenidos.
- 11) Dientes primarios en relación estrecha con los permanentes.
- 12) Dientes enquistados-sumergidos.
- 13) Extracciones múltiples.
- 14) Procesos paradapicales amplos que no pueden ser removidos por vía alveolar normal.
- 15) Quistes o tumores paradapicales .

TECNICA QUIRURGICA .

Cuando sólo necesitamos ver en el tercio cervical del diente por extraer, se hará una incisión contorneante, y trabajaremos en el tercio cervical .

Si las maniobras requerirán trabajar más allá del tercio cervical, entonces se hará una incisión contorneante angulada. Dicha angulación se deberá hacer siempre hacia mesial, para tener mayor visión.

La angulación de la incisión, debe hacerse en la base de la papila, para que la retracción cicatrizal no deje deisencias o fisuras de Stilman en el cuello del diente, donde se hizo la incisión.

DIENTES INCLUIDOS

Son aquellos que cronológicamente deben estar en esa situación . Los terceros molares son los más comunes.

DIENTES RETENIDOS

Son aquellos que son obstaculizados en su erupción normal, por dientes, hueso, fibrosis, quistes, tumores, etc....

Los dientes incluidos con mayor frecuencia son los terceros molares por ser los últimos dientes en erupcionar; los caninos en los anteriores, son los segundos. Transcurrido el tiempo normal de erupción de todos los dientes en la cavidad bucal, se observará si hay alguna inclusión dando un tiempo límite para que erupcione, además de estudios de la zona.

Los dientes retenidos son de diversas formas y tamaños, - pueden presentarse con erupción parcial o completamente encerrados, en estado inactivo o activo provocando formación de quistes o tumores. Afecciones patológicas como infecciones agudas, fiebres, traumas severos, maloclusiones, inflamaciones locales de la membrana periodontal, etc..., pueden crear condensación y aumento de la densidad ósea dando como resultado otro factor para una - retención.

La pérdida prematura de dientes deciduos pueden provocar - la falta de desarrollo de los maxilares y mala posición de los dientes permanentes, dando pie a una retención por falta de espacio. La fibrosis de los tejidos blandos es otra razón para impedir la erupción de los dientes, necesitando así una intervención quirúrgica .

VI) PROBLEMATICA DE LOS DIENTES RETENIDOS .

Los problemas infecciosos que pueden acarrear, van desde una pericoronitis hasta una osteomielitis, ya que desde el punto de vista médico, son focos infecciosos potenciales.

La pericoronitis o dispanerodoncia, es la infección del saco pericoronario, por estar en contacto con el medio bucal. Cuando este se encuentra en un estadio agudo, no se debe hacer la intervención quirúrgica.

Se deben mandar colutorios antisépticos y lavar perfectamente, para reducir la irritación e infección. Se debe sacar de oclusión al diente antagonista, para que no siga traumatizando la macosa.

En casos severos:

- 1) Lavar para eliminar la microflora del área .
- 2) Antibioticoterapia .
- 3) Extracción de los terceros molares inferiores.
- 4) Extracción de los terceros molares superiores (sún cuando no tenga patología alguna).

Sí se hace la extracción en el momento del estadio agudo,

se puede desencadenar una estomatitis fusoespirilar. Solo en caso de que se necesite el diente como soporte para la prótesis, se hará la operculestomía y ostectomía u osteoplastia, para dejar desnuda la corona.

La compresión de estos dientes sobre estructuras nerviosas trae como consecuencias, neuralgias de grandes consecuencias.

La compresión sobre los dientes adyacentes, provoca reabsorción de la zona comprimida de estos, así como también se puede presentar, compresión en la mucosa de los senos maxilares.

La caries interproximal, de los dientes adyacentes a los terceros molares, es producto de la bromatostasis (empaquetamiento de alimento) por su limitado espacio para erupcionar.

Contrario a lo que se pensaba, en relación a que los terceros molares inferiores provocaban el apiñamiento en los incisivos inferiores, se ha comprobado que este apiñamiento aún habiendo extraído dichos dientes, se volvía a presentar, esto es debido a la regresión filogenética de los maxilares; Y a la presión que los terceros molares ejercen, sólo llegan a deformar la posición de los segundos molares.

¿Cuanto hueso se recupera después de la extracción ?

