

# LA AVULSION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO - TECNICA QUIRURGICA

por el DOCTOR  
JULIAN GONZALEZ METHOL

Mientras que en el capítulo anterior se describe el planeamiento o táctica a seguir para la avulsión de la molar de juicio inferior, tratando de establecer ciertas normas generales, ahora describiremos la puesta en práctica del plan, es decir la técnica quirúrgica que nosotros preccnizamos y que utilizamos desde hace ya años con resultados satisfactorios.

La cirugía del tercer molar retenido la realizamos siguiendo los principios más rigurosos de asepsia operatoria.

Utilizamos guantes estériles, hacemos campo antiséptico en los tegumentos cutáneos faciales y cubrimos el mismo con campos estériles. No nos gustan los campos perforados, utilizando de preferencia los drapeados que permiten ver la totalidad de la cara del paciente. Cualquier signo de malestar del mismo se detecta con rapidez y se tomarán las medidas necesarias para ni-

velarlo nuevamente, antes de que se desencadenen por completo.

Es de fundamental importancia una poderosa fuente de iluminación así como un efectivo aspirador de sangre.

La intervención no debe realizarse sin ayudantes. Un ayudante bien entrenado suele ser suficiente, siendo ideal contar con el auxilio de un instrumentista, aunque no la consideramos imprescindible.

## INSTRUMENTAL (Fig. 31)

Pinza para hacer campo.

Torundas de gasa y algodón.

Gasa cortada y doblada (sin hebras sueltas).

Jeringa Luer 5 cc. con aguja calibre 22 de 50 mm. de longitud.

3 tubos de 1.8 cc. de la anestesia adecuada según el enfermo.

Separador de Farabeuf modificado.

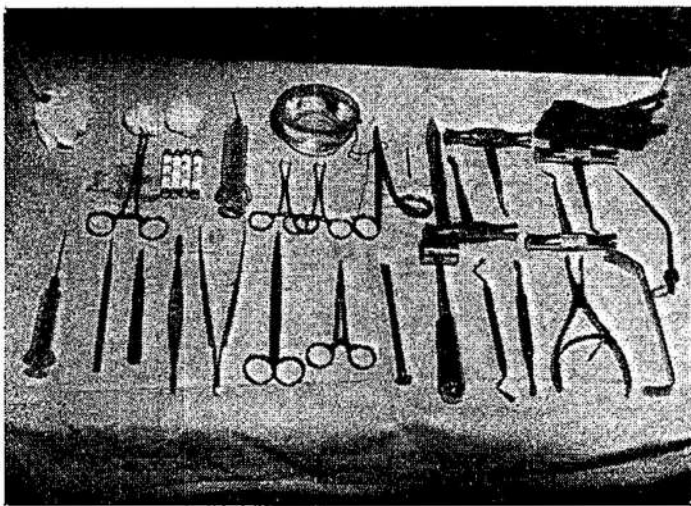


Fig. 31

Sindesmótomo.

Bisturi tipo Bard-Parker con hoja N° 30.

Legra tipo Howarth, Mead o Frier.

Tijera tipo MacIndoe de punta roma.

Pieza de mano estéril (para 18.000 r.p.m.).

Fresa redonda N° 8 (carburo si es posible).

Escoplo de doble bisel (8 mm. de ancho).

Martillo de mano.

Elevador N° 2 de Winter o similar, lado correspondiente.

Elevadores N° 14 de Winter D e I.

Pinza hemostática curva tipo Halstead.

Pinza de disección sin dientes. Tipo Mac Indoe.

Pinza de disección con dientes finos, tipo Gillies.

Cureta doble acodada.

Lima para hueso.

Pinza gubia extremos finos.

Portaagujas tipo Gillies o Mayo. (Preferimos el primero).

Aguja de sutura atraumática con hilo de algodón (tipo Cadena) N° 50 color negro o de seda negra N° 00.

Tubo de goma para aspirador, con su puntero correspondiente.

