

2 ej
117

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SEMINARIO DE TITULACION EN EXODONCIA

"EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS"

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

CLAUDIA EUGENIA DURAN RAMOS



FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	<u>PAGINA</u>
INTRODUCCION - - - - -	I
TEMA 1: Etiologías de los Dientes Retenidos - - - - -	1
TEMA 2: Caninos Superiores Extraídos por Vía Palatina - - - - -	4
2.1 Clasificación de los Caninos Superiores Retenidos - - - - -	4
2.2 Técnica Quirúrgica - - - - -	5
TEMA 3: Caninos Superiores Extraídos por Vía Vestibular - - - - -	9
TEMA 4: Caninos Inferiores Vestibulares y Técnica Quirúrgica- - - - -	12
TEMA 5: Extracción de Caninos Inferiores Linguales - - - - -	14
TEMA 6: Tercer Molar Inferior Retenido - - - - -	15
6.1 Posición del Tercer Molar - - - - -	16
6.2 Técnica Quirúrgica - - - - -	17
TEMA 7: Tercer Molar Superior Retenido - - - - -	23
7.1 Técnica Quirúrgica - - - - -	24
CONCLUSIONES - - - - -	26
BIBLIOGRAFIA - - - - -	27

INTRODUCCION

Elegí dentro de los variados casos en la Cirugía Bucal la Extracción de Dientes Retenidos, por el gran número de casos que existen en los pacientes que acudieron a la Clínica en este Seminario y que acuden a los consultorios a la atención privada. Pacientes que se encuentran entre los 18 y 30 años y se presentan a consulta con esta patología, ya sea sintomática o asintóticamente. Síntomas bien definidos tales como las cefaleas, otitis, malestar en las arcadas dentarias, - halitosis (debido a la acumulación de alimentos), giroversiones en los dientes anteriores (debido a la presión ejercida por los molares en se mi-erupción), etc.

Un examen radiológico de rutina revelaba, en la mayoría de los casos, la presencia de esta patología asintomática y, si el paciente refería ciertas manifestaciones clínicas, era fácil llegar a ese diagnóstico.

En el caso de los caninos superiores o inferiores retenidos al sim ple examen bucal, parte de la historia clínica, si se manifestaba la au sencia de estos órganos dentarios, el diagnóstico era sin lugar a duda, la retención de dichos órganos.

El Cirujano Dentista como tal, debe de tener los conocimientos necesarios para que en su trabajo individual dentro del consultorio, pueda llevar a cabo satisfactoriamente este tipo de tareas y sepa controlar las reacciones posoperatorias que pudieran manifestarse en el paciente, objetivos logrados en este Seminario.

EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS

Tema 1.- Etiología de los Dientes Retenidos

Se llaman Retenidos a los dientes que, una vez llegada la época normal de su erupción, quedan encerrados dentro de los maxilares, man teniendo la integridad de su saco Pericoronario Fisiológico.

CRONOLOGIA NORMAL DE ERUPCION DENTAL SECUNDARIA

MAXILAR SUPERIOR

Incisivo Central
Incisivo Lateral
Canino
Primer Premolar
Segundo Premolar
Primer Molar
Segundo Molar
Tercer Molar

BROTE O ERUPCION

7 a 8 años
8 a 9 años
11 a 12 años
10 a 11 años
10 a 12 años
6 a 7 años
12 a 13 años
17 a 21 años

MAXILAR INFERIOR

Incisivo Central
Incisivo Lateral
Canino
Primer Premolar
Segundo Premolar
Primer Molar
Segundo Molar
Tercer Molar

BROTE O ERUPCION

6 a 7 años
7 a 8 años
9 a 10 años
10 a 12 años
11 a 12 años
6 a 7 años
11 a 13 años
17 a 21 años

Dicha retención puede presentarse de dos formas: Retención Intra - ósea, cuando el diente está rodeado completamente por tejido óseo y Retención Subgingival, cuando el diente está cubierto por mucosa gingival.

Existe un grupo de dientes con mayor disposición a quedar retenidos, tales como los Caninos y Terceros Molares.

Tercer Molar Inf.	35%	Incisivo Lateral Sup.	1.5%
Canino Sup.	34%	Incisivo Lateral Inf.	0.8%
Tercer Molar Sup.	09%	Primer Premolar Sup.	0.8%
Segundo Premolar Inf.	05%	Primer Molar Inf.	0.5%
Canino Inf.	04%	Segundo Molar Inf.	0.5%
Incisivo Central Sup.	04%	Primer Molar Sup.	0.4%
Segundo Premolar Sup.	03%	Incisivo Central Inf.	0.4%
Primer Premolar Inf.	02%	Segundo Molar Sup.	0.1%

La Patogenia es, ante todo, de índole mecánica. Se pueden clasificar las razones por la cuales el diente no hace erupción de la siguiente manera:

a) Razones Embrionarias:

