UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PROCEDIMIENTOS CLINICOS PARA LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

VICTOR LOPEZ LAZO

MEXICO, D. F. 1984

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

INTRODUCCION.

CLASIFICACION

INDICACIONES

CONTRAINDICACIONES

EXAMEN RADIOGRAFICO

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO DE COMPLICACIONES OPERATORIAS

PLANEAMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

PREPARACION GENERAL DEL PACIENTE

INSTRUMENTAL

TECNICAS OPERATORIAS

COMPLICACIONES

ASISTENCIA POSTOPERATORIA

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

Dentro de las diversas diciplinas comprendidas en la Odontología, existen métodos terapéuticos y procedimientos clínicos encausados al control, tratamiento, y prevención de enfermedades y sus alteraciones. Una de estas alteraciones bucales, más frecuentes, y que llega a constituir un serio problema es la inclusión de los terceros molares inferiores.

En Cirugía Bucal, siguiendo los lineamientos establecidos, encontramos que la gran mayoría de extracciones de terceros molares inferiores incluídos, se realiza débido a las molestias y secuelas indeseables que acarrean los periódicos y comunmente inútiles intentos eruptorios. Este tratamiento, de carácter escencialmente profiláctico, tendrá la finalidad de conservar la relación oclusal e interproximal, entre las arcadas dentales antagonistas y dientes vecinos, respectivamente, amén de eliminar los trastornos neurológicos comunes.

El conocimiento de las secuelas que implicarán los terceros molares que carezcan de un espacio y trayectoria adecuados, para su normal y completa erupción, así como los procedimientos óptimos para su extracción, darán las bases para normar un criterio definido dentro del contexto terapeútico de la práctica odontológica y finalidades que persigue.

CLASIFICACION..

Determinar por adelantado las dificultades que se encontrarán durante la extracción de terceros molares inferiores retenidos es el principal objetivo de la clasificación, lo cuál nos permite planear los procedimientos quirúrgicos. Para clasificar dichos molares se debe establecer su posición anatómica por medio de exámen radiográfico.

George B.Winter fué el primero que ideó una clasificación de los terceros molares. Esta clasificación es fundamental y de gran valor práctico;

Clase I.- Posición Vertical
Clase II.- Posición Mesioangular
Clase III.- Posición Horizontal
Clase IV.- Posición Vestibuloangular
Clase V.- Posición Distoangular
Clase VI.- Posición Linguoangular
Clase VII.- Posición Invertida
Clase VIII.- Posiciones excepcionales ó raras.

La siguiente clasificación sugerida por Pell y Gregory, incluye una parte de la de George B. Winter es de las más prácticas:

A) Relación del diente con la rama ascendente de la mandíbula y segundo molar:

Clase I.- Hay suficiente espacio entre la rama ascendente y el lado distal del segundo molar.

Clase II.- El espacio entre la rama y el extremo distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase III.- Todo ó casi todo el tercer molar se encuentra en la rama ascendente.

B) Profundidad relativa del tercer molar en hueso.

Posición A: La porción más alta del diente está a nivel o por encima de la cara oclusal.

Posición B: La porción más alta del diente está por debajo del plano oclusal, pero por encima de la línea cervical del segundo molar.

C).- La posición del eje longitudinal del tercer molar inferior retenido en relación con el eje mayor del segundo molar (clasificaciónde Winter):

1.- Vertical : el eje mayor del tercer molar es paralelo al del segundo molar.

2.- Horizontal : el eje mayor del tercer molar es perpendicular al del segundo molar.

3.- Invertida : cuando la corona del tercer molar se encuentra dirigida hacia el borde inferior de la mandíbula y sus raíces hacia el plano oclusal.

4.- Mesioangular : el eje mayor del tercer molar forma con el del segundo molar un ángulo variable.

5.- Distoangular : el eje mayor del tercer molar se dirige hacia la rama ascendente, dentro de la cuál la corona ocupa una posición variable.

6.- Bucoangular : cuando el eje mayor del tercer molar es perpendicular al plano en que están orientados el segundo y primer molar, la corona del tercero está dirigida hacia bucal.

7.- Linguoangular : es semejante a la bucoangular con la variante de que la corona está dirigida hacia lingual.

Las retenciones mesioangular, distoangular y bucoangular, pueden presentar desviaciones bucal, lingual y torción respectivamente.

Es de mucha importacia la curvatura de las raíces y ésta deberá adaptarse a la siguiente clasificación :

a) Raíces rectas separadas ó coalescentes.

b) Raíces curvadas en dirección distal.

c) Raíces curvadas mesialmente.

INDICACIONES.

Los terceros molares son de interés clínico desde que se forman hasta que son motivo de extracción. Günter señala las siguientes particularidades :

1) Su erupción puede ser acompañada de dolor y lesiones a estructuras contíguas.

2) Con frecuencia son hipoplásicos y tienen predisposición a la caries.

3) Su tratamiento y reconstrucción son difíciles.

4) Tienden a alterar el alineamiento de los dientes restantes, disminuyendoles espacio y apiñándolos.

Todos los terceros molares inferiores en malposición ó que no pueden hacer erupción por falta de espacio, deben extraerse; sin embrago hay gran divergencia de opiniones respecto a dicha extracción de los mismos cuando no producen síntomas ni hay signos radiológicos de lesiones. Mientras algunos autores opinan que estos dientes no deberían extraerse en ausencia de signos y síntomas por que pueden servir posteriormente de anclaje a una prótesis, ó emigrar hasta ocupar el lugar de un segundo molar ya extraído, hay otros que aconsejan la extracción profiláctica (Gillmore, Henry). Las posibles complicaciones y dificultades durante la extracción se incrementan en grado considerable con la edad del paciente. La avulsión precóz elimina esas riesgosas consecuencias. Existe siempre el peligro de fractura accidental de los maxilares y mandíbula y los dientes retenidos hacen al hueso más vulnerable.

La extracción de los terceros molares retenidos es más fácil cuando el paciente es jóven, porque la membrana que constituye el residuo del folículo dental entre el diente y hueso facilita la operación; sín embargo no es compatible el criterio de ciertos autores que afirman que la mejor ocasión para la extración es en la edad en que solo se ha formado la corona. La ocasión ideal para su extracción es una vez estando ya formados los dos tercios ó tres cuartos, aproximadamente de-

las raíces, eliminando así el riesgo de la curvatura anómala de ápices y las exostosis de las raíces. En individuos de -- mayor edad, la extracción se torna mucho más problemática.El hueso es duro y frágil, las raíces pueden tener exostosis y- la corona estar en contacto directo con el segundo molar,con resorción completa de los tejidos intermedios. Ciertos casos principalmente en pacientes anodónticos, la mandíbula es pequeña, débil por atrofia y con frecuencia la falta de uso -- prolongada ha sido causa de resorción en el diente, seguido- de osificación que puede originar anquilosis entre ámbas estructuras. Las indicaciones para la extracción de los terceros molares retenidos y no erupcionados son las siguientes: Hipoplasia de maxilares y mandíbula y desproporción entre -- las dimensiones de éstos y las de los dientes.-

Este fenómeno filogénico es causa de maloclusión en general- y en particular constituye la razón por la que al brotar el- último diente y carecer de espacio para ello no puede adop-- tar su posición normál en el proceso. Broadbent ha demostrado por medio de radiografías cefalométricas que el incompleto desarrollo óseo se acompaña de imposibilidad de proporcionar espacio suficiente para la erupción de terceros molares. Si hay pruebas de que los terceros molares no podrán erupcionar adecuadamente se deberá pensar en su extracción profiláctica (Henry), para evitar muchas de las complicaciones posteriores que acompañan a su erupción incompleta. Por lo tanto- la extracción de terceros molares está indicada en casi to-- dos los casos que requieren tratamiento ortodóntico por maloclusión asociada con apiñamiento de los dientes.

