

2ej. 37



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A:  
SOCORRO ALVARADO VARGAS**

**MEXICO, D. F.,**

**1982**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

## INTRODUCCION

- I. - ANATOMIA DE LA MANDIBULA.
  - a) Estructura ósea.
  - b) Inserciones musculares.
  - c) Inervación.
  - d) Irrigación.
  - e) Ganglios.
  
- II. - ANATOMIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR
  - a) Corona.
  - b) Raíz.
  - c) Cámara pulpar.
  
- III. - GENERALIDADES DE DIENTES RETENIDOS
  - a) Radiografía intraoral.
  - b) Radiografía oclusal.
  
- IV. - TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRAC-  
CION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES  
RETENIDOS,

## CONCLUSIONES

## BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

Los conocimientos que he adquirido a lo largo de la carrera de Cirujano Dentista, me han brindado la oportunidad de conocer cada una de sus especialidades, inclinandome por la Cirugía Bucal y por ello quise en mi tesis tratar el tema de el tercer molar inferior retenido.

Para tener un mayor conocimiento y poder brindar un mejor servicio a mis semejantes, puesto que un tercer molar inferior retenido puede ocasionar diversos trastornos y es deber del Cirujano Dentista tener conocimiento de ello.

## CAPITULO I ANATOMIA DE LA MANDIBULA

Mandíbula. - Es un hueso impar, que consta de un cuerpo, dos ramas una derecha y una izquierda.

Cuerpo. - Su forma semejante a la de una herradura cuya concavidad se halla hacia atrás, tiene dos caras y dos bordes.

Cara anterior. - En su línea media se encuentra una cresta vertical que recibe el nombre de sínfisis mentoniana, su parte inferior y mas saliente es la eminencia mentoniana. Hacia atrás de la línea media se encuentra un orificio cuyo nombre es agujero mentoniano, y posterior a este agujero, se encuentra una línea que sale del borde anterior de la rama vertical y se dirige al borde inferior del cuerpo, está línea recibe el nombre de línea oblicua externa.

Cara posterior. - Cerca de la línea media existen cuatro tuberculos, dos superiores y dos inferiores, conocidos como apófisis geni. Partiendo del borde anterior de la rama vertical, se encuentra una línea vertical que se dirige hacia abajo y adelante terminando en el borde inferior de esta cara su nombre es línea oblicua interna o milohioidea. Por fuera de la apófisis geni y por encima de la línea oblicua interna se observa la foseta sublingual, por debajo de la misma línea oblicua y casi en el borde inferior hay una foseta mas grande que la anterior y es la foseta submaxilar.

**Bordes.** - El borde inferior es romo y redondeado con dos depresiones llamadas fosetas digástricas situadas a cada lado de línea media. Borde superior o borde alveolar, presenta una serie de cavidades o alvéolos dentarios los anteriores son simples y los posteriores están compuestos de varias cavidades, todos están separados entre sí por puentes óseos o apófisis interdientales.

**Ramas.** - Son dos una derecha y una izquierda, de forma cuadrangular aplanadas transversalmente, las dos tienen un plano definido que es vertical, su eje mayor está dirigido oblicuamente hacia arriba y hacia atrás, por lo tanto tienen dos caras y cuatro bordes.

**Cara externa.** - Su característica principal es que es más rugosa en su parte inferior.

**Cara interna.** - En la parte media de esta cara hacia la mitad de la línea diagonal que va del condilo al borde alveolar se encuentra un orificio amplio llamado orificio superior del conducto dentario, el borde anteroinferior de este orificio lo forma la espina de Spix que es una saliente triangular, tanto este borde como el posterior se continúan hacia abajo y adelante formando el canal milohioideo. En la parte inferior y posterior de la cara interna existen rugosidades.

**Bordes.** - El borde anterior está dirigido oblicuamente hacia abajo y adelante, se halla excavado en forma de canal, sus bordes divergentes se separan a nivel del borde alveolar continuándose sobre las caras internas y externa con las líneas oblicuas; este borde forma el lado externo de la

hendidura vestibulo cigomatica. El borde posterior es liso y obtuso, recibe también el nombre de borde parotideo. El borde superior posee una amplia escotadura situada entre dos gruesos salientes, por delante la apófisis coronoides y por atrás el condilo del maxilar inferior esta escotadura recibe el nombre de escotadura sigmoidea.

La apófisis coronoides es de forma triangular con vértice superior. El condilo es de forma elipsoidal aplanado de delante atrás, su eje mayor está dirigido oblicuamente hacia adelante y afuera, se une al resto del hueso por un estrechamiento llamado cuello del condilo. El borde inferior de la rama se continúa con el borde inferior del cuerpo, por detrás al unirse con el borde posterior forma el ángulo del maxilar inferior o gonión,

## MUSCULOS.

En la línea oblicua externa se insertan el triangular de los labios, el cutáneo del cuello y el cuadrado de la barba,

En la apófisis geni en los tuberculos superiores se insertan los músculos genioglosos y en los inferiores los geniohioideos.

