

COLEGIO ODONTOLOGICO
COLOMBIANO

No. Acceso

Fig. Top. H. 265 1988

Compra ☐

Canje ☐

Donación ☐

Editorial

Solicitado por

Fecha

Precio

M T.O.
265 265
1988

00295

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

MANUAL DE ODONTECTOMIA DE TERCEROS
MOLARES INFERIORES RETENIDOS

ANA JUDITH MUNOZ ORTIZ

Monografia presentada en cumplimiento parcial de los requisitos exigidos para optar por el titulo de odontólogo.

Bogota, Mayo 21 de 1988

AGRADECIMIENTOS

Expreso mis más sinceros agradecimientos por su valiosa y desinteresada colaboración a la doctora MARIA EUGENIA GUTIERREZ.

A todas las demás personas y entidades que en una u otra forma hicieron posible la elaboración de este trabajo.

Bogotá, Mayo 21 de 1988

Doctores
Miembros del Departamento de Investigaciones
COMITE DE EVALUACION DE MONOGRAFIAS
Colegio Odontológico Colombiano
Ciudad

Apreciados doctores:

La doctora MARIA EUGENIA GUTIERREZ odontóloga-cirujana maxilofacial presenta a ustedes su disposición y aceptación personal de orientar y corregir periódicamente la monografía titulada "Odontectomia de terceros molares inferiores incluidos". Realizada por ANA JUDITH MUNOZ ORTIZ.

Atentamente,

Dra. MARIA EUGENIA GUTIERREZ

NOTA DE APROBACION

La elaboración y desarrollo del tema "Odontectomia del tercer molar inferior incluido" presenta un contenido satisfactorio por lo cual presento mi aprobación.

Concepto:

Trabajo meritorio de gran ayuda docente.

Dra. MARIA EUGENIA GUTIERREZ

Bogotá, Mayo 31 de 1988

Doctora
MARISOL ARANGO
Jefe de Investigaciones
Comite de evaluación
Colegio Odontológico Colombiano

El presente documento contiene la elaboración y desarrollo de la propuesta de grado, presentada como requisito parcial para optar por el título de odontólogo cuyo tema es "MANUAL DE ODONTECTOMIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO"

Se basa en la reglamentación establecida para trabajos del grado por el Colegio Odontológico Colombiano facultad de odontología.

Atentamente,

Ana Judith Muñoz Ortiz.
ANA JUDITH MUNOZ ORTIZ

INDICE

INTRODUCCION	2
CAPITULO I	
1. DIAGNOSTICO DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS	
O INCLUIDOS	3
1.1 DIAGNOSTICO CLINICO	3
1.2 DIAGNOSTICO RADIOLOGICO	5
1.2.1 Tecnicas radiograficas para terceros molares inferiores	6
incluidos.	
1.2.1.1 Radiografia bitewing o aleta mordible	6
1.2.1.2 Radiografias oclusales	6
1.2.1.3 Radiografia lateral del maxilar inferior	6
1.2.1.4 Técnica de Frank localización del conducto dentario	7
inferior en relación con los ápices del tercer molar	
inferior	
1.2.1.5 Técnica periapical	7
1.2.1.5.1 Técnica con tubo largo	8
1.2.2 Estudio radiografico del tercer molar inferior retenido	8
1.2.3 Estudio radiográfico del hueso maxilar	9
CAPITULO II	
2. CAUSAS-CONSECUENCIAS-CLASIFICACION	13
2.1 CAUSAS	13
2.1.1 Causas locales	13

II

2.1.2 Causas sistemáticas	13
2.2 CONSECUENCIAS	14
2.2.1 Lado positivo	14
2.2.2 Lado Negativo	14
2.3 CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES	18
2.3.1 Relación del diente con la rama ascendente del maxilar inferior y segundo molar	18
2.3.2 Profundidad relativa del tercer molar inferior en el hueso	18
2.3.3 La posición del eje longitudinal del tercer molar inferior retenido en relación con el eje longitudinal de segundo molar	19

CAPITULO III

3. PREPARACION PREQUIRURGICA	20
3.1 PREMEDICACION DEL PACIENTE Y PREPARACION	20
3.2 SALA QUIRURGICA E INSTRUMENTAL	21
3.2.1 Consultorio odontológico	21
3.2.2 Instrumental	22
3.3 ASEPSIA Y ANTISEPSIA	22
3.3.1 Métodos físicos	22
3.3.1.1 Autoclave	22
3.3.1.2 Calor seco	23
3.3.1.3 Radiación	23
3.3.1.4 Rayos ultravioleta	23
3.3.2 Medios químicos	23
3.3.2.1 Desinfectantes	23
3.3.2.2 Antisepticos	23

CAPITULO IV

4. TECNICA QUIRURGICA	25
4.1 ANESTESIA	25
4.1.1 Anesteisa local	25
4.1.1.1 Nervio dental inferior	25
4.1.1.1.2 Tècnica directa	26
4.1.1.1.3 Tècnica alternativas	29
4.1.1.2 Nervio ligual	33
4.1.1.3 Nervio bucal largo	34
4.2 INCISION	34
4.2.1 Primera tècnica (Centeno)	35
4.2.2 Segunda tècnica (Kruger)	35
4.2.3. Tercera tècnica (Laskin)	35
4.2.3.4 Cuarta tècnica (Archer)	36
4.3 PREPARACION DEL COLGAJO	36
4.4 OSTETOMIA	36
4.4.1 Tècnica de la divisiòn lingual del hueso	37
4.5 EXTRACCION DEL DIENTE RETENIDO ODONTOSECCION	38
4.5.1 Consideraciones de la odontosección	39
4.5.1.1 Ventajas	39
4.5.1.2 Desventajas	39
4.5.1.3 Tècnica de la fresa	39
4.5.2 Métodos utilizados para odontosección tècnica de la fresa	40
4.5.2.1 Retención vertical	40
4.5.2.2 Retención mesioangular	40
4.5.2.3 Retención horizontal	40
4.5.2.4 Retención distoangular	41
4.5.2.5 Retención en desdentados	41

IV

4.5.2.6 Retención invertida	42
4.5.2.7 REtenciones inusuales	42
4.6 TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA	44
4.6.1 Operculectomia	44
4.6.2 Tratamiento cavidad alveolar	44
4.7 SUTURA	45
4.7.1 Sutura	45
4.7.2 En ocho	45
4.7.3 Por planos	46
4.8 COMPLICACIONES OPERATORIAS	46
4.8.1 Hemorragias	46
4.8.2 Lesión del nervio alveolar inferior	48
4.8.3 Lesión del nervio lingual	48
4.8.4 Fractura de una raíz	48
4.8.5 Lesión del segundo molar	48
4.8.6 Rutura de instrumentos	48
4.8.7 Desplazamiento de molar inferior	49
4.8.8 Fractura de apofisis alveolar	49
4.8.8 Fractura de la mandibula	49

CAPITULO V

5. POSOPERATORIO	50
5.1 INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE	50
5.2 FORMULACION DE MEDICAMENTOS	52
5.3 COMPLICACIONES POSOPERATORIAS	53

CAPITULO VI

6. TOPICO DE ACTUALIDAD PREDICCION DE LA ERUPCION	56
---	----

6.1 PUEDE PREDECIRSE LA RETENCION	56
6.2 PROVEERAN LAS EXTRACCIONES SUFICIENTE ESPACIO COMO PARA QUE57 ERUPCIONEN LOS TERCEROS MOLARES	
6.3 DISMINUYE EL TRATAMIENTO SIN EXTRACCIONES LA PROBABILIDAD 59 DE ERUPCION?	
6.4 SI PREVEEMOS PROBLEMAS QUE PUEDE HACERSE POR ELLOS DE 59 ANTEMANO?	
6.4.1 La enucleación	59
6.4.1.1 Riesgos y beneficios potenciales de la enucleación	60
6.5 ODONTECTOMIA PROFILACTICA	61
CONCLUSIONES	
APENDICE (filminas)	
BIBLIOGRAFIA	64

PLAN DE TEMAS

CAPITULO I

1. DIAGNOSTICO

1.1 DIAGNOSTICO CLINICO

1.2 DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

OBJETIVO:

Obtener conciencia y conocimientos útiles y necesarios acerca de la vital importancia que tiene el diagnóstico clínico y como complemento indispensable el diagnóstico radiográfico para abordar con éxito y prevenir toda dificultad o problema en la odontectomía de terceros molares inferiores incluidos.

CAPITULO II

2. CAUSAS-CONSECUENCIAS-CLASIFICACION

2.1 CAUSAS

2.2 CONSECUENCIAS

2.3 CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFEIORES INCLUIDOS

OBJETIVO:

Por medio del conocimiento de las causas, consecuencias llegar a un diagnóstico veraz y a la elección de un tratamiento adecuado teniendo presente el pasado de la patología y previniendo sus consecuencias futuras. Además conduce a situar la patología en profundidad, dirección y espacio mediante el conocimiento de la clasificación.

CAPITULO III

3. PREPARACION PREQUIRURGICA

3.1 PREMEDICACION DEL PACIENTE Y PREPARACION

3.2 SALA QUIRURGICA E INSTRUMENTAL

3.3 ASEPSIA Y ANTISEPSIA

OBJETIVO:

Dar a conocer el instrumental y las condiciones aceptables de la sala quirúrgica. Además de concientizar sobre la importancia de la asepsia y antisepsia sobre la sala quirúrgica, instrumental, paciente y personal presente en el acto quirúrgico.

El odontólogo tendrá oportunidad de elegir su instrumental y su nivel de asepsia de acuerdo a los conceptos adquiridos al respecto y a las habilidades adquiridas en la práctica quirúrgica odontológica.

CAPITULO IV

4. TECNICA QUIRURGICA

4.1 ANESTESIA

4.2 INCISION

4.3 PREPARACION DEL COLGAJO

4.4 OSTEOTOMIA

4.5 EXTRACCION DEL DIENTE INCLUIDO-ODONTOSECCION

4.6 TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

4.7 SUTURA

4.8 COMPLICACIONES OPERATORIAS

OBJETIVO:

Dar orientación concreta, concisa y permitir elegir adecuadamente el método con mejores perspectivas de éxito para cada una de las

VIII

etapas de la técnica quirúrgica mediante la exposición de varias opciones acompañada con ventajas, desventajas o recomendaciones de los autores consultados o de los conocimientos y experiencias de la asesora de este trabajo.

CAPITULO V

5. POSOPERATORIO

5.1 INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

5.2 FORMULACION DE MEDICAMENTOS

5.3 COMPLICACIONES POSOPERATORIAS

OBJETIVO:

Mediante las indicaciones y las recomendaciones al paciente y conociendo el porque de estas el odontólogo logrará evitar una serie de complicaciones posoperatorias.

El odontólogo estará en condiciones de formular medicamentos de acuerdo los requerimientos de cada caso en particular; igual podrá subsanar cualquier complicación que pueda presentarse.

CAPITULO VI

6. TOPICO DE ACTUALIDAD. PREDICCION DE LA ERUPCION

6.1 PUEDE PREDECIRSE LA RETENCION?

6.2 PROVEERAN LAS EXTRACCIONES SUFICIENTE ESPACIO COMO PARA QUE ERUPCIONEN LOS TERCEROS MOLARES?

6.3 DISMINUYE EL TRATAMIENTO SIN EXTRACCIONES LA PROBABILIDAD DE ERUPCION?

6.4 SI PREVEEMOS PROBLEMAS QUE PUEDE HACERSE POR ELLOS DE ANTEMANO?

6.5 ODONTECTOMIA PROFILACTICA

OBJETIVO:

Enfatizar el deber y deseo profesional ético de actualización de conocimientos odontológicos presentando un tópicó de actualidad estrechamente relacionado con el tema de esta monografía. El tema predicción de la erupción pretende llamar la atención y cultivar el interés del odontólogo para seguir investigando al respecto pues es un tema que expone grandes perspectivas para el futuro odontológico y presenta datos de seriedad y con altos porcentajes de probabilidad de éxito además de presentar técnicas sencillas para el odontólogo abordar esta situación.

INTRODUCCION

El presente trabajo "Odontectomía del tercer molar inferior". tema de gran importancia, considerable interés y que ocupa un privilegiado puesto en la patología quirúrgica debido a su alta prevalencia y a la necesidad de realizar la técnica quirúrgica del tercer Molar incluido pues los elementos negativos que produce fácilmente sobrepasan los positivos.

Trato de extraer fundamentos básicos para resolver con eficiencia el problema del tercer molar retenido para esto presentò material de valor resultante de una investigación algo extensa, variada y actual dirigida, elegida evaluada con la ayuda de los conocimientos de gran valor, experiencia invaluable y desinteresada colaboración de la Doctora María Eugenia Gutierrez.

El trabajo incluye pautas preliminares de importancia que conllevan a abordar la cirugía previniendo cualquier complicación en el acto quirúrgico pues a la anormalidad Diagnosticada previamente se le dará el tratamiento quirúrgico adecuado.

Además contiene diapositivas que complementan el marco teórico.

Este trabajo tiene por objeto unificar conceptos respecto al procedimiento quirúrgico. Y emitir estos conceptos fundamentales de una manera sincronizada y una secuencia lógica y práctica para el estudiante de odontología obteniendo como resultado éxito que redunde en beneficio de nuestro profesionalismo y de nuestro

paciente.

Presenta además un tema de actualidad que invita al odontólogo profesional a intensificar su afán de actualización y perfeccionamiento en la labor de prestar cada día un mejor servicio a sus pacientes.

CAPITULO I

1. DIAGNOSTICO TERCEROS MOLARES INCLUIDOS O RETENIDOS

La expresión "diente retenido o incluido" dientes cuya erupción normal es impedida por hueso llamada retención ósea o diente cuya erupción a nivel normal es retenida únicamente por tejido blando llamada retención tisular.

1.1 DIAGNOSTICO CLINICO

Es propiamente el estudio de la patología por método visual y manual por el profesional para valorar y relacionar el caso.

Es pues de vital importancia en este momento hacer un recuerdo anatómico somero (desventajosamente) del tercer molar inferior: Situado en el extremo distal del cuerpo mandibular en unión con la rama ascendente de la mandíbula.