En un individuo de 20 años, de un 80 a un 90%, pero este porcentaje va disminuyendo conforme avanza la edad, a mayor edad menor regeneración de hueso.

Esta falta de regeneración, en algunos casos trae como consecuencia el denudamiento del segundo molar en su erupción distal radicular (gimnosdoncia).

Las patologías que se pueden derivar por no extraer los terceros molares son:

- Quistes; que son inclusiones ectodérmicas, que tienen su mayor potencial de formación en la juventud.
- Tumores, carcinomas, granuloma central, ameloblastoma, fibroameloblastoma.
- Osteoproblemas, cefaleas crónicas, artritis, alopecias, debilitamiento general, fiebres, etc....

TRATAMIENTO DE LOS DIENTES RETENIDOS EN GENERAL.

- 1.- Removerlos.
- 2.- Exponerlos quirúrgicamente .
- 3.- Ligarlos para traccionarlos ortodoncicamente.
- 4.- Trasplantarlos a otro lugar.

VII) CLASIFICACION DE LOS DIENTES RETENIDOS.

Existen varias clasificaciones para determinar el grado de dificultad del procedimiento quirúrgico por medio del cuál va a ser extraído un tercer molar, tales son conocidas con el nombre del autor que los ideó como Winter, Perr-Gregory, Ginestet, etc...

En este trabajo se hace mención de la clasificación del -- Dr. Sanchez Torres por ser la que de la manera más sencilla, nos permite ubicarnos en el espacio al momento de la odontectomía, - tomando en cuenta factores fundamentales y factores secundarios.

CLASIFICACION.

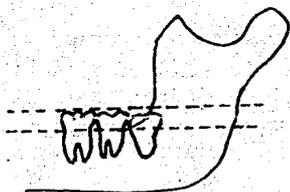
ASPECTOS FUNDAMENTALES.

1) Posición del diente:

Se traza una línea imaginaria continuando el borde cervical de la corona del segundo molar. De donde diremos; que si se encuentra la corona del tercer molar, por encima de esta línea, será una posición Clase I.

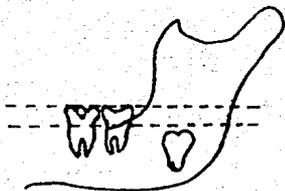
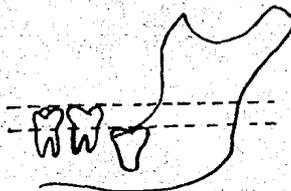
Si se encuentra por debajo de dicha línea imaginaria, será Clase II.

Y cuando ocupa una posición ectópica, es decir, cuando se en encuentra muy alejado del hueso alveolar o inclusive en rama ascendente, apófisis coronoides, etc... será una Clase III.



CLASE I

CLASE II



CLASE III

2) Dirección del diente:

a) Vertical.

c) Distohorizontal.

e) Mesioangular.

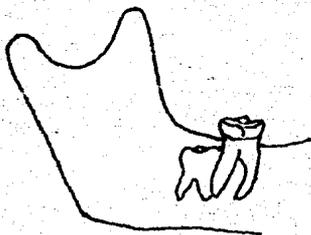
g) Linguoversión.

b) Mesiohorizontal.

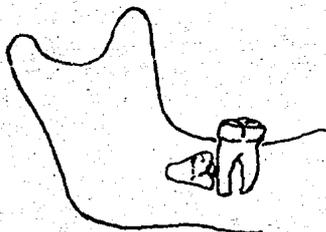
d) Invertido.

f) Distoangular.

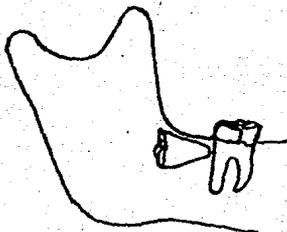
h) Bucaversión.