En la línea oblicua interna se insertan el milohioideo.

En las fosetas digástricas se inserta el músculo digástrico.

En la cara externa de la rama en la parte inferior, se inserta el músculo masetero,

En la cara interna de la rama en su parte inferior y posterior, el músculo pterigoideo interno.

En la apófisis coronoides se inserta el músculo temporal.

En el cuello del condilo en su cara interna se inserta el músculo pterigoideo externo.

En el borde anterior de la rama ascendente, se inserta el músculo bucinador.

#### INERVACION.

La mandíbula esta inervada por el nervio - - dentario inferior que es de los más voluminosos originados por el maxilar inferior también esta inervado por el nervio lingual, ambos nervios son ramas del nervio trigémino.

El nervio dentario inferior tiene sus ramas - colaterales que son: la rama lingual, nervio milo - - hioideo, ramos dentarios.

Las ramas terminales son: el nervio incisivo, el nervio mentoniano.

#### Irrigación.

La irrigación de la mandíbula está a cargo - de las siguientes arterias:

Por las ramas descendentes de la arteria - - maxilar interna, estas ramas son; la dentaria infe - rior que se origina a nivel del cuello del cóndilo, - en su trayecto produce varias ramas como la pterf-



goidea, para el pterigoideo interno, la rama milo--  
 hioidea. Otra de las ramas descendentes es la ar-  
 teria maseterina, la arteria bucal, arterias pterigo-  
 deas van a irrigar a los músculos pterigoideos.

También recibe irrigación de ramas de la ar-  
 teria facial, dichas ramas son: la arteria pterigo-  
 sea que aborda al pterigoideo en su cara profunda,  
 que irriga a la glándula submaxilar, la submentonia  
 na recorre la cara interna de la mandíbula emite -  
 ramas que van a la glándula submaxilar, músculo -  
 milohioideo, y al vientre anterior del digástrico, la  
 maseterina inferior que corre hacia atrás y arriba-  
 por la cara externa del masetero, la coronaria infe-  
 rior que irriga el labio inferior.

La arteria maxilar interna es rama terminal  
 de la arteria carotida externa, mientras que la arte-  
 ria facial es rama colateral.

Las venas que intervienen en la irrigación -  
 de la mandíbula son la vena facial, que pasa por -  
 el borde inferior de la mandíbula, las venas masete-  
 rinas anteriores, la vena submentoniana, y la vena  
 maxilar interna, estas venas son afluentes de la yu-  
 gular interna.

## GANGLIOS.

Entre los ganglios encontramos el grupo sub-  
 maxilar, están situados por dentro del borde infe-  
 rior de la mandíbula. El grupo suprahioideo o sub-  
 mentoniano, se hallan colocados en la cara anterior  
 del milohioideo entre los dos vientres del digástri-  
 co, estos ganglios forman parte del círculo ganglio-  
 nar pericervical.

## CAPITULO II

### ANATOMIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Es órgano terminal de la serie dentaria, es el diente que mayor variedad de formas, anomalías y disposiciones presenta, en cuanto a su forma en algunos casos se parece al primer molar o al segundo molar, y hay ocasiones en que no tiene ninguna similitud con otros dientes, el tercer molar puede presentar distintas anomalías de forma, también modifican la anatomía coronaria, tuberculos supernumerarios y germinaciones. Con respecto al tamaño en muchos individuos, es el molar más pequeño, -- existe una porción elevada en la cual este molar es el más grande.

Como en todos los dientes, debemos considerar en él; corona; raíz ambas unidas por una región anatómica denominada cuello dentario, cámara pulpar.

Corona. - Presenta la forma del primero o segundo molar, por lo tanto presenta 4 ó 5 cúspides, un elevado porcentaje presenta solo 3 y existe un pequeño porcentaje que presenta una formación coronaria defectuosa. Sus caras son: mesial, bucal, lingual, distal y oclusal.

La cara mesial es ligeramente plana, su dimensión bucolingual, mayor que la vertical.

La cara bucal es convexa, presentando distintos surcos de acuerdo con la condición y número de cúspides de la cara oclusal, la cara mesial se une a la bucal formando un ángulo llamado mesiobu

cal, dicho ángulo es recto.

La cara lingual se presenta ligeramente plana en su dirección vertical, pero suavemente convexa en su dirección mesiodistal, se une a la cara distal por el ángulo distolingual y a la mesial por el ángulo mesiolingual.

La cara distal es convexa, con su vertiente superior más corta que la inferior, la convexidad de la cara distal es de proporciones diversas y, en algunos casos esta característica es pronunciada, se une a la cara bucal por un ángulo recto que se denomina distobucal.

La cara oclusal es de forma variable, de acuerdo con el número de cúspides que presente, en los pentacúspides existen tres cúspides bucales y dos linguales; los molares con cuatro cúspides tienen dos bucales y dos linguales; los tricúspides tienen por lo general dos bucales y una lingual.