RELACIONES: La línea oblicua externa forma una eminencia relativamente voluminosa. La zona posterior es una superficie ósea irregular delimitada por las crestas bucal y lingual del reborde alveolar donde forman el triángulo retromolar.

El nervio lingual recorre el lado interno muy próximo a la cortical por lingual del tercer molar inferior en un plano muy superficial cubierto únicamente por la mucosa, y en contacto con el periostio a veces es más profundo por detrás del molar antes de alcanzar la cara superficial del músculo milohioideo.

Relaciones con la anatomía topográfica del tercer molar:

Región Masetérica

Encontramos importantes elementos anatómicos: la arteria transversal de la cara, las ramas terminales del nervio facial, la glándula parótida, con su conducto excretor, fascículo de los músculos risorios de Santorini y cutáneo del cuello y la arteria y vena faciales. Más profundamente se halla la aponeurosis masetérica.

Región Geniana

Esta relacionada por su límite posterior. La capa muscular profunda constituida por el buccinador y la aponeurosis buccinatrix, están en directa relación con la región quirúrgica del tercer molar inferior.

Vasos y nervios. -Arterias.-

Dos ramas de la maxilar interna, la alveolar y la bucal, y la arteria transversal de la cara, rama de la temporal superficial, está en relación con la zona del tercer molar inferior.

Venas.

La vena facial, que desemboca en la yugular interna, cruza en diagonal, junto con la arteria homónima, la región geniana.

Región de la Fosa cigomática

Puede ser asiento de problemas originados por complicaciones inflamatorias del tercer molar o por la anestesia troncular.

La cara externa, que es ósea, está formada por la cara interna de la rama ascendente y la mitad inferior de la pared interna, constituida por el músculo pterigoideo interno; este músculo origina una formación triangular, dada por el músculo y la cara interna del maxilar; entre el músculo y el hueso se encuentran los

elementos del paquete vasculonervioso dentario inferior y el lingual, que discurren en un tejido celulograsoso del espacio pterigomandibular; entre la cara interna e inferior del pterigoideo y la faringe existe un espacio denominado maxilofaríngeo.

Región Glososuprahioidea

La región glososuprahioidea es asiento de afecciones dependientes del tercer molar.

En el Compartimiento de la glándula. Se encuentran las arterias y venas sublinguales y el nervio lingual.

Músculos: el músculo milohioideo tiene directa participación.

Arterias: la facial y la lingual ramas de la carótica externa

Venas: la facial y la lingual, que recorren caminos paralelos a las arterias.

nervios: de la región son el milohioideo, rama del dentario inferior, el lingual, rama del maxilar inferior, y el hipogloso mayor.

Así el clínico preveerá complicaciones con estas zonas en el acto quirúrgico.

Señalará el clínico la relación clínica con el segundo molar

Dará el grado de accesibilidad clínica

Anotará las dimensiones de estructuras periodonticas; pacientes que han pasado la edad media de la vida, el espacio es mucho menor que en los jóvenes. Además debido a la falta de función, se efectúa un proceso de reabsorción en los dientes. El proceso de reparación origina con frecuencia onquillosis alveolodentaria.

1.2 DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

Es este un "complemento" útil e indispensable. En la Odontectomia

del tercer molar inferior.

1.2.1 Técnicas Radiográficas para terceros molares inferiores incluidos

Es muy frecuente no visualizar por completo los terceros molares retenidos en las radiografías intrabucuales, porque:- el paciente tiene náuseas- desviación hacia el medio de la película por los tejidos blandos de la rama ascendente.

A causa de la desviación hacia mesial de los dos tercios posteriores de la película radiográfica, para que la imagen del molar retenido quede en ella es necesario dirigir el rayo central en ángulo recto respecto del eje longitudinal de la película.

1.2.1.1. Radiografías bitewing o aleta mordible.

Visualiza las relaciones de las coronas del segundo y tercer molar en la correcta angulación. En este caso, el rayo central se dirige en ángulo recto a través de la corona del segundo molar a la película con "0" grado de angulación vertical.

1.2.1.2. Radiografías oclusales.

Revelan la posición vestibulolingual de la corona del tercer molar inferior retenido. Puede usarse una pequeña película intrabucal o la película oclusal de tamaño común. Se coloca sobre la superficie oclusal de los molares y se lleva hacia atrás, hasta que contacte con el borde de la rama ascendente. Se hace ocluir para mantener la película en posición, la cabeza del paciente se lleva hacia atrás al máximo posible y el rayo central se dirige en ángulo recto a la película a través del borde inferior del maxilar inferior.

1.2.1.3. Radiografía lateral del maxilar inferior

Usada para la ubicación de terceros molares inferiores incluidos en posición horizontal clasificación C de Archer

1.2.1.4. Técnica de Frank Localización del conducto dentario inferior en relación con los apices del tercer molar inferior incluido

FRANK Como medio de localizar el conducto sugiere una modificación en el método del desplazamiento del tubo, que puede ser usado para determinar si, con respecto al tercer molar, el conducto dentario inferior está hacia el medio, debajo o a un lado. Esta técnica fue primero descrita por Richards. El principio implícito es el mismo que en la "técnica de Clark".

Se toma una película extrabucal en posición normal, Superficie oclusal del maxilar inferior paralela al piso. Tubos de rayos X paralelos a la superficie oclusal del segundo molar. Los rayos X serán dirigidos de forma que no haya superposición de la relación de contacto entre el primero y segundo molar.

Se toma una segunda película. El tubo se dirige en ángulo de 25° negativos, siempre perpendicular al primero y segundo molar. Ambas películas serán tomadas en la misma posición en la boca, el borde mesial de la película colocada debe llevar a la mitad del primer molar y el borde superior será paralelo a la superficie oclusal de los molares. La localización del conducto dentario inferior, en relación con las raíces de un tercer molar inferior retenido, reviste valor especial:- al planear la técnica quirúrgica, para evitar traumatizar el conducto y su contenido.- Cuando se extraen restos de raíces ubicadas en las proximidades del conducto.- Esto dará por resultado menos casos de anestesia del nervio dentario inferior ocasionada por traumatismo en el conducto.

1.2.1.5. Técnica Periapical

La película radiográfica se coloca sensiblemente paralela a la cara

lingual del maxilar inferior.

Lo idea es valerse de un tubo largo que permite obtener radiografías, en las cuales las cúspides bucales y linguales de los tres molares, suponiendo los verticales, se superpongan sin imágenes de las caras triturantes. Las radiografías realizadas sin el tubo largo dan imágenes que no traducen exactamente las realidades anatómicas, no siendo posible hacer un correcto diagnóstico de las desviaciones bucales y linguales; en tal caso habrá que usar el ingenio y por comparación clínica.

1.2.1.5.1. Técnica con tubo largo

La película debe colocarse paralela al eje vertical del primero y segundo molar y el rayo central debe colocarse a la altura de las coronas dentarias.

El paralelismo entre película y molares se obtiene colocando un rollo de algodón a nivel de la corona o ápices según lo requiera las circunstancias.

1.2.2. Estudio Radiográfico del tercer molar inferior retenido

El tercer molar debe ser observado en su posición, forma, tamaño, presentación y relaciones. El diagnóstico radiográfico de la posición del tercero es un detalle fundamental en la cirugía del molar retenido.

La forma y el tamaño del molar retenido debe deducirse también de este examen y de los hallazgos que la clínica efectúe. El estudio radiográfico de la porción radicular es también de extraordinario valor e importancia, tanto como el estudio de la corona, pues la técnica quirúrgica a emplearse en cada caso particular, está relacionada y en dependencia con la anatomía radicular, coronaria y ósea.

El hueso vecino, distal, mesial, oclusal y eventualmente lingual y bucal, es otro elemento útil en la aplicación quirúrgica de las técnicas; las radiografías lingual y oclusal proveen los detalles necesarios.

La posición del tercer molar inferior retenido.

Radiográficamente, la cara mesial accesible se traduce por un espacio radiolúcido, de distinta forma y tamaño, de acuerdo con la posición del tercer molar en el hueso, en los molares en posición vertical, mesioangular y horizontal, la cara mesial accesible significa el espacio interdentario en forma de un triángulo radiolúcido, de contornos netos y típicos. El lado anterior, por la cara distal del segundo molar y es generalmente vertical; el inferior es la resultante radiográfica del borde superior del hueso mesial, y el posterior está dado por la cara mesial del tercer molar. Los terceros molares en posición distoangular presentan la representación radiográfica de su imagen es una U o V.

Cara mesial inaccesible.

Cuando el hueso mesial cubre total o parcialmente la cara contigua del molar retenido y el hueso bucal asciende por encima de su línea cervical.

Radiográficamente, no existe el espacio interdentario lúcido, ya que las tablas óseas bucal y lingual se superponen. En las retenciones verticales, mesioangular y horizontal, el espacio interdentario es una muesca o media luna, espacio que está originado solamente por la permanencia y presencia del saco pericoronario a este nivel y en algunas oportunidades procesos patológicos, de índole y características variables.

Esta muesca o media luna (triángulo en algunas ocasiones) tiene su extremo anterior (el ángulo superior, en caso de tratarse de un triángulo), por debajo de la línea cervical del segundo molar.

El borde inferior del triángulo o de la media luna se encuentra siempre por debajo de la prolongación del borde anterior del maxilar.

En los que están en posición disto o linguoangular, el espacio interdentario tiene la forma de una U o V, cuya mitad inferior es radiopaca.

Un tercer molar inferior, verticalmente colocado, con su cara bucal situada en el plano bucal de los molares anteriores, y su cara lingual, en el plano lingual. Es el caso denominado sin desviación.

Los detalles característicos son:

superposición de un segmento de la corona del tercero sobre la del segundo.

Ausencia radiográfica de las caras oclusales.

El primer y segundo molar se presentan clínicamente sin desviaciones y el tercero está desviado hacia el lado lingual, observándose que su corona se halla dirigida en grado variable (hacia el lado lingual).

Los detalles característicos de la desviación lingual son: conservación de los puntos de contacto entre los tres molares. Ausencia de superposición de segmentos de las coronas de cualquiera de ellos sobre los otros.

Ausencia de la cara oclusal del primer y segundo molar.

Cara oclusal del tercer molar visible y neta.

Los detalles característicos de la desviación bucolingual son:

Conservación de los puntos de contacto entre el primer y segundo molar.

Ausencia radiográfica de las caras oclusales de los dos molares.

Superposición radiográfica de un segmento de la corona del tercero sobre la corona del segundo.

Cara oclusal del tercer molar visible.

Con cono corto se debe realizar el trabajo de corrección profesional. Ejemplo: supongamos que se quiere radiografiar un tercer molar inferior retenido en posición mesioangular y desviación bucolingual. El resultado obtenido: son visibles las caras oclusales del primer y segundo molar (recordar que no lo fueron en la toma con rayos paralelos). Existe superposición de la imagen de la corona del tercero sobre la del segundo.

Con Cono corto la imagen de la cara oclusal del tercero es mucho mayor que la que se presenta en la técnica con cono largo.

Cono largo: El trabajo de corrección debe reducir y adaptar la dimensiones de las coronas dentarias, para conocer, antes del acto quirúrgico, el grado de desviación bucolingual del tercer molar inferior retenido.

La profundidad relativa del tercer molar inferior en el hueso.

Indica el nivel, altura o profundidad en que se encuentra el molar, con relación a planos oclusal y cervical.

El molar retenido puede presentar su cara oclusal (el punto más alto de su cara oclusal; por encima del plano oclusal, entre el plano oclusal y el plano cervical y por debajo del plano cervical.

A continuación encontramos un estudio radiográfico del tercer molar inferior incluido posición vertical con todas sus posibles variaciones estudio que dará las pautas necesarias para que se

estudien las demás posiciones con sus variaciones.



CAPITULO II

2. CAUSAS-CONSECUENCIAS-CLASIFICACION

2.1 CAUSAS

2.1.1 CAUSAS LOCALES

La causa más lógica parece ser la reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares humanos que da como resultado maxilares muy reducidos para la acomodación de terceros molares.

- Irregularidad en la posición y presión de un diente adyacente
- Densidad del hueso que lo cubre
- Inflamaciones crónicas que producen una membrana muy densa
- Indebida retención de dientes primarios
- Pérdida prematura de dentición primaria
- Enfermedades adquiridas como necrosis-abcesos
- Cambios inflamatorios en hueso.

2.1.2 CAUSAS SISTEMATICAS

- Prenatales:
- Herencia
 - Mezcla de razas

- Del desarrollo:
- Raquitismo
 - Anemia
 - Sífilis congénita
 - Tuberculosis
 - Disendrocrinias
 - Desnutrición

Anormalidades: -Disostosis cleidocraneal
 -Oxicefalia
 -Progeria
 -Acondroplasia
 -Paladar fisurado

2.2 CONSECUENCIAS

2.2.1 Lado Positivo

- .Para reemplazar un segundo o primer molar perdido
- .Utilizarlo como pilar de puente
- .Proveer soporte vertical critico para A.T.M.
- .En jóvenes que deben perder todos sus dientes para hacerse protesis completas no debe perder los terceros molares incluidos pues estos ayudarán a formar la tuberosidad.

2.2.2 Lado Negativo

- Constituyen un contribuyente importante en el apiñamiento dental inferior.
- Contribuyen enfermedad periodontal.
- Provocan dolor al paciente.
- Presencia de infecciones: pericoronaritis infecciosa, abscesos alveolares crónicos o agudos, osteitis.
- Fracturas: son un factor de debilitamiento a causa del desplazamiento del hueso.
- pueden originar quistes o instalación de una lesión neoplasica.
- Los remanentes epiteliales pueden diferenciarse en carcinoma de células escamosas.
- Con menos frecuencia tinitus, otitis, disminución de la visión, iritis, ceguera.