Obstáculo a la erupción normal del segundo molar.-

Esta anomalía de desarrollo de la dentición deberá corregirse con extracción precóz del tercer molar, siendo la-- causa más común de éste fenómeno la formación precóz del tercer molar cuando aún la mandíbula no se ha desarrollado suficientemente para alojarlo, presionando sobre el segundo mo-- lar y produciendole inclinación. Este proceso es buen ejem-- plo de la extracción profiláctica.

Inclinación posterior de los segundos molares.- La presión-- del tercer molar, en desarrollo, sobre la superficie distal- del segundo puede ocasionar la inclinación de éste último e- impedir así su oclusión normal. La inclinación del diente se comprueba tambien radiográficamente por el contacto de las-- raíces del primero y segundo molares.

Erupción parcial y criptodóntica.- La erupción incompleta es otra de las indicaciones para la extracción profiláctica, es pecialmente si existe opérculo sobre la corona, si hay sig-- nos de traumatismo masticatorio e hipertrofia de la encía -- pericoronal, y si no existe posibilidad de que prosiga la e- rupción. Es raro que transcurra la vida del paciente sin que se presenten complicaciones que exijan la intervención quí-- rúrgica.

Síntomas neurológicos.- Originados generalmente por compre-- sión del nervio dental inferior por un tercer molar retenido, entre ellos : dolor que en ocasiones es referido a zonas i-- nervadas por cualquiera otra rama del quinto par o de los -- nervios que se anastomosan con él. Con mayor frecuencia se-- producen estos síntomas en individuos de ménos de treinta -- años, puesto que la presión es más probable que se ejerza du rante la etapa de desarrollo del molar, donde las raíces cre cen sin erupción compensadora del diente retenido.La fuerza- de las tentativas periódicas de erupción por dientes en mal- posición origina los síntomas intermitentes. Después en la-- superficie distal del segundo molar pueden efectuarse proce- sos de resorción que son causa de pulpítis. Cefaléas fronta- les y occipitales y una obscura e indefinida sensación de -- presión son los síntomas más comunes que puede suprimir la-- extracción, aunque habrá también que diagnosticar y eliminar otras causas.

El dolor puede ser ligero y localizado en la región inmedia- ta al diente retenido, pudiendo ser grave y aún agudísimo -- incluyendo todos los dientes superiores e inferiores del la- do afectado, oído y zona posauricular, cualquier parte de la zona atravezda por el V par ó aún toda la zona completa.Esto

incluye el dolor temporario. El dolor puede ser intermitente-constante ó periódico. Puede ser también una neuralgia intermitente trifacial, que simula el tic doloroso el cuál se distingue en que el dolor es agudísimo, lacinante y súbito, como resultado del contacto con una zona especial sobre cara o labios. Esto lo diferencía de otras neuralgías trifaciales.
También se producen frecuentemente otítis, otalgia y tinnitus aurium de orígen dental, y se han registrado casos de neuralgia glosofaríngea curados por la extirpación de esos dientes.
Asi mismo, el estímulo originado en un tercer molar retenido-ó parcialmente erupcionado puede en algunos casos producir -- irritabilidad, mal humor, depresión de ánimo, insomnio y trastornos de la conducta, perturbar el equilibrio psíquico en -- pacientes jóvenes, con las posibles consecuencias sobre su -- porvenir y felicidad.
Formación de quístes.- Muchas veces, el folículo dental en -- los dientes retenidos genera un quíste que suele hallarse situado alrededor de la corona y aparece en la radiografía como un pequeño quíste de erupción, inmediatamente por debajo-- de la encía. La membrana del quíste está adherida al cuello-- del diente. En ciertos casos los quístes alcanzan grandes dimensiones, pudiendo ser dentígeros (encerrando la corona) ó-paródónticos (desarrollados en lado distal del diente). Los-- quístes de erupción pasan frecuentemente inadvertidos llegando a adquirir tales dimensiones que por presión desvian los-- dientes a considerable distancia.
Infección pericoronal.- Uno de los procesos que con mayór -- frecuencia causan los terceros molares retenidos, lo cuál sucede cuando la encía ha sido perforada permitiendo la penetración de microorganismos, existiendo a menudo sobre la superficie oclusal del diente un opérculo tumefacto y que es traumatizado por el diente opuesto. Esta infección invade en ciertos casos el tejido óseo mesial ó distal al diente pudiendo-- extenderse al contíguo. Es preciso posponer la extracción has

ta remitir la etapa aguda. Solo en un caso urgente se procederá a intervenir siempre y cuando sea ayudado con la quimioterapia adecuada. Sin embargo hay que esperar a que ceda el proceso agudo para evitar penosas consecuencias.

Infección de Vincent.- Bajo el colgajo gingival que recubre un tercer molar inferior retenido es muy frecuente que exista un foco de esta infección, que originará periodicamente brotes de Gingivítis Ulcerosa hasta que se proceda a la extracción. Se deberá tener la precaución de no extraer durante la fase aguda. Cuando se sospeche la infección fusoespirilar, el diagnóstico se confirmará bacteriológicamente, aplazando la fecha de la extracción.

Resorción Interna.- La resorción interna idiopática debe distinguirse de la caries. Puede desarrollarse en dientes completamente retenidos. Cuando se hace la extracción, normalmente la corona se fragmenta, después de lo cual se eliminarán todos sus fragmentos, posteriormente se procede a extraer las raíces.

Caries, Infección periapical.- La caries puede producirse en dientes parcialmente erupcionados e invadir gradualmente la pulpa dental con la consiguiente infección periapical, que de llegar a prosperar se extiende al hueso por debajo de la línea de inserción de músculo milohioideo generando así abscesos submaxilares. Los terceros molares con nivel oclusal adecuado, con caries deberán obturarse o extraerse antes que lleguen a producir infección.

CONTRAINDICACIONES.

Anteriormente a cualquier extracción, la valoración y reconocimiento físico del paciente es primordial. Una extracción mal programada o desarrollada puede precipitar serias complicaciones. Así mismo, las posibilidades de producir exacerbaciones agudas de cualquier alteración general latente o prévia existencia, serán mayores cuanto mayor es la cantidad de bacterias y sus toxinas liberadas.