La ubicación especial de un germen dentario es un sitio muy alejado del normal de erupción, por razones mecánicas, el diente originado por tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar. El germen dentario puede hallarse en su sitio, pero en una angulación tal, que al calcificarse el diente y empezar el trabajo de erupción, la corona toma contacto con un diente vecino retenido o erupcionado, este contacto constituye una "fijación" del diente en erupción. Sus raíces se constituyen pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un eje que le permita erupcionar normalmente.

b) Razones Mecánicas:

Puede ser por falta de espacio. Esta se refiere a que una vez completada la calcificación del diente y en maxilares de dimensiones -

reducidas, no tiene lugar para ir a ocupar su sitio normal en la arcada.

Es el caso del Canino, ya que su germen se halla situado en lo más alto de la Fosa Canina y al tratar de erupcionar se lo impide el pre molar y el Incisivo Lateral que ya han erupcionado. Además de que su antecesor temporal es mucho más angosto Mesio-Distalmente.

La presión Mesial del Segundo Molar en su erupción, es transmitida de un diente a otro hasta el Canino Deciduo, causando su acuñamiento o retardando su abulsión por un tiempo mayor aún estando la raíz casi reabsorbida.

Otra razón mecánica es la de la presencia de hueso con una condensación tal, que no pueda ser vencida por el trabajo de erupción: Enostosis, Osteftis, Condensante, Osteoclerosis. Procesos óseos que dan una imagen lechosa o blanquecina.

c) Extracciones Prematuras de Temporarios:

Ese caso provoca el acercamiento de las coronas, constituyendo un obstáculo mecánico a la erupción del permanente.

d) Elementos Patológicos:

Tales como la presencia de Dientes Supernumerarios o Tumores Odontogénicos. Todas las enfermedades generales en directa relación con las Glándulas Endócrinas, pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria. Las enfermedades ligadas al metabolismo del Calcio (Raquitismo y las enfermedades que le son propias), tienen también influencia sobre la Retención Dentaria.

Tema 2.- Caninos Superiores Extraídos por Vía Palatina

Para este tipo de anomalías se requiere de un tratamiento que va encaminado a dos partes diferentes. La primera conserva el diente retenido y es llevado a su sitio por medio de procedimientos ortodónticos y la segunda es donde se lleva a cabo la extracción por medio de actos quirúrgicos.

La extracción de un diente retenido constituye esencialmente en un problema mecánico, es la búsqueda por medios mecánicos e instrumentales del diente retenido y su eliminación del interior del hueso donde está ubicado, aplicando los principios de la extracción a Colgajo y del método de la extracción por seccionamiento.

2.1 Clasificación de los Caninos Superiores Retenidos

Esta se da de acuerdo al número de dientes retenidos con la posición de estos dientes en la arcada y con la presencia o ausencia de dientes en la arcada. Puede haber casos tales como:

- Retención Unilateral o Bilateral
- En lado Vestibular o Palatino
- En Maxilares Dentados o Desdentados

De acuerdo a esto, se clasifican en:

CLASE I . MAXILAR DENTADO.- Canino en palatino. Retención unilateral.

- a) Cerca de la arcada dentaria
- b) Lejos de la arcada dentaria

CLASE II . MAXILAR DENTADO.- Canino en palatino. Retención bilateral.

CLASE III. MAXILAR DENTADO.- Canino en vestibular. Retención unilateral.

CLASE IV. MAXILAR DENTADO.- Canino en vestibular. Retención bilateral.

CLASE V . MAXILAR DENTADO.- Caninos Vestibulopalatinos.

CLASE VI. MAXILAR DESDENTADO.- Canino en palatino. Retenciones uni-o-bilateral.

CLASE VII. MAXILAR DESDENTADO.- Canino en vestibular. Retención uni-o-bilateral.



2.2 Técnica Quirúrgica por Vía Palatina

Todo se inicia con la Asepsia y Antisepsia del Campo de Trabajo. Una vez realizada la Historia Clínica del paciente, se podrá determinar el tipo de anestésico que se usará. Se prosigue con el bloqueo. En el caso de la extracción de Caninos Superiores, las técnicas de -bloqueo se harán en las siguientes posiciones:

1.- Retención Unilateral.-

Anestesia Infraorbitaria del lado a operarse, anestesia local infiltrativa de la Bóveda Palatina a nivel del agujero palatino anterior y del agujero palatino posterior del lado a operarse.

2.- Retención Bilateral.-

Anestesia Infraorbitaria de ambos lados. Anestesia infiltrativa local en la Bóveda Palatina a nivel del agujero palati-

no anterior y de ambos agujeros palatinos posteriores.