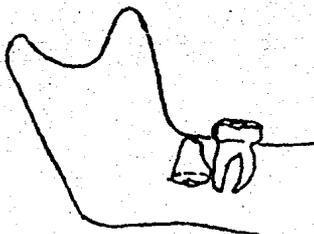
a)



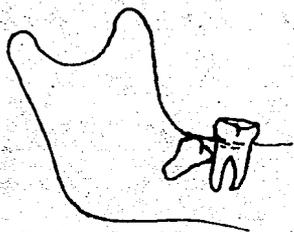
b)



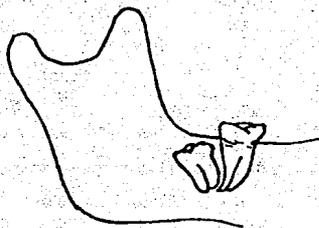
c)



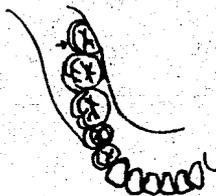
d)



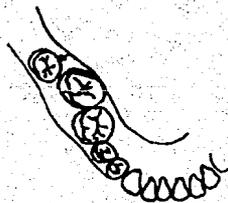
e)



f)



g)



h)

3) Número, forma, volumen y dirección de las raíces.

Podemos encontrar raíces grandes, cortas, dilaceradas, convergentes, divergentes, con hipercementosis, etc....

ASPECTOS SECUNDARIOS.

1) Estado del segundo y tercer molar, es decir: su integridad radicular y coronaria, cercanía entre éstos y salud paradontal .

2) Proximidad con el conducto dentario inferior. Si se encuentra muy próximo a éste, se debe tener cuidado de no lesionarlo y de no hacer ostectomías muy profundas, ya que si se llega a lesionar, habrá una parestesia, que puede ser transitoria (dura semanas o meses) o permanente.

3) Proximidad con el seno maxilar (en dientes superiores). Se debe tener cuidado, cuando se encuentran muy cercanos a éste, para no impactarlo al seno; y si se llega a lesionar la membrana sinusal, tratarlo adecuadamente.

4) Relación con la rama ascendente y Profundidad.

CLASIFICACION PARA LOS DEMAS DIENTES RETENIDOS.

CLASE I.- Aquellos dientes que están hacia vestibular.

CLASE II.- Aquellos dientes que están hacia palatino o lin
gual.

CLASE III.- Aquellos dientes que están dentro del proceso-
alveolar.

Cuando no es posible que se expongan los dientes retenidos para su tratamiento ortodóncico o por la falta de espacio, el tratamiento de elección será removerlos y evitarle al paciente futuros problemas.

En los terceros molares retenidos, después de que se ha pasado el estadio agudo de inflamación o infección, va a ser necesario en el 99.9% de los casos, la extracción de los mismos, ya que la operculectomía no ha dado buenos resultados, y solo se ha observado la recidiva del problema.

Solo en el caso de que se piense dejar como soporte de una prótesis. En cuyo caso no solo se removerá el capuchón pericoronario, si no que, se removerá también el hueso que se encuentre cubriendo la corona, para dejarlo completamente descu -

bierto.

Por otra parte, el tratamiento de la operculitis, se basa principalmente en el lavado enérgico de la zona inflamada y por debajo del capuchón pericoronario, se da tratamiento con antimicrobianos (en el caso de que haya infección), colutorios con alguna solución antiséptica y quitar la oclusión del diente antagonista que esté presionando sobre la mucosa del diente retenido, y posteriormente hacer la extracción del diente.

La extracción de los dientes retenidos, puede hacerse con anestesia local o general. La elección de una u otra técnica, dependerá de lo que se vaya hacer y a quién se le va hacer .

VIII) TECNICA QUIRURGICA .

A° INCISION

B° DIERESIS DE LOS TEJIDOS

C° RECONSTRUCCION DE LOS TEJIDOS

En cirugía dentomaxilar:

- 1) ANTISEPSIA
- 2) BLOQUEO ANESTESICO
- 3) INCISION
- 4) LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO
- 5) OSTECTOMIA
- 6) OPERACION PROPIAMENTE DICHA
- 7) TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA
- 8) SUTURA

1) ANTISEPSIA:

Antisepsia de las zonas peribucales, alrededor de la sábana hendida (benzal, mertiholate blanco o rojo, - alcohol) para eliminar microbióticos; cepillado, colutorios -

preoperatorios .

2) BLOQUEO ANESTESICO:

Puede ser anestesia local, o anestesia general - según el tipo de intervención quirúrgica.

3) INCISION :

Debe hacerse de un solo trazo, firme, como si se quisiera cortar hueso, conservando una buena irrigación e - inervación. El colgajo debe ser lo suficientemente amplio para lograr tener una buena visión, no debe tener ángulos - agudos y debe estar soportado por hueso sano.

4) LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO :

Se lleva a cabo con una regla de Selding o con la espátula 7 A.