No solo es necesario conocer los problemas que causan y afectan a estos dientes sino también las secuelas que pueden acarrear tales

problemas:

Pericoronitis

Una vez que se establece la pericoronitis, el proceso tiende a recidivar en forma intermitente cuando la erupción no se puede completar. Además del malestar extraordinario que ocasionan estos episodios a repetición, pueden producir suficiente destrucción ósea entre los molares segundo y tercero como para formar una bolsa periodontal profunda. A menos que se dude del futuro estado del segundo molar y si el tercer molar podría cumplir entonces una función útil, el diente retenido debe extraerse antes de que ocurra este tipo de secuela.

Periodontitis

La impactación constante de alimentos entre un tercer molar erupcionado en parte y el segundo molar adyacente puede ocasionar inflamación y considerable pérdida ósea. Esta bolsa periodontal debilita el sostén del segundo molar, el cual puede aflojarse mucho. En caso de formación de una bolsa profunda, también puede ocurrir desvitalización del segundo molar mediante extensión apical de la infección. Cuando ha ocurrido una periodontitis severa, la bolsa no se elimina aunque se extraiga el diente retenido. En consecuencia, la extracción de los dientes impactados está indicada ante el primer signo de periodontitis.

Resorción patológica

La presión de la corona de un tercer molar que está erupcionando contra la superficie radicular del segundo molar, a veces puede ocasionar la resorción patológica de la raíz.

Si el proceso de resorción no ha tomado la pulpa del segundo molar, está indicada la extracción del diente retenido.

Formación de quistes

El tercer molar inferior es el diente que participa con mayor frecuencia en la formación de quistes dentígeros.

Nunca está indicado el intento de extirpar un quiste dentígero que afecta al tercer molar inferior sin extraer también el diente. Siempre que se pueda, hágase una enucleación y no una marsupialización porque se describieron ameloblastomas y carcinomas originados en las paredes de quistes dentígeros.

Neoplasias

En la región del tercer molar pueden formarse neoplasias benignas y malignas de partes blandas y óseas, pero también pueden dar metástasis en ella los tumores que tienen predilección por el hueso. Jamás se debe dejar un tercer molar si al hacerlos se comprometiera la extirpación correcta de una lesión neoplásica. Además, nunca se debe dejar un diente retenido en una zona que habrá de ser irradiada con posterioridad. Aunque después no haga falta extraerlo, la pericoronitis sería suficiente como para conducir a una osteorradionecrosis.

Dolor

Puede ocurrir dolor en la región de un tercer molar inferior retenido o un dolor referido a otras partes de la cabeza y cuello como consecuencia de varios estados que ya hemos mencionado, como pericoronitis, caries, resorción radicular, enfermedad periodontal, patología periapical. Puede deberse a que el diente comprime el nervio alveolar inferior.

Retención en una cresta "desdentada"

En casos ocasionales se descubre un tercer molar retenido al hacer un examen radiográfico de rutina en una mandíbula que clínicamente es "desdentada", pero a menos que esté cubiertos de hueso por completo y que su extracción acarree una destrucción considerable

de la cresta, no se debe permitir que éstos dientes queden en el área que habrá de sostener a la prótesis dental porque la compresión de la mucosa entre la corona y la dentadura ocasionaría dolor. Además, necrosis compresiva de la cobertura gingival también podría servir de puerta de entrada para una infección.

En presencia de molares retenidos en personas de edad avanzada, muchas veces es por demás difícil hacer la extracción. Entre los factores que pueden contribuir a éste problema figuran la cantidad y densidad del hueso suprayacente, la pérdida del espacio periodontal y folicular, la posibilidad de anquilosis y la presencia de resorción idiopática. Para evitar estas situaciones por lo general el tercer molar inferior no erupcionado o retenido debe extraerse junto con el segundo molar cuando se extrae éste como preparación para hacer una prótesis parcial o completa.

Apíñamiento de los dientes

A veces estos dientes pueden generar una fuerza anterior que produce la separación de los puntos de contacto y el apíñamiento ulterior de los incisivos inferiores.

Si a partir del molar erupcionado incorrectamente se proyectase una fuerza anterior, tendría que ocurrir un desplazamiento anterògrado de todos los dientes posteriores para que esa fuerza llegase a los incisivos.

Trataré este tema con más amplitud en el último capítulo "predicción de la erupción"

Compromiso en una fractura

Los terceros molares retenidos que están en la línea de una fractura mandibular muchas veces son la excepción al aserto de que es mejor extraer estos dientes apenas participan en cualquier proceso patológico.

Salvo que también se haya fracturado el diente, que éste dificulte la reducción de la fractura o que los fragmentos se hayan desplazado tanto como para facilitar su extracción.

2.3 CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

2.3.1 Relación del Diente con la Rama Ascendente del Maxilar Inferior y el Segundo Molar

Clase I: Hay suficiente espacio entre la rama y el lado distal del segundo molar, para la acomodación del diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

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

Clase III: Todo o casi todo el tercer molar, está localizado en la rama ascendente.

2.3.2 Profundidad Relativa del Tercer Molar en el Hueso

Posición A: La porción más alta del diente está al nivel de la línea oclusal o por sobre ella.

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

Posición C: La porción más alta del diente está por debajo de la línea cervical del segundo molar.

2.3.3 La Posición del Eje Longitudinal del Tercer Molar Inferior Retenido en Relación con el Eje Longitudinal del Segundo Molar

1. Vertical	---	Pueden presentarse
2. Horizontal		en:
3. Invertido		a. Desviación
4. Mesioangular	>	vestibular
5. Distoangular		b. Desviación
6. Vestibuloangular		lingual
7. Linguoangular		c. Torsión.

CAPITULO III

3. PREPARACION PREQUIRURGICA

3.1 PREMEDICACION DEL PACIENTE Y PREPARACION

La preparación del paciente inicia con una buena relación paciente odontólogo. La aceptación por parte del paciente del tratamiento a realizar pues el odontólogo ha informado la necesidad de este.

Es útil cuando la odontectomia se realiza bajo anestesia local y la evaluación previa del estado nervioso del paciente. La dosis bucal promedio es de 0,1 g de pentobarbital sódico sin embargo pueden darse por vía intravenosa la 2 mls de pentobarbital sódico. Muchas otras drogas o combinaciones pueden administrarse, por vía venosa o intramuscular. Uno de los más usados consta de diazepam intravenoso, en dosis de 3 a 20 mgs hasta alcanzar el signo de verrill. Esto puede complementarse con Meperidina (Demerol).

Cuando existe infección, es necesaria la antibioterapia bucal. Es muy usado Peen Vee-K 1 tableta de 500 mgs cada 6 horas por 7 días acompañado de enjuague bucal diario.

Esto además del examen, conciente, integral y detallado que el odontólogo realizará en su historia clínica y que deberá tener presente para toda cirugía bucal no es por demás recordar entonces que se debe tener presente el cuadro hemático del paciente y la presencia de enfermedades sistemicas que indiquen variaciones o mejor previos cuidados en la cirugía a realizar.

3.2 SALA QUIRURGICA E INSTRUMENTAL

3.2.1 Consultorio Odontológico

En condiciones agradables, limpieza absoluta y unidad odontológica en buenas condiciones de funcionamiento y luz adecuada para una visión satisfactoria, la música y un ambiente tranquilo ayudan a establecer un ambiente favorable.

3.2.2 Instrumental

- Para incisión: - Bisturí bad Parker de hoja intercambiable
- Cuchilla para bisturí (#15)
- Tijeras de tejido y de material
- Piezas de disección dentadas o las de dientes de ratón
- Periostotomo
- Separadores: farabeauf, austin o plásticos.
- Para osteotomía:
- Escoplo
- pinzas gubias
- Limas para hueso
- Cuchilla para hueso o cureta
- Elevadores: parte activa larga
- Recomendados los de Winter: de aplicación mesial, bucal, y Mesio bucal
- Rectos y curvas
- Turbina de aire 300.000 r.p.m. ó turbina con pieza de mano ultrarápida.

Funciona por medio de nitrógeno o aire comprimido recomendable, por su propiedad inerte y condición estéril.

Diseñada sin agente de refrigeración para vencer el problema de la esterilización y permitir hacerlo en autoclave; diseñada como

pieza de mano recta donde se sujeta la fresa por fricción que permite cambios rápidos de una fresa a otra.

La irrigación por medio de una jeringa bulbo es adecuada, aunque los estudios histológicos han mostrado que no hay necrosis ósea después de este fresado con o sin refrigerantes

- Fresas

Para sutura

- Porta- agujas

- Agujas: mediana curva

- Sutura: hilo seda tres ceros o calgut.

- Otros

- Instrumental básico:

- Jeringa Carpules

- Anestesia

- Aguja larga desechable

- Eyectores

- compresas

- Guantes de Cirugia

- Campos quirurgicos.

3.3 ASEPSIA Y ANTISEPSIA

ASEPSIA: Ausencia de microorganismos infectantes.

ANTISEPSIA: Contra microorganismos infectantes

Procedimientos para llegar a la asepsia.

Esterilización del instrumental y material.

3.3.1 Metodos Fisicos

3.3.1.1 Autoclave

Horno cuyo principio básico es la presión de vapor (1.05- 2.1 Kg/cm²).

A una Temperatura de 134oC por 15 minutos

A una Temperatura de 126oC por 7,5 minutos

El instrumental y, el material debe estar guardado en una tela de lino asegurado con cinta de Bowie que sirve como indicativo de esterilización si es positiva esta aparece rayada.

Es un método eficaz y muy recomendado.

3.3.1.2 Calor seco

Se realiza en horno de calor seco.

El calor seco destempera el metal, no se profundiza en los paquetes en forma uniforme.

Las temperaturas usadas son muy altas la mínima es: 160oC por 45 minutos y ascienden 170oC por 15 minutos - 180oC por 7,5 minutos.

3.3.1.3 Radiación

Por medio de cobalto 60, 2-5 megarats. Los instrumentos no deben ser secados y salen a Temperatura ambiente para usar inmediatamente.

3.3.1.4 Rayos ultravioleta

Es un medio muy confiable con excelente poder de penetración.

3.3.2 Medios Químicos

3.3.2.1 Desinfectantes

Se usan sobre materiales inertes, como dependencias la unidad odontológica que no se pueden esterizar por medios físicos es muy usado en Benzal.

3.3.2.2 Antisépticos

Se usan sobre tejidos vivos para preparar al paciente sobre la zona a intervenir en toda la cavidad oral es usado: en esta cirugía mertiolate, alcohol yodado, agua oxigenada, enjuagues bucales.

Ya en condiciones estériles de material e instrumental.

El cirujano y el auxiliar entrarán a zona de lavado para conseguir sus manos quirúrgicamente limpias.

En la sala quirúrgica se colocarán los guantes la auxiliar distribuirá material y paquete quirúrgico.

El odontólogo realizará la asepsia de la zona a intervenir en el paciente mediante el uso de antisépticos.



CAPITULO IV

4. TECNICA QUIRURGICA

Se consideran los siguientes tiempos en la realización de la odontectomia de los terceros molares inferiores.

Primero: Anestesia

Segundo: Incisión

Tercero: preparación de los colgajos

Cuarto: Osteotomia

Quinto: Extracción del diente incluido o retención-odontosección

Sexto: Tratamiento de la cavidad ósea

Séptimo: Sutura

4.1 ANESTESIA

4.1.1 Anestesia local

Para la odontectomia del tercer molar inferior necesitamos el bloqueo del nervio dental inferior; anestesia troncular o regional de éste y anestesia del nervio lingual y el nervio bucal largo ramas del primero.

4.1.1.1 Nervio dental inferior

4.1.1.1 Técnica: consideraciones generales

El nervio dental inferior se bloquea por el depósito de solución analgésica a su alrededor exactamente, antes de que se introduzca en el agujero mandibular y cuando se encuentra en el espacio pterigomandibular. Está limitado en forma lateral por la rama

ascendente, y medialmente por el músculo pterigoideo interno; el límite posterior está dado por la glándula parótida que contiene ramas del nervio facial.

Hay muchas técnicas para la administración de un bloqueo del nervio dental inferior, pero las principales son el método directo y el indirecto, y de éstos, el primero es el preferido.

Antes de proceder a inyectar, es importante valorar cada caso cuidadosamente, ya que puede existir variación importante en la posición del agujero mandibular en relación con las marcas que se emplean cuando se aplica una inyección.

Factores que afectan la posición relativa del agujero mandibular

- Anchura de la rama ascendente: A mayor anchura de la rama ascendente, más hacia atrás se encontrará situado el agujero mandibular, y por lo tanto más profundo se tendrá que insertar la aguja.
- Amplitud del arco de la mandíbula: A mayor amplitud del arco se tendrá que colocar más atrás el cuerpo de la jeringa en el lado opuesto a la inyección, para permitir que la aguja libre el borde oblicuo interno y aún pueda llegar al agujero mandibular.
- Oblicuidad del ángulo de la mandíbula: Cuanto más oblicuo sea el ángulo de la mandíbula, más lejos y arriba se encontrará el agujero, y por lo tanto la técnica de inyección se tendrá que modificar de acuerdo a lo mismo.

4.1.1.1.2 Técnica directa

El método para administrar bloqueo del nervio dental inferior derecho, tomando en cuenta que el odontólogo sea diestro, se describe a continuación.

El odontólogo se coloca frente al paciente, que se encuentra en

posición cómoda. Se emplea una aguja de 42 mm. y calibre 26. Se debe evitar el uso de una aguja corta porque aumenta el riesgo de romperse, lo que ocurre cuando se inserta una aguja en los tejidos hasta el adaptador.

