

COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

No. Acceso _____

Reg. Top. M 239 1988

Compra ☒ Canje ☐ Donación ☐

Editorial _____

Solicitado por _____

Fecha _____

Precio _____

W T.O.
289 239
1988

00269

DIENTES RETENIDOS

MARIA EUGENIA LONDOÑO GALVIS

BOGOTA

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

MAYO, 1988

12-6-01-44

DIENTES RETENIDOS

MARIA EUGENIA LONDOÑO GALVIS

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo.

BOGOTA

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

MAYO, 1988

REPUBLICA DE COLOMBIA

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Rector : Dr. JORGE ARANGO TAMAYO

Decano de la Facultad de
Odontología : Dra. MARISOL ARANGO

Vice-Decano de la Facultad
de Odontología : Dr. JAIRO FORERO

Director de Monografía : Dra. GLADYS DE VARGAS

El documento "Dientes retenidos",
presentado por MARIA EUGENIA
LONDOÑO GALVIS, fue evaluado
con la calificación:

APROBADO:



Dra. GLADYS DE VARGAS

Jurado



Jurado

BOGOTA
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

MAYO, 1988

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos:

A la Doctora GLADYS DE VARGAS, Cirujana del Colegio Odontológico Colombiano.

Al COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO.

A las entidades y personas que hicieron posible la realización del presente trabajo.

Dedico este documento a mis padres
Marco Tulio Londoño y Magnolia Gal-
vis de Londoño, a quienes con su con-
tinuo esfuerzo contribuyeron al desa-
rrollo y a la culminación del presente
trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

		pág.
	INTRODUCCION	1
	OBJETIVOS	3
1	GENERALIDADES	4
2	PATOLOGIA	5
2.1	CLASIFICACION DE LAS RAZONES POR LAS CUALES EL DIENTE NO HACE ERUPCION	5
2.1.1	Razones embriológicas	5
2.1.2	Obstáculos Mecánicos	6
2.1.2.1	Falta Material de Espacio	6
2.1.2.2	Por condensación del hueso	6
2.1.2.3	Por un impedimento que se opone a la erupción	6
2.1.2.4	Por elementos Patológicos	7
2.1.3	Causas Generales	7
3	ACCIDENTES ORIGINADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS	8
3.1	ACCIDENTES MECANICOS	8
3.1.1	Trastornos sobre la colocación normal de los dientes.	8

	pág.
3.1.2	Trastornos sobre la integridad anatómica del diente 8
3.1.3	Trastornos protéticos 9
3.2	ACCIDENTES INFECCIOSOS 9
3.3	ACCIDENTES NERVIOSOS 10
3.4	ACCIDENTES TUMORALES 10
3.4.1	Quistes dentígenos 10
3.4.2	Tumores de otro tipo 10
4	TRATAMIENTO DE LOS DIENTES RETENIDOS 11
4.1	ESTUDIO CLINICO 11
4.1.1	Inspección 11
4.1.2	Palpación 12
4.2	EXAMEN RADIOGRAFICO 12
4.2.1	Verificación de la relación vestíbulo-palatina 12
4.2.2	Ubicación del diente en el plano anteroposterior 15
4.2.2.1	Importancia de conocer la porción coronaria 16
4.2.2.2	Importancia de conocer la porción radicular 16
4.3	CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS. 16
4.3.1	Extracción de los caninos por vía palatina 18
4.3.1.1	Anestesia 18
4.3.1.2	Operación 18
4.3.1.2.1	Incisión 18
4.3.1.2.2	Desprendimiento del Colgajo 19

	pág.
4.4.1.2.3	Ostectomía 20
4.3.1.2.4	Extracción propiamente dicha 21
4.3.1.2.5	Sutura 21
4.3.2	Extracción de los caninos por vía vestibular 22
4.3.2.1	Anestesia 22
4.3.2.2	Incisión 22
4.3.2.3	Desprendimiento del Colgajo Nucoperióstico 23
4.3.2.4	Ostectomía 23
4.3.2.5	Extracción propiamente dicha 23
4.3.2.6	Sutura 24
4.4	CLASIFICACION DE LOS CANINOS INFERIO- RES RETENIDOS. 24
4.4.1	Extracción de los caninos inferiores vestibula- res. 25
4.4.1.1	Anestesia 25
4.4.1.2	Operación 25
4.4.1.2.1	Incisión 25
4.4.1.2.2	Desprendimiento de los colgajos 25
4.4.1.2.3	Ostectomía 25
4.4.1.2.4	Sutura 26
4.4.2	Extracción de caninos inferiores linguales 26
4.5	CLASIFICACION DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFE- RIOR Y SU TRATAMIENTO. 26
4.5.1	Accidentes Mucosos 27

	pág.
4.5.1.1	Pericoronitis 27
4.5.1.1.1	Tratamiento médico de la pericoronitis 27
4.5.1.1.2	Tratamiento Quirúrgico 28
4.5.1.1.3	Antibióticos 28
4.5.2	Complicaciones de las mucosas locales y regionales 28
4.5.2.1	La gingivoestomatitis ulcerosa 28
4.5.2.1	Tratamiento de la gingivoestomatitis 29
4.5.3	Accidentes Nerviosos 29
4.5.3.1	Tratamiento de los accidentes nerviosos 29
4.5.4	Accidentes Celulares 30
4.5.4.1	Tratamiento de los accidentes celulares 32
4.5.6	Accidentes linfáticos ganglionares 33
4.5.6.1	Tratamiento de los accidentes linfáticos 33
4.5.7	Accidentes tumorales 33
4.5.7.1	Tratamiento de los accidentes tumorales 34
4.6	REGION DEL TERCER MOLAR 34
4.6.1	Anatomía 34
4.6.1.1	La Corona 35
4.6.1.2	Las Raíces 35
4.6.2	Generalidades y Nociones de Técnica Radiográfica 35

	pág.
4.6.2.1	Técnica de la radiografía intrabucal 36
4.6.2.2	Radiografía Oclusal 36
4.6.2.3	Radiografía Extrabucal 37
4.6.3	Posición del tercer molar 37
4.6.3.1	Posición Vertical 37
4.6.3.2	Posición Mesioangular 37
4.6.3.3	Posición Horizontal 38
4.6.3.4	Posición Distoangular 38
4.6.3.5	Posición Linguoangular 38
4.6.3.6	Posición Bucoangular 38
4.6.3.7	Posición Invertida 38
4.6.4	Desviación del tercer molar 39
4.6.5	Técnica Quirúrgica 39
4.6.5.1	Incisión 39
4.6.6	Preparación de los colgajos 40
4.6.6.1	Ostectomía 40
4.6.6.1.1	Ostectomía con fresa 40
4.6.6.2	Operación Propiamente Dicha 40
4.6.6.3	Odontosección 41
4.6.5.5	Sutura 41
4.7	CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES. 41
4.7.1	Posición Vertical 41
4.7.2	Posición Mesioangular 42

		pág.
4.7.3	Posición Distoangular	42
4.7.4	Posición Horizontal	42
4.7.5	Posición Paranormal	42
4.8	TECNICA QUIRURGICA	42
4.8.1	Incisión peridentaria desde mesial del segundo molar en proyección sobre el reborde	43
4.8.2	Ostectomía	43
4.8.3	Extracción propiamente dicha	43
4.8.4	Sutura	43
	CONCLUSIONES	44
	BIBLIOGRAFIA	47

INTRODUCCION

Los aspectos aquí tratados son un estudio somero y superficial, pero práctico y útil, sobre la cirugía de incluidos en cavidad oral, su patogenicidad, accidentes infecciosos, clasificación y técnicas quirúrgicas, muy importantes para el odontólogo general ya que muchos de ellos desconocen o saben poco de las diferentes técnicas usadas para la exodoncia método abierto, y por esta razón vemos frecuentemente frustrados nuestros tratamientos al usar técnicas universales que van a repercutir negativamente sobre el paciente.

La verdad es que el estudio de estos incluidos es algo laborioso desde el punto de vista teórico, pero esperamos que con la ayuda de las filminas presentadas logre superar en alguna forma esta barrera.

Mi propósito no es hacer un tratado de cirugía de inclusiones dentales, sino destacar los aspectos más importantes de ellos para así obtener un conocimiento claro y tener las bases necesarias para un momento dado emitir un diagnóstico lo más acertado posible y así brindarles una mejor atención a nuestros pacientes y por lo tanto una satisfacción personal y profesional.