Por los molares con diversas anomalías de forma, número y disposición de las cúspides, estas cúspides se denominan según en el ángulo en que estén situadas: mesiobucal, distobucal, distolingual y distomesial, la cúspide extra en los pentacúspides, cuando esta situada entre las dos bucales, puede llamarse bucooclusal o central.

La cara oclusal posee por lo general dos fosas y distintos surcos, que unen estas fosas con las caras del molar.

La cara oclusal se une a la cara mesial por el ángulo mesiooclusal y a la bucal por el ángulo

buccooclusal; a la cara distal se une por el ángulo - distooclusal y a la lingual por el ángulo linguooclusal.

## RAICES

Por lo general el tercer molar inferior es birradicular y de las dos raíces, una es la mesial y otra distal, la raíz mesial es aplastada en sentido mesiodistal, siendo algo más ancha en su porción bucal que en la lingual, la raíz distal tiene características, parecidas, por lo general su dimensión mesiodistal es menor que la de la raíz mesial.

Es frecuente encontrar molares con tres, cuatro y cinco raíces y su disposición no sigue ninguna forma en particular. En algunos casos se puede encontrar bifidez de la raíz mesial, en algunos otros casos son raíces supernumerarias con enanismo o gigantismo, acopladas a la raíz mesial o distal, por otra parte pueden encontrarse molares con sus raíces fusionadas, dando una forma cónica, pueden presentar sus conductos de modo único, doble o triple.

De las disposiciones más frecuentes de las raíces del tercer molar, es cuando ambas raíces están dirigidas hacia el lado distal.

Cuello; es el límite anatómico entre corona y raíz, esta ubicado en la porción más angosta de esta conjunción.

**CAMARA PULPAR.** - Es amplia, siendo visibles radiográficamente sus cuernos mesiales y distales, los conductos radiculares acompañan uno a -

cada raíz, pudiendo este detalle individualizar las raíces supernumerarias, en casos de raíces fusionadas o raíz única, el conducto puede ser único o doble.

### CAPITULO III GENERALIDADES DE DIENTES RETENIDOS

Se denomina diente retenido a aquel que una vez llegada la época normal de su erupción queda encerrado dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

La retención dentaria puede presentarse en dos formas: el diente está completamente rodeado por tejido óseo (retención intraósea) o el diente está cubierto por la mucosa gingival (retención subgingival).

Según algunos autores entre los dientes retenidos, el que ocupa el índice de frecuencia mayor es el tercer molar inferior.

#### ETIOLOGIA.

Entre las causas que pueden originar retención podemos mencionar las siguientes: razones embriológicas, obstáculos mecánicos y causas generales.

**Razones embriológicas.** - La ubicación especial de un germen dentario en un sitio muy alejado del de normal erupción; por razones mecánicas, el diente originado por tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar.

**Obstáculos mecánicos.** - son los siguientes:

a) Falta de espacio. Se pueden considerar varias posibilidades; el germen del tercer molar -

inferior debe desarrollarse entre una pared inextensible (cara distal del segundo molar) y la rama -- montante del maxilar.

b) Hueso de tal condensación, que no puede ser vencido en el trabajo de erupción (enostosis).

c) El impedimento que se opone a la normal erupción puede ser: un órgano dentario, dientes vecinos, que por extracción prematura.

Causas generales. - Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endocrinas 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 en la retención dentaria.

## CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.

A) Relación del diente con la rama ascendente de la mandíbula y el 2° molar.

CLASE I. - Hay suficiente espacio entre la rama y el lado distal del 2° molar para la acomodación del diámetro mesio-distal de la corona del 3° molar.

CLASE II. - El espacio entre la rama y la corona distal del 2° molar es menor, que el diámetro mesio-distal de la corona del 3° molar.

CLASE III. - Todo o casi todo el 3° molar está localizado en la rama ascendente.

B) Profundidad relativa del 3° molar en el hueso.

POSICION a. - La porción más alta del diente, esta a nivel de la línea oclusal o por encima de ella.

POSICION b. - La porción más alta del diente esta por debajo del plano oclusal, pero por encima de la línea cervical del 2° molar.

POSICION c. - La porción más alta del diente, está por debajo de la línea cervical del 2° molar.

C) La posición del eje longitudinal del 3° molar inferior retenido, en relación con el eje longitudinal del 2° molar, (esta posición puede ser horizontal, vertical, invertido, mesioangular, distoangular, vestibuloangular y linguoangular, además puede pre-



sentarse en desviación vestibular, desviación lingual y torción.

Se puede encontrar en distintas posiciones:

- a) Retención vertical. El tercer molar en este tipo de retención puede estar total o parcialmente cubierto por hueso, el eje mayor es sensiblemente paralelo al eje mayor del segundo y primer molar.
- b) Retención horizontal. En este caso el eje mayor del tercer molar es sensiblemente perpendicular a los ejes del segundo y primer molar.
- c) Retención mesioangular. El eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje de este diente un ángulo de grado variable.
- d) Retención distoangular. Es una forma opuesta a la anterior, el tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama montante; por lo tanto, la corona ocupa dentro de esta rama una posición variable de acuerdo con el ángulo en que está desviado.
- e) Retención invertida. El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal, es un tipo poco común de retención.
- f) Retención bucoangular. En este tipo el tercer molar ya no ocupa, el mismo plano que el segundo o primer molar, sino que su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados estos

dos dientes, la corona del molar retenido está dirigida hacia bucal.

g) Retención linguoangular. El eje mayor - del diente es perpendicular al plano en que están - orientados los molares anteriores pero la corona - del retenido está dirigida hacia el lado lingual.

