UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

TESIS PROFESIONAL

ROSA MA. DEL VALLE WOO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

1977

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.

EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

A MIS HIJOS:

ALEJANDRA Y RAUL

A MI ESPOSO:

DR. RAUL ARTURO ALMARAZ PERALTA

A MIS PADRES:

SR. FERNANDO DEL VALLE FERREIRO
PROFRA. GUADALUPE WOO DE DEL VALLE

A MIS HERMANOS:

GUADALUPE
FERNANDO
MARTHA

A MI MADRINA:

PROFRA. CONCEPCION WOO OLIVAS

A MI MAESTRO Y DIRECTOR DE TESIS:

C.D. FRANCISCO CEBALLOS PONCE

AL HONORABLE JURADO

A TODOS AQUELLOS QUE ME BRINDARON
SU AYUDA

C O N T E N I D O

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES HISTORICOS	3
ETIOLOGIA	5
INDICACIONES	8
CONTRAINDICACIONES	12
CLASIFICACION	15
HISTORIA CLINICA	26
EXAMEN RADIOGRAFICO	31
ASISTENCIA PREOPERATORIA	36
INSTRUMENTAL	40
ASEPSIA Y ANTISEPSIA	43
ANESTESIA	46
TECNICAS QUIRURGICAS	50

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO:
POSICION VERTICAL 58
POSICION MESIOANGULAR 70
POSICION DISTOANGULAR 77
POSICION HORIZONTAL 80
POSICION LINGUOANGULAR 85
POSICION BUCOANGULAR 89
POSICION INVERTIDA 91
TRATAMIENTO POSTOPERATORIO 93
CONCLUSIONES 97
BIBLIOGRAFIA 100

I N T R O D U C C I O N

El tercer molar inferior es el octavo diente del arco inferior a partir de la línea media, y presenta una gran inconstancia en su morfología y posición dentro de la arcada. Es un diente de erupción tardía, que generalmente va acompañada de dolor, y es el que presenta mayor frecuencia de casos de retención.

En particular, en los terceros molares inferiores, se pueden encontrar todos los grados intermedios entre la implantación normal y la retención total.

Se entiende por diente retenido o incluído, aquel que por alguna causa queda impedido de tomar su posición normal en la arcada cuando ha llegado a su época de erupción.

Las causas de la obstrucción pueden deberse a malposi

ción dentaria, desarrollo anormal, falta de espacio, ó a algún impedimento de los tejidos blandos ú óseo. La extracción de los terceros molares se facilita -- cuando el paciente es joven, y especialmente cuando ya se han formado las dos terceras ó tres cuartas -- partes de las raíces, eliminándose así la curvatura de los ápices y las exostosis de las raíces.

Probablemente el simple hecho de la retención no es motivo para la extracción dentaria, sin embargo, un gran número de casos que se pasan por alto caen en - el grupo de amenazas potenciales de la salud oral y del bienestar físico y mental, prestándoseles atención cuando ya alguna patología ha complicado la situación.

Una gran proporción de serias consecuencias podrían evitarse mediante el diagnóstico oportuno y la temprana eliminación de dientes retenidos que amenazan

la salud del paciente.

Mead menciona: "Mi experiencia recomienda la extracción de todo diente retenido cuando hay razones para creer - que se logrará un mejoramiento en la maloclusión, en -- las condiciones locales y sistémicas, y que estos resultados no se verán afectados por la pérdida dentaria o - mutilación".

ANTECEDENTES HISTORICOS

En el último cuarto de siglo se ha notado un desarrollo importante en el manejo de los dientes retenidos. Antes de la primera guerra mundial, todos los pacientes eran operados en la misma forma, sin tomar en cuenta el tipo de retención, ni el traumatismo que se podía causar, -- normalmente había gran destrucción ósea, y en ocasiones se sacrificaban dientes innecesariamente.

Aunque todavía existe algo del modus operandi de antaño, actualmente en la profesión dentaria ésto se está llevando a cabo de una manera sensata.

Debemos dar crédito, por su contribución al progreso a investigadores como Edmund C. Kells de New Orleans y George B. Winter de St. Louis.

El trabajo de Kells sirvió de base para investigaciones posteriores, cuando en 1896 introdujo la radiología dental a la profesión, además de proyectar la técnica de seccionamiento de dientes retenidos.

En 1926, Winter presentó una nueva perspectiva al desarrollar su clasificación de terceros molares inferiores retenidos, demostrando en su libro que la técnica de extracción debería ser manejada de una manera científica.

ETIOLOGIA

Se han propuesto muchas teorías acerca de las causas de la retención dentaria, y probablemente, en algunos casos individuales sea prácticamente imposible determinar con certeza la etiología de dicha retención.

Como causa de la retención parcial o total de dientes, parecen ocupar un primer plano los factores mecánicos. El diente al llegar a su época de erupción, se encuentra con algún obstáculo que le impide tomar su posición normal en la arcada.

Han sido sugeridas causas locales, así como causas sistémicas de esta anomalía. Berger menciona ambas causas:

CAUSAS LOCALES

Irregularidad en la posición y presión de un diente --

adyacente.

La densidad del hueso que lo cubre en su parte superior, o del que lo rodea.

Inflamación o densidad de la membrana mucosa superior.

Falta de espacio debido a subdesarrollo de la mandíbula.

Retención excesiva de dientes primarios.

Pérdida prematura de dientes primarios.

Enfermedades adquiridas, tales como necrosis debidas a infecciones o abscesos.

Cambios inflamatorios en el hueso debido a enfermedades exantemáticas en niños.

CAUSAS SISTEMICAS

La influencia pre y postnatal, cuyos factores principales son:

Herencia.
Mezcla de razas.
Sífilis hereditaria.
Tuberculosis.
Malnutrición.
Forma de vida debilitante, o cualquier enfermedad de los padres que pueda tener influencia en el desarrollo del niño.

I N D I C A C I O N E S

Las indicaciones para la extracción de los terceros molares inferiores retenidos son las siguientes:

a) Hipoplasia de los maxilares y desproporción entre - las dimensiones de éstos y las de los dientes. Al hacer erupción el molar y no encontrar espacio, no puede adoptar su posición normal en el proceso. En casi todos los casos de tratamientos ortodónticos por maloclusión asociada con apiñamiento de --- dientes, está indicada la extracción de los terceros molares.

b) Obstáculo a la erupción normal del segundo molar. Esta anomalía debe corregirse por extracción precoz del tercer molar. Por lo común, la causa de este fe

nómeno, es la formación precoz del tercer molar cuando la mandíbula no se ha desarrollado lo suficiente para alojarlo. Una vez extraído el tercer molar, por medio de ortodoncia, se ayudará al segundo molar a ocupar su posición normal.

c) Inclinación posterior de los segundos molares.
La presión del tercer molar en desarrollo sobre la superficie del segundo, puede causar la inclinación del mismo e impedir así su oclusión normal.

d) Erupción parcial y criptodóntica.
A fin de evitar complicaciones posteriores, en los casos de erupción incompleta, se recomienda la extracción profiláctica, especialmente si existen signos de traumatismo masticatorio o hipertrofia de la encía pericoronal.

e) Síntomas neurológicos.

En ocasiones se presentan síntomas neurológicos debido a la compresión que hace el tercer molar sobre el nervio dentario inferior.

f) Formación de quistes.

En ocasiones, el folículo dental en los dientes retenidos, provoca la formación de un quiste que generalmente se encuentra alrededor de la corona. En algunos casos los quistes alcanzan grandes proporciones, pueden ser dentígeros (encerrando la corona), o bien parodónticos (desarrollados en el lado distal del diente).

g) Infección pericoronal.