La metodología aquí empleada consistió en la consulta de varios textos de cirugía oral, extractando los artículos de gran interés para la Odontología, citando citas contextuales y textuales, además de la orientación y aclaración que nos brindaron nuestros asesores, que sin la ayuda de ellos hubiera sido casi imposible el desarrollo de este documento.

OBJETIVOS

GENERALES

Conocer las diferentes técnicas usadas para la cirugía de inclusiones dentales.

ESPECIFICOS

Aprender a diferenciar las inclusiones dentales para así elegir la técnica más acertada para su exodoncia, analizando al paciente en una forma integral mediante exámenes clínicos y paraclínicos previos para así llegar a un buen diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.



1. GENERALIDADES

DETENIDO: Cuando teniendo una posición aceptable para erupcionar algo lo retiene.

INCLUIDO: Por la posición anormal.

A veces, es difícil hacer un diagnóstico cuidadoso y determinar si un diente está retenido o simplemente no ha hecho erupción. Este es especialmente el caso de terceros molares. En el curso del desarrollo del diente puede haber tomado una posición poco común, que le impide seguir la vía normal de erupción y así toma una posición anormal dentro del borde alveolar.

Los dientes que tienen mayor predisposición para quedar retenido, son los caninos y terceros molares.

Independientemente de la terminología particular, cualquier diente que no haya logrado adoptar una posición funcional normal en el arco alveolar, que no haya hecho erupción o sólo en parte, y que no tenga ninguna función de utilidad, debe extraerse para evitar futuras complicaciones, tales como el desarrollo de quistes dentígenos lesiones periapicales, caries dental e irritaciones crónica de los tejidos adyacentes.

2. PATOGENIA

El diente que está destinado a hacer normal erupción y aparecer en la arcada dentaria, como sus congéneres erupcionados, encuentra en su camino un obstáculo que impide la realización del normal trabajo que le está encomendando. La erupción dentaria se encuentra en consecuencia, impedida mecánicamente por este obstáculo.

2.1 CLASIFICACION DE LAS RAZONES POR LAS CUALES EL DIENTE NO HACE ERUPCION.

2.1.1 Razones Embriológicas

Las inclusiones se producen por trastornos de las relaciones afines, que normalmente existe entre el folículo dentario y la cresta alveolar, durante las diversas fases de la evolución. Los cambios de evolución que sufren estas estructuras se producen como consecuencia de alteraciones en la formación del tejido óseo y que hace desplazar al folículo dentario.

2.1.2 Obstáculo Mecánicos

2.1.2.1 Falta Material de Espacio

Se debe considerar varias posibilidades: El gérmen del tercer molar inferior debe desarrollarse entre una pared inextensible y la rama montante del maxilar; el canino superior tiene un gérmen situado en lo más elevado de la fosa canina. Completada la calcificación del diente y en maxilares de dimensiones reducidas, no tiene lugar para ir a ocupar su sitio normal en la arcada.

El canino temporario, que debe mantener el espacio para su sucesor permanente, es muy angosta para retener el espacio necesario mesio-distal. La presión mesial del segundo molar en su erupción es transmitida de un diente a otro, hasta el canino desiduo, causando su acuñamiento, aun estando su raíz casi reabsorbida, esta situación origina una contracción parcial de esta zona donde desciende el canino, causando su desviación hacia una posición normal.

2.1.2.2 Por condensación del hueso

Esto no puede ser vencido en el trabajo de erupción, entre estas están: Enostosis, Osteitis, Condensante, Osteosclerosis, procesos óseos que originan una imagen lechosa o blanquecina.

2.1.2.3 Por un impedimento que se opone a la erupción

Puede ser un órgano dentario; dientes vecinos, que por extracción pre-

matura de temporario han acercado sus coronas; posición de un diente retenido que choca contra las raíces de los dientes vecinos.

2.1.2.4 Por elementos Patológicos

Como dientes supernumerarios , tumores odontogénicos, quistes dentígenos.

2.1.3 Causas Generales

Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endocrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencia de dientes , las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio, la causa más frecuente de la inclusión del canino es la que tiene origen en el desequilibrio de tensión entre la musculatura externa e interna de la arcada dentaria; una ligera pero constante presión muscular que reciben los dientes anteriores y que es suficientemente fuerte para torcerlos, y esa misma presión retransmitida sucesivamente de cada diente hacia atrás, puede influir hasta la muela del juicio.

3. ACCIDENTES ORIGINADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS

El diente retenido es susceptible de producir trastornos de índole diversa, a pesar de que muchos pasan inadvertidos y no ocasionan ninguna molestia al paciente.

3.1 ACCIDENTES MECANICOS

Los dientes retenidos, actuando mecánicamente sobre los dientes vecinos, pueden producir trastornos que se traducen sobre su normal colocación en el maxilar y en su integridad anatómica.

3.1.1 Trastornos sobre la colocación normal de los dientes

El trabajo mecánico del diente retenido, en su intento de desinclusión produce desviaciones en la dirección de los dientes vecinos y aun trastornos a distancia, como el que produce el tercer molar sobre caninos e incisivos, a los cuales los desvía de su normal dirección, produciendo entrecruzamiento y conglomerados antiestéticos.

3.1.2 Trastornos sobre la integridad anatómica del diente

La constante presión que el diente retenido o su saco dentario ejerce

sobre el diente vecino, se traduce por alteraciones del cemento, en la dentina y en la pulpa de estos dientes.

3.1.3 Trastornos protéticos

Tenemos la confirmación de estos trastornos con innumerables casos, los cuales se pueden concretar como sigue: Pacientes portadores de prótesis advierten que sus prótesis vasculan en la boca y no se adaptan con la comodidad a que estaban acostumbrados. Un examen clínico descubre una protuberancia en la encía y una radiografía aclara el diagnóstico de una retención dentaria.

3.2 ACCIDENTES INFECCIOSOS

Estos están dados por la infección de su saco pericoronario. La infección de este saco puede originarse por distintos mecanismos y por distintas vías: Al hacer erupción el diente retenido, su saco se abre espontáneamente al ponerse en contacto con el medio bucal, o puede producirse como una complicación apical o periodóntica de un diente vecino o por la vía hemática, la infección del saco folicular se traduce por procesos de distinta índole: Inflamación local, con dolores, aumento de temperatura local, absceso y fístula consiguiente, osteitis, osteomielitis, adenoflemones, estado séptico general, e invasión de los espacios vecinos como el pterigo mandibular, el bucal, el o los maseterinos, el faringo lateral y los supramandibulares.

3.3 ACCIDENTES NERVIOSOS

Estos accidentes son frecuentes. La presión que el diente ejerce sobre los dientes vecinos, sobre sus nervios o sobre sus troncos mayores, es posible origine algias o neuritis de intensidad, tipo y duración variable.

3.4 ACCIDENTES TUMORALES

3.4.1 Quistes dentígenos

Tiene su comienzo indudable en la hipergénesis del saco folicular a expensas del cual se forman. Todo diente retenido es un quiste dentígeno en potencia.

Los dientes portadores de tales quistes emigran del sitio primitivo de iniciación del proceso.

3.4.2 Tumores de otro tipo

Se citó el caso de un épulis, y otro de un tumor maligno originado por un diente retenido.



4. TRATAMIENTO DE LOS DIENTES RETENIDOS

Primero se hace una interconsulta con el ortodoncista o el ortopedista dependiendo de la edad y la distribución dentaria.

La extracción de un diente consiste esencialmente en un problema mecánico; es la búsqueda, por medios mecánicos e instrumentales, del diente retenido y su eliminación del interior del hueso donde está ubicado, aplicando los principios de la extracción quirúrgica de los dientes retenidos.

4.1 ESTUDIO CLINICO

4.1.1 Inspección

La ausencia del canino permanente en la arcada, la persistencia del temporario, puede ser sospechar de retención. En la inspección visual puede haber una elevación o relieve en el paladar o vestíbulo, pero muchas veces no hay protuberancia por ninguna parte, pues la posición está dentro de la fosa canina o si no en relación con seno maxilar o fosa nasal.

4.1.2 Palpación

El dedo índice, que investiga, confirma la existencia de esta elevación, de la misma consistencia que la tabla ósea. En caso de existir algún proceso infeccioso y una fístula, una sonda introducida por ella nos lleva a chocar contra un cuerpo duro, que representa la corona del canino.

4.2 EXAMEN RADIOGRAFICO

Debe ser realizado según ciertas normas para que sea de utilidad.

Es necesario ubicar el diente según los tres planos del espacio es imprescindible ver la cúspide y el ápice, y conocer las relaciones de vecindad de estas porciones y de todo el diente con los órganos vecinos (senos y fosas nasales) y con los dientes vecinos, la radiografía nos dará el tipo de tejido óseo (densidad, rarefacción, presencia de saco pericoronario, existencia de procesos óseos pericoronarios).