Incisión.- Es necesario desprender parte de la Fibromucosa dejando al descubierto la bóveda ósea. Este colgajo debe dar una suficiente visión del campo operatorio y debe ser dispuesto de tal modo que, - no sea traumatizado en el curso de la operación. Cúspide y ápice del - canino son los extremos por fuera de los cuales se traza la incisión.

La hoja de bisturí contorneará la encía marginal de los dientes - comprometidos por el colgajo, haciendo esto de una sola intención y con firmeza en el actuar del operador. El desprendimiento del colgajo mucoperiódontico se llevará a cabo con un instrumento llamado Periostótomo o bien, con una legra. Este instrumento se insinúa entre la arcada dentaria y la fibromucosa palatina y por pequeños movimientos sin herir ni desgarrar la encía, se desprende la fibromucosa hasta dejar al descubierto el hueso de la Bóveda Palatina.

El colgajo debe ser mantenido inmóvil durante el curso de la operación, pasando por él un punto con hilo de sutura y anudándolo a algún molar del lado opuesto o bien, al campo operatorio que cubre al paciente. Una buena técnica de anestesia cohibe la hemorragia en esa área, - sin cuyo requisito, la visión del campo no es correcta.

Ostectomía.- Se elimina el hueso que cubre al diente retenido por medio de una fresa quirúrgica. Se debe dejar completamente al descubierto la corona y raíz del diente o de los dientes. Se debe mantener irrigado el lugar con suero fisiológico tibio. Este paso de la Ostectomía, es recomendable que se lleve a cabo con fresas redondas números 4 ó 5. El paso que sigue es la eliminación del diente retenido, si es necesario, se debe de llegar a la Odontosección que es el procedimiento por el cual seccionaremos el diente las veces que sea necesario para poder eliminarlo sin traumatizar ni tardar la operación. Con una buena técnica y destreza por parte del operador, es suficiente seccionando el - diente en dos, Corona y Raíz.

El diente será seccionado a nivel del primer tercio radicular con fresa de fisura números 702 ó 560, dirigida perpendicularmente al eje mayor del diente. Existen algunos casos en que el diente está dirigido en un sentido próximo al vertical, en los cuales la sección no es aplicable. En tal posición, se crea un espacio con fresas alrededor de la corona del canino y siempre que la cúspide no se encuentre clausurada, puede ser extraído con un elevador recto introduciendo con movimientos de rotación, con lo cual se consigue imprimir al diente cierto grado de luxación.

Extracción de las partes seccionadas.- Extracción de la Corona. La corona se puede extraer introduciendo el elevador angular de hoja delgada entre la cara del diente que mira hacia la línea media y la estructura ósea.

Con un movimiento de palanca con punto de apoyo en el borde óseo y girando el mango del instrumento, se desciende la corona.

Extracción de la Raíz.- Eliminada la Corona, hay un amplio espacio para dirigir la Raíz hacia la cavidad ósea vecina. Cuando la Osiestructura es escasa, puede luxarse la raíz introduciendo el mismo elevador angular que se usó para la corona entre la pared radicular que mira a la línea media y el hueso adyacente y dirigiendo la raíz hacia abajo y hacia la línea media.

Tratamiento de la Cavidad Ósea.- Extraído completamente el canino, debe inspeccionarse la cavidad ósea y extraer las esquirlas de hueso o de diente que puedan quedar y eliminar el saco pericoronario del diente retenido. Este se extirpa con cucharilla filosa.

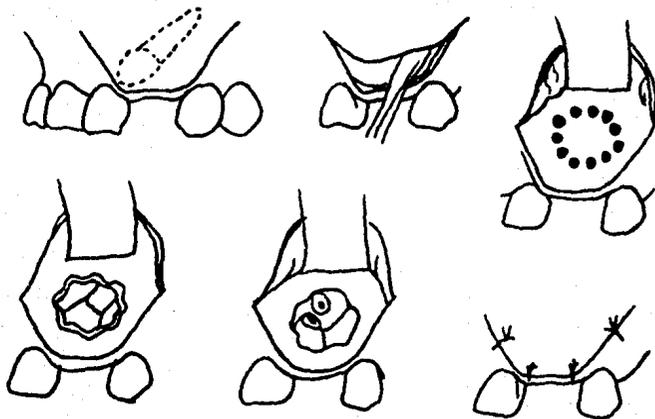
La omisión de esta medida puede ocasionar patologías infecciosas y tumorales. Los bordes agudos y prominentes deben ser alisados con una fresa redonda con escofinas o limas para hueso. Se debe lavar perfectamente con suero fisiológico tibio haciendo presión con la jeringa hipodérmica a manera que la presión del líquido libere a la cavidad de los restos óseos ya desprendidos y a restos sanguinolientos que perturben la correcta reparación de tejidos óseos y mucosos de esa cavidad.