Desviaciones del tercer molar respecto a la arcada.

1) Normal. El tercer molar sigue la forma oval de la arcada.

2) Desviación bucal. El molar está dirigido hacia afuera del ovalo de la arcada.

3) Desviación lingual. La desviación del -- molar tiene lugar hacia el lado lingual de la arcada.

4) Desviación bucolingual. El molar dirigido hacia el lado bucal y su cara oclusal desviada hacia la lengua.

## ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR - INFERIOR RETENIDO.

Lo podemos realizar mediante la radiografía intraoral, o la radiografía oclusal.

Técnica para la toma de la radiografía intraoral.

A) Posición del paciente. - Sentado en el sillón cuyo respaldo estará perpendicular al suelo, la cabeza estará ligeramente inclinada hacia atrás de manera que la línea oclusal del maxilar inferior se encuentre horizontal. La película se coloca dentro de la boca, con el eje mayor horizontal, el borde superior de película paralelo a la arcada y no sobresaliendo de la línea de oclusión más de tres o cuatro milímetros, el borde anterior de la película debe estar colocado a la altura de la cara mesial del primer molar, o mas distalmente si las condiciones anatómicas lo permiten. En la radiografía deben verse con precisión el diente a extraer en toda su extensión, las partes óseas vecinas y el 2° molar.

B) Posición del aparato de rayos X. - El cono del aparato debe estar colocado perpendicular a la película, aproximadamente ubicado a nivel del espacio interdentario entre el 2° y 3° molar,

La radiografía intraoral, nos permitirá observar los elementos anatómicos que son: el borde anterior del maxilar, la línea oblicua externa, la línea milohioidea y el hueso pericoronario que con el nombre de hueso mesial, bucal, distal, lingual, y

oclusal, cubre o rodea parcialmente o totalmente al 3° molar inferior.

Técnica para la toma de la radiografía oclusal.

A) Posición del paciente. El respaldo del sillón se inclinará hacia atrás. La cabeza reclinada, descendiendo el cabezal todo lo que permita la comodidad del paciente, luego se rotará la cabeza hacia el lado opuesto al del molar a radiografiarse. La película dental se colocará entre ambas arcadas dentarias lo más distalmente posible. El paciente morderá con mucha suavidad la película, su ángulo ha de encontrarse ligeramente hacia arriba, con el fin de permitirle insinuarse entre la rama montante del maxilar inferior y la tuberosidad del maxilar superior.

B) Posición del aparato de rayos X. - El cono del aparato se coloca por debajo del borde inferior de la mandíbula, de manera que el rayo central sea perpendicular a la película y pase a través del maxilar y del eje mayor del molar retenido. La radiografía oclusal dará la ubicación del tercer molar en su relación bucolingual, la cantidad de hueso existente del lado bucal y de lado lingual, y la relación del molar con la rama ascendente y la dirección anteroposterior del molar.

Es conveniente valorar las radiografías intraoral y oclusal, con el fin de precisar las relaciones anatómicas y las condiciones del hueso que rodea al molar retenido.

Accidentes ocasionados por el tercer molar inferior retenido.

Una de las causas primordiales en la producción de los accidentes de los terceros molares retenidos, es la falta de espacio.

Los accidentes del tercer molar pueden clasificarse clínicamente en:

1° Accidentes mucosos; 2° accidentes nerviosos, 3° Accidentes tisulares, 4° accidentes óseos, 5° accidentes linfáticos o ganglionares, 6° accidentes tumorales.

1° ACCIDENTES MUCOSOS. - Son las complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean al molar retenido, su primer tipo es la pericoronaritis, todos los autores consideran que de esta lesión inicial, derivan los procesos patológicos de la erupción del tercer molar.

Pericoronaritis. - Su origen esta en relación con la erupción del molar, su comienzo puede ser brusco, aparece sin aviso previo. A nivel del capuchón que cubre el molar retenido, total o parcialmente, se instala un proceso inflamatorio, con sus signos característicos: dolor, tumor, calor y rubor.

Dolor. Puede ser localizado en la región del capuchón, o irradiarse en la línea del nervio dentario inferior, o tomar distintas vías, en ocasiones el dolor se ubica en el oído o a nivel del tráguis, generalmente es nocturno, aumenta con el roce de los alimentos o con su cambio de temperatu-

ra. El dolor se debe a fenómenos de compresión del saco pericoronario y de la mucosa inflamados, o a la existencia de una úlcera debajo del capuchón, originada por el roce de una cúspide del molar en erupción.