Antes de encarar un problema quirúrgico de esta especie, debemos verificar, con absoluta precisión la clase a que pertenece el canino retenido para imponer el tipo de operación necesaria. Sólo así evitaremos operaciones mutilantes, traumáticas y llenas de inconvenientes.

4.2.1 Verificación de la relación vestíbulo-palatina

Es natural que lo primero que se necesita conocer es la posición vestibular o palatina del diente retenido, para elegir la vía de absceso.

A pesar de que aproximadamente un 85% de los caninos retenidos son palatinos un método que no siempre es preciso para ubicar con exactitud aproximadamente la relación vestibulopalatina, es el empleo de radiografías oclusales, con el rayo central paralelo al eje de los incisivos. La técnica para obtener esta placa es la siguiente: Paciente sentado, con su espalda dirigida verticalmente. El plano del arco superior debe ser horizontal; por lo tanto, la película oclusal, después de sostenida entre ambos maxilares en oclusión, debe estar horizontal. En esta posición, para que el rayo central sea paralelo al eje mayor de los incisivos, el cono del aparato radiográfico deberá colocarse sobre la cabeza del paciente, sobre el hueso frontal, aproximadamente 2. 1/2 cm. sobre la glabella que coincide con la prolongación del eje de los incisivos. Con esta radiografía oclusal, los incisivos centrales han de aparecer radiografiados de tal modo, que sólo sea perceptible el corte elíptico del ecuador de cada diente, no viéndose la proyección de la raíz. El diente retenido aparecerá por adelante, o por detrás de la proyección radiográfica de los dientes anteriores. Otro caso de la experiencia realizada se fijó un canino horizontal sobre la tabla vestibular, apenas es visible, la imagen de este diente y el rayo central perpendicular a la película sobre los huesos propios de la nariz y la proyección del eje de los incisivos centrales no coincide con dichos rayos. El resultado de dicha técnica oclusal es que el canino palatino o vestibular siempre aparecerá de la misma manera (palatino).

El método para investigar la relación vestibulopalatina de los caninos superiores retenidos, no es absolutamente seguro por intercambio de

la radiografía oclusal. A lo sumo, puede certificarse que ambas técnicas oclusales, los caninos palatinos se proyectan siempre en el lado palatino. Por la técnica del rayo central a nivel del frontal, los caninos vestibulares (horizontales) aparecen a nivel de los dientes anteriores o ligeramente vestibulares; por la técnica del rayo central a nivel de los huesos propios de la raíz, los caninos retenidos vestibulares aparecen por el lado palatino.

Lo exacto, hasta que se demuestre otro procedimiento, es el método de las tres películas, anterior, media, posterior, estudiado para la ubicación del diente en el plano anteroposterior (sagital) con el rayo central perpendicular a cada una de ellas y aplicando la técnica de Clarck, aplicando esta ley, para ubicar los dientes en sentido vestibulopalatino, suponiendo ambos en la misma línea, el diente vestibular (objeto bucal), con el rayo central del aparato radiográfico en la misma línea y normal a la película, dará como resultado la superposición de las imágenes de los dientes.

Si se desplaza la dirección de los rayos de derecha a izquierda vale decir de mesial, la imagen de los dientes superpuestos, se modifican en el mismo sentido, por lo tanto que el diente que fugue en el sentido que se ha desplazado el cono, es el que se encuentra más próximo a la película, y más alejado del rayo, el que migra en sentido contrario al desplazamiento del cono, estará más cerca de su vecino, del rayo y más lejos de la película. Es decir, que el primer caso el diente que se movilice en el sentido que se ha desplazado el rayo será palatino; el

que se escapa en sentido contrario será vestibular.

4.2.2 Ubicación del diente en el plano anteroposterior

Esta ubicación se logra, a la toma de varias radiografías con placas comunes gracias a la siguiente técnica: Se denomina a.m.p. (anterior, media, posterior).

Toma anterior (a): Se coloca la película en el lado palatino, haciendo coincidir la línea media de la placa con el espacio interincisivo. Rayo normal a la película.

Toma media: (m): Se coloca la película orientada verticalmente haciendo coincidir su borde anterior con el espacio interincisivo. Rayo normal a la película.

Toma posterior (p): Se coloca la película, haciendo coincidir el borde anterior con la cara distal del incisivo lateral. Rayo normal a la película.

Reveladas las películas y puestas en el negatoscopio en sentido p.m.a (para el lado izquierdo) y a.m.p. (lado derecho), tendremos la ubicación del diente en el plano sagital y las relaciones con órganos y dientes vecinos.

4.2.2.1 Importancia de conocer la porción coronaria

La radiografía debe mostrar con perfecta nitidez: La forma de la corona la existencia y dimensiones del saco pericoronario, la distancia y relación de la cúspide del canino con los incisivos central y lateral y la distancia con el conducto palatino anterior. El obstáculo para la extracción del canino retenido, como para cualquier diente en las mismas condiciones, está en su corona y no en su porción radicular.

4.2.2.2 Importancia de conocer la porción radicular

El ápice del canino retenido presenta, por lo general, una pronunciada dilaceración. Su colocación a nivel o por encima de los ápices de los dientes, su proximidad con el seno maxilar, deben ser satisfactoriamente investigadas por el examen radiográfico. Cuando en los caninos se ve el extremo radicular muy grueso, debe sospechar una dilaceración radicular, que se presenta en casi todos los casos de caninos incluidos y relacionado con la y radiográfica o asociada al ápice del premolar.

4.3 CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

Los caninos pueden ser clasificados de acuerdo con el número de dientes retenidos, con la posición que estos dientes presentan en el maxilar con la presencia o ausencia en la arcada.

La retención puede ser simple o doble, presentándose ambos caninos retenidos; caninos situados en el lado palatino o situados en el lado vestibular; caninos en maxilares dentados o en maxilares sin dientes.

De acuerdo con lo anterior se puede ordenar una clasificación que corresponde a todos los casos de estas retenciones.

CLASE I: Maxilar Dentado. Diente ubicado del lado palatino, retención unilateral. a) Cerca de la arcada dentaria; b) lejos de la arcada dentaria.

CLASE II: Maxilar Dentado: Dientes ubicados del lado palatino. Retención bilateral.

CLASE III: Maxilar Dentado: Diente ubicado del lado vestibular. Retención unilateral.

CLASE IV: Maxilar Dentado. Diente ubicado del lado vestibular. Retención bilateral.

CLASE V: Maxilar dentado. Caninos vestibulopalatino (con la raíz o corona hacia el lado vestibular).

CLASE VI: Maxilar Desdentado. Diente ubicado del lado palatino. Retención Unilateral o Bilateral.

CLASE VII: Maxilar desdentado. Dientes ubicados del lado vestibular, retención unilateral o bilateral.

4.3.1 Extracción de los caninos por vía palatina

4.3.1.1 Anestesia

Los caninos retenidos, pueden extraerse con el paciente bajo anestesia local para los caninos superiores, bloquéense los nervios palatino anterior y nasopalatino. Se aconseja inyectar anestésico local aunque se haga anestesia general por la acción hemostática del vasoconstrictor en particular para controlar el sangrado del paladar.

4.3.1.2 Operación

4.3.1.2.1 Incisión

Para extraer un canino retenido en la bóveda palatina, es necesario desprender parte de la fibromucosa, dejando al descubierto la bóveda ósea. Este colgajo debe dar una visión del campo operatorio y debe ser dispuesto de tal modo, que no sea traumatizado en el curso de la intervención.

La extensión del colgajo debe estar dada por la posición del canino retenido. Cúspide y ápice del canino son los extremos por fuera de los cuales se traza la incisión.

La forma de incisión peridentaria y colgajo en bolsillo es la que tiene

por objeto, desprender el telón palatino, después de haber hecho lo de la fibromucosa palatina del cuello de los dientes, se realiza de la siguiente manera: Se usa un bisturí de hoja corta, el cual se insinúa entre los dientes y la encía, dirigido en sentido perpendicular a la bóveda, llegando hasta el hueso.

Al llegar al sitio donde falta el diente en la arcada, el bisturí contournea parte de la cara mesial del primer premolar; la incisión sigue la cresta de la arcada y se continúa hasta el lugar elegido. La pequeña lengüeta que resulta de esta incisión será utilizada con provecho al practicar la sutura. Si existe el canino temporario, la incisión lo rodea por su cara palatina.