Bols para suero fisiológico estéril de 100 cc.

Jeringa tipo Luer de 20 cc. con aguja corta de cal. 20.

Separador de lámina tipo Farabeuf modificada.

Pinza de campo.

La mesa de operaciones debe tener un área no menor de 1 metro por 0,50 cm, lo que impedirá el montonamiento del instrumental sobre todo cuando se trabaja sin instrumentista. Se cubrirá con campo estéril doble previo flambeado o higienización a fondo.

Destacamos, como se observará, que prescindimos en absoluto del uso de fórceps. Este instrumento, en la avulsión del tercer molar incluido no tiene lugar en la técnica que utilizamos y es sustituido por los elevadores descritos.

Somos eclécticos en el uso del instrumental, y si bien preferimos los antes mencionados, no discutimos la utilización de otros que puedan sugerirse. Esto es especialmente cierto en lo que respecta a los elevadores para practicar la avulsión del diente. Pensamos con Leriche "que ninguna técnica se perpetúa por el uso de tal o cual instrumento y sí por los principios que subyacen en su utilización".

#### ANESTESIA

Practicamos la anestesia regional a los nervios Dentario Inferior, Lingual y Bucal. Habitualmente dos tubos tipo Carpule cargados en la jeringa Luer de 5 cc. suele ser suficiente para una completa anestesia de los tres nervios. Los 3.6 cc. se reparten entre los tres nervios, 2.5 para el Dentario Inferior

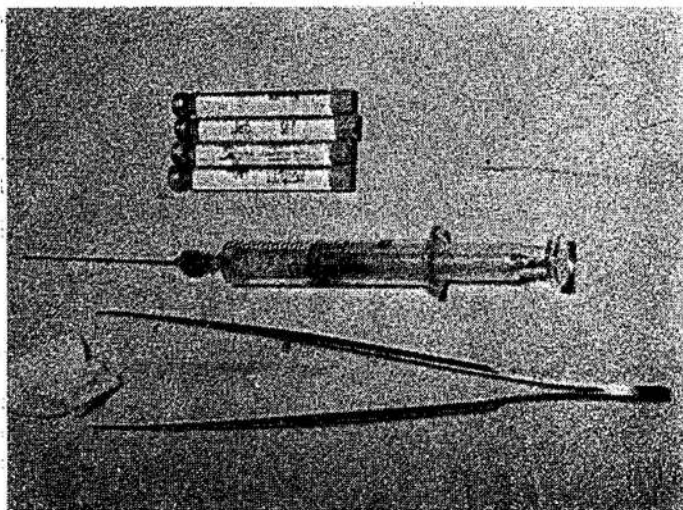


Fig. 32

y Lingual y los 0.7 restantes son suficientes para la anestesia del nervio Bucal. (Fig. 32).

Contrariamente a lo que es hábito entre muchos cirujanos, con la misma jeringa Luer administramos la anestesia para los tres nervios. Tenemos la convicción de que no todos los odontólogos tienen la exacta noción del poder anestésico de las soluciones que comunmente utilizamos. Los exortamos a corroborar nuestro aserto de que no es la cantidad de solución anestésica la que logra la mayor profundidad de insensibilidad, sino la cantidad justa en el lugar preciso.

Asimismo la duración de la anestesia se prolonga según la solución utilizada, entre tres y cinco horas, tiempo más que suficiente para realizar la intervención, ya que en manos de un técnico entrenado, la avulsión dependiendo de las dificultades que oponga podrá insumir entre quince minutos y una hora. Excepcionalmente podrá tomar más tiempo que el descripto.

#### Resumiendo:

- 1) La anestesia siempre debe ser regional.
- 2) Debe utilizarse la jeringa Luer, que permite el test de aspiración.
- 3) No es la cantidad de anestesia la que asegura la mayor profundidad deseada ni lo duración adecuada sino una técnica precisa.
- 4) Con la misma jeringa Luer se

puede practicar la anestesia a los tres nervios de la región, inclusive al Bucal.