Tumor. - La encía que cubre el molar se encuentra edematizada, aumentada de volumen, una sonda introducida debajo del capuchón, descubre la corona del diente retenido.

Rubor. - La encía ha cambiado su color normal y se presenta de color rojizo, o rojo violáceo, cubierta de abundante saburra restos alimenticios y coágulos de sangre.

Calor. - La vasodilatación consiguiente ocasiona un cambio en la temperatura de la región, -- este cuadro inflamatorio no queda circunscrito al panorama local, el estado general es prontamente afectado: fiebre anorexia, astenia, los ganglios regionales son atacados, el trismus acompaña el proceso, la masticación está dificultada.

2° Accidentes nerviosos. - Sobre el nervio dentario pueden incidir trastornos reflejopáticos y neurotróficos que se traducen en herpes, peladas, canicie, etc.

3° ACCIDENTES TISULARES. - Algunos autores consideran que la complicación celular de la pericoronaritis, puede tomar varias vías, y así tenemos que el absceso y la inflamación toman varias vías:

a) Hacia adentro, arriba y atrás. La colección purulenta puede abrirse camino entre el músculo constrictor superior de la faringe y la mucosa faringea y amigdalina, produciendo abscesos del pilar anterior o subamigdalino, de intensidad y gravedad variables.

b) Hacia atrás y arriba. Entre los fascículos del músculo temporal, el absceso puede abrirse camino hacia la fosa temporal vía extremadamente rara.

c) Hacia adentro. Es una vía en que las disposiciones anatómicas permiten la prolongación de los procesos supurativos. Entre la cara interna del maxilar y la mucosa y los órganos de la región sublingual, absceso puede ganar el suelo de la boca, entre el músculo milohioideo y las regiones supra o subyacentes, dando procesos siempre graves, algunas veces mortales: angina Ludwig flemones circunscritos o difusos del piso de la boca.

d) Hacia afuera y atrás. Rodeando el borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior, el proceso infeccioso puede abrirse camino en dirección al músculo masetero. Atravesando la vaina muscular puede dar un flemón maseterino o un absceso caracterizado por un trismus intenso y la aparición sobre la cara externa de la rama montante, de una tumefacción a gran eje vertical, pa-

ralela a la dirección general del cuerpo del masetero.

e) Hacia afuera y adelante. Siguiendo también las disposiciones anatómicas que le son favorables, la colección purulenta se dirige hacia adelante dando un absceso. Esta región donde se colecciona el absceso esta limitada por la cara externa de la mandíbula y músculos que son: por detrás el borde anterior del masetero; por delante el borde posterior del triangular de la barba; arriba el borde inferior del buccionador. Por debajo, cierra este espacio el borde inferior de la mandíbula.

4° ACCIDENTES OSEOS. - Dichos accidentes como complicación de una pericoronaritis, son sumamente raros. Se tiene muestra de varios pacientes portadores de terceros molares retenidos que, infectados sus sacos pericoronarios o en algunas ocasiones los quistes dentígeros que envolvían sus coronas, hicieron focos de osteítis y osteomielitis, -- en tales casos, el proceso óseo fue una complicación inmediata de la infección de un saco folicular una característica muy interesante en tales procesos, esta en el hecho de tratarse de terceros molares inferiores aislados, en personas desdentadas totalmente o sin dientes en el sitio del accidente.

Otra forma de accidente óseo, que se encuentra con relativa frecuencia, consiste en el proceso de osteítis que se desarrolla entre el segundo molar y el tercero retenido en mesioversión, el foso óseo que se desarrolla a ese nivel es susceptible de propagarse y dar cuadros sépticos de osteoflemones e infecciones generales.



La infección del saco pericoronario que da - hacia el lado distal del tercer molar erupcionado to - tal o parcialmente es también susceptible de dar pro - cesos óseos locales, y en algunos casos procesos - óseos con repercusión a distancia.

5° ACCIDENTES LINFATICOS O GANGLIONA - RES. - La repercusión ganglionar en el caso de una pericoronaritis es un hecho frecuente se puede de - cir que todas las infecciones del saco pericoronario se acompañan de su cortejo ganglionar, los ganglios tributarios de la región del tercer molar son los - subángulos maxilares (ganglio de Chassaignac) o sub - maxilares, este accidente ganglionar se trata de una adenitis, que evoluciona de acuerdo con la marcha - del proceso pericoronario, el ganglio vuelve a sus - proporciones normales y estado una vez terminada - la afección del saco pericoronario.

Pero en las infecciones de gran virulencia o cuando el estado general del paciente esta resentido, la adenitis simple puede transformarse en un verda - dero flemón del ganglio en esas circunstancias el - ganglio esta aumentado de volumen, doloroso a la - palpación y espontáneamente, el proceso tiene reper - cusión sobre el estado general, el ganglio en tales - casos tiende a la supuración, que se abre camino de por sí, o el ganglio es abierto por el cirujano, el - adenoflemón es un accidente común, su marcha y - evolución se ha modificado favorablemente con los - antibióticos.