La extracción a realizarse en pacientes que presentan antecedentes de enfermedades que se mencionan a continuación, deberá aplazarse y referir al paciente con su médico, hasta que pueda realizarse con el máximo de seguridad:

1.- Alteraciones cardíacas severas.
2.- Reumatismo cardíaco.
3.- Discrasias sanguíneas, Leucemias, Leucopenia, Púrpura Hemorrágico, Hemofília, Anemia.
4.- Diabetes.(No controlada)
5.- Padecimientos hepáticos; Nefrítis.
6 Hipertiroidismo
7.- Sífilis.
8.- Osteosclerosis.
9.- Lesiones hepáticas.
10.- Avitaminosis.

Contraindicaciones Locales.-

1.- Infecciones gingivales agudas (estreptocóccica, fusoespiroquética).
2.- Pericoronítis aguda.
3.- Sinusítis maxilar aguda.
4.- Zonas con proceso maligno que posteriormente son tratados con Radium, disminuyen en la Osteomielítis la acción fulminante creando un proceso lento de secuestros, siendo en estos casos frecuente la Osteoradionecrosis como complicación post-extracción.

PLANEAMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS.

La extracción de los terceros molares inferiores es un procedimiento quirúrgico complejo que incluye tejidos blandos y en ocasiones, parte del hueso más duro del esqueleto. La zona operatoria es muy restringida y de difícil acceso, muy vascularizada e inundada constantemente de saliva. Dichas características, en combinación con los factores a continuación mencionados, auxiliarán en la elección de la técnica apropiada al caso:

1.- Posición, tamaño y relación anatómica del molar.
2.- Grado de retención.
3.- Tipo y extensión del colgajo.
4.- Cantidad de hueso a eliminar para una exposición adecuada.
5.- Instrumental indicado.
6.- Técnica anestésica más eficaz.

Una vez reunida toda la información y exámenes prévios se podrá planear la técnica operatoria y realizar las modificaciones necesarias por si surgieran complicaciones inesperadas. Es en éste momento cuando se podrá decidir si la molar retenida pueda ser ó nó extraída por medio de : seccionamiento, remoción ósea y seccionamiento ó simplemente por remoción del hueso circundante.

INSTRUMENTAL.

Se ha ideado un número enorme de osteotomos, elevadores y botadores de raíces para la extracción de las terceras molares inferiores retenidas. En el mercado se encuentran equipos que contienen gran variedad de instrumentos diseñados para el úso exclusivo de técnicas específicas.

Además de osteotomos, escoplos y taladros (Forma de balloneta ó de Henahan) para cortar hueso y en particular diente, en la mayor parte de los casos basta con un botador en balloneta, un par de elevadores de Cryer, otro par en ángulo y elevadores de Heibedrinck para ápices. A éstos podrá añadirse otro instrumento que el operador encuentre de particular utilidad a medida que crea su propia técnica operatoria para los diversos tipos de terceros molares inferiores retenidos. Los elevadores de mango cruzado ó sacacorchos permiten ejercer mucha fuerza con riesgo de fracturar la mandíbula si el diente se resiste a su luxación. Por supuesto se procurará tener siempre al alcance de la mano mango de bisturí, tijeras, portaagujas, pinzas hemostáticas y de otros tipos y materiales de sutura. Además, paños, compresas y aplicadores esterilizados, pinzas de paños, separadores de labios, espejo, separador, periostotomo , lima para hueso, martillo, pieza de mano, ángulo y fresas de cirugía, tubo de aspiración y pinzas gubias.

Instrumental Quirúrgico: Bisturí y mango, hoja corta no. 5 Bard Parker.

Tijeras Neuman, para sección de tejidos (festones, lengüetas, encías).

Pinzas de disección, Allis, de mosco.

Separadores Farabeuf, Volkmann, para labios, carrillo, colgajos (mango Clinie).

EXAMEN RADIOGRAFICO.

El estudio previo y detallado de las radiografías de la molar por extraer, es valor incalculable que se traducirá en prevención de eventuales complicaciones y accidentes, dando como resultado menor traumatismo, disminuir el tiempo operatorio, menores probabilidades de infección postoperatoria y consiguiente mejoramiento en rapidez de curación .

Las radiografías empleadas para determinar una posición anatómica no distorsionada y apegada al mayor grado posible a la verdadera, del tercer molar inferior retenido son:

Intrabucales.- Son de gran utilidad aunque frecuentemente se dificulte el registro completo del molar en la película, debido a estructuras anatómicas que impidan su colocación adecuada, tejidos blandos, reflejo de náusea, (Clases III principalmente, II horizontales, I). Nos pueden determinar las relaciones existentes con el Conducto dentario.

Extrabucales.- En clases III de retenciones horizontales, se coloca el portapelículas en contacto con las Ramas vertical y horizontal de la Mandíbula, dirigiendo el rayo central a través de la Rama opuesta insidiendo la película en ángulo recto.

Aleta Mordida.- Para casos I y II. Correctamente anguladas se registran las relaciones de las coronas de segundo y terceros molares, dirigiendo el rayo central en ángulo recto através de la corona del segundo molar a la película, con grado 0 (cero) de angulación.

Oclusales.- Determinan la posición bucolingual de la corona. Puede usarse una pequeña placa intrabucal; se coloca sobre la superficie oclusal de los molares, desplazándola hacia atrás hasta que tope con el borde anterior de la Rama ascendente, se unen ambas arcadas, se lleva hacia atrás la cabeza del paciente lo más posible y se dirige el rayo central através del borde inferior de la Mandíbula.

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO DE COMPLICACIONES OPERATORIAS.

A fín de palnear correctamente la operación, se tomará especial observación de los siguientes factores:

1.- Estado o nivel de erupción del molar. Determinando el grado de retención (puede ser tisular u ósea).

2.- Posición del molar, clasificando según lo anteriormente-- expuesto.

3.- Relación con el segundo molar; por medio de radiográfías- sin superposición de imágenes de ámbas molares.

4.- Accesibilidad o cantidad de espacio disponible de la cara distal del segundo molar al borde anterior de la Rama ascendente.

5.- Número y dispocición de las raíces, dirección, coalescencia y relación con el conducto dental inferior.

6.- Tejidos pericoronales inflamados o infectados.

7.- Estado del hueso subyacente.

8.- Obturaciones o restauraciones extensas en el segundo molar limitarán el empleo de elevadores interproximalmente.

9.- Dimensiones de membranas parodontales, pared alveolar y- hueso de soporte que aumenta conforme a la edad del paciente,-- procesos de reparación en resorciones óseas que originan anquilosis alveolodentarias.

10.- Fracturas ya existentes que debilitan la resistencia del hueso, deben diagnosticarse previamente, evitando que el paciente crea que se produjeron durante la extracción.

11.- Infecciones severas (Osteomielítis), quístes, tumores benígnos y malígnos, que dan un cuadro de lesión mono o poliquística, muy raro fibromas, fibrosarcomas y tumores mixtos.

El conocimiento y valoración de cada uno de los anteriores factores, permitirá preveer complicaciones operatorias y elegir -- la técnica operatoria más adecuada.

PREPARACION GENERAL DEL PACIENTE.