Sutura.- En éste y en la totalidad de casos de Cirujía Bucal, este procedimiento es imprescindible. El colgajo que durante la operación fue irrigado, se vuelve a su sitio readaptándolo perfectamente, de manera - que las lengüetas interdientarias ocupen su normal ubicación. Se realizan puntos separados en cada uno de los espacios interdientales para así lograr al 100% la adhesión del colgajo. Terminada la operación, se coloca un trozo de gasa mojada con suero en la bóveda palatina, comprimiendo y manteniendo adosada la Fibromucosa.

Tema 3.- Caninos Superiores Extraídos por Vía Vestibular

La vía Vestibular para la extracción de los caninos retenidos en el lado vestibular y los palatinos cuando se encuentran cerca de la arcada dentaria con espacios grandes dada por ausencias o diastemas, es muy sencilla ya que la iluminación es más fácil y el acceso al diente es más directo.

Esta técnica se lleva a cabo en caso en que se encuentre la Bóveda Palatina un canino o caninos muy próximos a la arcada dentaria, el colgajo se hará por Vestibular, siempre y cuando haya espacio entre los demás dientes para maniobrar por ese lado.



Una vez realizada la asepsia y antisepsia de la zona a intervenir, se procede a realizar el bloqueo nervioso. Se bloquea a nivel del agujero Infraorbitario y se completa con anestesia del paladar a nivel del agujero palatino anterior y una anestesia Distal a nivel del ápice del canino.

Incisión.- La incisión que regularmente se practica en Vestibular es la de Parah o la Newman, lo importante de esto es que la incisión quede lo suficientemente alejada del sitio de implantación del diente como para que éste no coincida con la brecha ósea al reponer el colgajo en su sitio. El colgajo mucoperióstico se liberará de cualquier traumatismo o movimiento innecesario, sujetándolo con un punto de sutura o con un separador romo.

Ostectomía.- Se realiza con la fresa quirúrgica, manteniendo la irrigación con suero fisiológico tibio.

Una vez enucleada la tapa ósea, se puede extraer enteros a los ca ninos luxándolos previamente con elevadores rectos que se insinúan entre el dente y la pared ósea en los sitios más sólidos. Luxado el dien te, se toma con una pinza recta y se extrae.

Los caninos que se encuentren próximos a la arcada dentaria y, en caso de ausencia del Incisivo Lateral del primero premolar o de ambos, pueden ser intervenidos por la vía vestibular; para hacer posible su extracción, es necesario seccionarlos.

Odontosección.- Se realiza con fresa de fisura 702 ó 560 y se corta a nivel del primer tercio radicular. La corona se extrae con elevador recto y se irriga. En el espacio creado por la corona extraída se proyecta la porción radicular. La raíz es movilizada en dirección de su eje ma yor con elevadores.

Puede ser necesaria una nueva sección de la porción radicular cuan do la raíz, al ser dirigida hacia adelante, tropieza con el diente veci no.

Tratamiento de la Cavidad Osea.- Se inspecciona y se eliminan completamente cualquier elevación o espícula ósea con lima para hueso o fresa redonda; los bordes de la ventana deben quedar bien biselados y se debe eliminar también el saco pericoronario con ayuda de una cucharilla.

Se lava perfectamente haciendo presión con el suero para que éste expulse cualquier resto que pudiera provocar en los posterior alguna infección.

Sutura.- Se baja el colgajo adosándolo completamente y con dos o tres puntos de sutura se dará por terminada la intervención.

La extracción de los caninos superiores en maxilares desdentados elige por mayor facilidad la vía vestibular, ya que la ausencia de dientes facilita el problema, prácticamente cualquier retención puede resolverse por esta vía, a no ser los colocados muy profundamente, lejos de la tabla externa y próximos a la bóveda palatina, para éstos la vía más corta es la palatina.

Tema 4.- Caninos Inferiores Vestibulares y Técnica Quirúrgica

Dadas las características que presentan en su retención, se pueden clasificar en:

CLASE I . MAXILAR DENTADO.- Unilateral. Diente ubicado en el lado Lingual.

- a) Posición vertical
- b) Posición horizontal

CLASE II . MAXILAR DENTADO.- Unilateral. Diente ubicado en lado - bucal.

- a) Posición vertical
- b) Posición horizontal

CLASE III. MAXILAR DENTADO.- Bilateral. Diente ubicado en lado - Lingual.

- a) Posición vertical
- b) Posición horizontal

Y dentro de la misma CLASE III, están los dientes ubicados en lado bucal:

- a) Posición vertical
- b) Posición horizontal

CLASE IV. MAXILAR DESDENTADO.- Unilateral.

- a) Posición vertical
- b) Posición horizontal

CLASE V. MAXILAR DESDENTADO.- Bilateral.

- a) Posición vertical
- b) Posición horizontal

Enseguida se procede a describir los tiempos quirúrgicos.