Cuando la encía se encuentra perforada, permite la penetración de microorganismos que pueden desarrollar la infección de los tejidos parodontales. Para llevar

a cabo la extracción, es necesario esperar a que pase la etapa aguda de la infección a fin de prevenir complicaciones posteriores.

h) Infección de Vincent.

Bajo el colgajo gingival que recubre un tercer molar inferior retenido, es frecuente que exista un foco de esta infección que periódicamente origine brotes de gingivitis ulcerosa. Para realizar la extracción, como en el caso anterior, hay que esperar a que pase la etapa aguda.

i) Caries e infección periapical.

La caries puede producirse en dientes parcialmente erupcionados e invadir gradualmente la pulpa con la consiguiente infección periapical.

C O N T R A I N D I C A C I O N E S

Cuando el paciente presenta alguna de las enfermedades o condiciones que a continuación se refieren, la extracción deberá posponerse en tanto no se haya instituído el tratamiento adecuado y se estime una respuesta satisfactoria por parte del médico tratante, y que considere oportuno practicar la intervención.

CONTRAINDICACIONES SISTEMICAS.

a) Cardiopatías (congénitas o adquiridas).

b) Discracias sanguíneas.

c) Diabetes.

d) Hipertiroidismo.

e) Nefropatías.

f) Hepatopatías.

g) Padecimientos infecciosos.

h) Osteoesclerosis.

i) Avitaminosis.

j) Alteraciones de la conducta.

k) Padecimientos neurológicos.

l) Administración de medicamentos.

m) Padecimientos neoplásicos.

CONTRAINDICACIONES LOCALES.

a) Infecciones gingivales agudas.

b) Pericoronaritis aguda.

c) Sinusitis maxilar aguda.

d) Padecimientos neoplásicos.

e) En el período posterior a radioterapia.

C L A S I F I C A C I O N

Anteriormente las retenciones se clasificaban únicamente en dos tipos: las retenciones parciales y las totales.

Se consideraba como retención parcial a aquella en que se veía interrumpida la continuidad de la membrana mucosa, quedando al descubierto una parte de la corona.

En la retención total, la corona se encontraba cubierta completamente por los tejidos.

Con esta clasificación tan pobre, como única guía, la técnica quirúrgica se realizaba en forma experimental, siendo los resultados necesariamente inciertos.

Con la ayuda de un cuidadoso estudio radiográfico, la clasificación de los terceros molares permite planear los -- procedimientos quirúrgicos para su extirpación, determinando por adelantado las dificultades que podemos encontrar, lo que permitirá seleccionar la técnica adecuada y esperar así éxito en la intervención.

Fué el Dr. George B. Winter el primero en idear una clasificación de verdadero valor práctico.

La clasificación de las posiciones del tercer molar inferior retenido que a continuación se presenta, se realiza a expensas de los siguientes factores:

1. Posición absoluta del tercer molar.

2. Relación del molar retenido con la rama ascendente del

maxilar inferior y el segundo molar.

3. Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

4. Desviaciones del tercer molar.

5. Acceso a la cara mesial del molar retenido.

6. Diferentes tipos de raíces.

POSICIONES DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

POSICION VERTICAL.
Cuando el eje mayor del tercer molar es paralelo al eje - mayor del segundo molar.

POSICION MESIOANGULAR.
La corona se encuentra dirigida hacia el segundo molar.

El eje mayor forma con el eje mayor del segundo molar un - ángulo abierto hacia abajo y que varía con la posición del molar.

POSICION HORIZONTAL.
La corona se encuentra dirigida hacia el segundo molar y - su eje mayor es sensiblemente perpendicular al eje mayor - del segundo molar.

POSICION DISTOANGULAR.
La corona se encuentra dirigida en grado variable hacia la rama ascendente del maxilar inferior, y su eje mayor forma con el eje mayor del segundo molar un ángulo agudo abierto hacia arriba y atrás.

POSICION LINGUOANGULAR.
La corona se presenta dirigida hacia la lengua. y sus ápices hacia la tabla externa. El eje mayor del tercer molar es perpendicular al plano en que están orientados el segun

do y el primer molar.

POSICION BUCOANGULAR.
Es semejante a la anterior pero con la variante de que presenta la corona dirigida hacia la tabla externa y sus ápices hacia lingual.

POSICION INVERTIDA.
Se le denomina también paranormal. Su corona se encuentra dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia el plano oclusal. Es un tipo muy poco común de retención.

RELACION DEL MOLAR RETENIDO CON LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDIBULA Y EL SEGUNDO MOLAR.

CLASE 1.
Hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama

ascendente y la cara distal del segundo molar para la acomodación del diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE II.
El espacio comprendido entre el borde anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE III.
Todo o casi todo el tercer molar se localiza en la rama -- ascendente de la mandíbula.

PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO.

Esta profundidad relativa se obtiene considerando el molar retenido en relación con los planos oclusal y cervical del primero y segundo molar. Estos planos pasan paralelamente

por la cara oclusal y por los cuellos anatómicos de dichos molares respectivamente.

POSICION A.
La porción más alta del diente se localiza a nivel o por - encima del plano oclusal.

POSICION B.
La porción más alta del molar retenido se localiza por debajo del plano oclusal, pero por encima del plano cervical.

POSICION C.
La parte más alta del diente se localiza al mismo nivel o por debajo del plano cervical.

DESVIACIONES DEL TERCER MOLAR RETENIDO.

Considerando la línea dentaria inferior en su conjunto, --

presenta la forma de un arco; el tercer molar inferior -- límite posterior a cada lado de este arco, puede presentar diferentes tipos de desviaciones:

SIN DESVIACION.
El tercer molar sigue la forma oval de la arcada.

DESVIACION BUCAL.
Una parte, o la totalidad de la corona del molar retenido está dirigida hacia afuera del óvalo de la arcada, hacia el lado bucal.

DESVIACION LINGUAL.
Una parte, o la totalidad de la corona, se dirige hacia - adentro, hacia el lado lingual del maxilar.

DESVIACION BUCOLINGUAL.
El molar se encuentra dirigido hacia el lado bucal, mientras que la cara oclusal de la corona está inclinada ha-

cia el lado interno, hacia el lado lingual.

ACCESO A LA CARA MESIAL DEL MOLAR RETENIDO.

CARA MESIAL ACCESIBLE.
Se presenta en los terceros molares retenidos que no tienen esta cara cubierta por hueso, facilitando la introducción del instrumento destinado a la extracción del diente.

CARA MESIAL INACCESIBLE.
La cara mesial se encuentra cubierta por hueso, llegando en ocasiones a cubrir parcial o totalmente la cara oclusal del molar retenido. El instrumento destinado a la extracción del diente no tiene acceso a esta cara.
El tercer molar inferior, en cualquiera de sus posiciones, puede presentar una torsión en la dirección de su eje mayor.

DIFERENTES TIPOS DE RAICES.

Después de realizar el estudio de la corona, es importante hacer un análisis de las raíces en cuanto a su tamaño, formación, número y dirección.
La siguiente lista enumera los tipos de raíces que se encuentran con mayor frecuencia:

a) AMBAS RAICES INCLINADAS DISTALMENTE.

b) LA RAIZ MESIAL INCLINADA DISTALMENTE Y LA RAIZ DISTAL - RECTA.

c) LA RAIZ MESIAL INCLINADA DISTALMENTE Y LA RAIZ DISTAL - MESIALMENTE.

d) LA RAIZ MESIAL RECTA Y LA RAIZ DISTAL INCLINADA MESIALMENTE.

e) AMBAS RAICES RECTAS Y SEPARADAS.

f) RAICES FUSIONADAS.

g) AMBAS RAICES INCLINADAS MESIALMENTE.

h) RAICES DIVERGENTES.

i) RAIZ O RAICES EXTRAS.

j) RAICES HIPERCEMENTADAS.

k) RAICES REMANENTES DESPUES DE QUE LA CORONA HA SIDO DESTRUIDA.

l) RAICES SUBDESARROLLADAS.

