

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

por el DOCTOR
MARIO SCARRONE

Para poder realizar el estudio del tercer molar inferior incluído, que nos proporcionará las informaciones con las que fundamentaremos un buen diagnóstico quirúrgico, tenemos que tener en cuenta 4 puntos fundamentales:

- 1) Posición y tipo de la corona.
- 2) Posición y tipo de la raíz.
- 3) Naturaleza de la osiestructura circundante.
- 4) Posición del tercer molar con relación al segundo.

El conocimiento de estos cuatro puntos se adquirirá sólo después de un correcto estudio clínico y radiográfico.

Winter establece cuatro tipos de inclusión, que ya fueron detalladas en la parte de anatomía. Por tal razón aquí sólo nos limitaremos a mencionarlas:

- a) vertical
- b) mesioangular
- c) distoangular
- d) horizontal

Esta clasificación fue complementada por Pell y Grégory con tres clases y tres posiciones:

Clase I) El espacio entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama craneana del maxilar inferior, es mayor al diámetro mesio-distal del tercer molar.

Clase II) Dicho espacio es menor al diámetro m-d del tercer molar.

Clase III) Todo o casi todo el molar se encuentra dentro de la rama craneana del maxilar inferior.

Posición A) La porción más alta del tercer molar se encuentra al mismo nivel o por encima del plano oclusal.

Posición B) La porción más alta del incluído se encuentra por debajo de la

línea oclusal, pero por encima de la cervical.

Posición C) La porción más alta del incluído se encuentra por debajo de la línea cervical.

De acuerdo con Winter, estos autores estudian también la relación con el eje mayor del segundo molar, dando lugar así a tres nuevas posibilidades:

- a) Deflexión bucal
- b) Deflexión lingual
- c) Torsión.

El estudio radiográfico del tercer molar inferior incluído se realiza con dos tipos de placas: una lateral y otra oclusal. Ocasionalmente se puede utilizar la placa extraoral, en los siguientes casos: trismus, procesos inflamatorios, intolerancia. Si bien este tipo de placas pueden ser útiles, jamás se podrá conseguir con ellas la nitidez de imagen que se logra con una placa intraoral.

TECNICA

I) INTRAORAL LATERAL

—Posición del paciente: Sentado con el respaldo del sillón ligeramente inclinado.

—Posición de la cabeza: De tal manera que el plano oclusal del maxilar inferior del paciente, sea horizontal.

—Posición de la película: Su eje mayor, horizontal. Su borde superior paralelo a la arcada, y 2 o 3 mm. por encima de ella. Su borde anterior se encontrará por distal del punto de contacto entre el segundo premolar y el 1er. molar o bien en el propio punto de contacto. Es condición indispensable que el se-

gundo molar aparezca en la placa junto con el tercero en su totalidad.

Sobre este último punto existen dos situaciones prácticas a tener en cuenta:

a) En ciertos casos no se puede colocar la placa en la posición detallada anteriormente debido a intolerancia del paciente, que se traduce por náuseas. Indicando a éste que respire por la nariz, se soluciona generalmente dicho problema.

b) En algunas ocasiones, no se logra ubicar la placa lo suficientemente profunda como para que salgan radiografiados los ápices; ello es debido a que la placa choca contra el piso de la boca (músculo milohioideo). Dicha dificultad se salva haciendo entreerrar la boca al paciente.

y rotada hacia el lado opuesto al que se va a radiografiar.

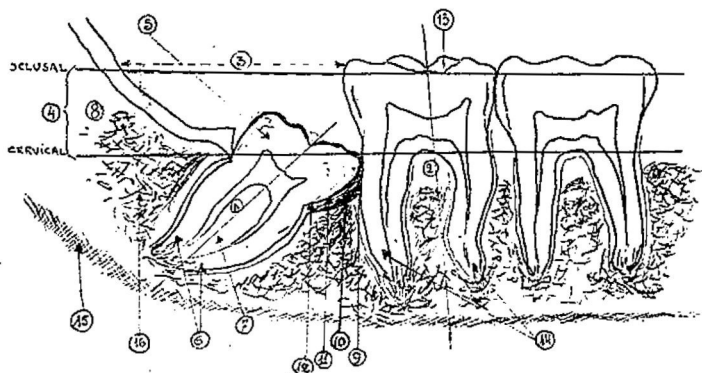
— Posición de la película: Colocada entre ambas arcadas y los más distal posible haciendo que el paciente la muerda suavemente. Se tratará de insinuar la película entre la rama craneana y la tuberosidad del maxilar superior.