La mayoría de los pacientes programados para una extracción de un tercer molar inferior retenido, son de carácter ambulatorio y necesitan poca preparación. En personas sumamente nerviosas-se podrá emplear una dósis adecuada de algun sedante, media -- hora antes de la intervención. En personas a quienes se vá a-- administrar anestesia general se les ordenarán suprimir la comida anterior o por lo ménos no ingerir nada tres horas antes-de la operación. Previamente se hará odontoxesis.

La preparación para la extracción será la misma que para la -- exodoncia ordinaria, en casos difíciles deben tomarse en cuenta las ventajas de la hospitalización, en particular si se han de extraer los cuatro terceros molares. En el consultorio sin embargo, la extracción de un molar en cada sesión o de ambos del mismo lado es lo más común.

ANESTESIA.-

La anestesia exige una técnica muy difícil y delicada que es-- necesario prracticar con cuidados extremos y deberá satisfacer los siguientes requisitos: Ser completa, extensa y duradera,-- para que la operación pueda llevarse a término sín apresura -- mientos, cualesquiera que sean las dificultades encontradas, y debe ser contínua, para que el operador actúe sín interrupción. La anestesia locorregional se recomienda en intervensiones en-el consultorio, particularmente si no se dispone de anestecista o ayudante adiestrado en la administración de anestésico -- general. Cuanto más difícil y prolongada séa la operación más-importante será elegir una forma lo ménos tóxica de anestesia-local. A pacientes aprensivos se les dará alguna clase de medicación preoperatoria (fenobarbital sódico) media hora antes de la operación. Si hay abundante salivación (la cuál llega a -- aumentar por el sabor de la sangre) y en particular si se quiere operar en mejores condiciones de asepsia, se puede también-

administrar atropina por vía subcutánea o bucal quince minutos antes de la intervención. Aunque haya de operarse con anestesia local, deben hospitalizarse los pacientes que supongan un considerable riesgo operatorio, como los que padecen afecciones respiratorias o cardíacas ó aquellas en quienes están contraindicadas la anestesia general.

Muchos exodoncistas emplean satisfactoriamente óxido nitroso y oxígeno si disponen de un anestecista con experiencia en intervenciones bucales. Sin embargo, el óxido nitroso y oxígeno en pacientes que requieren anestesia prolongada nó son tan inocuos como generalmente se cree. Los alcohólicos crónicos ó el bebedor ocasional que se ha dado ánimos con un buen trago ántes de la operación, los fumadores inveterados y los toxicómanos son poco adecuados para éste tipo de anestesia en comparación con atletas y sujetos que hacen vida al aire libre.

Probablemente, la mejor y ménos tóxica de las anestesias generales es la mezcla de óxido nitroso, oxígeno y éter en circuito cerrado por tubo endotraqueal introducido por una de las fosas nasales. Puede combinarse con anestesia local con avertina. Por supuesto el método no es apropiado para el empleo en el consultorio.

El pentotal sódico por vía intravenosa produce una rápida y satisfactoria anestesia, puede aprovecharse para la extracción. Este sólo debe emplearse como anestésico basal y complementarlo con óxido nitroso y oxígeno, es por ésto que no es recomendable su empleo en el consultorio por los propios riesgos que ofrece. Por éste motivo en todos los casos de cirugía bucal debe entubarse la tráquea para administrar oxígeno u óxido nitroso y oxígeno disminuyendo así la cantidad de barbitúrico necesario para mantener un buen nivel anestésico.

La preparación del paciente generalmente, es la misma que para la exodoncia a cielo abierto. La medicación preoperatoria depen

de del tipo de paciente y del método de anestesia que haya de -- ser empleado. Si hay infección está indicada la administración-- pre y postoperatoria de antibióticos.

TECNICAS OPERATORIAS.

Hay varias maneras para extraer terceros molares inferiores retenidos, siendo difícil comparar resultados de las diferentes técnicas operatorias, puesto que no hay dos casos que sean completamente semejantes. George Winter hace las siguientes observaciones respecto a la técnica operatoria: "El hecho sobre el que nunca se insistirá demasiado es que el operador lo mismo que un arquitecto, debe hacer un plan previo y no intentar llegar al diente con gran número de instrumentos y sin claro programa de acción".

En la extracción deberán observarse los siguientes principios :

1) Realizar la operación bajo visión directa.

2) No sacrificar la perfección técnica a la velocidad.

3) Planear la operación de manera que ésta exija la menor fuerza de palanca posible.

4) Evitar lesión en el segundo molar y su parodonto, y fracturar el ángulo de la mandíbula.

Ivy y Curtis observaron que todas las fracturas en maxilar inferior en un período de tres años que se llegaron a atender, 5 % se produjeron durante la extracción siendo la causa más frecuente de éstas fracturas el empleo imprudente de una gran fuerza ejercida con el botador, en otros casos la fractura podría atribuirse a diversos procesos patológicos.

En pacientes mayores de 40 años se deberán tomar especiales precauciones para evitar las fracturas, en éstos siempre habrá la posibilidad de que exista una sólida anquilosis entre diente y hueso, lo cuál favorece la fractura.

Desgraciadamente la extracción de segundos molares para facilitar la del tercer molar incluído, se sigue con demasiada frecuencia y sin necesidad. El único caso en que se indica ésta y está justificada es en aquella vez muy rara en que la tercera

molar está por debajo del segundo, o bien presencia de caries extensas o infección de modo que no responda a tratamiento. Fuera de estas causas será un ejemplo bien definido de tratamiento erróneo e ilegal.

Existen dos métodos principales para la extracción de terceros molares; en uno, se reseca el hueso con el propósito de extraer la molar en una sola pieza; en el otro, se divide la molar a fin de extraerse en fragmentos. En muchos casos se requiere combinar ámbos métodos.

La técnica de Resección de hueso fué ideada por George B. Winter, desarrollando el principio científico de movimientos del diente durante la extracción, exponiendo su clasificación y métodos en la obra publicada en 1926. La técnica se basa en resecar la estructura ósea por medio de uno de doce osteotomos, una vez hecho lo anterior se extrae el diente con uno de los catorce elevadores.

La técnica de seccionamiento requiere el empleo de instrumental específico. C.Edmund Kells describió por vez primera el método en una reunión de la American Dental Association en 1903 afirmando lo siguiente: "Por este método se trata con mayor delicadeza a los maxilares y los tejidos parodontales solo se lesionan levemente; en lugar de resecar el hueso en la extensión necesaria para extraer el molar entero, es éste el que se divide".

Thoma (1932), Feldman (1936), Pell y Gregory (1933,1942), Gwinn (1938), Field y Ackerman (1938) y Repass (1941) recomendaban la técnica empleando taladros, escoplo y martillo para la Odontosección, los dos últimos no recomendados actualmente por el traumatismo tanto físico como psíquico que ocasiona.

Unos prefieren la extracción vertical o longitudinal, otros se inclinan a favor de división mesiodistal através del cuello; tambien tiene algunos partidarios la división oclusal o diagonal.

Las ventajas que se obtienen con la técnica de división del diente, tomadas en parte de Pell y Gregory (1942) son:

1.- Se opera en un campo mas reducido, involucrando la menor cantidad de tejido posible, menor tumefacción y trísmos postoperatorio. Archer, sin embargo, prefiere exponer mas campo operatorio.