H I S T O R I A C L I N I C A

Aspecto muy importante para establecer un diagnóstico acertado es la elaboración de la historia clínica. Las bases fundamentales son las siguientes:

Ficha de identificación.
Se consigna el nombre del paciente, domicilio, teléfono, sexo, edad, estado civil, ocupación, lugar de nacimiento y fecha en que se elabora la historia clínica.

Interrogatorio.
Debe ser dirigido hacia los siguientes aspectos:

Causa de la consulta. Se debe investigar el por qué se consulta al cirujano dentista.

Enfermedad actual. Se debe elaborar una descripción exacta de la naturaleza y curso del padecimiento que motivó la consulta.

Antecedentes patológicos. Consignar un resumen de las enfermedades, exploraciones clínicas y hospitalizaciones anteriores.

Antecedentes familiares. Investigar datos importantes relativos a parientes sanguíneos.

Antecedentes personales. Indicar lugar de nacimiento y de residencia, trabajos que ha desempeñado, tipo de alimentación, costumbres.

Interrogatorio de aparatos y sistemas. Se deben dirigir preguntas relativas a la función de los diferentes aparatos y sistemas.

Estado general. Se debe investigar dolor, astenia, apetito, pérdida de peso. náuseas, vómitos, etc.

Cabeza. Organo de la visión, oído, garganta, cefalea, boca, comprendiendo todas las estructuras anatómicas de -- ella.

Cuello. Glándula tiroides, ganglios linfáticos.

Aparato respiratorio. Tos, disnea, ritmo, frecuencia, dolor.

Aparato cardiovascular. Presión arterial, dolor, disnea, edema, palpitaciones.

Aparato gastrointestinal. Dolor, náusea, vómito, etc.

Aparato genitourinario. Frecuencia de la micción, disuria,

nicturia, ciclo menstrual, etc.

Función endócrina. Función tiroidea, adrenal, hipofisiaria, pancreática, etc.

Extremidades. Temblor,palidez, tumefacción, edema.

Neuromuscular. Debilidad, parestesias, tics, etc.

Examenes previos. Se deben enumerar y consignar las fechas en que se realizaron.

Terapéutica empleada. Medicamentos administrados, tiempo - de tratamiento, dosis diaria y total, resultados obtenidos.

Para el paciente quirúrgico se recomienda practicar en forma rutinaria los siguientes examenes de laboratorio:

Tiempo de sangrado.

Tiempo de coagulación.

Tiempo de protrombina.

Biometría hemática.

Grupo sanguíneo y Rh.

Sedimentación globular.

Examen general de orina.

E X A M E N R A D I O G R A F I C O

En el pasado, para que el cirujano dentista emitiera su - diagnóstico, se valía únicamente del examen clínico. Hoy en día se cuenta además con el examen radiográfico, el -- cual representa un papel muy importante para obtener el - éxito de la intervención quirúrgica.

Los estudios radiográficos que se utilizan para establecer la posición del tercer molar retenido son los que incluyen las técnicas intraorales, oclusales y extraorales.

RADIOGRAFIAS INTRAORALES.

Se utilizan en forma rutinaria, pues en ellas se obtiene mayor detalle y menor distorsión que en las extraorales, y en general por ser más satisfactorias como guía para la

intervención.
En ellas debe verse la totalidad del molar que se va a intervenir, el segundo molar, el hueso distal y la zona ósea por debajo de los ápices del molar retenido, ésto es, la región del tercer molar inferior.

RADIOGRAFIAS OCLUSALES.
Dado que la radiografía intraoral solo proporciona detalles en el plano vertical, la radiografía oclusal presta especial servicio cuando el molar se encuentra impactado en una posición lingual, mesioangular u horizontal.
Muestra aproximadamente el grado de desviación bucal o lingual en comparación con la posición del segundo molar e indica la cantidad de estructura ósea en la superficie bucal que puede estar disponible como punto de apoyo en el procedimiento operatorio.
Sin embargo, no muestra el punto de contacto de la superficie oclusal o mesial del tercer molar con la superficie dis

tal de la corona o de la raíz del segundo molar, como tampoco expone el tamaño del espacio interproximal entre estos dientes, pues ésta área estará obliterada y la formación de la raíz oscurecida.
Estas características se hacen visibles en la radiografía inicial.

Con la combinación de estos dos tipos de películas radiográficas, suplementadas con radiografías de las raíces en casos de desviación lingual, será suficiente para obtener la información necesaria, a menos que las condiciones que se presenten hagan necesario complementar con radiografías extraorales.

RADIOGRAFIAS EXTRAORALES.
Las radiografías extraorales se emplean en casos particulares, como cuando por razones físicas el paciente presenta trismus, procesos inflamatorios en la región lingual -

del maxilar o pronunciada náusea; así como también cuando la radiografía indica que la lesión presente es tan extensa que no se puede obtener una completa visualización de la misma. La presencia de grandes quistes o retenciones desplazados a lo lejos, crea la necesidad de estudiar todas las áreas contiguas. En estos casos se hace necesario complementar el estudio con la ayuda de las radiografías extraorales.

En el estudio radiográfico de los terceros molares retenidos, los puntos de diagnóstico para interpretar son: la posición del diente, su corona y raíces, el hueso que soporta al diente, el espacio interproximal, la membrana parodontal, el canal mandibular y el segundo molar. Además de estas estructuras se debe investigar la presencia de quistes, odontomas o cualquier otra anomalía como dientes supernumerarios o cuarto molar.
Cualquier aspecto del diagnóstico que sea pasado por alto

puede ser la causa de que se presenten accidentes durante la operación como pueden ser las fracturas de la corona o de las raíces, excisión innecesaria de la estructura ósea, lesión del segundo molar o traumatismo debido a excesiva manipulación de los tejidos suaves, diente o hueso. Así - pues, el éxito de la intervención dependerá en gran parte de la correcta información con que se cuente para reducir los riesgos al mínimo.

A S I S T E N C I A

P R E O P E R A T O R I A

A fin de que el paciente quirúrgico se encuentre en las mejores condiciones para tolerar con éxito la intervención, es necesario prepararlo previamente con el objeto de no correr riesgos innecesarios.

CUIDADOS PREOPERATORIOS.

Se considera que en los pacientes a quienes se les practicará cirugía bucal se debe llevar a cabo el siguiente método sistemático preoperatorio:

El paciente debe comprender plenamente la necesidad y extensión de la operación aconsejada.

La operación se llevará a cabo cuando el paciente esté convencido de la necesidad de la intervención.

Se le informará del tipo de anestesia que se va a emplear.

Se le hará saber también sobre la incapacidad posteperatoria que puede resultar de la operación.

Los pacientes del sexo masculino deberán estar rasurados - el día de la intervención, y los pacientes del sexo femenino no utilizarán cosméticos.

Los fumadores, de ser posible, dejarán de hacerlo durante el período previo a la operación.

Después de cada comida, los dientes deberán cepillarse perfectamente aplicándose posteriormente algún antiséptico bucal durante los tres días anteriores a la intervención.

Antes de la intervención se realizará odontoxesis.

Se permite un desayuno o comida ligeros dos horas antes de la operación si ésta se va a realizar bajo anestesia local; cuando se utilice anestesia general, el paciente deberá -- permanecer sin tomar alimento por lo menos seis horas antes de la intervención y se le aplicará un enema evacuante.

Los pacientes a quienes se les administre sedantes, deberán llevar un acompañante.

En los pacientes aprehensivos, es necesaria la sedación -- preoperatoria media hora antes de su realización, ya que - esto permitirá aliviar la tensión emocional y además podrá ayudar a prevenir síncopes, convulsiones y otras complicaciones que pueden presentarse en los pacientes con sobrecargas tensionales o que presenten algún otro trastorno - psicológico.