Para localizar el punto de inserción de la aguja, se mueve el dedo índice de la mano izquierda en forma distal en el doblez mucobucal hasta que el borde oblicuo externo se sienta en la cara anterior de la rama ascendente. Ahora se rota el dedo de manera que la uña esté de cara hacia la lengua, con lo que se palpa la fosa o triángulo retromolar, que se encuentra limitado medialmente por el borde oblicuo interno al cual se encuentra adherido el borde del rafe pterigomandibular. La aguja se inserta del lado izquierdo de la boca, y se inclina el cilindro de la jeringa entre los dos premolares izquierdos. La aguja penetra los tejidos en un punto que bisecciona la uña del dedo guía y como a 0.5 cm en medio de éste, y pasa hacia los tejidos entre el borde del rafe pterigomandibular y la mandíbula. La aguja se introduce lentamente a una profundidad casi de 1 cm, y si se necesita analgesia lingual, en este punto se inyectan 0.5 ml de solución. Ahora se introduce más la aguja en los tejidos hasta que se hace contacto con el hueso, y luego se retira 1 mm y se deposita la solución restante a la misma velocidad. La profundidad total de inserción normalmente es de 2-3 cm, pero se puede modificar a causa de las variaciones anatómicas antes mencionadas. Para disminuir las molestias, se debe infiltrar una pequeña cantidad de solución durante el paso de la aguja para obtener analgesia de los tejidos más profundos antes de que la aguja los penetre.

Correcciones para variaciones anatómicas

- Si se toca el hueso inmediatamente después de la inserción, o sea, con solo 5 mm de agua insertada, deberá retirarse la aguja un poco y desviar el cuerpo de la jeringa sobre una línea paralela con los molares inferiores derechos como para desencajar la aguja del hueso. Esta modificación hace que la técnica sea similar al método indirecto que se describe más adelante. La aguja se inserta más profundo, alrededor de 7 mm. antes de desviar la jeringa de nuevo hacia su dirección original, cuando la aguja se inserta a la profundidad correcta que se consigue cuando la punta toca el hueso otra vez.

- Si no se llega al hueso después de la inserción de la aguja por una distancia razonable, o sea, hasta 3 cm, entonces no debe aplicarse la inyección, pues se asume que la punta de la aguja se encuentra cerca del agujero dental inferior. Es más probable que se encuentre en la glándula parótida, y por lo tanto no lejos del nervio facial, o también medialmente lejos, y por lo tanto en el músculo pterigoideo interno. La aguja debe retirarse casi por completo, desviar el cilindro de la jeringa más atrás del lado izquierdo, y reinsertarla hasta que su punta toque el hueso.

Bloqueo del nervio dental inferior izquierdo

Para bloquear el nervio dental inferior izquierdo es mejor invertir la función de las manos y emplear la izquierda para sostener la jeringa. En esta forma, el cirujano se para frente al paciente, lo que facilita bastante la estimación del punto de inserción de la aguja y el ángulo de la jeringa. La mayoría de los odontólogos pueden obtener suficiente destreza con su mano izquierda para llevar a cabo este procedimiento sencillo, pero si es mayor a sus capacidades, la inyección puede ser una modificación de la descrita

para el bloqueo del nervio dental inferior derecho y administrarse por atrás del paciente. Entonces se emplea la mano derecha para sostener la jeringa y el brazo izquierdo se pasa alrededor y por atrás de la cabeza del paciente, y se palpa la región retromolar con el dedo índice izquierdo para localizar el sitio de inserción de la aguja.

4.1.1.1.3 Técnicas alternativas

Método indirecto

Se describe la técnica para bloqueo del nervio dental inferior derecho; se necesita una aguja rígida con calibre 25 como mínimo. Con la técnica indirecta, la línea media de la úña indica el punto de inserción de la aguja, que es 1 cm sobre el plano oclusal de los dientes inferiores. Sin embargo, el dedo se coloca en el borde oblicuo externo, como opuesto a la fosa retromolar con el método directo. Por lo tanto, la inserción inicial de la aguja es más lateral y toca el hueso casi inmediatamente. Ahora se remueve el cilindro de la jeringa a la derecha hasta que se encuentre paralelo a los molares inferiores derechos. Se depositan unas gotas de la solución analgésica y se permite que transcurran 10 segundos antes de introducir la aguja como 7 mm y por lo tanto pasarla en la cara media del borde oblicuo interno. La jeringa se desvía hacia el lado izquierdo de la boca y se coloca el cilindro sobre los premolares inferiores. Se inserta la aguja suavemente hasta que llegue al espacio pterigomandibular y toque el hueso; después se retira un poco para evitar una inyección subperiosteal, antes de la aplicación lenta aproximada de 1.5 ml de la solución. Si es necesario bloquear el nervio lingual, con para las extracciones, se inyecta la solución restante después que la jeringa ha sido

retirada la mitad. Si embargo, aún sin añadir esto a la técnica, continuamente se afecta el nervio lingual.

Cuando no se obtiene la analgèsia deseada por los métodos directo e indirecto ya descritos, se puede recurrir a otras técnicas.

Método de Clarke y Holmes (1959)

Este incluye el depósito de la solución a un nivel más alto de lo común. Una razón es que cuando se emplea la técnica regular directa o indirecta, el analgésico se aplica detrás del agujero mandibular que se encuentra aproximadamente 1 cm. sobre el plano oclusal de los dientes molares. A este nivel, la parte anterior del nervio está cubierta por la espina de Spix y el ligamento esfenomandibular, por lo que la solución analgésica puede tener dificultad para difundirse a las bien protegidas fibras anteriores. También es posible que en ocasiones las ramas provengan del nervio dental inferior un poco antes de llegar al agujero dental inferior, por lo que estas fibras entran en el hueso por otros agujeros alrededor y arriba del principal.

Si se deposita la solución a un nivel más alto, llega al nervio en una posición que no está protegida y antes de ceder cualquier rama. Esta técnica es una modificación del método indirecto. Se indica al paciente que tenga la boca bien abierta y se ajusta la cabecera para que el plano oclusal inferior este paralelo al suelo. Si se asume que se va a administrar bloqueo del nervio dental inferior, se pasa el dedo índice a lo largo de las superficies oclusales de los dientes molares y se palpa el borde oblicuo externo. Después se rota el dedo hacia adentro para que la punta descansa en la fosa retromolar y la uña sobre el borde oblicuo interno.

Se prepara una jeringa con una aguja larga, se introduce desde los

premolares del lado opuesto, y la punta se pasa por los tejidos sobre la uña del dedo índice y no a la mitad, como con la técnica indirecta regular. Se inserta la aguja con una corta distancia hasta que llegue al hueso. Se desvia el cilindro de la jeringa hasta que descansa sobre los incisivos centrales inferiores, y se mantiene paralela a los molares y en un plano horizontal al mismo tiempo. Entonces se introducen 2 cm. más en los tejidos y se depositan 1.5 ml. de solución, lentamente. En este punto se habrá inyectado la solución analgésica más de 1 cm. arriba de lo común. Si se requiere analgesia lingual, se deposita el resto de la solución cuando se va retirando la aguja.

Técnica de Angelo Sargenti (1966)

La técnica que emplea Sargenti para obtener analgesia del nervio dental inferior es una modificación del método directo ya descrito. La diferencia principal es que se aproxima al nervio por un nivel más alto que lo normal.

Se emplea una jeringa con una aguja calibre 26 de 42 mm. Se coloca el dedo índice en la fosa retromolar con la uña hacia la lengua. Se inserta la punta de la aguja opuesta a la mitad de la uña y un poco arriba de su punta. Ahora se coloca el cilindro de la aguja entre los premolares superiores del lado opuesto y en contacto con ellos, y se mantiene en esta posición, mientras se inserta la aguja lentamente hacia abajo y atrás hasta que toque el hueso, que normalmente se encuentra a 1 cm. de profundidad. Para esta inyección, es suficiente 1.5 ml. de solución analgésica.

Técnica de Sunder y Vazirani (1960)

Cuando el paciente no puede abrir la boca, se emplea la técnica descrita por S. J. Vazirani. La única contraindicación es por

trismus debido a infección en los tejidos por los cuales tendría que pasar la aguja.

Con la boca del paciente cerrada, se retrae la mejilla en forma lateral, y se inserta una aguja larga de tal manera que se coloque paralela a los márgenes gingivales de los dientes maxilares o el borde alveolar en el paciente desdentado. El punto de inserción es el pliegue pterigomandibular, y la aguja pasa por la mucosa, el buccinador y la aponeurosis bucal en la cara interna de la rama ascendente para llegar al espacio pterigomandibular, donde se deposita la solución con lentitud. La profundidad total de inserción de la aguja normalmente es alrededor de 1.5 cm.

La acción de la analgésica con este método es un poco más lenta que con la técnica directa y se recomienda emplear gran cantidad de analgésico.

Aproximación externa

Esta técnica sólo se emplea cuando hay limitación importante para abrir los maxilares, como puede ocurrir, por ejemplo, con anquilosis de la articulación temporomandibular. Por ser una inyección externa, debe tenerse cuidado al asear la piel antes de la inyección para reducir el riesgo de infectar los tejidos más profundos.

El método se ha atribuido al profesor Kurt Thoma. Primero se localiza el borde anterior del masetero al pedir al paciente que muerda fuertemente. El dedo del operador se pasa a lo largo del borde hasta que se encuentre el punto más bajo. Se marca este punto y se dibuja una línea que une a éste con el trago del oído. La mitad de esta línea puede notarse, pues marca externamente la posición de la agujero mandibular. Se dibuja una línea desde este

punto, paralela con el borde posterior de la mandíbula y el borde inferior. Se mide la línea y se pone un marcador de hule en la aguja calibre 21 de 6-8 cm. de largo a una longitud similar.

Después de asear la piel, se aplica una inyección de infiltración en la zona, con una guja de calibre delgado para obtener analgèsia local. Ahora se inserta la aguja larga en la cara interna del borde inferior de la mandíbula, y se tiene cuidado de mantenerla tan cerca del hueso como sea posible durante la inyección.

La aguja se inserta gradualmente, teniendo mucho cuidado de mantenerla paralela con la línea marcada en la superficie externa de la piel de la mandíbula. Cuando alcanza la profundidad indicada por la marca, que es la opuesta a la marcada en la piel sobre la posición del agujero, se inyecta lentamente la solución.

4.1.1.2 Nervio lingual

Cursa profundamente hacia abajo del pterogoideo lateral hasta que llega a su borde más bajo, punto en el cual es anterior al nervio dental inferior. Después cursa hacia abajo y adelante a una posición sobre el lado lingual del tercer molar, inmediatamente arriba del extremo posterior de la línea milohioidea, y aquí es donde puede bloquearse eficazmente su conducción. Luego continúa hacia abajo y adelante y se divide; algunas fibras van a la membrana mucosa del piso de la boca y la cara lingual de los dientes inferiores, y otras inervan los dos tercios anteriores de la lengua.

La analgesia puede obtenerse por tres métodos:

Bloqueo del nervio lingual al mismo tiempo que se administra una inyección dental inferior intrabucal con el depósito de 0.5 ml. de solución después que se inserta la aguja casi 1 cm. y antes de que

llegue al nervio dental inferior.

Infiltración submucosa de 0.5 ml. de analgésico unos cuantos milímetros debajo y detrás de la región del tercer molar inferior en su cara lingual.

Infiltración de solución analgésica inmediatamente lingual a la encía o mucosa que se va a tratar.

4.1.1.3 Nervio bucal largo

Esta es una rama de la división anterior del nervio mandibular. Cursa hacia abajo entre las dos cabezas del pterigoideo externo para llegar al borde anterior del masetero detrás y a un nivel oclusal similar al del tercer molar.

Después se divide, algunas fibras cursan a nivel medio para penetrar el buccinador e inervan la encía bucal de la región posteroinferior y la membrana mucosa adyacente, y otras fibras continúan hacia adelante para inervar la piel de la mejilla.

Siempre se requiere analgesia del bucal largo así como del dental inferior y nervios linguales al extraer molares inferiores. En gran número de casos se obtiene analgesia sin recurrir a una inyección separada cuando se administra bloqueo del nervio dental inferior pero para dar seguridad debe aplicarse una inyección dentro de la mucosa bucal distal inmediata a la región que requiere tratamiento, pues las ramas terminales del nervio cursan adelante y abajo de la mucosa que cubre el surco bucal. Como alternativa puede inyectarse en la submucosa en el punto donde el nervio cruza el borde oblicuo externo de la cara distobucal del tercer molar inferior.

4.2 INCISION

Hay en teoría un sinnúmero de incisiones en este contexto nos detendremos en algunas que parecen ser las más exitosas desde el punto de vista quirúrgico y post-operatorio; conlleva esto que la incisión no lesiona o no lo hace en mínima extensión, el curso de los vasos da mayor y más fácil acceso y visión del lugar de la operación propiamente dicha. La incisión debe, ser hecha en un solo trazo enérgicamente hasta percibir la sección del hueso y seccionando los ligamentos.

4.2.1 Primera técnica : "Se traza una incisión en la más alta de la cresta distal del segundo molar. La longitud anteroposterior estará dada por el tipo de retención del tercer molar por lo tanto se funda en los detalles del examen radiográfico. La incisión llega hasta la cara distal del segundo molar; desde allí contornea el cuello del segundo en su cara distal y continua festoneando la encía en su adaptación al cuello, del segundo y primer molar; esta incisión se detiene en el espacio interdentario

Variación 1 Con ausencia del segundo molar: La incisión se realiza sobre la cresta alveolar, deteniéndose a nivel de la cara distal del primer molar.

Variación 2 En desdentado total: La incisión corre por el borde hasta 2 cms. aproximadamente del límite mesial del molar retenido pudiéndose realizar una prolongación relajante vestibular de la incisión (Riescenteno)" (2)

4.2.2 Segunda técnica : "Se hace una incisión en los tejidos que están por distal del segundo molar. La rama ascendente de la mandíbula se abre hacia afuera, y por lo tanto una incisión distal recta puede extenderse hacia los tejidos que están hacia la línea media de la mandíbula y que contiene importantes estructuras anatómicas. Una regla segura es ubicar la incisión por detrás de la cúspide vestibular del segundo molar, siguiendo el hueso subyacente que puede abrirse en sentido lateral. La segunda rama de la incisión se hace verticalmente unida a la primera extendiéndose hacia abajo y adelante hacia los tejidos vestibulares que cubren la raíz mesial del segundo molar.