2.- Disminuye considerablemente o elimina la Resección ósea.

3.- Disminuye el tiempo operatorio usando escoplo automático.

4.- El trísmus se elimina casi por completo, no solo el producido por elevación forzada, tipo mas común, sino aquél que se genera como un estado espasmódico de contracción muscular (Pterigoideos externo e interno), debido a la introducción de saliva a través de una incisión incorrecta en surco mandibular.

5.- No se lesiona el diente contíguo.

6.- El riesgo de fractura es menór. La división de la fuerza aplicada con un elevador, debe ser mayor en dirección vertical y menor en dirección horizontal, si es necesario se resecará con taladro el hueso situado por detrás del tercer molar.

7.- Disminuye el peligro de lesión al nervio Dentario inferior.

8.- Empleando fresa se evita fracturar lámina alveolar externa y principalmente la interna.

Desventajas:

1.- Dientes con hendiduras bajas no se seccionan.

2.- Dientes en ancianos son difíciles de partir.

3.- En ciertos casos se dificulta colocar el escoplo en línea con el eje mayor del molar. Esto es importante si el diente debe seccionarse.

4.- Fuchas veces el partir el diente, tiene pocas ventajas por que no se puede controlar el corte.

5.- Los pacientes en general sufren molestias por el uso del escoplo.

En las circunstancias mencionadas se podrán seguir éstas alternativas:

1.- Corte de los dientes con fresa.

2.- Corte de los dientes con una combinación fresa-escoplo.

3.- Quítese hueso suficiente por medio del escoplo y/o fresa.

EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS EN POSICION VERTICAL.

En la inclusión vertical, el tercer molar se encuentra con frecuencia debajo de la Rama Ascendente, cubriendo la superficie oclusal en grado mas o menos considerable. A fín de liberar la corona deberá resecarse el hueso situado por detrás del molar, de este modo el diente no ofrecerá resistencia a la extracción. La luxación, en sí misma depende de la curvatura de las raíces.
La incisión se practicará sobre el borde alveolar, desde la Rama Ascendente hasta la cara posterior del segundo molar y se prolonga por la superficie vestibular de la encía, inmediatamente por detrás del rodete gingival de este último. La incisión debe incluir el mucoperiostio en todo su espesor.
A continuación se desprende el colgajo con periostotomo curvo, si se encuentra tejido cicatricial debe desprenderse con bisturí
En muchos casos es necesario resecar porciones considerables de tejido óseo para descubrir las superficies oclusal y vestibular, para lo cual se utiliza fresa quirúrgica. Después de quitar esquirlas y fragmentos sueltos del folículo dental, se inspecciona minuciosamente para ver la cantidad de hueso que cubre la cara distal del diente, siendo necesario crear un espacio poco mayor que el diámetro de la corona. Si las raíces están curvadas distalmente se resecará una zona considerable de la rama mandibular por detrás del diente para poder inclinar la corona, o bien la parte distal de ésta, para hacer el espacio suficiente para girar el molar ; sin embargo cuando las raíces están curvadas mesialmente, se requiere resecar la porción mesial de la corona a fín de introducir el elevador entre la cara posterior y el hueso alveolar e inclinar el diente hacia adelante.
No debe intentarse luxar el diente hasta que la abertura en el maxilar ha sido adecuadamente preparada para ello, y se ha dividido la corona. El método utilizado para luxar el diente, se determina de ordinario, por estudio cuidadoso de la previa ra ----

diografía del caso.

Es importante señalar que el método de palanca interdental para luxación solo se indica si la molar se adelgaza hacia la raíz,- si existe espacio entre segundo molar y el cuello del tercero,- si éste se inclina ligeramente hacia adelante y, colocando el elevador a manera de que el traumatismo no se transmita al segundo molar.

La luxación por palanca vestibular podrá realizarse si hay íntimo contacto entre ámbos molares, o considerable separación, si la raíz es tan ancha o se encuentra tan arriba como la corona,- aplicando en tales casos la fuerza, únicamente en sentido vertical; para tal efecto, se practicará una muesca en la cara vestibular del molar, inmediatamente por encima de la bifurcación de las raíces, introduciendo ahí el elevador y descansandolo en la lámina externa de la porción alveolar de la mandíbula, la cual servirá como fulcro para la elevación del molar. Debe tenerse - la precaución de evitar que el borde lingual de la herida no impida la extracción, lo cual llega a ser frecuente si el molar - está ligeramente inclinado en esa dirección; en tal caso se introducirá un periostotomo entre el mucoperiostio lingual y la - porción del mismo lado de la corona.

EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS EN POSICION MESIOANGULAR.

En incluciones de éste tipo, el tercer molar puede o no estar sujeto debajo de la corona del segundo, observandose esto en la radiografía, se determina si la extracción se hará por elevación y sin dividir el diente y no producir daño en el segundo molar.
Los procedimientos de cirugía son escencialmente los mismos; la incisión es la misma, una vez expuesto el hueso, se reseca con fresa hasta descubrir las caras mesio-disto-vestibulares.
Cuando la luxación se lleva a cabo por principios de palanca, se deberá crear espacio excavando el hueso por detrás del molar, utilizando fresa de fisura, no solo por la cara distal, tambien por lingual y vestibular. Cuando el molar está profundamente retenido, no será posible introducir el elevador inmediatamente por debajo de la corona, por medio de tentativas con fuerza creciente, se irá colocando al molar en posición vertical, y extrayendolo simultáneamente del alveolo.
Pueden presentarse molares con raíces curvadas mesialmente, indicandose para tales casos la Odontotomía. Esta se realiza cuando el molar está atrapado debajo de la convexidad de la cara distal del segundo molar, o por conformación no favorable de las raíces, a la trayectoria de elevación y extracción. El diente deberá seccionarse a nivel cervical, a menos que se encuentre a elevado nivel de oclusión y parcialmente brotado. Se usa una fresa para perforar a través de la cara distal, penetrar en cavidad pulpar y llegar a la dentina mesial del molar, sin perforar la cara inferior, pudiendo cambiar la dirección de la fresa retirandola o practicando dos o tres conductos paralelos. Se introduce en el espacio un elevador Cryer para hendir el diente por completo, si es muy voluminosa la corona, se dividirá a lo largo con fresa, aplicada sobre el surco vestibular.
Las raíces se aflojan con elevador Cryer, aplicandolo en la cara mesial o con elevador pequeño para raíces, aplicado en la superficie distal, entre raíz y alveolo.

Con el fín de facilitar tal maniobra, podrá practicarse un agujero en la cara distal del diente para sujetar la raíz con el elevador, utilizando el hueso alveolar distal a la raíz como apoyo. Este procedimiento permite el uso de gran fuerza para facilitar la extracción en casos difíciles.

EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS EN POSICION HORIZONTAL.