#### INCISION MUCOSA (Fig. 33)

Hemos sistematizado la incisión para la realización del colgajo mucoperiostico. Con el bisturí Nº 15 iniciamos el corte del ligamento de inserción gingival desde mesial del primer molar permanente continuando hacia atrás sobre vestibular del segundo molar circundando su crevice hasta el ángulo disto lingual. Si las inclusiones submucosas, girar al bisturí sobre el cuello distal del segundo molar la punta suele tocar la corona del tercer molar incluido. (Fig. 34).

La incisión se continúa distalmente desde el ángulo disto lingual del 2º molar y orientándola vestibularmente hacia el borde anterior de la rama craneana, donde siempre la punta del instrumento debe mantener contacto óseo. La incisión sube hacia afuera y arriba en una extensión variable según el espacio existente entre distal del segundo molar y el borde anterior de la rama craneana. Innecesario destacar que cuanto menor sea esta distancia más alto se llevará la incisión sobre la rama, con el objeto de lograr mayor campo operatorio libre.

Practicada la incisión, se repasa con un sindesmótomo a nivel del cuello del primero y segundo molar. Acto se-

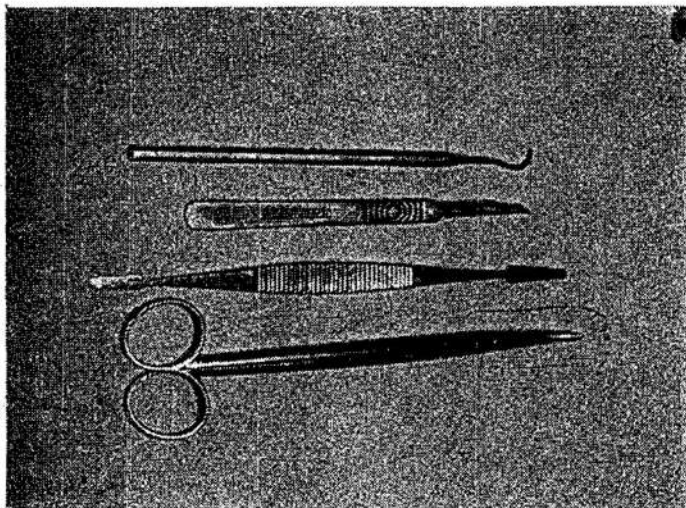


Fig. 33

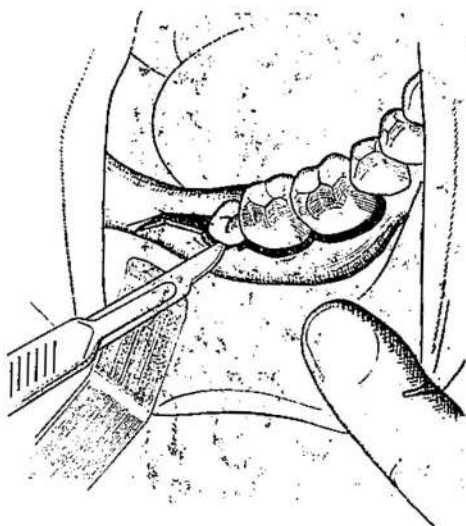


Fig. 34

guido con la legra apropiada insinuamos con decisión su extremidad entre los dos molares antes mencionados desprendiendo en profundidad el colgajo de su adherencia ósea. (Fig. 35).