Variación de la técnica: Técnica de la separación de las fibras gingivales libres vestibulares que rodean el diente hacia adelante para incluir el primer molar y separar hacia vestibular el gran colgajo". (15)

Otra variación: Realizar una incisión lateral oblicua por mesial el segundo molar en lugar de hacerla por mesial del tercero"

4.3.3 Tercer técnica : "La incisión se lleva a lo largo de la cresta alveolar hasta la cara distal del segundo molar se la continua en la hendidura gingival hasta la cara mesial del primer molar, cortando horizontalmente a través de la papila, (esto sin dejar de anotar la advertencia experimental de la asesora de este trabajo que se produce necrosis papilar con esta incisión horizontal en papila) o bien oblicuamente dentro del vestibulo

Variación 1: Si se ha producido una perforación gingival por una

cúspide erupcionada, se interrumpe esta incisión por su presencia pero su recorrido no se altera

Variación 2: En dientes enclavados profundamente la prolongación oblicua del extremo anterior de la incisión dentro del vestibulo ofrece acceso satisfactorio y evita desgarre de encía" (4)

4.3.4 Cuarta técnica : "La incisión se empieza en la parte lingual de la línea oblicua externa a una distancia de 2 cms. 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 continua la incisión alrededor del cuello del segundo molar hasta el espacio interproximal, entre primero y segundo molar y de allí se extiende hacia abajo en dirección al fondo del surco en ángulo de 45°. **NOTA:** Para toda incisión se tendrá presente el estudio radiográfico hecho y la localización del conducto dentario inferior por lo tanto se evitará el lesionarlo" (3)

4.3 PREPARACION DEL COLGAJO

Trazada la incisión, se hace hemostasis comprimiendo la región. Se usa el periostotomo o una legla empezando adelante en la hendidura gingival y avanzando hacia atrás o de mesial o distal. El periostotomo toca francamente el hueso y apoyándose en él y con movimientos de lateridad y semi-giro del instrumento, se desprende el labio bucal de la incisión y se da a este extensión suficiente para permitir acceso y visibilidad y campo de trabajo adecuado. Se usa apoyo en distal del segundo molar si está presente. El colgajo debe descansar en lo posible en el hueso sano e integro. El colgajo debe poder ser repuesto con comodidad y holgura en su sitio de natural implantación para que se realicen las tareas histológicas de reparación. Se separa colgajos con pinzas de disección o pinzas de ratón para facilitar las maniobras siguientes

4.4 OSTEOTOMIA

Consiste en la eliminación instrumental que hueso que cubre el diente incluido objeto de la cirugía. Se realiza por intermedio de escoplos- fresas y pinzas gubias. Hablaremos de la osteotomia con fresas ya que parece ser usada con Más éxito. Usamos fresas de Carburo de Tungsteno redondas y de fisura en pieza de baja o alta velocidad como se prefiera; se hacen con fresa redonda orificios

al rededor del diente retenido (previo estudio radiogràfico) ampliando un poco, a distancia de 4 mms. entre uno y otro profundizando 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. Limpiar el sitio constantemente con agua esterilizada o suero fisiológico mientras se està trabajando y al mismo tiempo usar el aspirador. Unir los puntos con fresa se fisura y se logra la recesión del hueso quedando visualizado el diente incluido.

4.4.1 Técnica de la división lingual del hueso Desarrollada por Fry y descripta originalmente por Ward puede usarse para retirar terceros molares inferiores retenidos en cualquier posición, siempre que no estèn en vestibuloversiòn. Este método es más útil para extraer impactaciones horizontales y distoangulares profundas. La técnica consiste en dividir la corteza lingual y elevar el diente en direcciòn distolingual y se basa en el hecho de que el hueso lingual es el más fino que el vestibular en la regiòn del tercer molar. De acuerdo con la descripciòn de Killey y Kay, el procedimiento comienza con una incisiòn que asciende desde el surco vestibular, a nivel de la uniòn de los tercios medio y posterior del segundo molar, hasta el margen gingival en la cara distal de ese diente. Desde ese punto la incisiòn avanza detràs del segundo molar hasta el centro de su superficie posterior y luego en direcciòn distovestibular por la rama hacia la mejilla. Cuando se anticipa que se requerirà un acceso más amplio, como sucede en los dientes profundamente incluidos en posiciòn horizontal, el extremo anterior de la incisiòn puede empezar justo detràs del primer molar. Una vez levantado el colgajo mucoperiòstico vestibular y

elevado el tejido linguoclusal, se coloca un separador debajo del colgajo lingual para exponer el sitio quirúrgico y proteger el nervio lingual. Ahora se hace con un escoplo un tope vertical de unos 5 mm. de altura en la corteza vestibular, justo más distal que el segundo molar. En un sitio de unos 4 mm. más distovestibular que la corona del tercer molar se hace un segundo tope vertical. Luego se unen los dos cortes y se retira la placa vestibular que cubre la corona. Una vez completada, la ventana rectangular debe ser suficientemente profunda como para poder introducir un elevador debajo de la cara mesial del diente. Se retira todo el hueso que haya sobre la cara superior de la corona y se introduce el escoplo por dentro de la lámina lingual a un ángulo de 45° hasta el borde superior con su borde cortante paralelo a la línea oblicua externa y el bisel orientado en dirección lingual. Golpeteando con suavidad con el martillo se astilla una porción de la corteza lingual, que entonces se retira. Tómese la precaución de que el escoplo no lacere los tejidos blandos adyacentes. Una vez retirado el hueso lingual, la mayoría de los terceros molares verticales, mesioangulares, distoangulares e incluso algunos horizontales, se pueden retirar aplicando un elevador desde la cara vestibular. Si un molar horizontal queda firmemente retenido, se le puede seccionar la corona en la línea cervical para elevarla y después se extraen las raíces. Se desbrida la herida, el borde de la lámina lingual debe quedar liso. El colgajo mucoperiosteico se vuelve a colocar en su posición original y se fija con un solo punto de sutura en un sitio más distal que el segundo molar.

4.5 EXTRACCION DEL DIENTE RETENIDO-ODONTOSECCION

El elevador llega a la cara mesial del molar retenido con punto de

apoyo en el borde óseo y con fuerza ejercida sobre su mango eleva el molar siguiendo el camino de menor resistencia. No siempre puede aplicarse en forma absoluta, por razones dependientes de la posición del molar y disposición y forma de las raíces, en tales casos, se recurre a la odontosección es decir la división del diente en dos o más fragmentos esta es una técnica útil y el prodecimiento proporciona una eficaz ayuda en el acto operatorio. El método no es rápido ni fácil, pero es humano. Requiere un menor sacrificio de un tejido útil, como es el óseo, se realiza sobre un tejido que va a ser eliminado, como es el dentario.

4.5.1 Consideraciones de la odontosección

4.5.1.1 Ventajas (Fell y Gregory)

- Se elimina muy poco tejido óseo de modo que hay menos dolor y tumefacción en el post-operatorio
- No hay lesión sobre dientes vecinos
- Se acorta el tiempo operatorio
- Se suprime casi por completo el trismus post-operatorio
- El peligro de fractura maxilar queda muy disminuido
- Se previene el adormecimiento del labio
- Se previene lesionar el nervio dentario inferior

4.5.1.2 Desventajas

- Muchas veces seccionar el diente tiene poca ventaja porque no se puede controlar la dirección del corte
- Otras desventajas parten el uso del escoplo por lo tanto no son mencionadas aquí pues se estudia el método de odontosección con fresa por presentar mejores resultados

4.5.1.3 Técnica de la fresa ventajas

- La colocación de la pieza de mano en la boca de un paciente es una

experiencia familiar

-Los golpes físicos y las presiones asociadas con la técnica de escoplo y de martillo quedan eliminadas

-Crea un campo quirúrgico continuamente lavado

-Las perforaciones en torno al diente retenido puede ser hechas de modo delicado y controlado

4.5.2 Métodos utilizados para odontosección de molares retenidos por medio de la técnica de la fresa

4.5.2.1 Retención vertical

Se aumenta el nivel de la osteosección hasta el nivel de la bifurcación comenzando en ella se talla un surco profundo en la raíz distal del diente retenido se termina la separación del diente coronario de la raíz distal con un elevador. El segmento coronario y la raíz mesial se extraen como un elemento único antes de la elevación de la raíz distal.

4.5.2.2 Retención mesioangular

La profundidad de la resección ósea se aumenta hasta el nivel de la bifurcación y se emplea escoplo para seccionar la mitad distal de la corona del tercer molar o para seccionar verticalmente a través de su bifurcación, si está indicado. El segmento coronario distal, o el segmento coronario distal y la raíz a él adheridas, se extraen entonces como un segmento único. En aquellos casos en que la porción mesial esta fuertemente acunada por el segundo molar, puede emplearse la fresa para tallar un surco profundo en la raíz mesial, comenzando en la cámara pulpar de manera que un elevador pueda dividir la corona de la raíz. Luego se las extrae como unidades separadas.

4.5.2.3 Retención horizontal

El cuello anatómico del diente es expuesto por la técnica de la fresa, reduciendo la altura de la cortical vestibular hasta el surco vestibular del diente. Se emplea un escoplo para seccionar el tercio distal de la corona y exponer la cámara pulpar. Se emplea la fresa de alta velocidad para exponer la cara vestibular de la corona clínica sin reducir aún más la altura de la cortical externa.

Se talla un surco en forma de T con una fresa de alta velocidad, comenzando en la cámara pulpar expuesta. Se dividen dos segmentos grandes de la corona clínica, que se extraen como unidades separadas. Se tallan dos surcos profundos con la fresa para facilitar la separación de la raíz mesial de la distal. Las técnicas alternativas incluyen la división con fresa de la corona a nivel del cuello y la extracción de los elementos seccionados como entidades separadas.

4.5.2.4 Retención distoangular

Después de la remoción con fresa del hueso vestibular para exponer la parte más alta del contorno dentario, se emplea la fresa para reseca el hueso disvestibular. La porción distal del diente se corta entonces o se divide el diente a través de su bifurcación. Los enfoques alternativos incluyen la división con fresa del diente por la mitad, o la separación de la corona de las raíces seguida por la división de la raíz mesial de la raíz distal y la extracción de los elementos separados.

4.5.2.5 Retenidos en desdentados

La técnica depende de la cantidad de hueso que haya entre el borde inferior de la mandíbula y el ápice radicular del diente por extraer y del grosor de la lámina vestibular y lingual.

La mayoría de las veces en que se debe recurrir en estos casos a la odontosección se debe al "peligro" de fractura hecho que se prevee en el estudio radiográfico entonces se aplicarán las técnicas antes descritas según la posición en que se encuentre.

4.5.2.6 Posición invertida

El procedimiento es igual que el descrito para retenciones horizontales profundas, pero en ocasiones las raíces se retiran primero exponiéndolas más extensamente; una vez extraídas las raíces hay más espacio para sacar la corona.

4.5.2.7 Retenciones inusuales

Fusionados con dientes adyacentes: Si se reconoce previamente se puede tratar de separarlos y evitar así la extracción del segundo molar. Si no es posible, se hace la extracción aplicando los conceptos de extraer la cantidad mínima de hueso y seccionar al máximo los dientes.

-Desplazados durante el desarrollo

El sitio más común de estos terceros molares es la rama ascendente. El abordaje de los dientes desplazados de esta manera puede plantear problemas, y la necesidad ocasional de extraerlos intactos y sin seccionarlos obliga a eliminar mayor cantidad de hueso. Por lo tanto, cuando se escinde un diente inferior desplazado es necesario no fracturar el maxilar ejerciendo demasiada fuerza durante la luxación.

-Desplazados por quistes

Los terceros molares desplazados por quistes suelen ser fáciles de extraer porque el quiste mejora la accesibilidad. A veces el diente se ha aflojado tanto que se lo puede extraer junto con el quiste. El diente suele desplazarse dentro de la rama.

-Complicados por formación tumoral

Los terceros molares no erupcionados asociados con tumores se escinden simultáneamente con la lesión.

-Supernumerarios

Llamados cuartos molares, pueden bloquear la erupción de los terceros molares y, además acarrear complicaciones en la odontectomía. Muchas veces las piezas dentarias supernumerarias son rudimentarias y, en consecuencia, es fácil extraerlas, pero a veces son grandes y esto es más difícil.

La técnica para extraer los terceros molares supernumerarios grandes se basa en la evaluación de cada caso en particular. En el abordaje usual primero se escinde suficiente hueso como para exponer la corona del diente más accesible y poder extraerlo mediante odontotomía. De esta manera se suele crear suficiente espacio para seccionar y extraer el diente remanente, aunque a veces hay que retirar primero parte del hueso que cubre la corona.

-Interesados en fracturas de la mandíbula

No todos los terceros molares no erupcionados y retenidos que están en la línea de una fractura deben extraerse porque a veces la retención del diente, en particular si está en oclusión parcial, evita el desplazamiento y contribuye a estabilizar la reducción. Sin embargo, si los fragmentos ya están desplazados y si el diente no ha erupcionado, muchas veces es mejor extraerlo antes de hacer la reducción y la fijación de la fractura. Por lo general la separación de los fragmentos permite retirar el diente con facilidad sin eliminar hueso y sin seccionarlo. Cuando esto origina inestabilidad de las partes, se puede hacer una reducción abierta intrabucal. Cuando se anticipa que habrá que hacer una

reducción abierta extrabucal de la fractura, suele ser mejor retirar el diente y dejar que su cavidad cure por varios días, antes de emprender el procedimiento, a los efectos de que no se forme una comunicación entre la cavidad bucal y la herida extrabucal.

4.6 TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

Dos son las maniobras realizadas tras la extracción del molar incluido.

4.6.1 Eliminación quirúrgica del saco pericoronario-operculectomía

El saco pericoronario debe ser rigurosamente resecaado de la cavidad ósea donde se aloja. La eliminación se realiza mediante cucharadillas filosas que separar el saco conjuntivo y la cavidad ósea alveolar se toma el saco con una pinza de disección y se recorre con el periostotomo buscando un plano de clivaje que permite su total resección.

4.6.2 Tratamiento de la cavidad alveolar

Se hace abundante irrigación acompañada de aspiración para inspeccionar la cavidad se deben eliminar todas las epículas óseas haciendo uso de la cureta quirúrgica y alisar el borde de la cavidad ósea con una lima para hueso o con fresa quirúrgica de cabeza redonda.