La mayor parte de los terceros molares en esta posición exigen la Odontotomía, aún en aquellos casos en que se encuentren situados a un nivel de oclusión elevado. La extracción se simplifica considerablemente si se diseca a nivel del cuello, o por donde el esmalte es delgado. En inclusiones profundas será imperativo.
Por lo común la extracción del molar entero, es factible cuando hay espacio entre la superficie oclusal del tercer molar y la cara distal del segundo, si las raíces no estan curvadas en sentido mesial. La incisión se hace de la manera habitual, y se despega un colgajo de mucoperiostio. Se expondrá entonces el diente utilizando fresa, con el fín de descubrir poco mas de la mitád de la cara vestibular.
La luxación por medio de elevador se puede utilizar si hay espacio suficiente para que el diente pueda ser extraído sin dividirlo, en este caso habrá que resecar una porción considerable de hueso que cubre la raíz, en molares situados profundamente, la aplicación de elevador debajo de la corona y la considerable presión que se requiera para elevarlo, pondrá tal vez en peligro el segundo molar, así como el Conducto dental. La lesión del ápice del primero y la compresión del segundo, causarán indeseables complicaciones, las cuales podrán evitarse mediante Odontosección.
Incluciones en posición horizontal con una curvatura mesial de raíces, las cuales se oponen a la extracción, a lo largo de la curva distal del eje longitudinal del resto del molar, no son operables por éste método, cualquiera que sea el espacio disponible por delante de la corona del mismo.
Cuando se lleve a cabo Odontotomía, el diente podrá dividirse por arriba o por la cara vestibular. En el primer caso se emplea la fresa aplicandola en el centro de la cara distal del diente, mientras que con un separador se retraen los tejidos blandos. Una vézperforada la dentina distal, la fresa se hunde en la cavidad pulpar

debiendo penetrar lo menos hasta la mitad de la cara mesial del diente, cuyo espesor se ha calculado a través de la radiografía.- Se tomará especial cuidado de no llegar a arteria y/o nervios dentales inferiores, que frecuentemente yacen junto al diente.
Hecho el primer orificio se practican otros dos, uno a cada lado de aquél. A continuación se unen los tres orificios y se abarcan las caras lingual y vestibular cambiando la dirección de la fresa en seguida se inserta un elevador Cryer con mango cruzado para separar la corona completamente extrayendola finalmente con elevador.
A veces se pueden extraer las raíces con elevador, pero si están firmes y curvadas distalmente (hacia arriba), se luxan con elevador Cryer introducido debajo de ellas. Para extraer raíces curvadas abajo o mesialmente, en su cara distal, junto al borde óseo, se hace un orificio donde poder introducir un elevador, y haciendo movimiento de palanca empleando el hueso alveolar como fulcro. Aunque las raíces puedenluxarse y extraerse juntas por cualquiera de estos métodos, se podrán presentar situaciones en que será necesario extraerlas individualmente, en particular cuando una está curvada mesialmente y la otra distalmente.

EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS EN POSICION DISTOANGULAR.

Generalmente, la posición distoangular conduce al tercer molar bastante por debajo de la rama ascendente. Por tal causa además de la curvatura distal del diente no se podrá rotar por medio de la fuerza aplicada con elevador en la cara mesial. No se puede practicar un excavación de la suficiente amplitud en la rama ascendente para llevar el diente a ella, en consecuencia está obligada la aplicación de odontotomía.

La incisión es la acostumbrada para la retención horizontal y se reseca el hueso suficiente que se encuentre sobre el molar y la cara vestibular para exponer la mayor parte de la corona y extraerla mediante odontotomía horizontal.

Las raíces se extraen haciendo fuerza en sentido vertical en las caras mesial y vestibular del diente con técnica similar a la empleada en retenciones horizontales.

EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS EN POSICION VESTIBULOANGULAR Y LINGUOANGULAR.

Estas posiciones no son muy frecuentes, deben diagnosticarse por radiografías en los planos sagital y coronal. Si la corona se distingue claramente en placa intrabucal, el diente está por lo regular en posición linguoangular; si es diferente, lo más probable es que se encuentre en posición vestibuloangular, mostrando las radiografías extrabucales solo la cara oclusal. En la posición linguoangular la imagen es parecida a la de la retención vertical de la angulación de rayos. Las radiografías oclusales serán de utilidad en caso de que se dude la posición del diente.

Los molares en éstas dos posiciones se extraen mejor después que se han dividido por la unión de la corona con las raíces, la corona se extrae con facilidad en retenciones vestibuloangulares, en posiciones linguoangulares será de importacia retraer la mucosa del lado lingual.

Es frecuente que las raíces estén curvadas distolingual ó distovestibularmente y como pueda ser común que suceda, en la primera radiografía no habrá clara visión de las raíces por la corona, después de extraer ésta es conveniante tomar una segunda radiografía.

EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS EN POSICIÓN INVERTIDA.

Este tipo de retenciones, afortunadamente es poco común. En sus aislados casos, generalmente se requiere el empleo de odontotomía, para realizar la extracción, ocasionalmente, cuando llega a desarrollarse un proceso quístico alrededor de la corona del molar incluído, se puede llegar a extraer en una sola pieza.

Al desarrollar la división del diente, se deberá emplear una técnica muy similar a la descrita para molares en posición horizontal y profundamente retenidos.

En determinados casos, donde la extracción de la corona es problemática por hallarse atrapada, aún estando ya separada de la porción radicular, se extraen inicialmente las raíces, procurando descubrirlas más ampliamente. Gracias a esto se dispone de espacio adecuado para movilizar a la corona.

COMPLICACIONES OPERATORIAS.

Durante el desarrollo de los procedimientos que implican cada - una de las etapas de la extracción, en las diferentes técnicas- descritas anteriormente, y recurriendo al apego estricto de los métodos y principios correctos de extracción, se llegarán a presentar eventualmente, complicaciones operatorias. Pueden ser de gravedad variable y en cualquier caso se deberá proceder, de inmediato a la reducción del daño ocasionado y prever complicaciones posteriores mucho mas severas.

A continuación se expondrán, someramente, las complicaciones operatorias y alteraciones de carácter yatrogénico, mas frecuentes, así como métodos consiguientes de aplicación práctica :

1) Hemorragia.- Se produce por un número considerable de factores, tanto externos (procedimientos operatorios cruentos), como internos (estado de salud del paciente).

En ocaciones se observará hemorragia ósea profusa, particularmente en personas con tiempo de sangrado o coagulación aumentados, la lesión accidental a la arteria dental inferior es causa comunmente de hemorragia arterial masiva, si el diente o sus raíces llegan hasta el Conducto dental. No suele presentarse hasta extraer el diente, facilitandose así el taponamiento de la zona de procedencia por medio de Gelfoam (esponja estéril purificada de absorción tisular rápida), saturado de trombina, eliminando así el riesgo de hemmorragia secundaria producida frecuentemente al retirar el agente hemostático.

Será de gran importancia registrar y observar los valores obtenidos en estudios y pruebas de laboratorio, previamente.