Anestesia.- Se bloqueará en el agujero Mentoniano localizado entre los dos premolares inferiores. Se puede reforzar con un medio cartucho de anestesia con la Técnica Mandibular Regional.

Incisión.- La incisión en arco sin llegar a borde gingival o bien librando los cuellos gingivales de cada diente y haciendo una liberación de arriba hacia abajo sin llegar a borde gingival.

Con una legra fina se desprende el colgajo mucopari6stico y se sostiene con un separador romo o con un punto de sutura al campo que cubre al paciente.

Ostectomía.- Se realiza la ventana 6sea con una fresa redonda número 8 y con la irrigación se van desechando los pedazos de hueso destruido.

Odontosección.- La escasa elasticidad del hueso del maxilar inferior en su porción basilar exige la disminución del volumen del diente retenido.

Se realiza dicha operación con fresa de fisura 702 ó 560 y se incidirá en el primer tercio radicular. Las porciones seccionadas se extraerán por separado con elevadores rectos o angulares, según la posición y facilidad del acceso.

Tratamiento de la Cavidad Osea.- Ya extraído por completo el diente, se lava la cavidad y se eliminan espículas 6seas y saco pericoronario, se lava bien la cavidad y se procede a suturar.

Sutura.- Se adosa bien el colgajo, se une con 2 ó 3 puntos separados y se mantiene firme con una gasa húmeda en suero fisiológico.

Tema 5.- Extracción de Caninos Inferiores Linguales

Es poco común esta anomalía. La extracción puede realizarse por vía vestibular si el caso es que haya ausencia de dientes vecinos. La extracción por vía lingual es muy laboriosa por las dificultades de acceso inherentes a la ubicación del diente retenido y la mala iluminación y visibilidad a ese nivel. Por eso es preferible aunque se sacrificuen dientes, hacerlo por vía vestibular.

El método de la Odontosección disminuye los riesgos de lesiones de los dientes vecinos y lesión o fuerza excesiva que puede comprometer la integridad del maxilar. Existe una forma de presentación de los caninos inferiores retenidos y se denomina Vestibulolinguales. En éstos, la raíz o parte de ella, se encuentra en el lado vestibular y la corona en el lado lingual.

En estos casos, se debe practicar la Alveolectomía Vestibular, la sección del canino a nivel de su cuello y la extracción de los dos elementos por la vía en que están ubicados: La corona por el lado lingual y la raíz por el vestibulo.

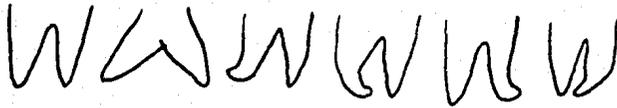
En arcadas desdentadas en que se presente esta retención, la vía de acceso será siempre la vestibular. La incisión angular es la de preferencia, aunque la de Newman está también indicada. El resto de la operación se apega a las anteriores.

Tema 6.- Tercer Molar Inferior Retenido

Es el órgano terminal de la serie dentaria, éste tiene características morfológicas propias y diferenciales, presenta mayores variedades de forma, tamaño, disposición, anomalías.

La Corona puede ser normal, pequeña o grande; con número normal de cúspides o ser tri o tetra o multicuspídea y poseer lóbulos, tubérculos o cúspides adicionales.

Las Raíces pueden asemejarse a un cono de base superior que coincide con el cuello dentario. Dentro de este cono se dibujan todas las presentaciones posibles. Casi siempre es birradicular, son frecuentes los molares con tres, cuatro o cinco raíces.



6.1 Posición del Tercer Molar

a) Posición Vertical.-

El eje mayor del tercero, es paralelo al eje mayor del segundo molar.

b) Posición Mesioangular.-

El eje mayor del tercero forma, con el eje mayor del segundo, un ángulo agudo abierto hacia abajo.

c) Posición Horizontal.-

El eje mayor del tercero, es perpendicular del eje mayor del segundo.

d) Posición Distoangular.-

La Corona del tercer molar, apunta en grado variable hacia la Rama ascendente y el eje mayor forma con el eje mayor del segundo, un ángulo agudo abierto hacia arriba y atrás.

e) Posición Linguoangular.-

La Corona del tercer molar se dirige hacia la lengua y sus ápices hacia la tabla externa.

f) Posición Bucoangular.-

La Corona del tercer molar se dirige hacia la tabla externa y sus raíces hacia la interna o lingual (es una manifestación - rara).

g) Posición Invertida (paranormal).-

La Corona del tercer molar se dirige por regla general hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia el cóndilo.

6.2 Técnica Quirúrgica

La extracción del Tercer Molar Retenido Inferior exige abrir por medios quirúrgicos la encía que tapiza la región de este diente.