Al hueso traumatizado por usarlo como fulcro conviene eliminarlo.

Por lo general la cripta contiene restos de folículo dentario y del órgano del esmalte, los cuales se toman con pinzas de Allis o con pinza hemostática curva y se desprenden del hueso y del tejido blando si están unidos a éste.

Irrigar muy bien con solución fisiológica.

Ante la menor sospecha de que han quedado partículas dentarias o

espículas óseas debe tomarse una radiografía.

A menos que el sangrado sea excesivo no se debe colocar nada en el alveolo. Si existe se usa fibrinfoam-gelfoam impregnados o no en antibiótico.

El uso de conos antibióticos en la cavidad que se encuentran en el comercio con diferentes nombres. Existen unos a base de sulfamidas las recomendaciones de uso no son satisfactorias. Los antibióticos por vía oral se comportan eficazmente.

4.7 SUTURA

Se vuelve a colocar el colgajo en su sitio teniendo especial cuidado de una buena adaptación de la encía en la cara distal del segundo molar para evitar formación de una bolsa. El operador toma el porta-agujas con aguja curva enhebrada con nylon o seda 3-0 o con catgut o sutura atraumática y se procede a realizar la sutura se han realizado diferentes tipos de sutura como:

4.7.1 Simple: Se procede a atravesar en primer término un segmento consistente de colgajo lingual luego bucal o vestibular y se práctica el nudo se toma con los dedos índice y pulgar el hilo portador de la aguja y se hace dar tres vueltas completas al porta-agujas se entreabre el porta agujas y se toma el extremo del hilo libre se deslizan las vueltas entre el hilo libre y se ajusta se repite la operación con dos vueltas al porta agujas y con una vuelta se ajusta nuevamente y se seccionan las puntas con tijera se realizan tres puntos simples a distal - central y mesial.

4.7.2 Sutura en ocho: Favorable porque produce eversión de los bordes de la encía se incia en colgajo vestibular por mesial se continua en lingual por distal luego de linguo-mesial a vestibulo-distal y se anuda sobre vestibular como se indico en la

sutura anterior.

4.7.3 Sutura por planos: Se evertien colgajos y se adosan se hace suturan en ocho en plano profundo y luego simples superficiales se anuda igual al anterior.

Se debe usar para plano profundo cat-gut este plano profundo puede ser periostico.

Desventaja: produce más edema.

La sutura debe realizarse a los 7 o 5 días de la operación.

4.8 COMPLICACIONES OPERATORIAS

4.8.1 Hemorragia

La lesión accidental de la arteria alveolar inferior es la causa más común de hemorragia masiva. Esto puede suceder si el diente penetra en el conducto mandibular o si éste pasa entre las raíces dentarias. Si ya se ha extraído el diente, taponando la cavidad con material absorbible (esponja de gelatina, celulosa oxidada) y suturando el colgajo sobre ella, por lo general se cohibe el sangrado pero, si la hemorragia se produce al extraer una punta radicular, por lo general se obtiene la hemostasia rellenando con una gasa la cavidad alveolar y presionando con firmeza unos 5 a 10 minutos para continuar después la operación. En caso de que la hemorragia se reanude, puede ser que haya que taponar la cavidad y suturar la herida de la misma manera que se haría si se hubiese extraído el diente; después se puede tratar de extraer la punta de la raíz al cabo de 1 a 2 semanas.

4.8.2 Lesión del nervio alveolar inferior

En la mayoría de los casos el nervio alveolar inferior se lesiona por instrumentación o elevación intempestiva.

Haciendo una buena radiografía se identifica el sitio más seguro

para realizar la elevación. Toda fuerza capaz de aplastar las paredes óseas del conducto mandibular habrá de comprimir al nervio. Esto acarrea anestesia o parestesia en el área inervada por él y se nota en particular en el labio inferior y en el mentón; algunos pacientes también se quejan de que se ha modificado la sensibilidad en los dientes mandibulares inervados por el nervio. Si esta lesión accidental se nota en el momento de la operación, examínese la profundidad de la cavidad y elimínese cuidadosamente todas las espículas óseas que podrían presionar sobre el nervio.

El nervio alveolar inferior se puede desgarrar en todo o en parte. En estos casos, si este problema se reconoce en el preoperatorio, libérese el nervio resecando una raíz, antes de intentar la elevación del diente.

Si el nervio se ha desgarrado o hay que seccionarlo, hágase todo lo posible por volver a colocarlo en el conducto mandibular para poder hacer la íntima aproximación de sus cabos. Mientras el nervio esté en el conducto y no haya obstrucción, las perspectivas de que regenere y se repare son buenas .

En los casos favorables la función del nervio se recupera por completo en 5 semanas a 6 meses. A medida que el nervio se recupera, el paciente experimenta primero una sensación de pinchazos (parestesia) y, una vez que la anestesia ha desaparecido por completo, la parte respectiva puede ser hipersensible por un tiempo (hiperestesia). Después de los 6 meses es improbable que el estado mejore si no se ha producido el retorno parcial de la sensibilidad. Si se sospecha que la falta de regeneración obedece a una compresión del nervio, se podría intentar una descompresión para corregir el problema. Merrill señala que la descompresión

del nervio debe comprender la escisión del tejido cicatrizal, fragmentos óseos y toda obstrucción en el trayecto del nervio en vías de regeneración.

4.8.3 Lesión del nervio lingual

Si la situación se reconoce en el momento de la operación se pueden reapproximar y suturar los cabos del nervio

4.8.4 Fractura de una raíz

Si la punta de una raíz se halla en íntimo contacto con el conducto mandibular o con el seno maxilar, se plantea la cuestión de si vale la pena arriesgar que se lesione el nervio o la arteria alveolar inferior o se desplace la punta de la raíz dentro del seno maxilar al intentar su extracción. En ocasiones se dejaron pequeños ápices de 3 a 5 mm. sin que ocurriessen complicaciones en los casos en que los dientes eran vitales, pero en general es mejor eliminar todas las raíces y en particular si hay infección.

Siempre que se decida que convendría más dejar una raíz, es necesario informar al respecto al paciente.

4.8.5 Lesión del segundo molar

Si se produce la luxación parcial del segundo molar, su irrigación sanguínea puede interrumpirse en los ápices, con la consiguiente necrosis de la pulpa. Esto requerirá terapia endodòncica.

Pueden dañarse las restauraciones en el segundo molar. Cuando este diente tiene una restauración, adviértase al paciente acerca de esta posibilidad. Si la corona del segundo molar está cariada, postèrguese la restauración hasta después de haber extraído el tercer molar para evitar esta complicación.

4.8.6 Rotura de instrumentos

El fragmento se puede extraer perforando un surco a su alrededor

para poder tomarlo mejor con una pequeña pinza hemostática.

4.8.7 Desplazamiento de un tercer molar inferior

El desplazamiento muchas veces ocurre por una fuerza mal orientada.

El diente se desalojará hacia el espacio submandibular o pterigomandibular. La extracción se hace de manera similar que para una raíz desplazada.

4.8.8 Fractura de apófisis alveolar

Si el trozo se desprende por completo de la encía, se lo debe eliminar; de lo contrario, se lo puede inmovilizar suturando los bordes de la herida y después se abra de unir.

4.8.9 Fractura de la mandíbula

La mayoría de las veces ocurre excesiva fragilidad del maxilar inferior, avanzada edad del paciente y, en especial anquilosis del diente en el hueso.

Cuando se produce la fractura inmovilícese la mandíbula con una fijación maxilomandibular, sea con barras arqueada o con asas Ivy. Si los fragmentos tienden a desplazarse con facilidad también puede ser que se requiera una reducción abierta intraoral o para estabilizarlos.

CAPITULO V

5. POSOPERATORIO

Los cuidados posoperatorios correctos tras la extracción son esenciales para obtener resultado final satisfactorio.

5.1 INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

Los pacientes deben limitar su actividad por lo menos por el resto de ese día. Si desean acostarse, deben mantener la cabeza elevada sobre varias almohadas porque el decúbito dorsal aumenta la presión hidrostática y puede ocasionar sangrado. Aunque los pacientes no puedan consumir una dieta normal por uno o dos días, se les debe decir que beban mucho líquido como leche, jugos, té y hasta agua; la dieta normal debe reanudarse lo antes posible porque facilita la curación de la herida.

No deben hacerse buches hasta 8 o 12 horas después de la operación, pero en lo sucesivo deben juagarsen la boca por lo menos de 4 a 6 veces diarias, en particular después de las comidas, y cepillarse los dientes como de costumbre. El mejor colutorio es una solución salina tibia (1/2 cucharadita de las de té de sal en un vaso de agua). Después de esto pueden hacerse buches con un colutorio con sabor, pero tales soluciones deben diluirsen por lo menos a la mitad con agua porque la mayoría contiene agentes irritantes que pueden irritar la herida reciente. No debe hacer buches con agua oxigenada en los primeros 5 o 7 días porque pueden disolver el

coágulo sanguíneo, indicando al paciente que muerda con firmeza por unos 30 minutos un rollo de gasa estéril colocado sobre herida y se aplique una bolsa de hielo en ese lado de la cara. Si el sangrado excesivo persiste, indíquese al paciente que regrese para observarlo y para hacerle un tratamiento adicional.

El dolor consecutivo a la extracción de dientes retenidos es más intenso en las primeras 4 u 8 horas. Indíquese a los pacientes que no esperen hasta que el dolor se torne insoportable para iniciar la medicación analgésica porque entonces va a ser más difícil paliarlo. En cambio, debe empezar a tomar el analgésico 1 o 2 horas después de la operación y repetirlo a intervalos específicos para que no empiece o para mantenerlo reducido a un mínimo.

El condiciones normales, el dolor moderado a intenso no debe durar más de 24 a 48 horas y no tiene que haber más que un ligero dolor o malestar después del tercer día.

Si el dolor dura más tiempo o parece acentuarse, indicar al paciente que vuelva para hacerse examinar.

A menos que se administren esteroides es frecuente que en el posoperatorio ocurra cierta tumefacción que culmina a las 24 o 48 horas. Normalmente esta tumefacción empieza a ceder más o menos al tercer día, pero puede tardar una semana en desaparecer por completo. Para contribuir a limitar la severidad de la tumefacción y también disminuir el dolor, aplíquense en forma intermitente bolsas de hielo en la cara (30 minutos sí y 30 minutos no) durante las primeras 24 o 48 horas. Si después de esto hay tumeración, aplíquense compresas calientes de la misma manera, hasta que se resuelva. De este modo también se contribuye a reducir toda discromía de la piel debida al sangrado en los tejidos.

No fumar hasta 5 días después de la operación.

5.2 FORMULACION DE MEDICAMENTOS

El odontólogo formula medicamentos en primera instancia atacando el problema principal el dolor, el profesional elegirá la clase de analgésico teniendo en cuenta el caso individual de paciente y acto quirúrgico.

Clases de analgésicos

1. Salicilatos (pirazolonas)
2. D. Paminofenol (acetaminofen)
3. D. Acido pirrol acético (indometacina-indocinol)
4. Pirazolanas
5. Fenamatos (ácido mefenámico-postan)
6. Acido propionico (ibuprofen (motrin))

Son de elección el grupo de salicilatos y ácido propionico.

Los fenamatos presentan equilibrio riesgo beneficio desfavorable

Las pirazolanas no están indicadas para uso odontológico presentan muchos riesgos.

En segundo lugar el odontólogo formulará antibióticos si lo considera necesario.

Clases de antibióticos

1. Penicilinas

Naturales: penicilina ó sodica

penicilina ó potásica

penicilina ó procainica

penicilina ó benzatinica

Seministéticas: "pen-vee-k tab. 50 mgrs

oxacilinas

dicloxacilina "diclocil.

2. Cefalosporinas

3. Lincomicina: Lincocin

"dalacin c"

4. Macrolidos

Son de elección el grupo de las penicilinas semi-sintéticas y las lincomicinas.

Ej: formulación 1 "Dalancin C" cap. 150 mgs. No 20 tomar 1 cap cada seis horas.

5.3 COMPLICACIONES POSOPERATORIAS Y SU TRATAMIENTO

Las complicaciones más graves, son hemorragia secundaria, infección de la herida y de los espacios aponeuróticos circundantes y osteítis alveolar.

Infección

Cuando la tumefacción no da señales de remitir, se acrecienta o aparece después de 3 o 5 días, la causa suele ser una infección. Esta infección suele haberse originado antes de la operación, deberse a estados preexistentes en los tejidos periapicales o periodontales o ser consecuencia de un estado séptico general de la boca. La herida también puede afectarse por no trabajar con técnica quirúrgica aséptica y también por bacterias que se introducen en la herida en el posoperatorio si el paciente no hace una buena imagen bucal a causa del trismo o el malestar

Osteítis alveolar

Es una de las complicaciones más comunes y desagradables.

Es un estado en el cual se pierde el coágulo sanguíneo de la cavidad. Al principio el coágulo es gris sucio después se desintegra hasta que hay una cavidad ósea amarillenta grisacea sin tejido de granulación pero puede ocurrir que la cavidad no este

vacía del todo sino que contenga un coágulo sanguíneo necrosado en parte.

El diagnóstico se confirma introduciendo con suavidad una pequeña sonda en la herida. Hay hueso desnudo, el cual posee una sensibilidad extraordinaria.

No suele haber supuración, pero hay fetidez y dolor irradiado profundo y pulsátil.

Los síntomas suelen comenzar al tercer quinto día.

El tratamiento se encamina al alivio del dolor se puede tratar de dos maneras.

El tratamiento local consiste en irrigarla cavidad con solución fisiológica estéril caliente o con solución diluida de peróxido de hidrógeno para retirar el material necrótico y otros restos y aplicar después.

de un agente entumecedor (eugenol o guayacol) o un anestésico tópico (butacaína). La droga puede aplicarse sobre un trozo de gasa estéril o como pasta, prescribirse un analgésico antipirético o meperidina (50 mg) cada 3 ó 4 horas.

Se examina nuevamente a las 24 horas. Si el dolor persiste, repetir la irrigación y relleno de la cavidad según sea necesario.