5) OSTEECTOMIA :

Remoción del hueso; Osteotomía: Cortar hueso.

Se efectúa con fresas de fisura No 703, 702 ó fresas de bola del número 8 ó 9. Los instrumentos usados son: Cinceles, Gubia, ó Alveolotomo, Cizaya .

6) OPERACION PROPIAMENTE DICHA :

Realización del procedimiento quirúrgico planeado; (odontectomía, enucleación de tumores, marsupialización, etc....)

7) TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA :

Puede ser curetaje, con la cucharilla de Lucas. Limado de la cavidad, con lima para hueso o escofina para hueso. Lavado de la cavidad con suero fisiológico o agua esterilizada en autoclave. (No utilizar suero glucosado por propiciar un medio ideal para la proliferación de microorganismos.)

Hemostasia de la cavidad o área intervenida; métodos mecánicos: Taponamiento, presión, pinzamiento, ligadura, etc....

Materiales estípticos o coagulantes; ácido crómico, fénico, adrenalina, gelfoam, fibrinfoam, cera para hueso, oxichel, yeso-esteril, sutura, apósito quirúrgico. Fulguración, electrocoagulación, ó electrodesecación.

En casos de hipoprotobinemia se aplica vitamina K por vía parenteral. En pacientes en estado de menopausia es usado el Premarín intramuscular de 2.5 a 5 ml. la primera vez, y cada 4 hrs, 2.5; tiene gran valor ya que contrae los capilares sanguíneos .

8) SUTURA:

Es la reconstrucción de los planos incididos para favorecer la cicatrización, la unión de estos planos debe ser perfecta para no dejar espacios muertos y evitar el desarrollo de gérmenes. Pueden utilizarse materiales de sutura reabsorbibles o no reabsorbibles, los primeros son de origen biológico como el catgut, dextran; los no reabsorbibles son de origen vegetal, animal o sintéticos, como el nylon, fibra de algodón, seda, crin, etc.... Se pueden utilizar diferentes tipos de puntadas, según la finalidad a la que está destinada; pudiendo ser puntadas de afrontamiento, tensión, oclusión. Ejemplos: puntos aislados, surgetes continuos, puntos en U, puntos en X, etc....

IX) ETIOLOGIA DE LOS
DIENTES RETENIDOS .

G
E
A
N
U
E
S
R
A
A
S
L
E
S

- 1) Evolución filogenética (reducción de maxilar-
y mandibular, pero no dental.)
- 2) Menor crecimiento de los maxilares por patolo-
gía; hipoparatiroidismo (disfunción en la pro-
ducción de Ca y P).
- 3) Síndromes Disostosis cleidocraneana (agenesia
de clavícula, falta del cierre de las suturas-
craneales, huesos wormianos, baja estatura, re-
tenciones dentales múltiples .)
Querubismo (paladar hendido).

L
C
O
A
C
U
A
S
L
A
E
S

- 1) Extracciones prematuras (cierre de arcadas -
dentales).
- 2) Maloclusiones.
- 3) Quistes, tumores, infecciones crónicas, maloclu-
siones relacionadas con malos hábitos, etc....

FRECUENCIA DE LAS RETENCIONES DENTALES.

- a) Terceros molares inferiores.
- b) Terceros molares inferiores.
- c) Caninos superiores.
- d) Caninos inferiores.
- e) Primeros y segundos premolares inferiores.
- f) Primeros y segundos premolares superiores.
- g) Primeros y segundos molares, tanto superiores como inferiores.
- h) Incisivos centrales y laterales superiores.

FRECUENCIA DE LAS RETENCIONES DENTALES
INFANTILES.

- a) Caninos superiores.
- b) Supernumerarios. (mesiodent)
- c) Incisivos centrales y laterales superiores.

X) ALVEOLITIS Y TRATAMIENTO.

Sinonimía: Alveolálgia, alveolo seco, rabia de diente, osteitis alveolar post-extracción dental.

Se define como: Irritación de las terminaciones nerviosas que se encuentran alrededor del hueso alveolar.

Su etiología es desconocida, aunque se preconiza teorías microbianas (flora bacteriana y hongos), por hipovitaminosis, trastornos hormonales, etc....

Se considera una incidencia del 1 al 3.5% del 100% de las extracciones que se hacen. No hay predilección por el tipo de raza o estrato social; aunque es más frecuente en dientes superiores y sobre todo, en terceros molares; teniendo éstos una importancia del 10 al 15%, de todas las alveolitis.