4.3.1.2.2 Desprendimiento del Colgajo.

Este se realiza con un instrumento romo (Periostótomo).

Este instrumento se insinúa entre la arcada dental y la fibromucosa palatina y por pequeños movimientos, sin herir y sin desgarrar la encía, se desprende la fibromucosa hasta dejar al descubierto el hueso de la bóveda palatina. Es conveniente después de desprendido un trozo de fibromucosa, tomar éste con una pinza de disección. Este colgajo debe ser mantenido inmóvil durante el curso de la operación. Se pasa un hilo de sutura por punto de la fibromucosa, de preferencia a nivel de la lengüeta gingival del espacio del canino. El hilo se anuda a un molar del lado opuesto o se toman sus cabos con una pinza y se fijan a la

compresa que cubre el paciente. En ambos casos este mismo hilo sin necesidad de volverlo a pasar por la fibromucosa se enhebra en una aguja y sirve para suturar el colgajo.

4.3.1.2.3 Ostectomía

Para eliminar el hueso que recubre el canino retenido puede el cirujano valerse de varios métodos, que aunque llevan al mismo fin, tienen diferencias fundamentales que se refieren al chock quirúrgico y a las molestias que puede sentir el paciente. Los instrumentos usados son: La fresa quirúrgica y el escoplo.

Es importante especificar la cantidad de hueso a eliminarse. Deben quedar ampliamente descubierta en la ostectomía, toda la corona retenida y parte de la raíz. La ostectomía debe descubrir toda la corona, especialmente a nivel de la cúspide del diente retenido y en una anchura equivalente al mayor diámetro de la corona, para que ésta se pueda eliminar de la cavidad ósea, sin tropiezos y sin traumatismos, por lo general es suficiente descubrir el tercio cervical de la raíz.

La fresa es el instrumento de nuestra preferencia. Elimina el hueso, limpia y rápidamente sin molestar al operado. Los inconvenientes que pudieran derivar del recalentamiento del instrumento se subsana usando fresas nuevas que deben cambiarse continuamente en el curso de la extracción, porque al embotarse con los restos óseos y la sangre bruñen el hueso y lo calientan. Es útil irrigar el hueso con suero fisiológico tibio esterilizado.

La ostectomía a fresa se realiza con una fresa redonde número cuatro o cinco, la fresa debe llegar a tocar la corona del canino y el operador percibir la sensación particular de dureza del esmalte.

4.3.1.2.4 Extracción propiamente dicha

La operación consiste en eliminar un cuerpo duro inextensible (el diente) de un elemento duro (el hueso). Se retira el hueso que cubre la corona. Con fresa de fisura se amplía el surco, entre diente y hueso y se profundiza el diente retenido sin destruir hueso. En casos de que esto no se pueda hacer porque el diente incluido se insinúa entre otros dientes o hay paquetes vasculonerviosos que impidan el procedimiento u otras estructuras anatómicas se aplica el sistema de tramer que consiste en abrir dos ventanas una vestibular y otra palatina y se hace ya sea la odontosección o se impulsa de un lado a otro.

4.3.1.2.5 Sutura

El colgajo se vuelve a su sitio readaptándose perfectamente, de manera que las lenguetas interdientarias ocupen su normal ubicación, en los caninos unilaterales un punto de sutura es suficiente, se coloca a nivel del espacio.

Si persiste el canino temporario, la sutura del colgajo debe realizarse con una aguja recta y fina, lo cual se pasa por el espacio interdentario más ancho. El extremo interno del hilo se vuelve, atraviesa el punto contacto para llegar al triángulo subgingival y se anuda con el extremo

externo del hilo.

Terminada la operación se coloca un trozo de gasa en la bóveda palatina comprimiendo y manteniendo dosada la fibromucosa.

4.3.2 Extracción de los caninos por vía vestibular

La vía vestibular para la extracción de los caninos retenidos en el lado vestibular y los palatinos próximos a la arcada dentaria, con espacios suficientes dados por diatemas o dientes ausentes, es más sencilla que la palatina. La iluminación es más fácil y el acceso del diente retenido es más directo.

4.3.2.1 Anestesia

La anestesia de elección es la infraorbitaria, se completa con anestesia de paladar a nivel del agujero palatino anterior y una anestesia distal a la altura del ápice del canino. Si se opera con anestesia general, es útil realizar una anestesia infiltrativa en el vestíbulo con fines hemostáticos.

4.3.2.2 Incisión

Se emplea la incisión en arco (Partsch) o la incisión hasta el borde libre (Neumann). Debe estar lo suficientemente alejado del sitio de implantación del diente, como para que ésta no coincida con la brecha o sea, al reponer el colgajo en el sitio.

4.3.2.3 Desprendimiento del Colgajo Nucoperióstico

Sigue las normas trazadas para los otros tipos de colgajo. Este debe mantenerse levantado durante el curso de la operación con un separador romo que no traumatice.

4.3.2.4 Ostectomía

Se realiza a escoplo y martillo o fresa. Ambos métodos son buenos. La tabla externa no tiene la dureza y solidez de la bóveda palatina y permite la ostectomía más fácilmente.

4.3.2.5 Extracción propiamente dicha

Los caminos vestibulares, después de enucleada la tapa ósea, pueden ser extraídos enteros, luxándolos previamente con elevadores rectos que se insinúan entre el diente y la pared ósea, en los sitios más sólidos. Luxado el diente, se toma con una pinza recta y se extrae.

Método TRAMER. Cuando el ápice del canino que está por palatino va hacia vestibular y abraza el ápice del premolar o su dilaceración se engancha en la y invertida. Es necesario abrir una ventana vestibular a este nivel para cortar la dilaceración y permite hacer la exodoncia palatina del canino.

La odontosección se realiza con fresa de fisura. El diente retenido se realiza a nivel del cuello.

La corona se extrae con un elevador recto o angular.

La raíz es movilizada en dirección de su eje mayor, con elevadores o se practica un orificio en la raíz con una fresa redonda, en la cual se introduce un instrumento delgado con el que se la desplaza.

4.3.2.6 Sutura

Dos o tres puntos de sutura con seda o hilo completan la operación, después de repuesto el colgajo en su sitio.

4.4 CLASIFICACION DE LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS

Los caninos inferiores retenidos existen en número menor que los superiores. Se clasifican de la siguiente manera:

CLASE I: Maxilar dentado. Retención unilateral. Diente ubicado en el lado lingual, en posición vertical y horizontal.

CLASE II: Maxilar dentado, retención. Diente ubicado en el lado bucal en posición vertical y horizontal.

CLASE III: Maxilar dentado. Retención bilateral

CLASE IV: Maxilar desdentado. Retención unilateral

CLASE V: Macilar desdentado. Retención bilateral

4.4.1 Extracción de los caninos inferiores vestibulares

4.4.1.1 Anestesia

En la mandíbula se bloquean los nervios alveolares inferior y lingual. Este se debe hacer en ambos lados si el canino ha migrado al lado opuesto.

4.4.1.2 Operación

4.4.1.2.1 Incisión

La incisión peridentaria sin llegar al borde gingival, provee un colgajo suficiente.

Puede prepararse un colgajo, a expensas del borde libre, trazando una incisión vertical y desprendiendo la encía de los cuellos dentarios.

4.4.1.2.2 Desprendimientos de los colgajos.

Como para los caninos superiores con el periostótomo se desciende el colgajo mucoperióstico, que se sostiene.

4.4.1.2.3 Ostectomía

Puede realizarse con fresa redonda.

4.4.1.2.4 Sutura

Se puede realizar la sutura con seda, hilo catgut o nylon.

4.4.2 Extracción de caninos inferiores linguales.

Los caninos inferiores suelen estar incluidos en la base de la mandíbula, en la cara externa de ésta y en posición oblicua u horizontal. Los caninos que están en posición vertical suelen erupcionar en los pacientes jóvenes si se les crea espacio expandiendo el arco.

A los caninos que están en posición inusual por lo general se los puede extraer por vía intrabucal desenguantando la cara anterior de la mandíbula, pero si el diente está cerca del borde inferior en la región premolar, a veces se lo aborda con mayor facilidad incidiendo la piel. Con este abordaje se tiene más a evitar que se lesione el nervio mentoniano.

4.5 CLASIFICACION DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR Y SU TRATAMIENTO.

Los accidentes originados por el tercer molar son variados y de intensidad distinta; alcanza todas las gamas y generan todos los cuadros clínicos desde el proceso local de escasa importancia hasta el flemón gangrenoso del suelo de la boca.

4.5.1 Accidentes Mucosos

Comprenden las complicaciones que ocurren en la parte blanda que rodea el molar retenido.