6° ACCIDENTES TUMORALES. - Los terce - ros molares retenidos originan tumores que son los quistes dentígeros, que pueden infectarse, dando - - procesos supurativos de intensidad variable, compli

cándose con procesos óseos, en otras ocasiones y sin llegar a la condición de quiste dentífero, el -saco pericoronario puede seguir igual vía: la infección, sus consecuencias son las mismas.

Los restos del saco dentario, ubicados en -el lado mesial o distal del tercer molar, pueden --no desaparecer del todo originando lo que algunos -autores denominan granuloma posterior o anterior -o quiste marginal del tercer molar.

## CAPITULO IV

### TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

Para la realización de la técnica quirúrgica de un tercer molar inferior retenido, existen una serie de pasos básicos en el planteamiento de los procedimientos operatorios que son los siguientes:

- 1) Estudiar las radiografías cuidadosamente y determinar si las radiografías muestran el tamaño exacto y completo, no alargado o acortado, y la forma del diente; también el número tamaño y curvatura de las raíces o corona del diente adyacente o estructuras vitales.
- 2) Clasificar la retención.
- 3) Estudiar la radiografía oclusal para establecer la relación vestibulolingual del diente.
- 4) Examinar la posición de las raíces en relación con el conducto dentario inferior.
- 5) Revisar los resultados del examen visual y digital de los tejidos duros y blandos que rodean el sitio de la intervención.

Reunida toda la información obtenida del examen anterior se procede a planear la operación, en el planteamiento se debe:

- 1) Hacer un bosquejo de la extensión del colgajo por realizar teniendo en mente la necesidad de una extensión adecuada, con el mantenimiento de ==

una buena irrigación sanguínea del colgajo y un soporte adecuado para el colgajo después de la operación.

2) Se debe decidir si el diente retenido puede ser extraído o no por medio de a) seccionamiento del diente, b) una combinación de remoción ósea y división dentaria o c) solamente por exéresis del hueso vecino.

3) Se debe de estimar la cantidad de tejido óseo que puede ser eliminada, a fin de dar exposición adecuada y crear un espacio hacia el cual el diente retenido pueda ser movido en vías de su extracción.

4) Determinar el mejor método y los mejores instrumentos para la eliminación de hueso, fresas solas, escoplos solos o una combinación de fresas y escoplos, o la exéresis de cierta cantidad de hueso más el seccionamiento dentario.

5) Determinar la mejor dirección para elevar el diente retenido y los instrumentos necesarios para lograr este resultado con un trauma mínimo.

### TECNICAS OPERATORIAS ESPECIFICAS.

**Colgajo de tejidos blandos.** - Para extracción de los terceros molares inferiores retenidos, la incisión para el colgajo se empieza en la parte lingual de la línea oblícuca externa a una distancia de 2 cm, por distal del segundo molar inferior, y se dirige hacia adelante, hasta que contacte la línea "

media de la superficie distal del segundo molar.

Se continúa la incisión por vestibular alrededor del cuello del segundo molar hasta el espacio interproximal, entre el primero y segundo molar, y de allí se extiende hacia abajo en dirección al fondo del surco en ángulo de  $45^{\circ}$ . Con el periostótomó se separa cuidadosamente el colgajo, teniendo presente que el periostio debe acompañar a la mucosa bucal, dese vuelta y sosténgase el colgajo que cubre la corona del diente retenido, puede ser mantenido en esta posición por la hoja ancha del periostótomó, esto da acceso adecuado hacia el hueso.

La importancia de mantener la incisión de lado vestibular es a fin de que la infección y el trismo posoperatorios sean mínimos.

El colgajo vestibular debe reunir estos requisitos básicos: 1) Permitir una exposición adecuada del sitio por operar; 2) Tener base ancha, para asegurar buena irrigación sanguínea de los tejidos blandos; 3) Ser bastante grande, para que los tejidos blandos que rodean el sitio por operar no sean traumatizados durante la operación, y que cuando se vuelva a colocar en su sitio los bordes se apoyen sobre una base ósea amplia.

**Remoción del hueso de recubrimiento.** - Si el diente retenido está completamente cubierto, quítese el hueso, por medio de fresas y o escoplos.

**Fresas para hueso,** úsense fresas afiladas, para comenzar el corte a través de la densa cortical, (la fresa debe de ser en forma de punta de

lanza).

Cuando las hojas o bordes cortantes se obstruyan con las astillas óseas, límpiense la fresa -- para evitar que se recaliente y queme al hueso, lo que dará por resultado la muerte de las células óseas y dolor posoperatorio. Háganse orificios en el hueso que cubre el diente retenido, a una distancia de 4 mm entre uno y otro. Profundícese hacia el diente retenido con el mínimo de presión y velocidad. Cerca del segundo molar no se hacen perforaciones con fresas para hueso, para evitar lesionar ese diente. Límpiense el sitio constantemente con agua esterilizada mientras se está trabajando, y al mismo tiempo úsese el aspirador.