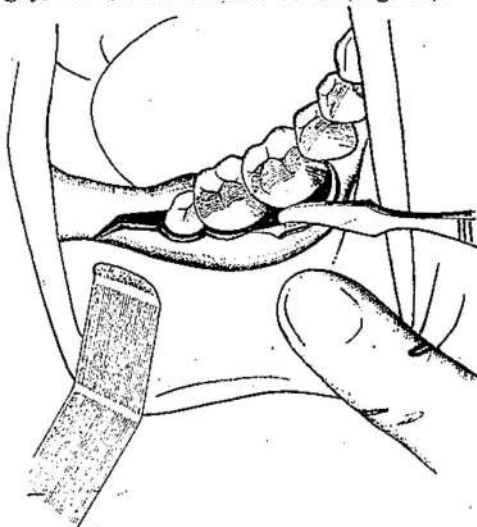


Fig. 35

Vamos profundizando el instrumento sobre la tabla externa, tratando en todo momento de mantener la integridad del periosteo. Decolamos el colgajo desde mesial del primer molar, profundizamos sobre tabla externa del segundo y toda el área correspondiente

al tercer molar donde el periostio puede estar adherido al saco pericoronario del cordal y exige cuidadosa preocupación su desprendimiento. Por último se decola sobre borde anterior de rama craneana. Esta zona presenta tejido muscular, inserción baja del temporal y podemos encontrar cierta tendencia a sangrar. La compresión con gasa durante unos segundos controla la hemorragia y nos permite continuar la operación de decolar el periostio en la porción distal del colgajo. Esto es importante si deseamos cargarlo sin exceso de tensión para el separador del ayudante. Toda esta operación que describimos la haremos con la mejilla separada por el ayudante. Una vez creado el amplio bolso descrito, que va desde mesial del primer molar hasta un punto más o menos alto de la rama montante, el mencionado separador pasa a cargar simultáneamente el colgajo y la mejilla del paciente. Se han diseñado muchos tipos de separadores para el colgajo en esta operación. Para nosotros sigue presentando el máximo de utilidad el separador de lámina tipo Farabeuf al que se le corrige la angulación y se transforma su ángulo recto en obtuso, lo que permite separar el colgajo y la mejilla sin extremar la distensión de la comisura bucal. (Fig. 36 derecha). Manejado por un ayudante entrenado es muy poco traumático y permite una excelente separación del periostio interponiendo la lámina metálica entre éste y los distintos instrumentos que a continuación utilizaremos para la osteotomía, odontosección y avulsión propiamente dicha.

El colgajo que describimos da amplio campo operatorio y simplifica la sutura, como veremos al describir este tiempo operatorio.

Resumiendo:

- 1) Practicamos incisión única que desprende el crévice gingival desde mesial del primer molar, corre sobre el área del tercer molar retenido hacia atrás, afuera y arriba en una extensión variable del borde anterior de la rama montante.
- 2) Ponemos sumo cuidado en no desgarrar el periostio en la maniobra de despegamiento, accidente que repercute desfavorablemente en el post-operatorio.
- 3) El decolamiento lo efectuamos sobre la tabla externa y borde ante-

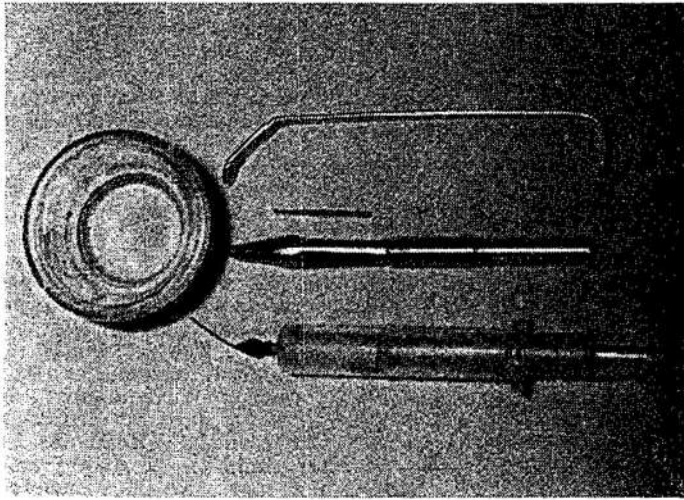


Fig. 36

rior de la rama montante hasta lograr un área de exposición ósea adecuada que permite la instrumentación con una fácil separación del colgajo.