No es aconsejable administrar anestesia general a pacientes con perturbaciones emocionales de tal magnitud que no crean poder sobrevivir al procedimiento.

El sistema preoperatorio de hospital, requiere que el cirujano visite al paciente la noche anterior a la intervención, así como para hacer las indicaciones pre y postoperatorias y los arreglos necesarios en cuanto a la utilización del quirófano se refiere.

I N S T R U M E N T A L

En relación con la cirugía del tercer molar retenido, existe una extensa variedad de instrumental quirúrgico; sin embargo, podemos mencionar que para realizar la intervención no se requiere de una gran cantidad del mismo, pero sí de una previa y adecuada selección por parte del cirujano.

Para la incisión de la mucosa se cuenta con el bisturí de Bard-Parker de hoja intercambiable, o el bisturí de Austin con hoja de doble bisel.

Para separar el colgajo se utilizan periostotomos, pinzas de disección dentadas o de dientes de ratón, tijeras rectas o curvas. Las pinzas y las tijeras se utilizan también para la sutura.

Los escoplos se utilizan para la osteotomía y la odontosección, y estos pueden ser manuales o automáticos. También con este propósito se utilizan fresas quirúrgicas, siendo necesario que el campo fresado sea irrigado con suero fisiológico tibio. En ocasiones, pueden utilizarse las pinzas gubias que son especialmente importantes en la eliminación del saco pericoronario.

Las limas para hueso son instrumentos destinados para pulir los bordes óseos después de la extracción; y para eliminar granulaciones, restos del saco pericoronario, fungosidades o esquirlas óseas son útiles las cucharillas para hueso.

Para extraer el tercer molar inferior retenido, se emplea una fuerza de palanca que está dada por los elevadores o botadores. Existe una gran variedad de ellos; los hay en bayoneta, en ángulo, para raíces, para ápices, etc.

Se debe contar también con porta agujas, material de sutura, paños y pinzas para paños, compresas y aplicadores esterilizados, separador de labio de Farabeuf o de Austin, - espejo separador, fórceps, martillo, pieza de mano, contra ángulo y tubo de aspiración.

A S E P S I A Y A N T I S E P S I A

La cavidad bucal nunca está quirúrgicamente limpia, sin - embargo, por medio de la asepsia y antisepsia se puede -- evitar la mayor parte de la contaminación antes de la intervención.

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

Antes de cualquier intervención, aún una extracción sencilla, la boca debe limpiarse perfectamente utilizando una solución antiséptica, realizando además odontoxesis. Todos los instrumentos deben ser esterilizados y coloca-

dos en una charola cubierta por una toalla estéril. En cirugía es indispensable el cepillado de manos y brazos del cirujano, dando especial atención a las uñas y llegando -- hasta los codos; con duración no menor de diez minutos, enjuagándose con agua corriente e inmediatamente después realizar otro lavado con alcohol.

Los campos deberán estar estériles, y el cirujano y sus -- ayudantes deberán llevar gorros, cubrebocas, batas y guantes de hule también estériles.

La infección es la causa más frecuente del fracaso quirúrgico, y aunque el cirujano no sea responsable de la infección que se encuentre en una región, sí lo es de la que -- pueda introducir en la herida.

Existen diversos métodos para esterilizar los campos operatorios y el instrumental quirúrgico, los cuales pueden ser

químicos o físicos como son el vapor, calor seco (autoclave) y diversos medicamentos que poseen propiedades antisépticas, germicidas o bactericidas.

A N E S T E S I A

En toda intervención quirúrgica se hace necesario la supresión del dolor, lo cual se va a conseguir a través de la -- anestesia.

Para la extracción del tercer molar inferior retenido, la - anestesia debe ser completa y duradera, a fin de no tener - que sacrificar la técnica y el control por la rapidez.

Se cuenta con diferentes tipos de anestesia como son: anestesia local, anestesia regional o troncular y la anestesia general.

Para seleccionar el agente anestésico que se va a utilizar, se deben tomar en cuenta los dos suiguientes puntos de vista:

a) Aquel que permita llevar a cabo la anestesia con rapidez y eficiencia.

b) Que sea seguro para el paciente y que éste lo pueda aceptar.

No hay excusa para una intervención dolorosa si se utilizan los anestésicos apropiadamente.

Cuando la intervención se realiza en consultorio particular, se recomienda la combinación de anestesia local y anestesia regional.

En la técnica para la anestesia regional o troncular, la -- punción se hará localizando el borde anterior de la rama de la mandíbula, inmediatamente por dentro de ese punto. Se introduce la aguja aproximadamente dos centímetros, y al mis-

mo tiempo se gira la jeringa hacia los premolares del lado opuesto, manteniendo siempre la aguja en contacto con la - rama, depositando en ese sitio el líquido anestésico. La - jeringa debe además permanecer paralela al plano masticato rio de los dientes y a un centímetro por arriba del plano oclusal, obteniendo de esta manera el bloqueo del nervio - dentario inferior.

En la anestesia local se bloqueará el nervio bucal, hacien do la punción y depositando el líquido anestésico inmedia- tamente por encima del pliegue mucoso correspondiente al - tercer molar inferior.

La anestesia general se recomienda habitualmente en los ca sos en que el paciente ha de ser hospitalizado, en particu lar si se van a extraer los cuatro terceros molares, siendo necesario contar con la colaboración del anestesiólogo, el que determinará el agente anestésico adecuado para cada pa

ciente en particular.
La anestesia general se puede llevar a cabo por vía intravenosa (pentotal sódico) , o por inhalación del agente anestésico (óxido nitroso y oxígeno).

Cualquiera que sea la anestesia general que se emplee, deberá administrarse atropina para disminuír las secreciones, - lo que permitirá desarrollar la intervención con mayor comodidad y seguridad, tanto para el cirujano como para el paciente.

T E C N I C A S

Q U I R U R G I C A S

Las técnicas quirúrgicas en general para la extracción del tercer molar inferior retenido se componen de varios tiempos, a saber:

1. INCISION.

2. PREPARACION DEL COLGAJO.

3. OSTEOTOMIA.

4. OPERACION PROPIAMENTE DICHA.

5. TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD.

6. SUTURA.

7. TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

INCISION.

Consiste en abrir el tejido gingival para llegar a planos profundos seccionando hasta el periostio, lo cual va a facilitar el despegamiento del colgajo.

Es importante que la incisión se haga de un solo trazo, - dando al colgajo una base ancha que evitará lesionar los vasos sanguíneos y permitirá además una amplia visión de la zona.

El corte se inicia en la parte más alta de la cresta distal hasta por detrás de la cara distal del segundo molar. En ocasiones, según el tipo de retención, se puede trazar

la incisión distal al centro de la cara oclusal del molar. Se continúa la incisión bordeando los cuellos del segundo y primer molar para terminar en el espacio interdentario. En casos de ausencia del segundo molar o de desdentado total, la incisión se puede prolongar sobre la región vestibular. Las variaciones en la extensión de la incisión estarán dadas por el tipo de retención. El sangrado resultante del corte se cohibe comprimiendo con torundas de gasa.

PREPARACION DEL COLGAJO.

Utilizando el periostotomo o bien una legra pequeña, a través de la incisión y hasta tocar hueso, se procede a desprender el colgajo por la parte bucal, con dirección de -- distal a mesial. Posteriormente se procede a desprender el labio interno del colgajo de la misma manera que se hizo - con el externo. La extensión del desprendimiento del colgajo, también será de acuerdo al tipo de retención, procurando descubrir la cara lingual del molar retenido.

OSTEOTOMIA.

En este tiempo de la intervención se va a eliminar la cantidad necesaria de hueso para tener acceso al molar retenido y disminuír su resistencia.