La cirugía consta de los siguientes tiempos:

- I . Incisión
- II . Preparación de los colgajos
- III. Osteotomía
- IV . Operación propiamente dicha (extracción)
- V . Tratamiento de la cavidad ósea
- VI . Sutura de los colgajos
- VII. Tratamiento posoperatorio

Y se refieren a lo siguiente:

I.- Incisión:

Se inicia la incisión en la parte más alta de la cresta distal, - por detrás de la cara distal del segundo molar, con trazo de una sola intención enérgica que permita percibir debajo del instrumento la sensación de hueso o de la cara dentaria. La longitud de - la incisión estará dada por el tipo de retención del molar.

Al llegar a la cara distal del segundo contornea su cuello y continúa después festoneando la encía en su adaptación al cuello del segundo y primer molar; su profundidad llega también hasta hueso y secciona en su penetración los ligamentos correspondientes, esta incisión detiene en el espacio interdentario del primer molar y segundo premolar.

En los casos de ausencia del segundo molar, la incisión se realiza sobre la cresta alveolar, se detiene en el centro de la cara - distal del primer molar y prosigue hacia el cuello de este diente contorneándolo.

En caso de ausencia de todos los dientes de la arcada, la incisión corre por el borde hasta aproximadamente 2 cm. del límite mesial -

del molar retenido y puede prolongarse hacia la cara vestibular del maxilar, la prolongación no es ideal pues crea condiciones desfavorables para la cicatrización.

II.- Preparación de los Colgajos:

Con el periostótomo o con una legra se comienza a separar el tejido mucoperiostico desde el lado distal al mesial. El periostótomo toca el hueso y, apoyándose en él con suaves movimientos de la lateralidad y de giro del instrumento, se desprende el lado bucal de la incisión en toda la extensión que va del tercer molar al espacio situado entre el primer molar y el segundo premolar y aún al espacio interdentario.

Desprendido el colgajo se le mantiene con el mismo periostótomo o con un separador.

III. Ostectomía:

El objeto de este paso es resacar la cantidad necesaria de hueso - como para tener acceso al molar y disminuir la resistencia. Es un tiempo importante en la cirugía del tercer molar, la Ostectomía, junto con la Odontosección, simplifican un problema que de otra manera sería altamente traumatizante y tardada la intervención.

La Ostectomía con escolplo es donde se utilizan estos instrumentos indicados en la técnica quirúrgica. El hueso pericoronario es sumamente sólido, sobre todo los huesos bucal y distal y exige efectuar maniobras precisas con instrumentos afilados.

La Ostectomía con fresas es un instrumento muy útil para este caso. Su empleo es simple y su función puede ser realizada con éxito con sólo evitar su calentamiento que se logra con el chorro de suero - fisiológico y procurando que no se emboten por las partículas óseas que se depositan entre los dientes. Son útiles las fresas de carburo de tungsteno que resecan el hueso con precisión y rapidez.

El grado de la resección ósea depende del tipo de retención, cantidad de hueso y forma radicular. La Ostectomía de acceso se refiere a la remoción de hueso necesario para llegar instrumentalmente a la cara mesial inaccesible.

La Ostectomía para la extracción está regulada por la consistencia y cantidad del hueso pericoronario, la posición del molar, sus des viaciones, la forma de su corona y disposición de sus raíces.

IV.- Extracción:

Se realiza después de eliminados los factores de la resistencia - (por Ostectomía). Se aplica por la cara mesial del tercer molar un elevador, siguiendo los principios mecánicos de la palanca de primero y segundo género con punto de apoyo sobre el borde óseo mesial o mesiobucal, eleva el molar dirigiéndolo hacia el lado distal y - hacia arriba.

La Odontosección en molares retenidos simplifica y agiliza una operación que de otra manera sería traumática, lacerante e improductiva. El método de la división del diente tiene innumerables ventajas que hacen el éxito de la operación y el bienestar del paciente.

La Odontosección puede realizarse en dos formas distintas, según - su eje mayor y según su eje menor. Ambas maniobras pueden efectuarse con varios tipos de instrumentos, escoplos y fresas del número 8 de Carburo de Tugatenó.

Para la primera, usamos el escoplo, preferentemente el de hoja ancha de uno o de dos biseles, muy bien afilado y para la segunda, - la fresa, redonda o de fisura.

En la Odontosección con escoplo, se realiza un solo golpe destinado a seccionar, debe ser de tal intensidad, que logre el propósito de un solo intento, el borde cortante del escoplo se coloca sobre la cara oclusal del molar a seccionarse o sobre un surco de la mis ma cara.

La Odontosección con fresa en la división según el eje menor, se realiza a nivel del cuello del molar bajo un chorro de suero fisiológico para evitar el sobrecalentamiento del molar.