4) Hay un punto hemorrágico al practicar el corte de los haces descendentes del temporal, que se controla con compresión de gasa durante algunos segundos.

#### OSTEOTOMÍA

En el transcurso del tiempo hemos practicado todos los métodos clásicos para la remoción del hueso que ha de aliviar la resistencia que se opone a la avulsión del molar y sea "in toto" o previa odontosección. Escoplo y martillo de mano, que descartamos hace tiempo por desagradable para el enfermo; en menor grado lo es el martillo automático con puntas cambiables, el cual utilizamos durante mucho tiempo con satisfacción. Actualmente y desde hace ya varios años, hemos sistematizado el uso de la fresa montada en pieza de mano y accionada por un torno capaz de desarrollar entre 12.000 y 18.000 r.p.m. Utilizamos fresa redonda de tungsteno o carburo N° 8. El sistema de transmisión debe ser preferentemente tipo flexible con el objeto de poder colocar una funda de lienzo estéril, que cubrirá inclusive parte de la pieza de mano.

El ayudante separa el colgajo y la mejilla con el separador Farabeuf que describimos y con la otra mano utiliza

la jeringa Luer de 20 cc. cargada con suero fisiológico estéril y a temperatura ambiente. (Fig. 36). El cirujano empuña la pieza de mano con la fresa redonda montada en la mano derecha y en izquierda el aspirador de sangre con el que aspirará el suero fisiológico empleado en la refrigeración de la fresa.

Cuatro manos ocupadas en cuatro operaciones simultáneas e imprescindibles.

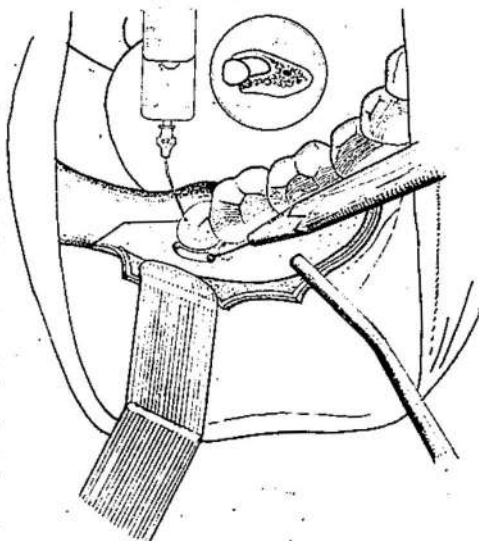


Fig. 37

dibles: separación, refrigeración, osteotomía por instrumento rotatorio y aspiración de suero, sangre y detritus, estos últimos producto de la osteotomía. En esta forma se trabaja con rapidez y limpieza. (Fig. 37).

La fresa trabaja entre 12.000 y 18.000 r.p.m. según el motor que se disponga y constantemente bajo chorro generoso de suero fisiológico.

La osteotomía siempre se realizará en toda la extensión vestibular frente al molar a extraer y en su posición distal. (Fig. 38). El grado de elimina-

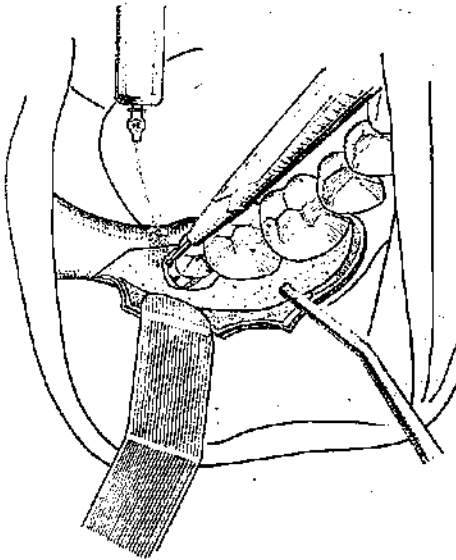


Fig. 38

ción ósea será variable de acuerdo con el tipo de inclusión. Variable también con la técnica a seguir.