4.5.1.1 Pericoronitis

Se origina en la época de erupción del molar de juicio, su comienzo puede ser brusco e incidioso.

Cuando es brusco, a nivel del capuchón que cubre el molar retenido total o parcialmente, se instala sin anuncio previo un proceso inflamatorio con sus signos característicos: Dolor, tumor, calor, rubor.

Este cuadro inflamatorio no queda circunscrito al panorama local. El estado general es prontamente afectado: Fiebre, anorexia, astenia. Los ganglios regionales son atacados. El trismus acompaña el proceso; la masticación está dificultada.

4.5.1.1.1 Tratamiento médico de la pericoronitis

El capuchón pericoronario inflamado se lavará profundamente con una solución antiséptica débil, agua oxigenada o perborato de sodio, para la limpieza de las secreciones. Es conveniente favorecer las condiciones de defensas locales, administrando enjuagatorios que actúen como emulsiones y revulsivos, antibióticos.

4.5.1.1.2 Tratamiento Quirúrgico

Apertura de los focos de supuración en presencia de un absceso submucoso, debajo del capuchón, éste debe ser abierto quirúrgicamente a bisturí. El molar retenido y su saco pericoronario puede ser extraído para solucionar el problema que originan.

4.5.1.1.3 Antibióticos

Se les administra según indicaciones médicas. Si bien sigue siendo útil las penicilinas. El advenimiento de las penicilinas semisintéticas a conseguir ampliar el espectro antibacteriano de aquellas sobre todo contra gérmenes gram negativos y ordenar calor.

4.5.2 Complicaciones de las mucosas locales y regionales.

El capuchón del tercer molar inferior, sus regiones vecinas y los fondos de los sacos vecinos al diente retenido puede ser sitios propicios en la exacerbación de la virulencia microbiana y la creación de condiciones favorables para que se instale la simbiosis fusoesporilar.

4.5.2.1 La gingivoestomatitis ulcerosa

El tercer molar en erupción, el saco pericoronario o la pericoronitis son el punto de iniciación de una gingivoestomatitis que puede presentar todo el aspecto de las ulceromembranosas. Esta afección tiene amplia repercusión ganglionar, esta úlcera se produce por las cúspides del tercer molar inferior por debajo y las cúspides de los dientes superiores, o

la acción de los alimentos produce en la cara inferior del capuchón sobre un terreno inflamatorio esta ulceración es traumática extremadamente dolorosa que se acompaña generalmente de trismus.

4.5.2.1 Tratamiento de la gingivoestomatitis

El tratamiento es muy variado según la experiencia individual del odontólogo respecto a la enfermedad, algunos prefieren tratar esta afección por medios conservadores, haciendo sólo una limpieza superficial de la cavidad bucal en la fase aguda temprana de la enfermedad, seguida de un raspado minucioso en cuanto las condiciones lo permitan. En estos casos, se consigue una rápida curación de la enfermedad. Aun sin medicación otros prefieren el uso de sustancias oxigenantes o antibióticos junto con el tratamiento local.

4.5.3 Accidentes Nerviosos

Sobre el nervio dentario puede insidiar trastornos reflejopáticos y neurotróficos que se traducen en herpes, pelada y eccemas, entre los accidentes nerviosos deben considerarse parestesias o hiperestesias muscular, verdadera reacción ontálgica.

4.5.3.1 Tratamiento de los accidentes nerviosos

Consiste en particular en aplicar calor extra y/o intrabucal para reducir la inflamación y el espasmo y administrar un analgésico si existe dolor. Los relajantes musculares no son eficaces para este problema.

Además se debe evitar el ejercicio porque es perjudicial para la musculatura espásmica. Poco a poco se podrá abrir más la boca a medida que el dolor y la inflamación cedna, sólo se administra antibióticos si hay manifestación de infección.

4.5.4 Accidentes Celulares

Abscesos esta dada por la inflamación puede tomar varias vías.

Los espacios anatómicos o aponeuróticos, son espacios potenciales situados entre planos de la aponeurosis que forman vías naturales de paso por los cuales se extiende la infección, con lo cual produce la celulitis, o dentro de los cuales puede localizarse la infección y dar lugar a un verdadero absceso. Las vías que puede tomar son: Espacio infratemporal. Este espacio está limitado hacia adelante por la tuberosidad del maxilar; hacia atrás por el músculo ptegoideo externo, el cóndilo y el músculo temporal y apófisis coronoides. La porción inferior del espacio infratemporal es denominado espacio ptegomandibular y se encuentra entre el músculo pterigoideo interno y la rama de la mandíbula. Se extiende en dirección anteromedial, desde el espacio infratemporal y, como parte de él, está el espacio poscigomático.

Espacio Faríngeo Externo

Está limitado hacia adelante por la aponeurosis bucofaríngea, glándula parótida y los músculos ptegoideos; hacia atrás por la fascia prevertebral; laterlamente por la vaina carotídea y hacia la línea media por

la pared lateral de la faringe.

Espacio Retrofaríngeo: Está limitado por delante por la pared faríngea; atrás por la fascia prevertebral y, lateralmente, por el espacio faríngeo-lateral y la vaina carotídea.

Espacio Parotídeo. Este espacio contiene la glándula parotídea y todas las estructuras correspondientes, la glándula propiamente dicha está situada por fuera del músculo masetero y se extiende hacia atrás, por detrás de la rama de la mandíbula y hacia la línea media, entre los músculos masetero y pterigoideo interno.

Espacio del cuerpo de la mandíbula: Este espacio está encerrado por una capa aponeurótica derivada de la capa superficial de la aponeurosis cervical profunda, que se inserta en el borde inferior de la mandíbula y después se divide para encerrar el cuerpo de ésta, hacia arriba se continúa con el mucoperiostio alveolar y músculos de la expresión facial que tienen su inserción en este hueso.

Espacio Submasetero: Está situado entre el masetero y la superficie lateral de la rama de la mandíbula. Es un espacio estrecho que se orienta en sentido paralelo a la inserción media y profunda. El límite posterior de este espacio es la glándula parotídea, y hacia adelante se une a la fosa retromolar.

Espacio Submandibular: Hay tres espacios principales: Submaxilar, sub-

lingual, sumentoniana.

Espacio Submaxilar: Está en la línea media de la mandíbula y debajo de la porción posterior del músculo milohioideo. Está bordeado, hacia la línea media, por el hioglosos y digástrico y lateralmente por las aponeurosis superficiales y piel. Este espacio encierra la glándula submaxilar y ganglios linfáticos.

Espacio Sublingual: Está limitado hacia arriba por la mucosa del piso de la boca; hacia abajo por el milohioideo; hacia adelante y lateralmente por el cuerpo de la mandíbula; hacia la línea media por el surco longitudinal de la lengua, hacia atrás por el hueso hioides.

Espacio Submentoniano: Desde el borde anterior del espacio submaxilar a la línea media y está limitada en profundidad por el músculo milohioideo.

4.5.4.1 Tratamiento de los accidentes celulares.

Los abscesos producidos como complicación celular de la pericoronitis deben ser incididos a bisturí o galvanocauterio, el tratamiento del absceso bucinatomaxilar se hace una apertura por vía bucal. El sitio indicado para la incisión es el surco vestibular, con un bisturí de hoja corta se llega profundamente hasta el hueso, vaciado el absceso hay que tratar urgentemente el foco inicial, la pericoronitis para evitar una nueva colección prulenta. La extracción del molar retenido se

impone en tales condiciones.

4.5.6 Accidentes linfáticos ganglionares

La repercusión ganglionar en el curso de una pericoronitis es un hecho frecuente y común. Podemos decir que todas las infecciones del saco pericoronario se acompaña de su cortejo ganglional o loca.

Los ganglionares tributarios de la región del tercer molar son los subángulos maxilares o submaxilares. Se trata por lo general de una adenitis, sin embargo, en las infecciones de gran virulencia o cuando el estado general del paciente está resentido, la adenitis simple puede transformarse en un verdadero flemón de ganglio sobre repercusión sobre el estado general.

4.5.6.1 Tratamiento de los accidentes linfáticos

Las adenitis simples mejoran con el tratamiento médico de la pericoronitis. Los adenoflemones deben ser tratados y abiertos por vía externa este tratamiento entra en dominio de la cirugía bucal maxilofacial en general.

4.5.7 Accidentes tumorales

Los terceros molares retenidos originan tumores odontogénicos. Estos tumores son los quistes dentígeros y los queratoquistes, tales quistes dentígeros pueden infectarse y dar procesos supurativos de variedad

variable, capaces de traducirse en osteitis y osteomielitis.