Se realiza con fresas quirúrgicas en la pieza de mano o en el contrángulo, eliminando el hueso en un solo corte, o -- bien haciendo pequeños orificios cercanos unos a otros --- uniéndolos posteriormente. Es necesario irrigar la zona -- con suero fisiológico tibio, a fin de evitar el calentamiento del hueso. Para la resección del hueso lingual, la pinza gubia es de gran utilidad.

El grado y la cantidad de hueso a resecar está dado por el tipo de retención y su forma radicular.

Es conveniente iniciar la osteotomía con el hueso oclusal y continuar con el hueso mesial, bucal, distal y por último el hueso lingual.

La osteotomía oclusal se realiza con el fin de descubrir -

el molar retenido.
Con la pinza gubia se elimina una parte del saco pericoronario para estar en relación con la cara oclusal del molar.

El hueso mesial deberá ser resecado hasta donde permita el acceso libre a la cara mesial, dirigiéndose de hueso a diente.

El hueso bucal se secciona a partir del borde alveolar hasta donde sea necesario según el grado de desviación. Es importante resecar solo lo indispensable, ya que este hueso puede servir de punto de apoyo y además como vía de acceso para el elevador.

La eliminación de hueso distal se efectúa con el fín de tener espacio suficiente para que el molar se desplace, sin emplear fuerza traumática.
En algunos casos será necesario eliminar cierta cantidad de

hueso lingual para facilitar las maniobras operatorias.

OPERACION PROPIAMENTE DICHA.

Consiste en aplicar el elevador sobre la cara mesial con apoyo en el hueso bucal, ejerciendo una fuerza de palanca para levantar el molar siguiendo la línea de menor resistencia.

En los casos en los que por el tipo de retención, forma y disposición radicular no es posible realizarla en esos términos, resulta muy conveniente combinar la osteotomía con la odontosección, a fin de no tener que sacrificar gran cantidad de hueso.

La odontosección consiste en fracturar el molar para extraerlo en partes. Se puede dividir según su eje mayor para lo que se recomienda el uso de escoplos; o bien, según su eje menor y en tal caso se recomienda el empleo de fresas quirúrgicas. Para determinar el método a se-

guir, se toman en cuenta los factores antes mencionados.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.

Una vez realizada la extracción, se procede a la total -- eliminación del saco pericoronario, evitando así posibles complicaciones postoperatorias. Los bordes óseos se eliminarán con pinza gubia y limas para hueso; se revisará la cavidad perfectamente para retirar todo residuo que pudiera haber quedado. Se revisa asimismo el colgajo, se adapta el periostio y se repone el colgajo.

SUTURA.

Es el cierre quirúrgico de los planos que se practica habitualmente a excepción de los casos en que se presenta - pericoronaritis. Se realiza con puntos simples aislados.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

Se constituye de una serie de cuidados posteriores a la - intervención, que contribuyen a obtener el éxito de la --

misma y al bienestar del paciente.

Algunos de estos cuidados están a cargo del paciente, y otros los realiza el cirujano.

E X T R A C C I O N D E L
T E R C E R M O L A R
I N F E R I O R R E T E N I D O

P O S I C I O N V E R T I C A L

La retención vertical se observa frecuentemente en la práctica. Aunque el diente permanece en posición vertical, su superficie bucal puede estar alineada con la superficie bucal del segundo molar, o bien presentar desviación bucal, lingual, bucolingual o encontrarse en torsión. Su corona - puede estar parcial o completamente cubierta por hueso.

La técnica para la extracción debe llevarse a cabo de -- acuerdo con la localización del diente, la forma de sus -- raíces, la estructura ósea que lo cubre y su relación con

el segundo molar. En general, el molar debe desplazarse en dirección distal de la fuerza del elevador aplicada en su cara mesial destinada a vencer la resistencia mas no las - estructuras óseas.

La incisión se practica habitualmente desde el borde alveolar de la rama, hasta el centro de la cara bucal del segundo molar. Se procede entonces a la separación del colgajo.

Existen variaciones en la medida en que el hueso cubre al diente. En algunos casos la superficie oclusal se encuentra libre de obstrucción ósea, y solo se encuentra cubierta total o parcialmente por una capa de encía.

En algunas ocasiones la resistencia normal que pudiera encontrarse en la superficie distal, se presenta disminuída o eliminada por un proceso patológico. En tal caso, muy poca o ninguna osteotomía distal será necesaria.

Cuando los procesos patológicos no han destruído el hueso distal lo suficiente para permitir los movimientos del botador para elevar el diente distalmente, se debe resecar la parte distal para crear el espacio suficiente para girar el molar.

Existen casos en que la mitad mesial de la superficie oclusal se encuentra libre de hueso, mientras que la mitad distal permanece cubierta. Otros, en que la parte lingual de la superficie oclusal está expuesta y la parte bucal cubierta; otros más, en que el diente se encuentra tan profundamente situado que ninguna de sus partes están expuestas.

En todos los casos, independientemente de la profundidad de la retención del molar, la superficie oclusal deberá encontrarse libre de estructura ósea, así como su parte distal comprendiendo hasta la unión de la corona con la raíz.

La cantidad de estructura ósea en la superficie bucal es variable. Normalmente no es necesario resecar la lámina bucal, sin embargo existen tres excepciones:

1. Cuando se tiene que crear el punto de acceso para el elevador entre el segundo y tercer molar. Si los puntos de contacto se encuentran por arriba del margen óseo, entonces el acceso mesio bucal ya existe.

2. Cuando la retención vertical presenta toda su cara mesial en contacto con la superficie distal del segundo molar y la aplicación mesiobucal del elevador no está indicada. En tal posición, tratar de dirigir el diente distalmente mediante presión mesiobucal, forzaría las raíces del molar retenido contra la raíz distal del segundo molar y posiblemente provocaría su fractura.

   La forma correcta de proceder en este caso es crear -

un acceso inmediatamente por encima de la bifurcación bucal de la raíz mediante la resección del hueso bucal y haciendo un pequeño orificio que permita la inserción del elevador (Cryer). De esta manera utilizando - la estructura ósea como punto de apoyo, se puede elevar el diente en sentido vertical sin tener que buscar otro medio para lograrlo.

3. Si el diente se encuentra torsionado, puede estar indicada una pequeña resección de la lámina bucal en algún punto distal a la bifurcación normal de la raíz para - la inserción del elevador.

Además de las clases de osteotomía que ya se indicaron, - normalmente no es necesario sacrificar más hueso para la extracción de las retenciones verticales.
Ocasionalmente un proceso patológico involucra la estructura ósea de la superficie bucal o mesio bucal, al límite

que no es posible obtener un punto de apoyo conveniente. La resección de la lámina bucal puede ser necesaria hasta un nivel que se obtenga soporte sólido para el botador.

La técnica para la extracción se funda en el empleo de la fuerza de palanca por medio de elevadores, y el uso de fórceps resulta de escasa función para éstos casos.

Hay algunas objeciones para el uso de los fórceps, de las cuales se pueden enumerar las siguientes:

a) Es difícil la aplicación de las puntas en la corona sin traumatizar excesivamente los tejidos blandos, a menos que se desprenda un colgajo muy amplio, lo cual constituye un procedimiento innecesario.

b) Las puntas no se pueden ajustar con seguridad en el

diente retenido, a menos que se realice una osteotomía que abarque hasta el cuello del molar, lo que también se considera como procedimiento innecesario.

c) Si finalmente se pudiera ajustar el fórceps, los movimientos para la extracción del diente no podrían realizarse de acuerdo a la formación de las raíces, lo que podría provocar la fractura de la corona o de las raíces.

En contraste, se ha demostrado claramente que el uso del botador, diseñado para el caso según el tipo de retención, puede causar nulo o muy poco traumatismo, requerirá de mínima incisión y osteotomía, y permitirá la extracción del molar sin presión excesiva de acuerdo a la formación de las raíces. La extracción del molar, en la retención vertical, generalmente se puede realizar mediante el uso exclusivo de la palanca. Solo en casos especiales, será ne-

cesario combinar con la odontosección.