Se presenta con mayor frecuencia en temporadas de calor, y aumenta su incidencia en 1%, en los pacientes con tratamiento de anticonceptivos.

En niños menores de 10 años, es muy raro que se presente la alveolitis; se creó que es debido a que la trama ósea en estos pacientes, es más amplia y hay un mejor sangrado, con la siguiente protección del alveolo.

Contrario a lo dicho anteriormente, su mecanismo de formación, no se debe a un escaso sangrado ya que ha habido casos -

en que hubo sangrado abundante, y se presentó la alveolitis.

Al quedar el alveolo descubierto, después de la extracción el hueso alveolar no tiene perióstico que lo proteja del medio bucal, quedando este hueso alveolar vulnerable a los irritantes tales como: toxinas bacterianas, restos de alimentos ingeridos, la saliva, a las temperaturas, el aire, etc...; que propiciará la irritación de las fibras nerviosas en dicho hueso. Estas -- irritaciones, se van a traducir en un dolor intenso o alveolalgia que se irradia a las ramas trigeminales.

Hay dos tipos de alveolitis:

- a) Alveolitis Seca: en la cuál el alveolo se encuentra desocupado, sin la formación del coágulo, el hueso seco o blanquecino y en ocasiones de color café.
- b) Alveolitis granulomatosa: en la cuál el alveolo se encuentra parcialmente ocupado, por restos de coágulo, restos de alimento, etc... . Esta, en ocasiones se puede encontrar un alveolo fungoso y sangrante.

SINTOMATOLOGIA:

Dolor después de la anestesia, un día o días después de la extracción (tres a cuatro días), dolor intenso de tipo neuralgiforme que irradia a las ramas trigeminales y no cede a los analgésicos.

De no tratarse oportunamente, el paciente se recuperará en el período de la segunda y la tercera semana.

No siempre se presenta el mismo dolor, puede ser ligero, leve, moderado, severo y sobregado.

Puede haber alveolos desocupados no dolorosos, en los cuales se pueden formar abscesos postergados por la fermentación de alimento dentro de éste.

TRATAMIENTO:

- 1) Anestesia; no siempre va a ser necesaria ya que el dolor es tan intenso que no llega a molestar el tratamiento, se usará sólo como tratamiento psicoterápico.
- 2) Lavar abundantemente con suero fisiológico, o con agua hervida o agua estéril en autoclave. Dichas soluciones deben de estar a la temperatura corporal, para no provocar mayor dolor al paciente. Esto se hace con la finalidad de eliminar los restos que nos quedan de coágulo y alimento acumulado.
- 3) Curetear con la cucharilla de Luckas, los restos que no pudieron ser removidos con suero. Este curetaje debe ser somero sin llegar a raspar hueso.
- 4) Aislar y secar el alveolo.
- 5) En el caso de que el dolor sea sobregado, va a ser necesario aplicar alcohol directamente sobre la superficie ósea con la finalidad de lisar las terminaciones nerviosas del hueso.

y quitar el dolor.

6) Aplicación del apósito quirúrgico.

El apósito quirúrgico, debe ser una mezcla de óxido de zinc y eugenol (Wonder Pack), mezclado con vaselina sólida y llevado al alveolo en gasa sobrehilada, ó bien, en cordón hum-bilical, ó bien (cinta de tela utilizada en costura, lavandola previamente, para quitarle el almidón y esterilizarla.

Esto se hace con la finalidad de que no se dejen restos de hilo dentro del alveolo. La mezcla debe ser suave y uniforme, y se debe introducir con las gasas al alveolo en forma de acordeón.

El eugenol va ser el encargado de quitar el dolor, por lo tanto, va ser necesario, cambiar el apósito cada 3 ó 4 días aunque en ocasiones, debido a lo agudo del dolor se necesitará cambiar diario ó cada 12 hrs. .

Este tratamiento se debe continuar en un periodo de 15 días a 3 semanas, dependiendo de su evolución. En cuanto se empiecen a formar pequeñas yemas cicatrizales en el alveolo, es conveniente rasparlas ligeramente para provocar sangrado y se forme el coágulo, que desarrollará una cicatrización adecuada. Después de esto, no va a ser necesario seguir poniendo el apósito; salvo que persista el dolor.