4.5.7.1 Tratamiento de los accidentes tumorales

Los granulomas y quistes marginales posteriores o anteriores deben ser eliminados, sino se desprenden en el acto de la extracción dentaria. La recesión puede efectuarse con cucharilla para hueso. El raspado debe llegar profundamente hasta percibirse la sensación del hueso.

4.6 REGION DEL TERCER MOLAR

Está constituida por el hueso maxilar, el molar retenido y las partes blandas que lo cubren y revisten, presenta una forma cúbica y por lo tanto seis caras. Una anterior correspondiente a la cara distal del segundo molar; una posterior, paralela, dada por un plano trazado aproximadamente a 1 cm por detrás del punto más distal del tercer molar; una superior, prolongación del plano oclusal o triturante del primero y segundos molares; una externa o bucal, correspondiente a la cara externa del maxilar con sus elementos anatómicos; una interna, dada por la cara homónima del maxilar, y una inferior, paralela al plano oclusal.

4.6.1 Anatomía

Tiene características morfológicas propias y diferenciales. Es el diente que presenta mayores variedades de forma, tamaño, disposición y anomalías.

4.6.1.1 La Corona

Presenta una variedad de forma, tamaño y estado que será menester conocer, porque en esta porción del diente reside gran parte de nuestra labor quirúrgica. La corona puede ser normal, pequeña o grande: Con un número normal de cúspides o ser triteta o multicuspídea y poseer lóbulos, tubérculos o cúspides adicionales.

4.6.1.2 Las Raíces

Ningún molar tiene características parecidas a las que tienen el tercer molar inferior, en lo que respecta a número, forma, tamaño, disposición y anomalías de las raíces.

En su conjunto, las raíces del tercer molar pueden asemejarse a un cono de base superior, que coincide con el cuello dentario.

Por lo general el tercer molar es biridicular. La raíz mesial que puede ser bífida, es aplastada en sentido mesiodistal, y algo más ancho en su posición bucal que en la lingual. La raíz distal tiene características parecidas, aunque por lo general su dimensión mesiodistal es menor que la de la raíz mesial.

4.6.2 Generalidades y Nociones de Técnica Radiológica

Las películas deben ser intrabucales comunes, sujetas a técnicas. Sólo en casos de excepción debemos valernos de la radiografía extrabucal,

pero ésta no proporciona con precisión los detalles que se necesitan para interpretar las imágenes y no son lo suficientemente útiles para conducir a la exitosa intervención de molar retenido.

4.6.2.1 Técnica de la radiografía intrabucal

La posición de la película en casi todas las bocas, puede colocarse verticalmente con su eje mayor horizontal, en otras, por el espesor de los tejidos de la cara interna de la arcada, la película estará inclinada.

El borde anterior de la película deberá quedar a nivel del espacio interdental del segundo premolar y primer molar. La proyección ideal del rayo central del aparato radiográfico es la que va dirigida perpendicularmente a la película, la imagen ideal obtenida es aquella en que no se ve la proyección de la cara triturante de estos molares sobre la placa radiográfica; para obtener este tipo de imagen, los rayos deben ser paralelos a la línea que unen las cúspides de referencia.

4.6.2.2 Radiografía Oclusal

Sirve para ver la relación bucolingual y los detalles de los elementos que se encuentran orientados en esta dirección. La radiografía oclusal se obtiene colocando una película radiográfica común sobre la arcada dentaria a radiografiarse y dirigiéndose los rayos perpendiculares a la película; el cono del aparato del rayo x, se ubica por debajo del borde inferior del maxilar, la película debe colocarse sobre la arcada dentaria inferior del maxilar, la película debe colocarse sobre la arcada

dentaria inferior con sus lados sensibles hacia el molar a radiografiarse.

No siempre lograremos deslizar la película hacia el lado distal, por impedirlo el borde anterior del maxilar inferior y las partes blandas que lo cubren; para mantenerla en su sitio se le pide al paciente que la sostenga con su índice o que lo haga cerrando la boca para sostenerla en este último caso por la presión masticatoria, el rayo central se debe dirigir perpendicularmente a la película, obligará colocar el tubo por debajo del borde inferior del maxilar, de modo tal que dicho rayo central se sitúe a nivel del segundo molar.

4.6.2.3 Radiografía Extrabucal

Según se ha dicho antes, cuando no es posible obtener las radiografías intrabucales comunes, como en casos de excesivos trismus, procesos inflamatorios locales o pronunciadas náuceas debemos utilizar la radiografía extrabucal.

4.6.3 Posición del tercer molar

4.6.3.1 Posición Vertical

En ella el eje mayor del tercero es paralelo al eje mayor del segundo molar.

4.6.3.2 Posición Mesioangular

El eje mayor del tercero forma con el eje mayor del segundo un ángulo

agudo abierto hacia abajo.

4.6.3.3 Posición Horizontal

El eje mayor del tercer molar es perpendicular al eje mayor del segundo.

4.6.3.4 Posición Distoangular

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

4.6.3.5 Posición Linguoangular

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

4.6.3.6 Posición Bucoangular

La corona del tercer molar se dirige hacia la tabla externa y sus raíces hacia la interna o lingual.

4.6.3.7 Posición Invertida

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

4.6.4 Desviación del tercer molar

En cada una de las posiciones que acabamos de mencionar, el molar retenido puede aparecer sin desviación o prestar distintos tipos de desviaciones dentro de su arcada dentaria: En sentido bucal; en sentido lingual o combinar ambas.

4.6.5 Técnica Quirúrgica

4.6.5.1 Incisión

Para la extracción del tercer molar inferior se han preconizado toda suerte de incisiones; con un bisturí de Parker, se inicia la incisión en la parte más alta de la cresta distal, por detrás de la cara distal del segundo molar, con trazos enérgicos que permitan percibir debajo del instrumento la sensación de hueso o de la cara dentaria. La longitud de la incisión estará dada por el tipo de retención del tercer molar.

Al llegar a la cara distal del segundo molar contornea su cuello del segundo y primer molar, en tanto que en su profundidad también llega hasta el hueso y secciona en su penetración los ligamentos correspondientes; esta incisión, se libera en vestibular de mesial del primer molar o al segundo molar. En los casos de ausencia del segundo molar, la incisión se realiza sobre la cresta alveolar, se detiene en el centro de la cara distal del primer molar y prosigue hacia el cuello de este diente, contorneándolo.

4.6.6 Preparación de los colgajos

Después de realizada la incisión se insinúa al periostótomo en la brecha quirúrgica progresando desde el lado mesial a distal. El periostótomo toca francamente el hueso y apoyándose en él y merced a suaves movimientos de lateralidad y de giro del instrumento, se desprende el labio bucal de la incisión en toda la extensión que va del tercer molar al espacio situado en el primer molar. Desprendido el colgajo, se lo mantiene con el mismo periostótomo.

4.6.6.1 Ostectomía

El objeto de ella es reseca la cantidad necesaria de hueso como para tener acceso al molar y disminuir la resistencia.

4.6.6.1.1 Ostectomía con fresa

La fresa es un instrumento muy útil para realizar la ostectomía, su empleo es simple y su función puede ser realizada con éxito con sólo evitar su calentamiento y prolongado fresado, se logra operando bajo un chorro de suero fisiológico que no se emboten por las partículas óseas que se depositan entre sus dientes.

4.6.6.2 Operación Propiamente Dicha

Se explica el elevador entre la cuña mesial previamente hecha, siguiendo los principios mecánicos de la palanca de primero y segundo géneros, con punto de apoyo sobre el borde óseo mesio-bucal, eleva el molar, di-

giriéndolo hacia el de lado distal y hacia arriba.

4.6.6.3 Odontosección

Está simplificada y agilizada una operación para casos donde la corona del incluido está por debajo de la corona del segundo molar.

La odontosección con fresa, es la división según el eje mayor, se realiza a nivel del cuello del molar bajo un chorro de suero fisiológico, para evitar el recalentamiento del molar.

4.6.5.5 Sutura

El cierre con sutura es el ideal quirúrgico, utiliza el colchonero horizontal. Puede realizarse un punto cruzado o dos puntos. También es necesario afianzar el colgajo atravesando con la aguja a nivel de la lengüeta entre el primer y segundo molar se surca el espacio interdentario, se toma la porción lingual de la encía y después de un recorrido en sentido inverso, se anuda el hilo sobre la cara bucal del maxilar.

4.7 CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES

4.7.1 Posición Vertical

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

4.7.2 Posición Mesioangular

El eje del molar retenido está dirigido hacia adelante. En esta posición la raíz del molar está vecina a la apófisis pterigoides.