Teóricamente no hay molar del juicio que no podamos extraer si practicamos una osteotomía suficiente, pero existen algunos tipos de retención que exigirán remociones óseas, inclusive incompatibles con la seguridad del hueso mandibular, el que quedaría tan debilitado que correría riesgo de fracturarse.

La filosofía que rige la técnica es la de eliminar el mínimo de tejido óseo compatible con la avulsión del diente. Se ha dicho gráficamente que "el hueso es del paciente y el diente del cirujano". Esta actitud mental es la que ha conducido a la técnica de odontosección, la que permite con un mínimo de osteotomía, practicar la avulsión de

la pieza, eliminando la resistencia intrínseca opuesta por las características del molar (angulación de su eje, número de raíces, forma de las mismas, etc.) y no eliminando más que parcialmente las resistencias extrínsecas opuestas por las estructuras óseas circundantes (línea oblicua externa, hueso distal, grado de inextensibilidad del hueso) y también por la presencia del segundo molar, el que consideramos que no debe extraerse nunca, con la excepción mencionada en el capítulo anterior.

Como detalle de interés debemos mencionar las diferencias que existen entre al osteotomía a fresa practicada en la avulsión del molar derecho y el izquierdo. La osteotomía del lado izquierdo tiene el riesgo de que dada la dirección en que gira la fresa, al practicar el desgaste del reborde óseo vestibular puede zafar y lesionar el periostio por lo que el ayudante debe mantenerlo protegido con la lámina del separador y el cirujano debe mantener buen control sobre el instrumento. Del lado derecho la dirección del giro de la fresa es hacia la corona del diente y no existe ese riesgo.

Generalmente la osteotomía se extiende hasta dejar expuesta francamente la corona del molar, en ese momento decidiremos de acuerdo al caso, la avulsión del molar "in toto" o si practicaremos la odontosección del mismo.

#### Resumiendo:

1) Admitiendo otras formas de practicar la osteotomía nos inclinamos por el uso de la fresa redonda Nº 8 de carburo.

2) Debe funcionar bajo generoso chorro refrigerante de suero fisiológico.

3) El colgajo será protegido por la lámina del separador, especialmente del lado izquierdo en que la fresa tiende a zafar hacia vestibular.

4) La osteotomía debe ser conservadora, siendo en general suficiente la eliminación del hueso que cubre la corona luego de lo cual, según el tipo de inclusión, ya se podrá practicar la avulsión o la odontosección que precede a la avulsión.

5) Recordar que el principio que rige la avulsión es el de que "el hueso es del paciente y el diente del cirujano".

### ODONTOSECCION

Los molares del juicio que por su ubicación pertenezcan a la clase I, podrán ser extraídos luego de una ostectomía discreta vestibulo-distal, con la aplicación del elevador de Winter N° 2 en mesial o N° 14 por vestibular. Puede mejorarse el punto de apoyo vestibular practicando una muesca en el molar con la fresa redonda.

En las clases II, III y IV se deberá aplicar la odontosección en la forma descrita en los esquemas expuestos en el capítulo anterior (Según Parant).

Al efecto utilizamos como método para fracturar el molar, ya sea el escoplo con doble filo (techo de rancho) y el martillo de mano (Fig. 39), la fresa

sa antes de utilizar el escoplo y martillo.