2) Laceración a nervio Dental inferior.- Es producida por manipulación imprudente o apalancamiento de instrumentos. Los elevadores nunca serán forzados a penetrar debajo del molar estando próximo el Conducto dental, determinando a través de radiografía el sitio para su elevación. Cualquier acción a comprimir

las paredes óseas del conducto, comprimirá al nervio generando anestesia o parestesia de zonas inervadas por él, en particular labio inferior y mentón, refiriendo algunos pacientes cambios de -- sensación en dientes inferiores.
Deberá recurrirse, en tales casos, a algún hemostático (adrenalina al 1 x 1000) para cohibir la hemorragia, e inmediatamente descomprimir el nervio mediante minuciosa extracción de esquirlas -- que puedan presionarlo. Para cerciorarse de que se encuentre del todo libre, se saca el nervio fuera del conducto con un gancho.
Cuando se presente desgarramiento parcial o total, debido a que - las raíces del molar a extraer rodean completamente al nervio y - arterias dentales, no pudiendo apreciarse esto radiográficamente, será casi inevitable seccionar nervio y vaso dental. Así mismo, - si tal disposición es previamente detectada, se dividirá en sentido mesiodistal, lo más próximo posible, para la extracción de las raíces por separado. Si el diente ha sido parcialmente extraído y se encuentra que las raíces están retenidas por el nervio, una de éstas se secciona con pinzas gubias, mientras el diente esta sujeto en el fórceps apropiado.
Al seccionar o encontrar ya roto el nervio, se debe colocar en el conducto, estableciendo contacto entre los extremos, los cuáles - se unen con facilidad aún existiendo entre ámbos distancia considerable, siempre que se encuentren en el conducto sin ser perturbados. Los nervios se unirán con mayor rapidéz conforme a lo reciente de la lesión, produciendo degeneración en axones del cabo proximal, si la curación se retrasa; después de seis meses será - poco probable la recuperación de sensibilidad. En situaciones favorables, la Neurorrafia tendrá buen pronóstico, restituyendo la función al nervio en un plazo de seis semanas a seis meses.
Cuando el nervio se regenera, usualmente, el paciente experimenta una sensación de pinchasos y a medida que la anestesia va desapare

ciendo, podrá quedar hipersensible el territorio inervado. Coldwell afirma que en gran parte de los casos de Hipoestesia - postoperatoria se deberá a lesiones de gravedad, las cuáles se eliminan considerablemente con la división del molar. De Bats y Phillips concluyen que el nervio Dental inferior tiene muchas - posibilidades de regeneración si los dos extremos se encuentran próximos y la herida no se infecta.

3) Fractura de raíz.- se produce comunmente a nivel apical, - planteando así el riesgo de su extracción con el consecuente peligro de lesión vasculo-nerviosa. En tal caso y si no sobrepasa en longitúd cuatro milímetros el ápice, y no hay presencia de - infección, se podrá considerar tejido viable, no propenso a reaccionar como cuerpo extraño. Afortunadamente en la mayoría de los casos, podrá extraerse con elevadores para raíces, sín producir ninguna lesión, únicamente procurando no impulsar el fragmento hacia el espacio submandibular através de la fina lámina lingual.

4).- Lesión a segundo molar contíguo. Puede producirse daño en éste molar, cuando existe estrecho contacto con el tercero, indicandose la división del molar a extraer para evitar la e -- rrónea luxación del segundo molar. En la luxación parcial de éste, se puede producir necrosis pulpar por obstrucción de riego sanguíneo a nivel de ápices, pericementítis e hipersensibilidad prolongadas.

Dentro del tipo de lesiones producidas por instrumentos, se encuentran aquellas en borde alveolar y membrana parodontal de segundo molar. Al aplicar el elevador entre los molares segundo y tercero se debe extremar el cuidado y hacer uso, en todo momento, de fuerza equilibrada, así como todos los puntos de apoyo - disponibles.

5) Rotura de instrumentos.- en la mayoría de los casos se debe a deficiencias del metal, pero es muy frecuente tambien la inapropiada preparación de los procedimientos de extracción (muescas de inserción para instrumento).

6) Impulsión de tercer molar.- Durante la luxación, o aún, en la extracción propiamente dicha, llega a desplazarse el molar - hacia planos submandibulares, y particularmente en pacientes bajo anestesia general (óxido nitroso y oxígeno). Algunos autores refieren casos enlos que por medio de radiografía se detectaron molares impulzados, en regiones no correspondientes al sitio de extracción (espacio pterigomandibular, Canzani), (pared lateral de bucofaringe, Thoma).

7) Fractura completa de mandíbula.- Accidente muy poco común, afortunadamente. Puede llegar a ocasionarse por manipulación inadecuada de elevadores. Influirán también, factores como: posición del molar, cantidad de hueso basal, alteración en procesos osteogenéticos, fragilidad mandibular, edad del paciente, particularmente anquilosis alveolodentaria.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ALVEOLAR.

Tras la extracción de terceros molares parcial o totalmente retenidos se forma el espacio donde anteriorrente se alojó el molar, de tamaño considerable, el cual se llena de sangre iniciando en condiciones normales la formación del coágulo.

Habiendo previamente practicado minuciosamente, la eliminación de esquirlas, bordes óseos agudos o cortantes, se asea la cavidad y en caso de que así se requiera, se sutura, parcial ó completamente, los planos de la incisión vertical, aconsejable cuando hay signos de infección pericoronal.

Otro método, consistente en mantener inalterable la organización del coágulo y posterior tejido cicatricial; ya aseada la cavidad se deja llenar nuevamente el alveolo de sangre, se coloca una compresa de gasa estéril, sobre el alveolo, mantenido entre ámbos maxilares por treinta minutos. Debe indicarse al paciente, que al desechar la compresa, evite succionar la herida, presionarla con la lengua, en otras palabras, hacerle comprender que no debe hacer nada que pueda desprender el coágulo.

En la mayoría de los casos, la herida cura por proliferación de tejido de granulación desde apical y en las paredes de la cavidad cubriendola gradualmente.

Como medida de prevención y para combatir una infección ya existente se ha utilizado y generalizado de tiempo atrás, el uso de antibióticos del grupo de las penicilinas, administrandose, de 100,000 a 1,000,000 de unidades diarias, dependiendo de la gravedad o avance de la infección. La dosis bucal será de tres a cinco veces mayor que la intramuscular; la cristalina, cada tres horas y la procaínica cada cuatro horas. Se dispone también, ampliamente, en el mercado de penicilinas bencílica, benzatínica, G. potásica y semi-sintéticas (fenoximetil).

Las penicilinas resistentes a la penicilinasa, administradas por vía bucal, son útiles también, en quimioprofilaxia y tratamiento de estafilococias localizadas (epidermidis, aureus). Dada la estabilidad ante los ácidos, pueden administrarse por vía bucal nafcilina, oxacilina, cloxacilina y dicloxacilina.

La cloxacilina y la dicloxacilina son los agentes preferidos por su buena absorción, que permite lograr concentraciones sanguíneas terapéuticas previsibles. Por condiciones del mercado, la dicloxacilina no siempre puede obtenerse de las farmacias locales, además de su alto costo.
Durante los últimos años las Cefalosporinas han pasado a ser las drogas más ampliamente utilizadas para evitar la infección antes de una intervención quirúrgica y después de la misma, ya que ofrecen excelente protección contra Staphilococcus aureus y S. epidermidis,causas principales de infección de prótesis o de heridas. Por su amplio valor y potencial de mercado, diversas compañías farmacéuticas están en competencia con diversas cefalosporinas. Cefalexina y cefadrina son los preparados que hay en el comercio para vía bucal, similares en todos sentidos; probablemente no tenga gran importancia cuál sea la cefalosporina utilizada para combatir la infección.