4.7.3 Posición Distoangular

El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara triturante del tercer molar mira hacia la apófisis pterigoides, con lo cual puede estar en contacto.

4.7.4 Posición horizontal

El molar está dirigido hacia el carrillo con el cual la cara triturante puede ponerse en contacto; la cara triturante del molar suele dirigirse hacia la bóveda palatina o presentarse horizontal.

4.7.5 Posición Paranormal

El molar retenido puede ocupar diversas posiciones

4.8 TECNICA QUIRURGICA

Como en la extracción del tercer molar inferior y en el lado del diente retenido, para la extracción del tercer molar superior es menester practicar una incisión y realizar la ostectomía necesaria como para poder eliminar el molar retenido, dentro del hueso que lo aprisiona.

4.8.1 Incisión peridentaria desde mesial del segundo molar en proyección sobre el reborde.

4.8.2 Ostectomía

El hueso que cubre la cara triturante se elimina con fresas. En ciertos casos el hueso a nivel de la cara triturante es tan frágil, que puede ser eliminado con una cucharilla para hueso.

4.8.3 Extracción propiamente dicha

Empleo de elevadores en el espacio existente entre la cara mesial del tercer molar y la distal del segundo molar. La introducción del instrumento se realiza merced a un débil movimiento rotatorio que se imprime al elevador actúa en su primer tiempo como cuña.

4.8.4 Sutura

Extraído el molar, revisado los bordes óseos, en especial el tabique externo y posterior y sufre una complicación al aplicar la fuerza enviando el incluido a seno maxilar o a la fosa. También puede ocasionarse por una comunicación, para esto se hace la prueba de vasalva para evitar que se complique una microcomunicación con presencia de inrección sinusal. Se aplica el colgajo en su sitio y se practica en uno o dos puntos de sutura.

CONCLUSIONES

Para el tratamiento de los dientes retenidos se hace primero una interconsulta con el ortodoncista y el ortopedista dependiendo de la edad y la distribución dentaria.

Para verificar la posición de un canino incluido, se utiliza la técnica de Clarck, para ubicar los dientes en sentido vestíbulo palatino, suponiendo ambos en la misma línea, el diente vestibular con el rayo central del aparato radiográfico, en la misma línea y normal a la película, dará como resultado la superposición de imágenes de los dientes. Si se desplaza la dirección de los rayos de derecha a izquierda o sea mesial, la imagen de los dientes superpuestos, se modifica en el mismo sentido, por lo tanto el diente que fugue en sentido que se desplazó el cono es el que se encuentra más próximo a la película. O sea, será palatino y el que se escapa en sentido contrario será vestibular.

Los espacios anatómicos o aponeuróticos, son espacios potenciales situados entre planos de la aponeurosis que forman vías naturales de paso por los cuales, se extiende la infección, por lo cual produce celulitis, o dentro de los cuales se puede localizar la infección y dar lugar a un verdadero absceso.

Cuando el tercer molar presenta mucha inclinación hacia el lado distal es mejor seccionarlo toda la corona, separándolo de las raíces, de esta forma se obtiene más espacio para extraer el resto de la pieza.

Cuando se hace una exodoncia de los molares superiores incluidos y sufre una complicación al aplicar la fuerza enviando el incluido al seno maxilar o a la fosa. También puede ocasionarse una comunicación, para esto se hace la prueba de valsalva para evitar que se complique aun microcomunicación con presencia de infección sinusal.

Siempre se hace odontosección cuando el tercer molar está incluido en posición horizontal baja y por debajo de la corona del segundo molar.

- Cuando es imposible extraer el tercer molar íntegro, a no ser que se haga una ostectomía muy amplia. Es menos traumático seccionar con fresa la parte distal de la corona, apoyándose en la parte mesial se extrae el fragmento. A pesar de la odontosección, con frecuencia la corona, en el momento de la extracción, interfiere con la pared distal del hueso. En estos casos se coloca el elevador en la cara bucal, luxando la pieza hacia mesial nunca hacia lingual porque esta tabla se fractura fácilmente y ocasiona parestesias o neuritis del lingual.
- Se utiliza el método de Tramer cuando el ápice del canino que está por palatino, va hacia vestibular y abraza el ápice del premolar o

su dilaceración se engancha en la y invertida. Es necesario abrir una ventana vestibular a este nivel para cortar la dilaceración y que permita hacer la exodoncia palatina del canino.

- Lo importante es tener cuenta siempre la técnica adecuada para cada caso sin traumatizar las estructuras vecinas como dientes, paquetes vasculonerviosos y destrucción ósea onnecesaria.
- Tener en cuenta siempre los principios quirúrgicos para incisiones colgajos, tratamientos de la cavidad y suturas. Además de las condiciones sistémicas y locales del paciente.

LISTA DE GRAFICAS

pág.

- GRAFICA 1. Sección vertical de los espacios sublingual y submaxilar . A. Espacio sublingual, B. Espacio Submaxilar.
- GRAFICA 2. Sección a través de la cabeza. A. Espacio parafaríngeo anterior . B. Espacio parafaríngeo posterior. C. Espacio ptregomandibular con arteria y nervio dentario inferiores.