TECNICA PARA EL USO DEL ELEVADOR.

En la mayoría de los casos de retención vertical, el diente es extraído mediante la aplicación mesiobucal del elevador de Winter número 1-R y 1-L, teniendo en cuenta que la superficie oclusal se encuentra al descubierto, que -- existe el acceso para el elevador, ya por la posición del diente o mediante la resección ósea en el borde superior mesiobucal, que se resecó distalmente la cantidad ósea suficiente en el triángulo retromolar y se creó el acceso - bucal en la bifurcación de la raíz para la aplicación del elevador de haberse considerado conveniente.

El elevador se coloca en posición por debajo de los puntos de contacto del segundo y tercer molar. El hueso bucal substancial, sirve como punto de apoyo y se aplica -- fuerza suficiente para luxar el diente; la presión que se ejerza estará determinada por el número y curvatura de --

las raíces.

La inclinación distal de ambas raíces se encuentra más - frecuentemente en la retención vertical que en cualquier otra, aunque esta formación radicular no sea la de mayor incidencia. Cuando la radiografía muestra este tipo de - angulación, el diente debe ser girado distalmente. Conociendo esta condición previamente, el cirujano debe estar conciente de que se ha abierto suficiente espacio en la superficie distal. En este tipo de formación radicular, es donde se requiere de mayor excisión de esa área. Cuando el diente se ha girado distalmente, al grado que las raíces estén libres, la fuerza de palanca se puede - suspender y el diente se puede extraer mediante la aplicación bucal del elevador (Cryer). Esto lo eleva siguiendo el curso distal, requiriéndose así de menor osteotomía que si se continuara con presión mesial.

Cuando la raíz mesial está inclinada distalmente y la --

raíz distal recta, el diente se puede mover un poco hacia distal para vencer la curvatura mesial de la raíz. Si se prolonga, puede ocurrir la fractura de la raíz distal recta. Se completa la extracción con aplicación bucal.

Cuando la raíz distal está inclinada mesialmente y la -- raíz mesial inclinada distalmente, la presión distal del elevador debe ser suficiente para fracturar el séptum, ya que éste mantiene las raíces en posición. Posteriormente el diente se eleva con la aplicación bucal del elevador - Cryer. Se requiere de escasa osteotomía distal.

Si ambas raíces se encuentran rectas o divergentes, se requiere de muy poca resección ósea distal. Una ligera presión mesiobucal acaba con los impedimentos periodontales y el diente es elevado y extraído por palanca bucal. En - casos de dilaceraciones profundas se puede recurrir a la odontosección del molar según sus dos ejes. Se utiliza -

elevador número 14 de Winter o Clev dent.

Un diente retenido con raíces fusionadas ofrece muy poca resistencia a la presión mesial o bucal del elevador.

En los casos excepcionales de hipercementosis, se requiere de previa osteotomía mesial, distal y bucal, teniendo presente que en la radiografía solo se observa en los aspectos mesial y distal existiendo bucal y lingualmente; de ahí que se tenga que realizar una amplia osteotomía.

En los casos en que ambas raíces se encuentran inclinadas mesialmente, se puede prescindir de la osteotomía distal ya que está indicada la odontosección según su eje mayor, haciendo la extracción de cada raíz por separado, siguiendo el arco de su curvatura o bien, según su eje menor haciendo la extracción de la corona introduciendo el elevador en el espacio creado por la fresa.

Cuando el diente retenido presenta desviación bucal o - bucolingual, el acceso se realiza mediante osteotomía - bucal en relación a la superficie distobucal del segundo molar. Se recomienda la división del molar pues permite dar a cada una de las raíces un movimiento de acuerdo a su desviación.

Una vez realizada la extracción, la intervención se termina en la forma ya descrita; ésto será aplicable a las demás formas de retención.

E X T R A C C I O N D E L
T E R C E R M O L A R
I N F E R I O R R E T E N I D O

P O S I C I O N
M E S I O A N G U L A R

La retención mesioangular se presenta más o menos con el mismo grado de frecuencia que la retención vertical, y - está sujeta a las mismas desviaciones.

El objetivo principal, es levantar el diente a una posición vertical, o por lo menos semivertical, con una extensión tal que se obtenga un espacio libre para que las cúspides mesiales pasen la superficie distal del segundo molar sin transgresión, aplicando la fuerza de palanca -

por debajo de la cara mesial.

Tan pronto como esto se haya realizado, no habrá necesidad de mayor fuerza mesio-bucal, pues el diente podrá tratarse entonces como retención vertical y ser removido como se describió por medio de la acción de palanca bucal.

La incisión y el colgajo deberán ser amplios, incluyendo hasta el primer molar. Para levantar el molar retenido a la posición deseada, el plan de procedimientos debe proporcionar lo necesario para el acceso mesiobucal y la -- eliminación de resistencia ósea en el lugar en donde se moverá el diente. La cantidad de hueso que lo cubre varía; en muchos casos las cúspides distales del diente impactado son clínicamente visibles, siendo interrumpida la continuidad de la encía. En estos casos se necesita poca osteotomía del hueso distal, o bien no se necesita si la - superficie distal está libre desde oclusal hasta el ter-

cio gingival. Algunas veces un proceso patológico ha desintegrado el hueso que obstruye en este punto.

Usualmente la superficie oclusal también está despejada. Por otro lado, la corona completa puede estar por debajo de estructura ósea; en tal caso, se deberá resecar el -- hueso hasta que la superficie oclusal esté completamente libre, y la superficie distal se encuentre expuesta hasta el tercio cervical.

Se deberá prestar particular atención a la superficie mesial del tercer molar, la superficie distal del segundo y al borde superior de la estructura ósea bucal para determinar si la superficie mesial es accesible para la aplicación del elevador, y si es accesible, determinar -- también el tamaño del elevador que será utilizado. Si la superficie mesial es inaccesible por su relación con el borde superior de la estructura ósea, se deberá abrir --

una entrada para la hoja del elevador por medio de osteotomía mesiobucal, teniendo cuidado de no resecar el hueso que cubre la raíz distal del segundo molar.

El estudio radiográfico no solo determina la accesibilidad o inaccesibilidad para la inserción del elevador, sino también muestra el contacto de la superficie oclusal o mesial del tercer molar con las superficies distal o distobucal de la corona y la raíz distal del segundo molar.
A más de mostrar si estas superficies están afectadas por caries o por resorción a causa de la presión. En ocasiones se observan procesos patológicos causados por la retención de restos alimenticios en el espacio interproximal. A causa de la desintegración del hueso por debajo del punto de contacto, estos procesos pueden eliminar la necesidad de excisión para la aplicación del elevador, pero desafortunadamente pueden haber involucrado el se-

gundo molar. Este riesgo por sí solo da una base de discusión para la remoción temprana de la retención mesioangular.

La formación de las raíces del tercer molar, deben ser consideradas desde el momento en que su curvatura determina en grado considerable el límite de la excisión ósea en el aspecto distal y cuando su formación signifique resistencia deberá utilizarse la técnica de seccionamiento para salvar los inconvenientes.

Siempre que la radiografía muestre una marcada inclinación distal o mesial de las raíces, o una retención mesioangular tan profunda que requiera demasiada osteotomía distal para que permita que el diente sea levantado por fuerza de palanca a una posición vertical, o cuando existe cementosis exagerada, el empleo de la técnica de odontosección puede ser ventajosa. Para hacer la separa-

ción según el eje mayor, el escoplo se coloca sobre la - cara oclusal y se dirige un golpe al eje longitudinal -- del diente que generalmente lo separa en mitades. Se coloca el elevador en el espacio creado por la odontosección, y de acuerdo y a expensas de la morfología de la - raíz distal, se eleva la porción distal hacia dicho lado. Una vez eliminada la porción distal, se coloca el botador por debajo de la cara mesial actuando como palanca apoyada en el borde óseo, y mediante movimiento distal facilitado por la ausencia de la porción distal, se realiza la extracción del elemento mesial.