Escoplos por medio de escoplos conéctense los orificios hechos previamente y quítense el hueso. Este método es el que causa menor traumatismo. Los escoplos deben de ser bien afilados. Los escoplos deben esterilizarse en un medio frío, para no arruinar el borde cortante.

Hay dos tipos de escoplos: a) el escoplo de presión manual (el menos deseable y más peligroso) b) escoplo y martillo de mano muy satisfactorio.

Después de que se ha eliminado el hueso que esta sobre el diente retenido hay que sacar el hueso que contornee la parte superior de diente retenido, - si se secciona la corona se facilitará la remoción - del diente, conservando más hueso.

Reglas generales para la ostectomía. - La cantidad de hueso por eliminar alrededor de un diente retenido, en mal posición o no erupcionado, de =

pende del tipo de retención, la posición del diente, el acceso a la zona en que está el diente y el tamaño del diente retenido.

Debe eliminarse bastante hueso para permitir elevar el diente de su lecho sin necesidad de presiones descomunales. El uso de fuerza excesiva para tratar de elevar el diente, a través del hueso, produce generalmente fractura. Nunca hay que sacar un diente retenido a través de una apertura pequeña, si no se fractura habrá mucho traumatismo, lo que aumentará las complicaciones posoperatorias.

**Exposición de dientes retenidos.** - Los colgajos de rutina de tejidos blandos, son preparados, algunas veces más largos que lo normal, para asegurar suficiente superficie de operación.

No habrá vacilación en ordenar el trazado del colgajo de suficiente tamaño para prover el máximo de visibilidad, acceso amplio y una vasta superficie de hueso sobre el cual el colgajo marginal puede descansar con óptima cicatrización.

La pieza de mano, de turbina de aire, con fresa de carburo No. 08 ó No. 04, se emplea frotando suavemente todo el hueso obstructivo y suprayacente. No será exigida sobre la pieza de mano presión mayor que la que empleamos cuando escribimos con lapicero fuente. El hueso es removido por la fresa y convertido inmediatamente en emulsión con la sangre y eliminado por aspiración. Después que se ha extraído suficiente hueso obstructor para permitir la visualización del diente, son eliminadas pequeñas cantidades de hueso vestibular distal, para

crear una pequeña cavidad. Después es aconsejable la sección del diente, con fresas No. 4, para facilitar su extirpación en múltiples piezas. Se reduce al mínimo la pérdida excesiva de hueso. Estos dos pasos de la turbina de aire tienen todas las cualidades necesarias para la exéresis ósea.

Esta es suave en su acción y estremadamente precisa. Ha demostrado ser en un 50% más efectiva que otros métodos que comúnmente son usados en la exéresis ósea. Es de mayor significación el patrón de cicatrización: la posición de hueso nuevo, en la superficie del corte, y el grado de reparación son mejorados cuando se emplea la turbina de aire.

#### EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS POR LA TECNICA DEL SECCIONAMIENTO

Aunque es cierto que esta técnica reduce mucho la cantidad de hueso por eliminar, es igualmente cierto que la gran mayoría de los terceros molares retenidos requiere la eliminación de alguna porción del hueso adyacente.

Como regla general, la Clase I, posición A, retención mesioangular requiere poca remoción del hueso. Sin embargo, en algunos casos es necesario reducir la cortical vestibular a fin de exponer el ángulo mesiovestibular y el surco correspondiente. Después la porción mesial de la corona, que está colocada debajo de la convexidad del segundo molar, puede ser separada de las raíces por medio de un escoplo filoso, que se inserta en ese surco y es golpeado hábilmente con un martillo.



Cuanto más profunda sea la retención ósea, más deberá removerse la lámina vestibular, quitando con escoplos al menos hasta la altura del ecuador dentario.

### EXTRACCION DE UN TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION VERTICAL - CLASE II.

A, tercer molar inferior retenido vertical, - de la Clase II. B, Colgajo separado. C, límite - del hueso por eliminar, delineado con agujeros, hechos con una fresa de punta de lanza. D, Hueso - cortical, eliminado para exponer completamente la corona. E, la intención de partir el diente ha fallado y solamente se separaron las coronas de las raíces. F, se quitan las dos mitades de la corona. G y H, se hace un surco en la raíz I y J con la - punta de un elevador No. 320 insertado en el surco, y usando la cortical vestibular como punto de - apoyo, se sacan las raíces K, el colgajo suturado.

**Técnica del seccionamiento.** - Consiste en - la reducción de la corona en piezas pequeñas que - se van sacando permitiendo la creación de un espacio a través del cual se quitan las porciones restantes de la raíz. Esto se completa mediante escoplos o fresas, y en muchos casos mediante la combinación de ambos.

Algunos autores establecen las siguientes - ventajas:

A) El campo de operación es más pequeño, - ya que al trabajar poco o nada en la zona posterior

al diente, las incisiones son menos extensas. Esto significa menor hinchazón y menor trismo posoperatorio.

B) La exéresis ósea es eliminada, o considerablemente reducida.