El reposo de la región operada facilita la cicatrización, por lo cual, debe indicarse al paciente que evite masticar alimentos duros,tambien se recomienda el reposo en cama, de preferencia en posicion semi-sentada, particularmente, después de extracciones difíciles. El paciente ambulatorio puede regresar inmediatamente a su domicilio, permaneciendo mejor sentado que en decúbito, durante las 4-6 horas siguientes.

ASISTENCIA POSTOPERATORIA.

En pacientes intervenidos bajo anestesia general, se elevará la cabecera de la cama de 35-50 cm, tan pronto como se hayan recuperado, (posición de Fowler). Deben permanecer bajo contínua vigilancia, a fín de reducir oportunamente complicaciones, que pudieran presentarse, a pesar de los correctos procedimientos operatorios y precauciones.

Cuando se ha empleado sutura para ocluir la herida, han de retirarse los puntos en un término de 10 días..Si hay signos de infección, se retira inmediatamente la sutura y la herida es tratada como las que curan por medio del coágulo original, formado trás el sangrado postoperatorio. Diariamente será limpiada con solución antiséptica ligera; si evoluciona normalmente el proceso cicatricial, no produciendo molestias o dolor, se indicarán los colutorios. La completa cicatrización se llevará a cabo en 2-3 semanas..

La infección puede preceder a la intervención y propagarse a la herida, y como indica Merrifield, no ser la causa el acto quirúrgico en sí, sino la mala elección del momento para efectuarlo. En otros casos se atribuye a deficiente atención preoperatoria . Generalmente, microorganismos patógenos de la boca están presentes durante la intervención, teniendo oportunidad de invadir la zona operatoria. Ciertos casos presentarán complicaciones más graves como son: celulítis, flemones sub maxilares, angina de Ludwig. El dolor, al igual que en muchos casos, se atribuye a irritación mecánica de la herida o a su infección. Cuando es de carácter lascinante, puede ser consecuencia de inflamación del nervio Dental inferior. Como frecuentemente se produce en dicho dolor, se irradia hacia otras regiones de la cabeza, particularmente al oído. Al no encontrar una causa evidente del dolor, se recurrirá a la prescripción de analgésicos y sedantes.

La Osteomielítis es muy rara, aunque en casos severos de osteítis alveolar puede observarse secuestro de las láminas alveolares o de los tabiques interradiculares. Estas infecciones producirán gran cantidad de exudado purulento, y por lo regular permanecen localizadas.

Pacientes que han sido dados de alta, regresan presentando tumefacción y trísmus, podrán tener una osteomielítis localizada.

El diagnóstico se hará por medio de radiografía debido a que la exploración regional es difícil cuando el paciente no puede abrir la boca. En la radiografía podrán observarse fragmentos necróticos de tejido óseo que se reconocen por su radioopacidad y aislamiento de la estructura ósea restante. Estos secuestros se deberán extraer con una cucharilla, después de lo cuál la curación se lleva a cabo rápidamente.

CONCLUSIONES.

Los terceros molares inferiores, son dientes en su gran mayoría de erupción muy conflictiva e irregular, debido a una considerable variedad de factores etiopatogénicos. Es ésto por lo cuál - desde el inicio de sus etapas erupcionales, desencadena disarmonía y alteración oclusales, en ocasiones bastante severa, así - como producir daño al segundo molar a veces no susceptible a tratamiento.

Varios autores aconsejaban ya, resumiendo las observaciones de- las secuelas traumáticas, la estracción profiláctica a la mayor brevedad posible, en prevención de riesgos y complicaciones que se incrementarán proporcionalmente conforme transcurre la vida del paciente. En la actualidad, se ha extendido la práctica de- éste tipo de extracción; deberá ser responsabilidad ética y profesional del cirujano dentista, el concientizar a la generalidad de pacientes susceptibles a este tratamiento, de manera sencilla y veráz, acerca de tales situaciones, ventajas ascequi - bles y riesgos y complicaciones que implicarán la oportuna de- tección y tratamiento de la inclusión de los terceros molares - en la mandíbula.

Dentro de los procedimientos encausados a simplificar y even - tualmente, hacer posible la extracción, la Odontotomía es de - los más valiosos, ya que proporciona mayor espacio disponible - para extraer lo segmentos restantes de corona y raíces, preservando más cantidad de tejido óseo inalterado y procurando mayor velocidad de regeneración y cicatrización. Aún cuando haya necesidad de remoción de tejido óseo adyacente, solo se involucrará el área indispensable.

Al programar la extracción de terceros molares incluidos, deberá tenerse una amplia y clara perspectiva de los factores que - determinarán en el desarrollo y resultados del tratamiento como son: edad, estado de salud general y bucal, evaluación de pruebas de laboratorio y gabinete, selección y secuencia de las técnicas operatorias indicadas. Cabe subrayar la gran importancia de contar con radiografías, lo más fieles y nítidas posible, en cuanto al registro de nexos de vecindad y tamaño del molar y estructuras anatómicas adyacentes.

En terceros molares inferiores, parcialmente erupcionados, donde la corona sobresalga bastante del tejido gingival, no será necesario practicar incisión. Cuando las condiciones del caso motiven el empleo de incisión y levantamiento de colgajo, la extensión de aquella y el área que abarque éste dependerán de la clase de retención y el tamaño del campo operatorio requerido. Casi siempre, bajo condiciones normales se puede desarrollar y concluír la extracción sín dañar al segundo molar contíguo, el cuál, salvo en situaciones excepcionales, deberá ser extraído junto con el tercero (caries extensas, infección, resorción de cemento radicular originado por presión del tercer molar).

Si a la inclusión del tercer molar se agrega la existencia de algún estado patológico, se deberá proceder a su erradicación con la misma eficacia, prontitud y orden de importancia.

BIBLIOGRAFIA

Kurt Hermann Thoma. Cirugía Bucal. Tomo I. Traducido al castellano de la 2a. edición en inglés por Dr. Fernando López - Bello.

Sterling Vernon Mead. Cirugía Bucal. Tomo I. Traducido al castellano de la 3a. edición en inglés por Dr. Oscar G. Carrera.

Gerard Maurel. Cirugía Maxilo-Facial. Versión castellana del texto original de la 2a. edición francesa por Dr. Carlos Augusto Herrera

Irving Glickman. Periodontología Clínica. Traducción argentina al castellano de la edición en inglés de 1953.

W. Harry Archer. Anestesia en Odontología. Traducido al castellano del inglés por Dr. S. Leyt.

Herbert L. Dupont. Uso Práctico de Antimicrobianos. Traducido - al castellano por Drs. Alberto Folch y Pi. , Roberto Espinosa Zarza. 1a. edición en castellano 1980.