La extracción de las partes seccionadas según el eje mayor, se introduce entre las porciones divididas en elevador recto de hoja - fina y se gira el mango del instrumento, tratando de desplazar - hacia el lado distal la porción distal de la Odontosección.

Eliminada esta porción, se aplica el elevador por debajo de la cara mesial del tercero rotando el mango del instrumento en el sentido de su eje, se dirige la porción mesial hacia el lado distal, lo permite el alveolo distal que está vacío por la eliminación de la porción distal (parte distal de la corona y raíz distal).

Extracción de las porciones en la sección según el eje menor, se introduce un elevador recto en la cara mesial del tercero y se gira el mango del instrumento (en el sentido de las manecillas del reloj y a la inversa para el lado izquierdo) y se eleva la corona seccionada. Si la corona no asciende por este mecanismo, se procede con el elevador como una palanca de primer género, con apoyo en la cima del hueso mesial se desciende el mango del instrumento y la corona levantará en sentido opuesto al movimiento.

Para la eliminación de la porción radicular, se tendrá en cuenta si se trata de raíces fusionadas o de raíces que conservan su individualidad.

- a) Raíces Fusionadas.- El macizo radicular se extrae con un elevador, éste se introduce en el espacio dejado por la corona e instrumento entre el hueso y la cara mesial del macizo radicular, se dirige hacia arriba y hacia el lado distal. Es útil la aplicación de un orificio practicado en la cara distal de la raíz con una fresa redonda y desplazar la porción radicular hacia el espacio dejado por la corona girando el mango del instrumento en el sentido del desplazamiento deseado después de apoyar la hoja en el borde óseo distal.
- b) Raíces no Fusionadas (divergentes o convergentes).- Pueden extraerse aplicando el elevador por debajo de la cara mesial o se procede a separar las raíces con una fresa de fisura para extraer después las porciones en dos tiempos: la raíz distal y la raíz mesial con elevadores aplicados sobre la cara mesial y a favor del alveolo vacío.

V. Tratamiento:

Se realiza colocando dentro de ella:

- a) Medicamentos
- b) Gasas con medicamentos
- c) Drenaje

Medicamentos:

Se emplean las distintas preparaciones empleadas para el tratamiento de la alveolitis, los cementos quirúrgicos, los lavados de los alveolos o cavidades con soluciones anestésicas o antisépticas, - las sustancias diversas como vaselina, vaselina boricada, pastas de distintas fórmulas caldos y vacunas.

Gasas con Medicamentos:

Taponamiento, la gasa sola o impregnada con medicamentos (gasa - yodoformada), xeroformada, euroformada, con fenol alcanforado, - bálsamo del Perú, tintura de benjuí, etc.

Se usa para taponear cavidades de distinto volumen: alveolos post-extracción, cavidades de quistes o tumores.

El taponamiento se hace con dos fines: evitar la entrada a la cavidad de sustancias o cuerpos extraños, prevenir la hemorragia y el dolor.

Drenaje:

Afecciones que exigen la comunicación por tiempo variable de la - cavidad ósea con el exterior. Tal comunicación se realiza con drenes de gasa o de goma.

VI. Sutura:

El cierre con sutura es el ideal quirúrgico. Se realiza con una - aguja curva e hilo (seda o nylon), puede realizarse un punto, dos o un punto cruzado, es necesario afianzar el colgajo atravezado - con la aguja a nivel de la lengüeta entre el primero y el segundo molar, se surca el espacio interdentario, se toma la porción lin-

gual de la encía y después de un recorrido en sentido inverso, se anuda el hilo sobre la cara bucal del maxilar.

VII. Tratamiento Posoperatorio:

Se indica al paciente la necesidad de que se aplique en la zona intervenida, de manera interna y externa, fomentos de hielo durante 10 minutos con descanso de una hora. Esto lo hará las primeras 24 horas y las siguiente 24, fomentos húmedo-calientes durante 10 minutos y con descanso de una hora. Que no realice ejercicios fuertes o pesados.

Dieta blanda y que poco a poco vaya realizando movimientos de apertura y cierre de la boca. El cirujano deberá prescribir al paciente una dosis de antibiótico por 8 días como mínimo, antiinflamatorio y si se llega el caso de dolor posoperatorio, analgésicos.

Tema 7.- Tercer Molar Superior Retenido

Posiciones:

Los terceros molares superiores quedan retenidos en una proporción mucho menor que los inferiores. El tercer molar superior presenta un accidente de erupción que le es propio. Ocurre en los molares que erupcionan hacia el lado del carrillo. Este accidente está caracterizado porque al hacer su erupción, el molar pone su cara triturante en contacto con la mucosa del carrillo. Por un doble mecanismo, aumento de la erupción y movimientos masticadores, la cara triturante del molar o una de sus cúspides, termina por ulcerar la mucosa del carrillo.