Solo en el raro caso en que haya supuración el antibiótico se debe administrar por vía sistémica y no tópica.

Granuloma piógeno posextracción

Si la herida no se desbrida correctamente o si no se retira del hueso comprimido durante la luxación del diente, puede formarse un sequestro que por último se infecta y ocasiona supuración y/o la formación excesiva de tejido de granulación. Por lo general los fragmentos óseos desprendidos se ven en las radiografías.

El tratamiento consiste en abrir los márgenes de la herida para que drenen, retirar el secuestro haciendo un curetaje suave e irrigando la cavidad. Por lo general no está indicada la antibioticoterapia ni el taponamiento de la cavidad.

Trismo

La incapacidad para abrir la boca hasta límites normales es frecuente en el posoperatorio.

La causa más común es un espasmo muscular debido a la inflamación relacionada con el traumatismo operatorio. El dolor posoperatorio también puede acentuar el espasmo y la limitación del movimiento mandibular por vía refleja. Otras causas de trismo son:

1) infección, en particular en los espacios pterigomandibular, submaseterino, pretemporal o infratemporal, 2) técnicas de anestesia local incorrectas 3) lesión de la articulación temporomandibular durante la operación.

CAPITULO VI

6. TOPICO DE ACTUALIDAD PREDICION DE LA ERUPCION

6.1 PUEDE PREDECIRSE LA RETENCION? Nada biológico puede predecirse con absoluta certeza sin embargo la filmina #42__ muestra claramente que si conocemos la distancia entre la rama y el segundo molar conocemos la probabilidad de retención. Si pudiéramos predecir esta distancia podríamos preveer la probabilidad de retención. En estos momentos con los métodos disponibles se encuentra un error de 2,8 mm. Este error podría cambiar a un paciente del grupo retenido al grupo marginal o de este al de buena oclusión pero no cambia el pronóstico de retenido a buena oclusión dado que hay diferencia de 10 mm entre promedio de grupo retenido y promedio de buena oclusión. Se dispone de otros métodos como el manual de Rickets, la cuadrícula del Doctor Lysle Johnston y cada uno podría producir su propio método usando el atlas de la universidad de Michigan o el trabajo de Bolton. La filmina #42Fig. 1 muestra la probabilidad de retención como función de la predicción del espacio disponible hecha a los 8 años de edad. Muchos tendrán una probabilidad de retención de 50-56 y en algunos hasta 80% o de solo un 20% un paciente de más de 50% de probabilidades de retención casi no tiene probabilidades de erupcionar en buena oclusión el mejor resultado será la erupción en el espectro marginal y probablemente tendrán que ser eventualmente

extraídos. El espacio disponible es afectado por el tratamiento ortodòncico y no se debe hacer predicciòn hasta que se haya hecho el estudio ortodòncico que muestre los movimientos esperados de los molares inferiores; para esto debemos determinar la posiciòn del mentòn en el espacio al fin del tratamiento y la posiciòn del incisivo inferior, la cantidad de apiñamiento, la posibilidad de expansiòn posterior y la necesidad de extracciòn. Cualquiera de estos factores podria cambiar la respuesta si se hace un estudio ortodòncico completo y una predicciòn del crecimiento, con el propòsito de predecir el espacio disponible puede utilizarse la ficha de probabilidad filmina # 42, figura 1 para determinar la posibilidad de retenciòn o erupciòn en erupciòn buena o marginal.

6.2 PROVEERAN LAS EXTRACCIONES SUFICIENTE ESPACIO COMO PARA QUE ERUPCIONEN LOS TERCEROS MOLARES ?

Se mide sobre una placa cefalomètrica, la distancia entre el borde anterior de la rama ascendente y el segundo molar, la probabilidad de retenciones disminuye a medida que aumenta el espacio. Ricketts, utilizando aproximadamente 100 esqueletos indios maduros, extrajo la misma conclusiòn, notando como regla ùtil que la probabilidad de la erupciòn con èxito estaba directamente relacionada con la proporciòn del tercer molar que se extendia mäs allà del borde anterior de la rama. Si la mitad del tercer molar estaba escondida por detràs de la rama, habia un 50% de probabilidad de erupciòn. El Dr. T.M. Graber, indica que hay muchos factores involucrados en la erupciòn. Esta es la razòn por la que solamente podemos considerar la probabilidad de erupciòn como funciòn del espacio disponible. No podemos predecirla con certeza. Graber piensa, por esta razòn, que aquellos que esperan

la correcta erupción como rutina como consecuencia de extracción de premolares, habrán de frustrarse. El Dr. Patrick Turley en la reunión de 1974 de la N.I.D.R. en Nueva York Turley, empleando 75 casos tratados ortodòncicamente, evaluò varios métodos de medición del espacio disponible. Hallò que el más útil era la distancia desde el centro de la rama en el punto Xi hasta la cara distal del segundo molar en la madurez filmina #_43 figura #2.

Esta medición agrupò claramente los casos con terceros molares retenidos (malos), terceros molares erupcionados en buena oclusión (buenos), y terceros molares erupcionados pero no en buena oclusión (marginales) filmina #_43__ figura #__2__.

Las distancias promedio fueron aproximadamente 21 mm. de espacio disponible para los retenidos, 25 mm. para los marginales y 30 mm. para los erupcionados en oclusión.

Trazo una curva con estos datos para definir la probabilidad de retención como función del espacio disponible filmina #44 figura #3.

Esta curva se utilizò sobre una muestra de 75 individuos no tratados, para predecir la aparición de retenciones o de erupción entre ellos. Esto mostrò una buena concordancia entre las retenciones predichas por la curva y las realmente observadas. Entonces que efecto tendrá la obtención de un espacio adicional sobre la probabilidad de la erupción? Tomando diferentes puntos de los gráficos. filmina # 44 figura #3 vemos que 7mm. de espacio adicional, el ancho del premolar, disminuye la probabilidad de retenciones alrededor de un 70%. Uno debería preocuparse con los requerimientos de anclaje, pero los profesionales pueden usar esa regla general de que 1 mm. adicional de espacio mejora la

probabilidad de erupción en un 10%. Sin embargo, los incisivos se van a retruir o, si hay apiñamiento, habrá mucho menos espacio disponible. Por ejemplo, si fuéramos a eliminar, 4 mm. de apiñamiento y a mover el incisivo inferior hacia el lingual 2 mm. en un caso de extracciones, esto deduciría 4 de los 7 mm dejando solamente un 30% de mejoría en la probabilidad de erupción.

6.3 DISMINUYE EL TRATAMIENTO SIN EXTRACCIONES LAS PROBABILIDADES DE ERUPCION DE LOS TERCEROS MOLARES?

Una vez más, depende del individuo según los objetivos y los problemas del tratamiento. Hay casos en que todo el arco inferior debe moverse hacia adelante. Esto habría de crear más espacio y aumentaría las probabilidades de una adecuada erupción. Sin embargo aquellas técnicas que tienden a enderezar el molar inferior pueden provocar un desplazamiento distal del molar inferior de 1 a 2 mm. que, de acuerdo con el gráfico, disminuiría la probabilidad de erupción en 10 a un 20%.

6.4 SI PREVEMOS PROBLEMAS CON LOS TERCEROS MOLARES, QUE PUEDE HACERSE POR ELLOS DE ANTEMANO?

6.4.1 La enucleación

Ya en 1929 el Dr. C. Bowdler Henry en Inglaterra experimentaba con "la enucleación" de los gérmenes de los terceros molares antes de su calcificación. Después de estudiar miles de cráneos de niños, determinó que el germen del tercer molar es accesible a través de una "ventana" a los 8 o 9 años de edad que se labra en el hueso.

Henry realizó 3000 de esas operaciones en el Royal General Hospital en Londres. A tomado miles de radiografías de seguimiento, que nos fueron ofrecidas para su estudio, y no se ha informado sobre

efectos colaterales adversos.

Ricketts llegó a la misma conclusión independientemente hace unos 10 años. Pudo hallar pocos cirujanos bucales que desearan realizar esta operación, dado que la anatomía de los pacientes de 8 años era bastante desconocida para ellos. Ricketts mismo a realizado más de 200 enucleaciones en su consultorio y ha informado que no tuvo problemas. La operación lleva normalmente menos de 5 minutos por lado, empleando solo un bloqueo mandibular y que el paciente a veces a vuelto a la escuela el mismo día.

La enucleación del tercer molar parece ser bastante factible y mucho menos traumática que esperar que quede retenido. En el momento actual se dictan cursos sobre la técnica correspondiente en la Universidad de California, en los Angeles.

Schwarze informó sobre una reducción significativa en el movimiento mesial del primer molar inferior después de una germectomía del tercer molar en pacientes de 13 a 22 años de edad. Atribuye el apiñamiento anterior a la excesiva migración mesial de los segmentos posteriores y considera la germectomía del tercer molar como un procedimiento profiláctico contra el apiñamiento anterior. La cirugía parece haber sido más difícil en las edades de 13 a 22 que lo que otros describen a los 8 años de edad.

6.4.1.1 Cuáles son los beneficios y los riesgos potenciales de la enucleación del tercer molar ?

Si después de un diagnóstico ortodóncico minucioso, puede predecirse que el paciente tendrá una probabilidad de más del 50% de retención y menos del 10% de erupción en oclusión normal, se le puede ahorrar un trauma considerable por medio de la enucleación. También se le puede ahorrar la posibilidad de dañar sus segundos

molares. Aunque los dientes no quedaran retenidos sino que erupcionaran marginalmente tienen una alta probabilidad (33%) de provocar una recidiva ortodòncica y una probabilidad mayor de tener que ser extraídos eventualmente debido a otros problemas periodontales tales como pericoronaritis, alteraciones de la ATM y caries. Si esperamos un espacio suficiente para los terceros molares, (30 mm) no tiene sentido extraer un diente perfectamente útil. Estos molares han sido citados como necesarios para proveer un soporte vertical normal.

Si se piensa en la enucleación, debe advertirse al paciente que continúe con sus controles odontològicos regulares y, por lo tanto, debe ser un paciente que pueda esperarse que lleve a un cabo un programa de higiene dental.

Una de las viejas leyendas es que el tercer molar es necesario para un adecuado crecimiento mandibular. Al realizar estas enucleaciones durante los últimos 10 años, Ricketts no ha hallado evidencia de tal suceso.

D.M. Laskin dice que la falta de previsión para preveer la posibilidad de retención y en uno poder saber el futuro dental del paciente habla de la:

6.5 ODONTECTOMIA PROFILACTICA

Segùn Laskin el momento ideal para hacer la odontectomia profiláctica es cuando la radiografia muestra que las raices de los terceros molares se han formado hasta la mitad o las dos terceras partes. La única excepción común es cuando el tercer molar en vías de formación obstaculiza la erupción del segundo molar. Si la odontectomia se hace prematuramente, cuando sólo se ha desarrollado la corona, el diente gira dentro de la cripta ósea cuando se aplica

el elevador y en consecuencia, es más difícil extraerlo que más tarde, cuando las raíces impiden esa rotación. Si se hace una odontectomía profiláctica, se suelen extraer todos los terceros molares.

Para abordar el diente se traza una incisión a lo largo de la cresta alveolar desde la superficie anterior de la rama hasta justo detrás del segundo molar. Se eleva el colgajo envolvente y se extrae el hueso que cubre al diente con una fresa. La abertura resultante debe ser lo bastante amplia como para que quepa el ancho de la corona y permitir la fácil extracción del diente.

El folículo dental todavía posee un espesor considerable, se requiere poca fuerza para elevar el diente; de modo que el diente se puede extraer sin seccionarlo. La técnica individual de la elevación es más o menos la misma que para los diversos tipos de retención de los dientes inferiores formados por completo (técnica descrita en el capítulo IV). Perforando en el lado vestibular del diente un orificio lo bastante grande como para insetar un elevador, se facilita a veces la extracción, porque así se evita que rote. Una vez extraído el diente se debe retirar cuidadosamente el resto del folículo dentario porque el epitelio tiene potencial para seguir creciendo y puede formar un quiste o tumor. El folículo se toma con una pequeña pinza hemstática curva y se desprende con una cureta o una legra.

Se realiza la sutura con la misma técnica descrita en el capítulo IV para dientes molares inferiores formados por completo.

La cavidad ósea resultante es pequeña en comparación con la que queda después de la odontectomía en el adulto.

CONCLUSIONES

-Atraves de este trabajo de investigación vemos claramente que la presencia del tercer molar inferior incluido o retenido produce grandes problemas y en cantidad fácilmente sobrepasan a sus consecuencias positivas; por lo tanto la realización de la odontectomia es casi en absoluto necesaria.

-El diagnostico clinico respecto al tercer molar inferior retenido por si solo es incompetente pero necesario pues este ubica al cirujano dentro del campo real en el que trabajará por lo tanto proveerá las dificultades anatómicas palpables y visibles. Además reconocerá al paciente en forma general o sistemática y tomará las medidas necesarias en caso de que presente patologia de caracter sistémico.

-El diagnostico radiográfico complemento "esencial" del diagnostico clinico es indispensable y de gran utilidad en la programación de dontectomia del tercer molar inferior incluido pues prevee dificultades en el acto quirúrgico esto incluye observar: su posición, tamaño, forma, ubicación del nervio dentario inferior, ubicación anatómica, detalles del hueso, proximidad del segundo molar y presencia de otras patologias son indicaciones de variaciones en el proceso y aplicación de técnicas tales como forma y tamaño de la incisión, cuidados en levantamiento de colgajo, necesidad o no de odontosección y forma adecuada de

realizarla, palancas y apoyos adecuados en cada posición en se presente el incluido. Los autores investigados están de acuerdo en hacer prevalecer en cuanto a este tema los conceptos aún vigentes de WINTER (1.926)

-El conocimiento de sus consecuencias positivas y la magnitud de estas llevan al profesional a un diagnóstico más certero y preventivo del futuro dental del paciente o de su mejor estar presente.