— Posición del rayo: Por debajo del borde del maxilar inferior con el rayo central perpendicular a la placa.

ESTUDIO

I) INTRAORAL LATERAL.

La avulsión o extracción propiamente dicha del tercer molar, como así también la de las demás piezas den-



— Posición del rayo: Lógicamente nos encontraremos con un problema de enfoque ya que la pieza dental a estudiar, no se puede observar generalmente en la cavidad oral, por lo que es imposible orientar con exactitud el rayo central. Este problema se soluciona, tomando en cuenta el segundo molar, y sólo enfocando entre él y el tercero es que se consigue una visión exacta de la realidad.

La angulación del rayo es 0° , y éste debe estar orientado perpendicularmente a la placa y ubicado de tal manera que pase entre el segundo y tercer molar.

II) INTRAORAL OCLUSAL.

— Posición del paciente: Sentado con el respaldo inclinado hacia atrás.

— Posición de la cabeza: Lo más reclinada posible (en hiperextensión)

tales es fundamentalmente un problema mecánico en el que se deben tener en cuenta dos puntos: 1) la resistencia que opone el tejido óseo, y que debe ser vencida; 2) el encontrar un punto de apoyo o aplicación de la fuerza luxadora. (Fig. 5).

De lo antedicho, se deduce la importancia de enumerar algunos puntos de la placa a los que hay que prestar especial atención, ya que de ellos dependerá fundamentalmente el éxito o fracaso de la intervención. Ellos son:

1) Posición del tercer molar. — Se determina de acuerdo a las clasificaciones ya enunciadas.

2) Posición del segundo molar. — Por lo general el segundo molar se encuentra en relación con el tercero y cumplirá, como se verá más adelante un rol importante en la avulsión del tercero. Es por lo dicho anteriormente, imprescindible que el segundo mo-

lar aparezca en su totalidad en la placa.

3) Relación del molar retenido con la rama craneana.

4) Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

Estos dos últimos puntos (3 y 4) son de mucha importancia, dada la necesidad de realizar en casi todos los casos, osteotomía en la avulsión del retenido. Las distintas clases y posiciones ya han sido estudiadas en la clasificación de Pell y Grégory.

5) Estudio en la corona del tercer molar. — Su estudio ya ha sido realizado cuando se describió su anatomía. Sólo diremos que con la placa radiográfica se pueden despistar caries ocultas en la corona, que pueden estar debilitándola.

6) Estudio de las raíces del tercer molar. También han sido determinadas las distintas posibilidades de forma y tamaño que pueden adoptar las raíces. Se debe estudiar bien su relación con el tejido óseo.

En el estudio de las raíces del 3er. molar hay que tener muy en cuenta la zona apical. La clínica demuestra que: cuando los ápices de un molar no aparecen muy nítidos en la placa, es debido a dilaceración de ellos.

7) Séptum interradicular del tercer molar.

8) Hueso distal.

Estos dos últimos puntos también estudiados ya en la parte anatómica, tienen gran importancia por la oposición que realizan en el acto de avulsión del retenido.

9) Contacto entre segundo y tercer molar. — En la placa se debe apreciar esta relación. Ella es variable y muy importante. Este espacio tiene por finalidad permitir al tercer molar girar sobre un eje cervical facilitándose así la avulsión. En caso de no existir, se creará por odontosección.

10) Porción ósea entre el segundo y tercer molar (Interseptum). — Se estudia con vistas a la posibilidad de hacer punto de apoyo en él con el elevador, para luxar el tercer molar.