Si por un error de apreciación de técnica, se intenta la avulsión del molar "in toto" y logrando su luxación se observa que hay trabas insalvables para su avulsión, ya será imposible practicar su odontosección. La odontosección es posible sólo si el molar está firmemente implantado en el alvéolo. En el caso de estar luxado nos veremos obligados a realizar una mayor ostectomía electivamente en el área de resistencia ósea, y si ésta tuviera que ser excesiva, todavía queda el recurso extremo, que afortunadamente con frecuencia da resultado, de "apuntalar" el molar luxado con un elevador, ya sea el N° 2 o el N° 14, soste-

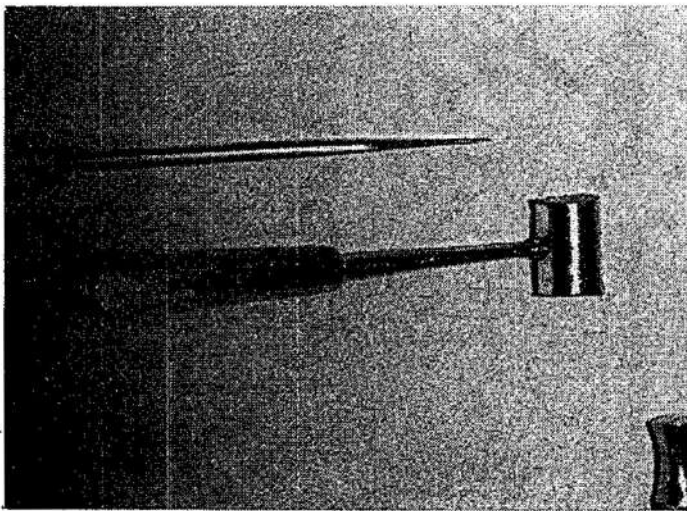


Fig. 39

complementada con el escoplo y martillo recién descrito o luego de practicado parcialmente el corte, insinuamos el elevador N° 14 en la fisura creada y con un pequeño movimiento completamos la fractura.

Si utilizamos el escoplo y martillo de mano debemos buscar la línea de menor resistencia del diente y éstas están dadas por los surcos oclusales que se extienden sobre vestibular, cuando queremos fracturarlo longitudinalmente (Fig. 40), o en la línea amolo cementaria si queremos fracturarlo transversalmente al eje mayor. En este último caso es aconsejable insinuar el trazo de fractura con la fre-

nido firmemente por el ayudante, mientras el cirujano aplica el golpe adecuado con el martillo y escoplo.

Otra observación importante es la precaución que debe tomarse al practicar la fractura del diente con el escoplo, en especial cuando el golpe se dirige de vestibular a lingual, de que el ayudante coloque el dedo de la mano derecha (lado derecho), o izquierda (lado izquierdo) contra la tabla interna con el objeto de evitar su posible fractura, ya que suele ser muy fina y el consiguiente accidente de perder el molar en el piso de la boca. (Fig. 40).

No siempre el intento de odontosección se lleva a cabo siguiendo el tra-

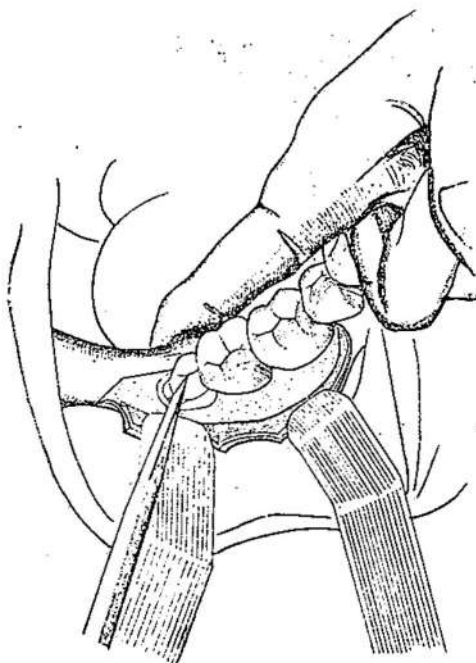


Fig. 40

zo ideal, pero debemos recordar que mientras el diente se encuentre bien implantado podemos intentar nuevos trazos ya sea con el escoplo y martillo o previo trazo insinuado con fresa de fisura y complementando con el escoplo o insinuando un elevador tal como dijimos anteriormente. Pueden ser necesarias múltiples fragmentaciones para lograr la avulsión, tanto en la corona como en la porción radicular.