La odontosección, según su eje menor, se realiza a nivel del cuello, de tal forma que la dimensión del lado distal sea mayor que el mesial para poder desplazar cómodamente la corona seccionada. Se procede entonces a la extracción de la corona por medio de apalancamiento mesial. En casos de dificultad, se puede seccionar la corona de

distal a mesial para facilitar su extracción. Para la extracción de las raíces, es conveniente hacer un orificio sobre la cara distal radicular donde se coloca el elevador utilizando el hueso alveolar distal a la raíz como apoyo, desplazando la raíz a la cavidad alveolar que ocupaba la corona, facilitando así su extracción mediante la utilización del mismo elevador.
Raíces ampliamente divergentes o dirigidas hacia el lado mesial, implican la separación de las mismas, haciendo su extracción por separado dándoles un movimiento en el sentido de su curvatura para que sigan la vía de menor resistencia.

Las mismas objeciones que para el uso de los fórceps presentadas en la retención vertical, son aplicables a ésta y a cualquier otro tipo de retención.

E X T R A C C I O N D E L
T E R C E R M O L A R
I N F E R I O R R E T E N I D O

P O S I C I O N
D I S T O A N G U L A R

Este tipo de retención no se encuentra tan frecuentemente como la vertical, mesioangular y horizontal; sin embargo su extracción normalmente es más difícil y complicada. En muchos casos pueden ser confundidos con la retención vertical, por no interpretar correctamente la presencia de - estructura ósea sobre la superficie distoclusal, distal o la mayor parte de la superficie bucal.

El problema principal que se debe encarar, es la osteotomía distal que debe ser lo suficientemente extensa para descubrir completamente la superficie oclusal. Mientras la corona esté más inclinada distalmente, más se dificulta el acceso. Un proceso patológico que involucre estas superficies simplifica el procedimiento.
Las superficies mesial y mesiobucal en la mayoría de los casos son accesibles.

El trazado de la incisión es semejante al que se practica en la retención vertical, iniciándola un poco más distalmente y comprendiendo hasta el primer molar.

El colgajo debe desprenderse cuidadosamente sobre todo en la cúspide bucodistal donde el saco pericoronario presenta fuerte adherencia.
La extracción del molar retenido en posición distoangular

en muchas ocasiones podrá realizarse por la aplicación de elevadores en la cara mesial, complementando con la aplicación de palanca bucal.

El punto de contacto del segundo y tercer molar puede ser normal, o bien la inclinación distal del diente puede ser tan pronunciada que solo exista contacto por debajo del borde superior en o cerca de los ápices de las raíces. En estos casos, como también en los que el molar se encuentra profundamente situado o con la cara mesial inaccesible, es recomendable utilizar la técnica de odontosección con escoplos o fresas de acuerdo con la facilidad de acceso a las caras oclusal y mesial.

E X T R A C C I O N D E L
T E R C E R M O L A R
I N F E R I O R R E T E N I D O

P O S I C I O N H O R I Z O N T A L

Se presenta con frecuencia semejante a la retención vertical, mesioangular y distoangular.

La incisión y separación del colgajo sigue la misma técnica que la señalada para la retención mesioangular.

Para la extracción del molar retenido, se pueden utilizar dos diferentes técnicas, la primera en que se extrae la pieza in toto mediante el uso de elevadores, y la segunda por odontosección.

El uso de fórceps está contraindicado por las razones que ya fueron expuestas. Tampoco se recomienda la remoción -- completa de la lámina bucal por considerarse excesivamente densa y de difícil acceso, además de que representa un valioso punto de apoyo.

Para la remoción del diente in toto, en los casos en que la cara mesial es accesible, se requiere suficiente osteotomía distal en el triángulo retromolar, para que al levantar el molar retenido permita librar el borde distoclusal del segundo molar sin transgresión de dicha pieza. Se requiere también de escasa osteotomía bucal.
Se introduce el elevador por debajo de la cara mesial con punto de apoyo sobre el hueso mesial o sobre la unión del hueso mesial con el bucal. La fuerza de palanca deberá -- ser aplicada de modo de vencer la resistencia del septum entre las raíces, colocando al diente en una posición mesioangular. Se pueden utilizar entonces elevadores de --

hoja mas larga para mover más distalmente el diente y colocar lo en posición vertical o semivertical. La operación se completa con la aplicación de elevador triangular en la bifurcación, tomando como punto de apoyo la estructura ósea bucal.

Cuando existan las diferentes eventualidades en que el molar retenido se encuentre situado profundamente, la cara mesial sea inaccesible o la conformación de las raíces haga probable que la técnica de extracción mediante elevadores origine complicaciones, resulta muy beneficioso utilizar la técnica de odontosección.

Cuando se va a emplear la técnica de división del diente, será necesario eliminar la cantidad suficiente de hueso mesial para lograr el acceso a la cara mesial; la superficie distal del diente deberá ser liberada del hueso que la cubra (osteotomía oclusal) por lo menos hasta el margen gingival, y si es posible por debajo de éste. La osteotomía bucal debe permitir

la exposición del surco bucal de la corona.
La división del diente se puede realizar según su eje mayor solo cuando el escoplo pueda colocarse fácil y naturalmente sobre la cara oclusal.
El diente se divide longitudinalmente, se hace la remoción de la porción distal, y la mesial se eleva al espacio que se ha dejado, facilitando de esta manera su extracción.

La división del diente según su eje menor, se efectúa con fresa de fisura a nivel del cuello anatómico teniendo cuidado de no lesionar la arteria y nervio dentarios inferiores. Se extrae la corona con un elevador y se procede a la eliminación de la porción radicular. En ocasiones es posible extraer las raíces juntas mediante luxación y elevándolas siguiendo la vía de menor resistencia, pero existen casos en que es necesario dividirlas y extraerlas por separado, en particular cuando una está curvada mesialmente y la otra distalmente.

En algunos casos puede ser ventajoso realizar un orificio donde colocar el elevador y así poder efectuar el movimiento de palanca; por ejemplo, en aquellos casos en que las raíces están fusionadas o curvadas mesialmente.

E X T R A C C I O N D E L
T E R C E R M O L A R
I N F E R I O R R E T E N I D O

P O S I C I O N
L I N G U O A N G U L A R

Este tipo de retención no es muy frecuente.

Radiográficamente la corona se presenta como un disco, no pudiendo observarse las raíces. Es necesario complementar con radiografía oclusal.
En algunos casos estos molares se presentan con raíces -- subdesarrolladas.

La incisión se inicia en el límite distal de la corona, -

en contacto con el ángulo bucoclusal del molar retenido, y se continúa en la forma anteriormente descrita hasta el primer molar. El colgajo se separa lo suficiente para realizar la osteotomía especialmente por la parte lingual.

En los casos de retención superficial, en que la corona se encuentra libre de estructura ósea, no es necesario realizar mayor osteotomía; sin embargo, en todos los demás casos debe procurarse crear el acceso a la cara mesial por medio de osteotomía mesial, y realizar las diferentes resecciones óseas (distal, lingual y bucal) para dejar al descubierto la corona.

Los molares con cara mesial accesible, después de efectuada la osteotomía necesaria, se pueden extraer por medio de elevadores dirigiendo el diente hacia arriba y hacia distal. En los demás se requiere de la división del diente.