-Conocer las contraindicaciones aunque pocas, de la odontectomia del tercer molar inferior incluido; es de tanta importancia como conocer sus indicaciones pues ayudará al clínico a la adquisición de un criterio discriminativo y de elección de tratamiento

-El uso del instrumental está sujeto a las habilidades del operador y caso particular de odontectomia. Se recomienda el uso de la turbina de alta velocidad en los actos de odontotomia y odontosección; el uso de la pieza de mano de uso cotidiano en odontología está completamente contraindicado en esta cirugía.

-La clasificación de Archer ha sido elegida pues sitúa al tercer molar inferior incluido en sus diferentes posiciones en tres dimensiones: espacio, profundidad, angulación.

-La aplicación de la anestesia efectiva con el uso de una técnica correcta es paso primordial para realizar la operación con calma y tranquilidad por parte del paciente y cirujano; la anestesia aplicada en este caso es generalmente la troncular a nervio dentario inferior y sus ramas lingual y bucal.

-En cuanto a incisión se deben tener presentes las normas generales como precisión en un solo trazo enérgico y profundo, la profundidad está dada por el nivel de hueso. En este estudio se describen 4

técnicas sujetas a variación y elección; pero se recomienda en base a la experiencia de la asesora de este trabajo la primera técnica descrita por Ries Centeno.

-La osteotomía y su extensión están sujetas al tamaño del incluido y forma posterior de extracción. Ha sido usada con éxito la técnica de puntear el contorno del lecho del incluido, unir estos y obtener así acceso y visibilidad al lecho quirúrgico.

-La extracción del molar incluido como elemento único es la mayoría de las veces difícil y puede acarrear serias consecuencias por lo tanto es recomendable hacer uso de la odontosección en cuanto a esta muestra ventajas haciendo uso de la técnica de la fresa.

-En cada caso particular de posición del molar incluido se describe la forma más usual exitosa de seccionamiento la cual está dada por las características anatómicas de la región, al lecho quirúrgico sobre el que se trabaja.

-Al tratar la cavidad alveolar en la que se alojaba el incluido es importante retirar totalmente el saco pericoronario, las espillas y restos epiteliales para evitar complicaciones posoperatorias. El uso de materiales antibióticos dentro de la cavidad no solo se recomiendan pues los antibióticos administrados por vía oral han demostrado satisfactorios resultados.

-La recolocación del colgajo sobre bases firmes en lo posible y una buena sutura son elementos básicos para lograr una cicatrización con buenos resultados. La sutura con puntos simples cuyos bordes de encía cruenta coincidan y presenten eversión han demostrado resultados excelentes en la cicatrización y son poco traumáticos la sutura por planos demuestra ser a simple vista más traumática y produce mayor edema.

-La fase posoperatoria contribuye al éxito y al bienestar del paciente y aún puede mejorar o modificar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgico.

-La asepsia y antisepsia son pasos importantes que contribuirán a evitar complicaciones posoperatorias .

-La predicción de retención o erupción del tercer molar inferior que producirá problemas en el futuro es un hecho que no puede afirmarse con absoluta certeza sin embargo en un estudio realizado por RICKETZ se dan conclusiones satisfactorias con altas probabilidades de éxito.

-Este estudio presenta un tratamiento prematuro llamado ENUCLEACION y nos presenta a la vez sus riesgos y beneficios.

-Para realizar la odontectomia profiláctica es el momento ideal cuando las 2/3 partes o la mitad de las raíces del tercer molar inferior incluido se han formado. Es una técnica que evita futuras complicaciones y es más fácil realizarla.

APENDICE

FILMINAS

- No. 1 Recuerdo anatómico: ubicación anatómica del tercer molar molar inferior.
- No. 2 Método de diagrama para explicar y poder aplicar la técnica de Frank de ubicación del conducto dentario inferior.
- No. 3 Radiografía tercer molar inferior incluido posición vertical. Raíz mesial y distal curva cara mesial accesible
- No. 4 Radiografía tercer molar inferior incluido posición meso-angular cara mesial inaccesible.
- No. 5 Radiografía tercer molar inferior incluido, observese la profundidad con relación la hueso lavezolar
- No. 6 Radiografía tercer molar inferior incluido posición disto angular cara distal accesible.
- No. 7 Radiografía tercer molar inferior incluido posición meso angular observese la relación con el segundo molar inferior
- No. 8 Radiografía tercer molar inferior incluido. Posición mesoangular observese la forma curva y dilacerada de sus raíces.
- No. 9 Radiografía tercer molar inferior incluido observese detalles del hueso alveolar y relación con el nervio dentario inferior.

- No. 10 Radiografía tercer molar inferior incluido. Posición vertical, observese grado de formación de las raíces y relación de estas con nervio dentario inferior.
- No. 11 Radiografía tercer molar inferior incluido. Posición vertical, observese forma de las raíces y relación del nervio dental inferior. Radiografías 9-11-12- aplicando técnica de Frank.
- No. 12 Molar inferior incluido observese detalles de hueso alveolar y rama ascendente.
- No. 13 Posición mesioangular del tercer molar incluido.
- No. 14 Tercer molar inferior incluido. Posición vertical.
- No. 15 Tercer molar inferior incluido. Posición Disto-angular.
- No. 16 Tercer molar inferior incluido. Posición horizontal observese nervio dental inferior.
- No. 17 Tercer molar inferior incluido. Posición Buco-angular.
- No. 18 Tercer molar inferior incluido. Posición invertido.
- No. 19 Tercer molar inferior incluido. Posición Para-normal.
- No. 20 Tercer molar inferior incluido clase II el espacio entre la rama y el extremo distal del segundo molar y es menor que el diámetro meso-distal de la corona del tercer molar.
- No. 21 Tercer molar inferior incluido clase III todo o casi todo está localizado en la rama ascendente.
- No. 22 Instrumental para odontectomía. Modo práctico de disponer los instrumentos.
- No. 23 Bloqueo del nervio dental inferior muestra la aguja en espacio pterigomandibular.
- No. 24 Método indirecto de bloqueo del nervio dental inferior.
- No. 25 Anestesia: técnica de CLARY y HOLMES.

- No. 26 Anestesia nervio lingual.
- No. 27 Anestesia nervio bucal.
- No. 28 Técnica de incisión de RIES CENTENO (recomendada en este estudio).
- No. 29 Técnica de incisión de LASKIN.
- No. 30 Técnica de incisión de KRUGER.
- No. 31 Incisión de un desdentado total y ausencia del segundo molar inferior.
- No. 32 Preparación del colgajo.
- No. 33 Osteotomía.
- No. 34 Técnica de la división lingual del hueso.
- No. 35 Odontosección. Posición vertical del diente.
- No. 36 Odontosección. Posición horizontal del diente.
- No. 37 Odontosección. Posición Disto-angular del diente.
- No. 38 Odontosección. Posición Meso-angular del diente.
- No. 39 Sutura simple.
 - 39a Sutura simple.
- No. 40 Sutura por planos.
 - 40a Sutura por planos.
 - 40b Sutura por planos.
- No. 41 Caso clínico Odontectomía tercer molar incluido
 - 41a Incisión
 - 41b Levantamiento colgajo.
 - 41c Osteotomía.
 - 41d Extracción del diente.
 - 41e Tratamiento de la cavidad.
 - 41f Sutura (continua sutura por planos)
- No. 42 Cuadro estudio de TURLEY

Cuadro1 La distancia del punto Xi al segundo molar diferencia entre los casos que estaban impactados, erupcionados pero en oclusión y erupcionados en oclusión.

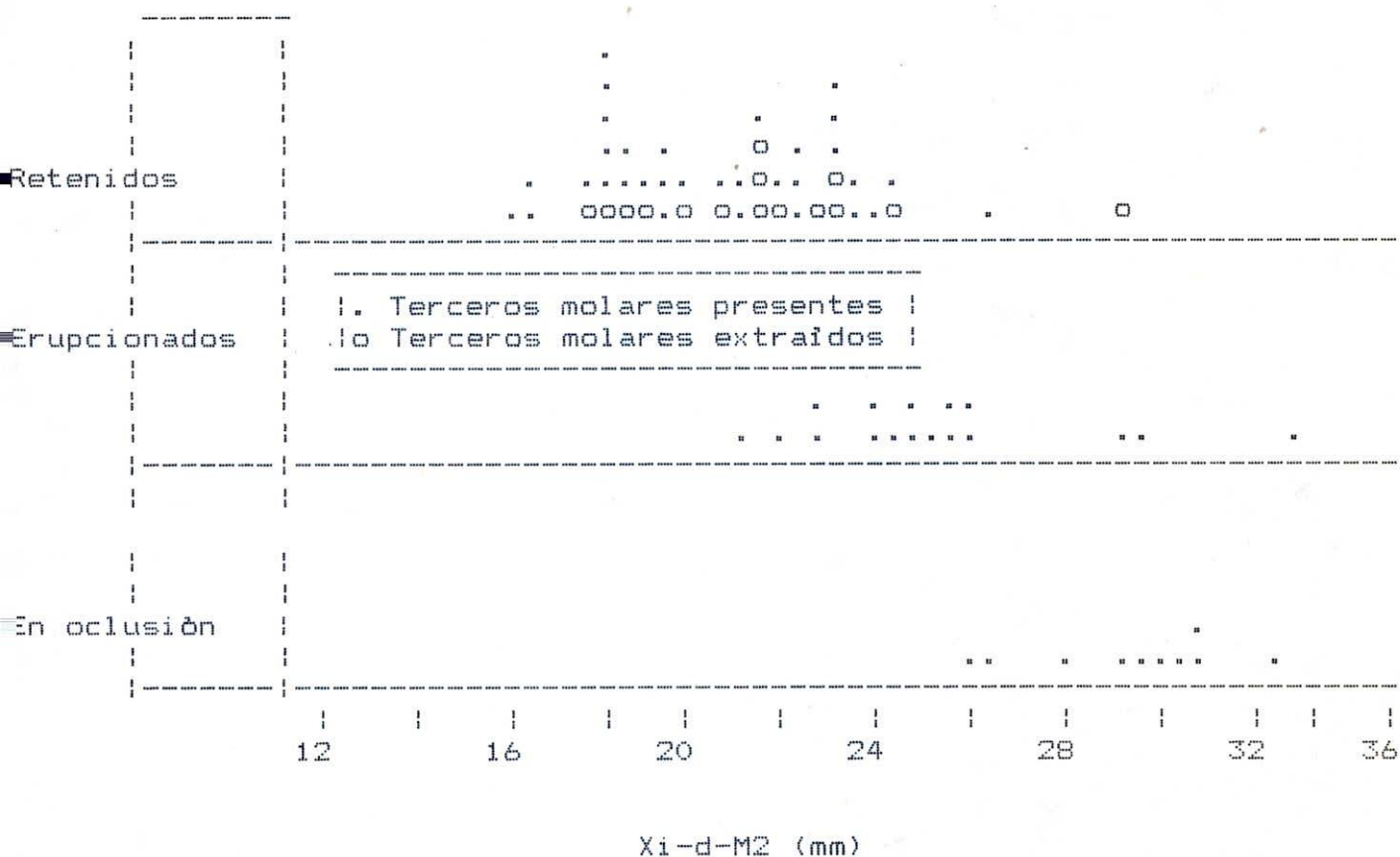
No. 43 Probabilidad del tercer molar basada en la predicción a los Cuadro2 8 años.

La disponibilidad de espacio se mide desde el centro de la rama hasta el segundo molar.

No. 44 Probabilidad del tercer molar. El espacio disponible se Cuadro3 mide desde el centro de la rama hasta segundo molar.

No. 45 Radiografia tercer molar incluido con las 2/3 partes de las raíces formadas momento ideal para realizar la odontectomia profiláctica.

SETENTA Y CUATRO CASOS TRATADOS ORTODONCICAMENTE



Cuadro No.1

La distancia del punto Xi al segundo molar diferencia entre los casos que estaban impactados, erupcionados pero no en oclusión y erupcionados en oclusión. (Tomado de Turley, P.K.:A computerized method of forecasting third molar space in the mandibular arch. Trabajo no publicado presentado en la Reunión de 1974 de la N.I.D.R.)

BIBLIOGRAFIA

- 1- A, GUILLERMO. Ries Centeno. Cirugía bucal. Brasil Rio de Janeiro 4a. Edición 1978
- 2- A, Guillermo. Ries Centeno. El Tercer Molar Inferior. Rio de Janeiro. El Ateneo. 1970
- 3- ARCHER, WHARRY. Cirugía bucal. Atlas de técnicas quirúrgicas. Buenos Aires Editorial Mundi 3a. Edición. 1980.
- 4- LASKIN, M DANIEL. Cirugía bucal y maxilofacial. México. Editorial Panamericano
- 5- RICKETTS, Técnica Bioprogresiva de Rickets. Buenos Aires. Editorial Panamericana 3a. Edición. 1985
- 6- BIRN, MERLUF JENS ERICK. Atlas de Cirugía oral. Benos Aires. Editorial Mundi 1983
- 7- TORRES, M MANUEL. "Sutura por planos para tercer molar inferior incluido". Universitas Odontológica Bogotá 3 (5) jun. 1984
- 8- VEGO, LEROY. "A longitudinal study of mandibular arch perimeter, the angle Arthodontis" Vol XXXII No. 3 July 1962
- 9- PENA, CUEVAS MYRNATH. "Anatomía topográfica de terceros molares inferiores incluidos". Bogotá, U. J. T. O. 1982
- 10- VANEGAS, ACOSTA CAMILO. "Cirugía Incluidos". Bogotá, U. J. T. O. 1982
- 11- FIONGEROTH, M.M. y otros "Exposición de dientes impactados terceros molares inferiores mediante aplicación de fuerzas intradéas". Quinta esencia en español. Chicago 3 (6) Sun. 1982
- 12- D.H, ROBERT. V.H SOWRAY. Anagesia local en odontología. México Editorial El manual moderno. 1982
- 13- HAGLUND, J. Anestesia local en odontología. Buenos Aires, Editorial Mund 1985

- 14- "Journal of the American dental association". Chicago Vol 106
feb. 1983
- 15- KRUGER, GUSTAVO. Cirugia Bucomaxilofacial. México. Editorial
Panamericana 1986.