C) El tiempo operatorio se acorta, un simple golpe de escoplo que secciona un diente proveerá de espacio suficiente, que de otra manera requeriría muchos golpes de escoplo, o muchas revoluciones de fresas o muchas aplicaciones de gubia para producir el mismo espacio en el hueso.

D) El trismo producido por la lesión de los ligamentos de la articulación temporomaxilar, resultado de la elevación del diente por la fuerza se elimina. Con este método se usan solamente pequeños elevadores.

E) No se lesionan los dientes adyacentes y el hueso. No se fuerza el diente para evitar la convexidad del diente anterior, ni el hueso se somete a grandes presiones; cuando se los usa como punto de apoyo, generalmente se producen secuestromías.

F) El riesgo de fracturas es menor. Muchas de las fracturas de la mandíbula resultan de extracciones forzadas, por lo común dientes retenidos en posición vertical o mesioangular, en los cuales no se ha sacado suficiente hueso, y el operador trata de forzar el diente a través del hueso.

G) Se previene el adormecimiento del labio consecutivo a la extracción de los terceros molares

inferiores retenidos, en los que se haya hecho potente palanca, y forzado las raíces del diente contra el nervio dentario inferior.

Desventajas:

1. - Los dientes con surcos poco profundos no se parten. Seccionese la corona con fresa.

2. - Dientes de pacientes ancianos, difíciles de partir. En estos casos, las coronas son seccionadas con fresa.

3. - En algunos casos es imposible colocar el escoplo, siguiendo el eje longitudinal del diente. Esto es esencial para que el diente se parta.

4. - Muchas veces, partir el diente tiene poca ventaja, porque no se puede controlar la dirección del corte.

5. - Los pacientes sufren en general las molestias por el hueso de escoplo. Si la operación se hace con anestesia local, este es factor que debe considerarse. Ante las circunstancias procedentes es preciso emplear fresas.

## FACTORES QUE COMPLICARIAN LA TECNICA OPERATORIA.

1. Curvatura anormal de las raíces.
2. Hipercementosis.
3. Proximidad al conducto dentario.
4. Gran densidad ósea, especialmente en los pacientes ancianos.
5. Espacio folicular lleno de hueso, lo que se observa con mayor frecuencia en los pacientes de más de 25 años.
6. A veces las coronas de los dientes retenidos, en los pacientes ancianos, son parcialmente reabsorbidas por actividad osteoclástica, y la superficie erosionada se llena después con hueso por la actividad osteoblástica. El resultado es una anquilosis entre diente y hueso, que necesita remoción completa de todo el hueso alrededor de la corona, antes que el diente pueda ser luxado o dividido en secciones por la fresa. El escoplo no es muy efectivo para separar estos dientes anquilosados.
7. Acceso difícil al campo operatorio causado por:
  - a) músculo orbicular de los labios pequeños.
  - b) incapacidad para abrir bien la boca.
  - c) Lengua grande e incontrolable.

## CONCLUSION.

Como he señalado el tercer molar inferior-retenido, puede presentar diversos trastornos, que van desde una pericoronitis trastornos nerviosos, - por mencionar algunos.

Por todo esto es de gran importancia que el Cirujano Dentista tenga conocimiento de las diferentes formas de retención que presenta este diente, - así como su etiología y tratamiento.

El tercer molar inferior retenido tiene un índice de frecuencia muy alto.

Tomar en consideración que la retención -- puede ser intraósea, o puede ser una retención subgingival.

Que cuando existe un diente retenido podemos encontrarnos con la presencia de infecciones, - reabsorción patológica de la estructura ósea, dientes adyacentes, así como dolor.

Para poder realizar una técnica quirúrgica, se deben estudiar las radiografías oclusales, periapicales, así como hacer un estudio visual de la región, planear la intervención, y tomar en consideración aquellos factores que pudieran complicar dicha intervención.

Asimismo las ventajas que nos ofrece la -- técnica del seccionamiento, odontosección, osteotomía o combinadas, como son campo de operación - pequeño, el que las incisiones sean cortas, va a =

significar; tiempo operatorio más corto, no se lesionan dientes adyacentes y el riesgo de fractura es menor.

## BIBLIOGRAFIA

1. - CIRUGIA BUCAL  
Guillermo A. Ries Centeno  
Editorial El Ateneo  
Octava Edición
2. - TRATADO DE CIRUGIA BUCAL  
Gustavo O. Kruger  
Editorial Interamericana  
Cuarta Edición
3. - CIRUGIA BUCAL  
W. Harry Archer  
Editorial Mundi  
Segunda Edición
4. - TRATADO DE CIRUGIA ORAL  
Walter C. Guralnick  
Editorial Salvat S. A.  
Segunda Edición
5. - ANATOMIA HUMANA TOMO I TOMO II  
Fernando Quiroz  
Editorial Porrúa S. A.  
Décima Sexta Edición
6. - TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO  
Guillermo A. Ries Centeno  
Editorial El Ateneo  
Octava Edición.