La odontosección se realiza a nivel del cuello; para extraer la corona se coloca el elevador en el surco resultante y se dirige hacia arriba y hacia lingual. Para eliminar las raíces se hace un orificio sobre la cara bucal de la raíz donde se coloca el elevador, desplazándola hacia el espacio que ocupaba la corona, tomando como punto de apoyo el borde alveolar del hueso bucal.

Al realizar la extracción del diente en la retención linguoangular, es muy recomendable colocar un dedo que soporte la tabla lingual, a fin de que cuando se aplique la -- fuerza de palanca se ofrezca resistencia para evitar la - fractura de dicho segmento óseo.

En los molares con raíces parcialmente formadas, y que se requiera de odontosección, se hace el corte de cervical a oclusal, y se extrae cada elemento por separado.
En los molares privados de raíces, después de hacer la ex

tracción de la corona y del saco dentario, se elimina el bulbo dentario con cucharilla o con pinza gubia.

E X T R A C C I O N D E L
T E R C E R M O L A R
I N F E R I O R R E T E N I D O

P O S I C I O N
B U C O A N G U L A R

El tercer molar inferior retenido excepcionalmente se presenta en posición bucoangular.

La imagen radiográfica es semejante al de la retención -- linguoangular y como en ella se necesita complementar con radiografía oclusal.

El trazado de la incisión y desprendimiento del colgajo - sigue los lineamientos generales, haciendo que el recorri

do de la incisión sea coincidente al ángulo bucoclusal.

La osteotomía deberá proporcionar el acceso necesario a las caras dentarias.

Se requiere de odontosección y se recomienda dividir el diente en tres segmentos, uno coronario a nivel del cuello, uno medio y otro radicular. Se extrae primeramente el segmento medio para dejar un espacio que facilita el desplazamiento de la corona y posteriormente la extracción del segmento radicular.

E X T R A C C I O N D E L
T E R C E R M O L A R
I N F E R I O R R E T E N I D O

P O S I C I O N I N V E R T I D A

Eventualmente el tercer molar puede asumir una posición - invertida en la arcada, pudiendo ser esta disposición parcial o total. Generalmente este tipo de retención se encuentra situado en la rama y no en el cuerpo de la mandíbula.

En algunos casos, la técnica para la extracción puede ser por el solo método de elevadores considerando el diente - como retención vertical cara mesial inaccesible. Se requiere de extensa osteotomía mesiobucal, bucal y distal.

Cuando está indicada la división del diente, se extraen las raíces descubriéndolas extensamente, dejando espacio para mover la corona hacia afuera y atrás.

Cuando se presentan otros tipos de retención diferentes a las ya descritas, caen en categorías que por la rareza de su presentación no pueden ser descritas en forma colectiva. La técnica operatoria se realizará dentro de los lineamientos generales, con las modificaciones que cada caso en particular demande.

T R A T A M I E N T O
P O S T O P E R A T O R I O

La etapa postoperatoria reviste gran importancia para la - obtención del éxito de la intervención quirúrgica, y debe dársele el tratamiento que requiera. Se deberá informar al paciente de los cuidados que a él corresponda realizar.

Una vez terminada la operación, se procede a lavar perfectamente la cavidad oral con una solución tibia de agua esterilizada, a fin de eliminar residuos de sangre, saliva, o restos óseos que hubieran podido quedar durante la intervención.
Se coloca una gasa estéril en el sitio de la extracción, - haciendo que el paciente la muerda, retirándola aproximadamente una hora después.

Es conveniente que el paciente guarde reposo durante algunas horas, manteniendo la cabeza en alto; esto ayuda a -- restaurar sus condiciones físicas y además previene la posible hemorragia secundaria.
Las bolsas con hielo tienen un efecto satisfactorio en -- las primeras horas del postoperatorio, ya que el frío reduce la congestión, el edema y actúa en la prevención de hematomas y del dolor postoperatorio. Se utiliza por períodos de quince minutos seguidos de períodos de descanso de otros quince minutos, y por un lapso de tiempo no mayor de tres horas posteriores a la extracción.

Se recomendará al paciente evitar enjuagues bucales durante las cinco horas siguientes a la extracción, a fin de - conservar la integridad del coágulo. En caso de hemorragia deberá aplicarse un trozo de gasa en el sitio operado el que deberá conservarse durante media hora.
Durante las primeras seis horas, la dieta deberá ser lí-

quida, y durante los dos o tres días siguientes la dieta - será blanda.

En la extracción de los dientes retenidos está siempre indicada la administración de antibióticos. La región del -- tercer molar, incluso sin infección activa, siempre tiene una potencialidad para su presentación, y el curso postoperatorio de los pacientes mejora ostensiblemente cuando se han prescrito antibióticos. El antimicrobiano de elección es la penicilina, a no ser que esté contraindicada por la sensibilidad del paciente, la cual se prescribirá en dosis adecuadas durante cuatro a siete días después de la intervención.

Es también aconsejable prescribir algún sedante, pues el - dolor que se presenta después de la extracción de los terceros molares puede ser bastante intenso.

Al mismo tiempo se insistirá en la necesidad de mantener - una higiene oral muy estricta.

El edema es una molestia benigna que suele presentarse después de las intervenciones para la extracción de los terceros molares y está relacionada con dos factores principales: la constitución individual del paciente que puede ser propenso a las tumefacciones y la extensión del traumatismo infligido durante la intervención; cuanto mayor ha sido el traumatismo, mayor es el edema. Para la supresión del edema, se ha propuesto el empleo de enzimas, sin embargo las investigaciones realizadas en este sentido no son concluyentes; por lo que se recomienda manejar los tejidos cuidadosamente, ya que se estima que esta medida es la más importante para evitar el edema.

A las 24 o 48 horas posteriores a la intervención se llevará a cabo una revisión, realizando un lavado con solución antiséptica ligera y tibia del sitio operado y sus vecindades.

Los puntos de sutura se retirarán al cuarto o quinto día después de la intervención quirúrgica.

C O N C L U S I O N E S

El tercer molar inferior presenta el mayor índice de frecuencia de retención dentaria.

Los factores mecánicos ocupan un primer plano entre las causas de retención.

En algunas ocasiones, se recomienda la extracción precoz del molar retenido, cuando se considera que con ello se podrán evitar lesiones posteriores.

La extracción de los terceros molares se facilita cuando el paciente es joven.

En la labor del cirujano dentista para tratar de conse-

guir la salud del paciente, es necesario realizar todos los estudios que se requieran para llegar a un diagnósti co correcto que permitirá utilizar la técnica quirúrgica adecuada a cada caso.

Se han desarrollado técnicas como son la osteotomía y -- la odontosección para la extracción de terceros molares retenidos, que permiten al cirujano obtener el éxito de la intervención con mínimo traumatismo para el paciente.

Para la elevación del molar retenido, no se necesita rea lizar fuerza excesiva que podría provocar una fractura; se deben utilizar instrumentos adecuados, como son los - elevadores, efectuando fuerza de palanca con apoyo en el hueso.

El tratamiento postoperatorio es una fase que reviste -- gran importancia, pues contribuye al éxito de la opera-

ción, pudiendo inclusive modificar los inconvenientes surgidos en la intervención quirúrgica.

B I B L I O G R A F I A

CHARLES ELDER ROUNDS: Principles and Technique of Exodontia. The C.U. Mosby Company, Saint Louis. 1962.

G.A. RIES CENTENO: El tercer molar inferior retenido. Editorial El Ateneo, Buenos Aires. 1968.

WALTER C. GURALNICK: Tratado de Cirugía Oral. Salvat Editores. 1971.

GUSTAV O. KRUGER: Tratado de Cirugía Bucal. Editorial Interamericana, S.A. 1a. Edic. 1960

FRANCISCO A CEBALLOS PONCE: Extracción de Terceros Molares Inferiores Retenidos. Tesis Profesional. Universidad Nacional Autónoma de México. 1963.