11) Cara mesial del tercer molar. — Sobre ella actuará el elevador, por lo tanto se deberá estudiar si es tan sólida como para soportar la fuerza que se realizará en la avulsión. Otro detalle que se debe apreciar es si es accesible o no. En el último de los casos se penetrará haciendo osteotomía.

12) Espacio interdentario. — Es el que existe entre la cara distal del segundo molar, la mesial del tercero y el borde superior del tejido óseo. Se investiga con el fin de estudiar las posibilidades que existen de ubicar allí la hoja del elevador. En caso de que no exista dicho espacio, se labrará un lecho.

13) Corona del segundo molar. — Tiene suma importancia, por la fuerza que actuará apuntalada en él. La corona debe ser sana. En la placa se podrá apreciar si no está debilitada por caries o por obturaciones. Las raíces deben ser sanas y con buena implantación (raíces con enanismo, por ejemplo, pueden ser luxadas en el acto operatorio).

14) Presencia del primer molar. — Se deberá tener en cuenta ya que éste, apuntala a su vez al segundo en el momento de la avulsión, evitando así que se luxe el segundo. Si esta pieza está ausente, se ferulizará al segundo premolar con godiva o acrílico.

15) Conducto dentario. — Su estudio se realizó ampliamente en la parte de anatomía. Sólo tenemos que agregar que la placa nos muestra la relación existente con los ápices del tercer molar. Aunque esa relación no sea íntima, debemos estudiarla, porque muchas veces sucede que en el momento de la avulsión, el tercer molar rota y su zona apical se introduce dentro del conducto produciendo compresión del paquete, provocando las secuelas que se estudiarán más adelante.

16) Grado de condensación ósea. — Es un punto a tener muy en cuenta. El hueso en esa zona, es prácticamente inextensible; y más lo será cuanto más calcificado y denso sea el maxilar. Debe recordarse que la resistencia que opone el tejido óseo se vence con osteotomía y ésta, se hará más difícil cuanto más calcificado sea el tejido óseo en esa zona. Se considera que lo que da el carácter de "difícil" a la intervención del tercer molar inferior incluido, no sólo es el tipo o la clase de la inclusión, o la forma o tamaño de la raíz o corona sino que también y en un grado muy importante, la calcificación del maxilar.

Se debe dejar puntualizado que: en la radiografía lateral enfocada correctamente, una superposición de la parte distal del segundo molar con la mesial del tercero, indica deflexión lin-

gual o vestibular de este último. Dicha superposición, puede deberse a un error de enfoque, en caso en que el rayo central no haya sido perpendicular a la placa, y entre el segundo y tercer molar.

Si se observa la cara oclusal del tercer molar y no las del segundo y primero, es signo de que existe deflexión del tercero. Por error de enfoque puede aparecer la cara oclusal del tercero sin que exista deflexión, dicho error se puede despistar, puesto que en tal caso aparecerían también las de los otros molares.

II) INTRAORAL OCLUSAL.

Con el estudio de la placa oclusal terminamos de ubicar al tercer molar en los tres planos del espacio.

En una placa oclusal se puede apreciar:

1) Tabla externa o hueso vestibular.

2) Tabla interna o hueso lingual.

Estos dos puntos ya fueron descritos anatómicamente. Más adelante se podrá apreciar la importancia que tiene,

principalmente el primero de ellos, en el acto operatorio.

3) Relación del tercer molar con el borde anterior de la rama craneana del maxilar. Estas relaciones ya fueron estudiadas con la Clasificación de Pell y Grégory.

Comúnmente prescindimos de la placa oclusal, nos basta la lateral. Utilizamos la oclusal para conocer la dirección del tercer molar, sólo cuando verificamos con la lateral que existe deflexión.

Para concluir enumeraremos las condiciones indispensables que tiene que reunir el estudio radiográfico:

1. Debe ubicar al molar en los tres planos del espacio.
2. Debe mostrar integralmente el molar.
3. Debe mostrar sus relaciones con la osiestructura circundante, así como también con las piezas dentales vecinas.
4. Debe poseer un contraste tal que diferencie bien los tejidos dentarios del óseo.