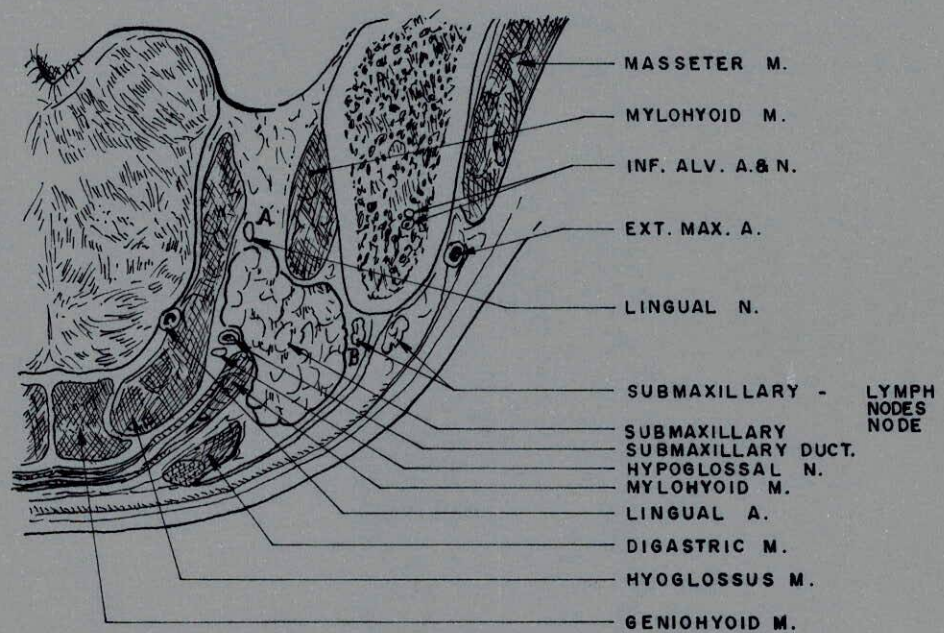


Fig. No. 1

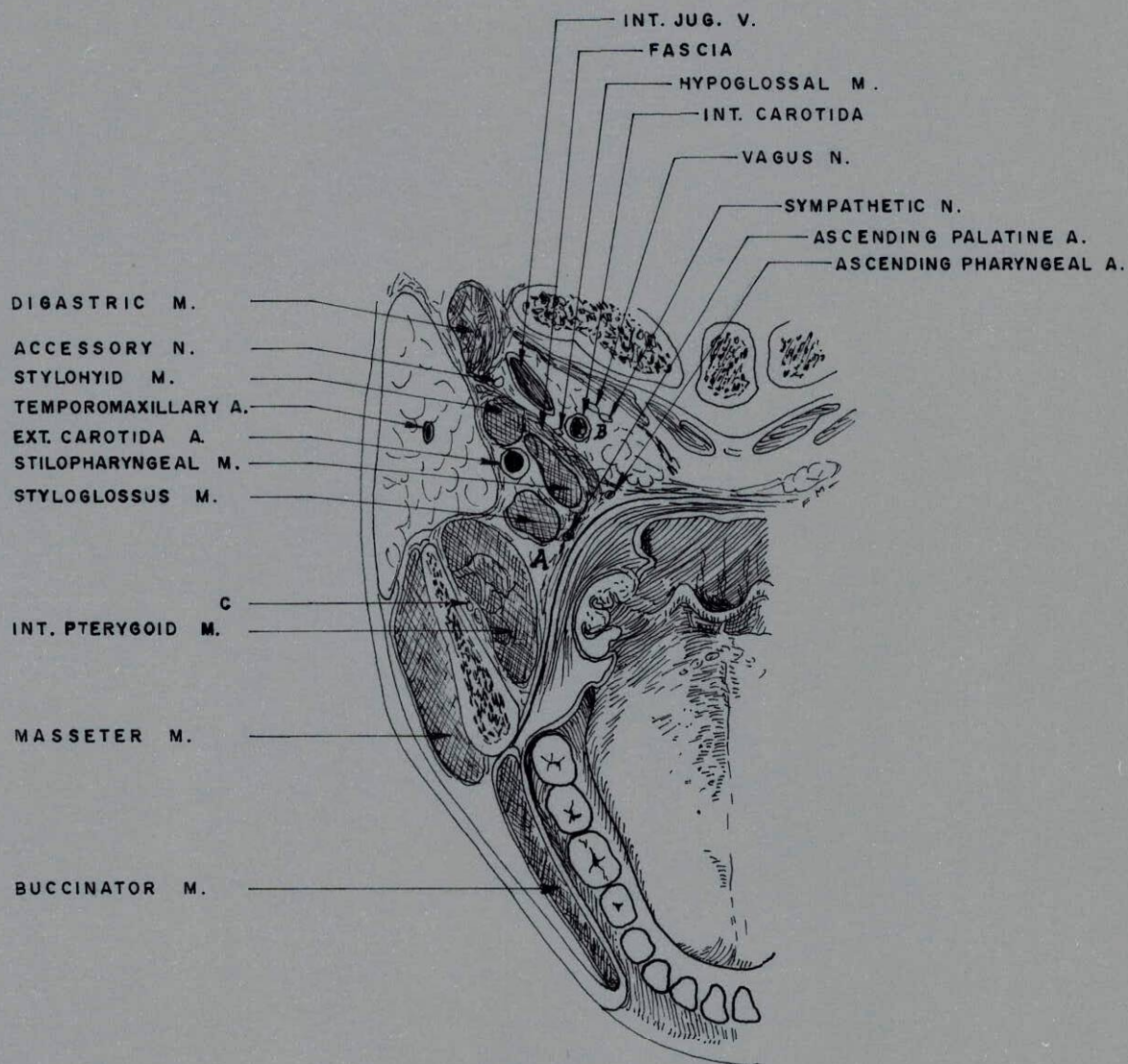


Fig. No. 2

LISTA DE FILMINAS

- FIGURA 1: La incisión para los casos en que el tercer molar incluido se encuentra en posición de meso-oclusión o adelantado sobre la raíz del segundo molar, ya sea por vestibular o lingual, se inicia en el borde anterior de la cara mandibular y se continúa como una incisión peridentaria marginal bucal, a los molares primero y segundo. En las raras ocasiones en que el tercer molar se encuentra retenido muy profundamente es preciso hacer una incisión angular por mesial del segundo molar o primer molar para obtener un buen campo. La incisión vertical se traza en el extremo mesial de la incisión marginal. La dirección del colgajo se inicia en la zona del primer molar y se continúa distalmente en vestibular por el borde anterior de la rama ascendente.
- FIGURA 2: POSICION VERTICAL: Los terceros molares verticales, pero con raíces normales, pueden ser extraídos sin demasiada dificultad se hace la debida ostetómica. El colgajo bucal se diseca.
- FIGURA 3: Se extirpa la parte de hueso que cubre la corona de la pieza y se realiza la cuña mesial, se libera hueso de la parte distal del tercer molar, porque como sus raíces están encurvadas hacia atrás, la extracción se hará distalmente.
- FIGURA 4: Una vez liberada la corona se coloca un elevador recto en dirección mesial y lo más cerca posible del cuello del diente, se luxa mediante cuidadosos movimientos de rotación del elevador.
- FIGURA 5: Hay que hacer odontosección si las raíces del tercer molar tienen la conformación que señala el dibujo. Entonces cada una de las raíces se extraen por separado, teniendo en cuenta sus características anatómicas. Para separar las raíces utiliza-

mos una fresa alargada que puede ser la secría, que deja el espacio necesario para la adecuada libertad de movimiento. La inclinación de la fresa debe coincidir con la de la corona.

- FIGURA 6: En todo caso la libertad de movimientos de que se dispone para extraer el primero de los dos fragmentos no es muy amplia por eso se aconseja empezar por la extracción de la raíz menos curvada, en este caso la distal. Como se muestra en la Figura, la extracción se lleva a cabo en dos tiempos. Primero se luxa la raíz, movilizándola la corona hacia distal, después se rota el elevador distalmente y se extrae la raíz de su alvéolo.
- FIGURA 7: Una vez que se dispone del espacio suficiente, extraemos la raíz mesial luxándola distalmente.
- FIGURA 8: POSICION MESIOANGULAR: En este caso la corona está más o menos inclinada hacia el lado mesial. Así es imposible obtener una vía de salida con sólo la ostectomía. La disección del colgajo se lleva a cabo según la técnica habitual.
- FIGURA 9: Una vez liberada la corona se secciona su cara mesial con una fresa y se extrae con elevador.
- FIGURA 10: Con un elevador recto o de contraángulo que se apoya en la parte mesial de la cavidad, se luxa el resto de la pieza hacia la parte distal, lo que requiere la liberación del hueso por el lado distal del tercer molar.
- FIGURA 11: POSICION DISTOANGULAR: La exodoncia, en estos casos, puede ser más difícil de lo que la radiografía hace suponer. La corona está empotrada en una cavidad ósea por detrás del borde anterior de la rama ascendente. La disección del colgajo se lleva a cabo según técnica habitual.
- FIGURA 12: Teniendo en cuenta las circunstancias antes mencionadas es imposible extraer el tercer molar íntegro, a no ser que se haga una ostectomía muy amplia. Es menos traumática seccionar con una fresa la parte distal de la corona y extraer los fragmentos por separado.
- FIGURA 13: Apoyándose en la parte mesial se extrae el fragmento. A pesar de la odontosección, con frecuencia la corona, en el momento de la extracción, interfiere en la pared

distal del hueso, en estos casos se coloca el elevador en la cara bucal, luxando la pieza hacia mesial.

- FIGURA 14: Si el tercer molar presenta mucha inclinación hacia el lado distal, o está muy inclinado, es mejor seccionarlo toda la corona separándolo de las raíces. De esta forma se obtiene más espacio para extraer el resto de la pieza.
- FIGURA 15: Con una fresa se labra un túnel en la cara mesiobucal de la raíz, previa una pequeña ostectomía de acceso. En este túnel se coloca al extremo de un elevador angulado que, apoyándose en el hueso, luxa la raíz distalmente. Si las raíces son muy divergentes puede ser necesario dividir las, extrayéndolas por separado.
- FIGURA 16: POSICION HORIZONTAL: El tercer molar horizontal está situado de tal forma que su corona se halla muy próxima a la cara distal del segundo molar. La incisión por odontosección especialmente.
- FIGURA 17: Una vez descubierta la parte superficial de la corona se secciona el diente con una fresa de fisura a nivel de la línea esmalte cemento. Para facilitar la extracción de este fragmento de corona, la odontosección debe tener una inclinación distal, de forma que la corona sea más ancha en la parte superior que la inferior.
- FIGURA 18: La odontosección no se termina con la fresa, puesto que el canal mandibular está demasiado cerca del tercer molar horizontal. Es mejor quebrar el último puente de dentina con boador de barry.
- FIGURA 19: Se dirige distalmente la corona, ya separado del resto de la pieza, de forma que las cúspides queden liberadas y puedan procederse a la extracción de la parte anterior del tercer molar.

BIBLIOGRAFIA

- COSTICH, Emmett R. y WHITE, Raymond P. Cirugía Bucal. Litoarte. México, 1984, pp. 89-94.
- KRUGER, Gustavo O. Cirugía bucomaxilofacial. 5a. ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1982.
- LASKIN, Daniel M. Cirugía Bucal y Maxilofacial. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1987, pp. 90-98
- RIES, Centeno Guillermo A. Cirugía Bucal, con Patología Clínica y Terapéutica. 8a. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1979, pp. 221-333.
- SHAFFER, Willian G. HINE, Maynard K. y LEVY, Barnet M. Tratado de Patología Bucal. Interamericana. México, 1977, pp. 467-471.
- THOMA, Kurt H. Patología Bucal. Tomo II. 2a. ed. Hispanoamericana. México, s.f. pp. 811-813.