También nos va a ser útil para lograr una buena cicatrización en el alveolo, gasa furacinada, envaselinada, o alveologil - (Creasote): estos apósitos se deben de retirar en cuanto han cumplido su cometido, ya que de lo contrario actuarán como cuerpos extraños. Es conveniente recalcar que el alveologil, no es reabsorbible, por lo tanto no se debe de usar cuando se piensa cerrar el alveolo.

En el caso de dolor sobreagudo, dijimos que va a ser necesario aplicar directamente alcohol. Esto se hace, siguiendo las indicaciones de lavado y secado del alveolo. Posteriormente aplicaremos el alcohol impregnado en torundas de algodón, por espacio de 3 min. inmediatamente se retire y coloca el apósito de óxido de zinc y eugenol.

En 1972 el Dr. Magnus ideó una incisión para la extracción de los terceros molares retenidos, la cual parte de la zona retromolar sobre el proceso alveolar, dirigiéndose hacia delante y abajo, hasta llegar a encía alveolar sin tocar encía insertada y sin tener ángulos agudos. Dicha incisión trae ventajas para el tratamiento de la alveolitis (en caso de presentarse), ya que no se sutura por vestibular; permitiendo con esto, al separar el carrillo, abrir nuevamente dicha parte de la incisión, sin necesidad de retirar toda la sutura y poder hacer todas las maniobras del tratamiento de la alveolitis.

Se han utilizado también, diversos medicamentos que ayudan en gran forma al tratamiento de la alveolitis, tales como:

Antifibrinolíticos; Ac. epsilaminocaprónico.

Amicar mezclado con Gel-Foam.

Aftex (cristales de benzocaína).

Por último cabe mencionar que la alveolitis no es repetitiva .

XI) COMENTARIOS .

El hombre moderno ha dejado de utilizar su aparato masticatorio en relación a sus antepasados, esto tiene mucho que ver con el tipo de alimentación, costumbres y cambios estructurales que va sufriendo el organismo humano junto con el medio ambiente .

A lo largo del tiempo se ha encontrado frecuentemente la falta de los gérmenes dentarios de los Terceros Molares, así como la de otras piezas dentarias; por ejemplo: los incisivos anteriores y premolares. Actualmente por lo citado anterior y factores como: falta de espacio, mal posición, herencia, falta de crecimiento, falta de antagonistas, malformaciones, anquilosis, caries, infecciones, traumatismos mandibulares, etcétera, observamos que en ocasiones es necesaria la extracción de los Terceros Molares.

Las extracciones de los Terceros Molares son todas diferentes, como lo es cada individuo; por eso debemos tener los conocimientos fundamentales para la atención y cuidado de éstos, proporcionando así una mejor ayuda a nuestros pacientes para el cuidado de su boca .

El Cirujano Dentista está capacitado para realizar las -
extracciones de los Terceros Molares, sin embargo en ocasiones
es necesario remitir a los pacientes al especialista; el Ciruja
no Maxilofacial .

X I I) B I B L I O G R A F I A .

- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
EDITORIAL INTERAMERICANA
GUSTAVO O. KRUGER.
49 EDICION.

- TRATADO DE CIRUGIA ORAL
EDITORIAL SALVAT EDITORES
WALTER C. GURALNICK DMD.
MEXICO 1971.

- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL PRACTICA
COMPANIA EDITORIAL CONTINENTAL
DANIEL E. WAITE.
MEXICO 1972.

- CIRUGIA BUCAL
GUILLERMO RIES CENTENO
EDITORIAL EL ATENEO
OCTAVA EDICION.

- CIRUGIA BUCAL
DR. EMMELT R. COSTICH
DR. RAYMOND P. WHITE JR.
EDITORIAL INTERAMERICANA
PRIMERA EDICION.

- TECNICAS QUIRURGICAS DE CABEZA Y CUELLO
ALBERTO PALACIO G.
EDITORIAL INTERAMERICANA
MEXICO 1970.

- PATOLOGIA ORAL
KURT H. THOMA
MOSBY COMPANY ST. LOUIS

- NUEVO DICCIONARIO MEDICO LAROUSSE
LIBRAIRE LAROUSSE PARIS.
1966 .

- TRATADO DE TECNICA OPERATORIA GENERAL Y ESPECIAL
M. KIRSCHNER
EDITORIAL LABOR BARCELONA .