Esta úlcera se encuentra continuamente traumatizada por las cúspides del molar, produciéndose dolores de gran intensidad, los tejidos blandos se inflaman y se produce una celulitis en esas partes blandas acompañadas de Trismus y Ganglios Infartados, esto repercute sobre el estado general.

La masticación está impedida y la fonación dificultada.

La retención del molar puede ser intraósea o submucosa, pueden estar total o parcialmente retenidos.

La posición del Tercer Molar Retenido:

a) Posición Vertical.

El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar. El diente puede estar parcialmente o totalmente cubierto por hueso.

b) Posición Mesioangular.

El eje del molar retenido está dirigido hacia adelante. En esta posición y el contacto de las cúspides mesiales del molar superior retenido, impiden su normal erupción.

c) Posición Distoangular.

El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad

del maxilar. La cara triturante mira hacia la apófisis Pterigoides, con la cual puede estar en contacto.

d) Posición Horizontal.

El molar está dirigido hacia el carrillo, con el cual la cara triturante puede ponerse en contacto, dando los accidentes de carrillo. La cara triturante suele también dirigirse hacia la bóveda palatina o presentarse horizontal, forma rara, paralelo a la corona dentaria con su cara oclusal hacia mesial o distal. Este puede erupcionar en la bóveda.

e) Posición Paranormal.

El molar retenido puede ocupar diversas posiciones.

7.1 Técnica Quirúrgica

Incisión.- Puede usarse la incisión de dos ramas, bucal y anteroposterior. La rama anteroposterior se traza próxima a la cara palatina del diente, paralelamente a la arcada y en una longitud de un centímetro. La incisión bucal parte del extremo anterior de la primera incisión y se dirige hacia afuera, rodea la tuberosidad del maxilar y asciende hasta las proximidades del surco vestibular donde termina. La incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso o corona del molar y en sentido anterior hasta el cuello del segundo molar. El colgajo se desprende con un periostótomo y se sostiene con un separador.

Ostectomía.- El hueso que cubre la cara triturante se elimina con escoplos rectos o con fresa. En ciertos casos, el hueso a nivel de la cara triturante es tan delgado y frágil, que puede ser eliminado con una cuchilla para hueso o con el mismo elevador.

Vía de Acceso a la Cara Mesial.- La cara mesial será la superficie sobre la cual se aplicará el elevador para extraer el molar retenido, - si no es accesible, se necesitará eliminar el hueso del tabique mesial que impide la entrada del instrumento.

La Ostectomía a este nivel se realiza con escoplo o con una fresa quirúrgica de forma redonda.

Extracción del Molar Retenido con Elevadores.- Se penetra la punta del elevador en el espacio existente entre la cara mesial del tercer molar y la distal del segundo. La introducción del instrumento se realiza con un movimiento giratorio. Actúa en su primer tiempo como cuña. En la primera parte del movimiento para llegar a su punto de aplicación, el elevador consigue luxar al tercer molar.

Aplicación del Elevador.- Se aplican con su cara plana, sobre la cara anterior del diente. El instrumento debe estar dirigido en sentido diagonal en relación a la cara del diente.

Punto de Apoyo.- Este se logra en la cara distal del segundo molar o en el tabique óseo. Aplicado el elevador, separado el labio y el carrillo con el espejo, se inicia suavemente el movimiento de luxación del molar retenido, éste debe ser dirigido hacia abajo, hacia afuera y atrás por lo tanto, debe desplazarse el mango del elevador hacia arriba, adentro y adelante, con punto de apoyo en la cara distal del segundo molar.

Sutura.- Extraído por completo el molar, revisados los border óseos en especial el tabique externo y posterior, lavada la cavidad retirando el saco pericoronario con una pinza gubia, se aplica el colgajo en su sitio y se practican uno o dos puntos de sutura.

CONCLUSIONES:

Las extracciones de Dientes Retenidos dentro de la Cirugía Bucal, brindan al paciente la recuperación de las funciones de la Cavidad Bucal.

El Cirujano Dentista en su práctica diaria, requiere de un amplio conocimiento de todas las estructuras a las cuales interviene: localización, función, forma, tamaño y la relación que guardan entre sí.

El adecuado desarrollo de las Técnicas Quirúrgicas, conducirá al Cirujano Dentista a finalizar el tratamiento en óptimas condiciones y a la plena recuperación del paciente.

BIBLIOGRAFIA

Ries Centeno

Cirugía Bucal

Editorial El Ateneo

Buenos Aires 9a. Ed.

Archer

Atlas Paso por Paso

de Técnicas Quirúrgicas

Ed. Mundi Tomo I

Kruger Gustavo

Cirugía Bucomaxilofacial

Ed. Médica Panamericana

Buenos Aires 1983

Sanders, Bruce

Cirugía Bucal y

Maxilofacial

Ed. Mundi

Bueno Aires 1984