Es conveniente que las pequeñas esquirlas dentarias que pueden saltar en esta operación se vayan removiendo del área quirúrgica, lo que simplificará la toilette posterior.

#### Resumiendo:

1) La odontosección es un recurso de inapreciable valor y que se impone realizarlo de acuerdo con la técnica que nos habremos impuesto luego de un minucioso estudio pre-operatorio.

2) Según los casos se practicará exclusivamente con escoplo y martillo de mano, con fresa complementada o no con escoplo y martillo, o utilizando un elevador Nº 14 insinuado en la fisura creada.

3) Recordar que una vez luxado el diente es imposible su sección, a no

ser que se fije el diente en su alvéolo, tal como se describe en el texto que antecede.

4) Que toda vez que practiquemos la odontosección con golpe dirigido de vestibular a lingual el ayudante deberá colocar el dedo índice firmemente contra la tabla interna del alvéolo con el objeto de evitar la posible pérdida del diente hacia el piso de la boca.

5) El diente podrá ser fracturado, tanto en su porción coronaria como en su porción radicular las veces que sea necesario, con tal de lograr su avulsión.

#### AVULSION

La avulsión del molar del juicio podrá ser realizada, como ya hemos dicho reiteradamente, "in toto" o previa odontosección, esta última ya sea en su porción coronaria solamente o coronaria y luego radicular.

Utilizamos los elevadores de Winter Nº 2 y Nº 14 (Fig. 41).

Si del prolijo estudio clínico, y sobre todo radiográfico, se decide que es posible la extracción del diente entero, con un mínimo de osteotomía, lo más frecuentemente distal, para permitir la rotación que le imprime el elevador Nº 2 aplicado en el espacio mesial, se procederá en esa forma. Una vez luxado el molar hacia distal, si constatamos resistencia a continuar el desplazamiento, el elevador Nº 14 aplicado vestibularmente cambia la dirección de la luxación hacia arriba, y ligeramente hacia adentro permitiendo en esta forma la extracción.

Es frecuente que aún con esta maniobra no se obtenga la avulsión por existir aún traba ósea. Constataremos en qué sector se encuentra y ampliaremos la osteotomía exclusivamente en ese sector, luego de lo cual se renueva el intento de avulsión en la forma descrita.

No debemos olvidar que la avulsión debe realizarse con fuerza moderada y que pasado cierto límite se correrá el riesgo de provocar fracturas óseas inclusive la del maxilar.

Si la avulsión va precedida de la odontosección se eliminarán los fragmentos coronarios que estratégicamente darán paso a la extracción de la o las raíces.

Cuando son múltiples podrán extraerse luego de ser separadas ya sea por medio de la fresa de fisura, o un golpe de escoplo. Recordar que aquí se apii-

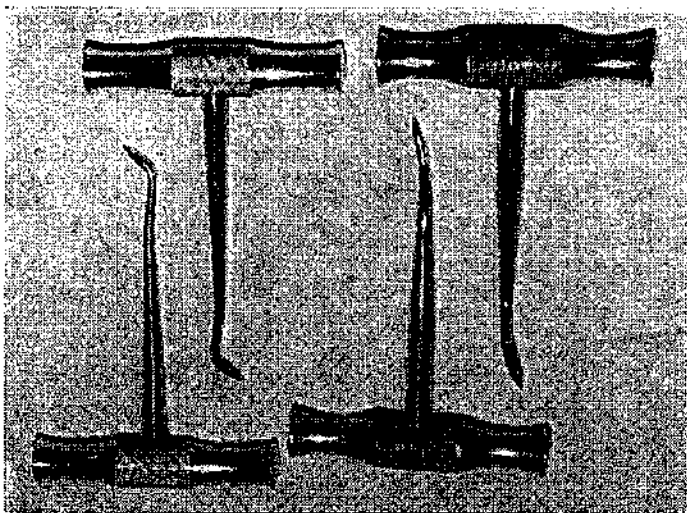


Fig. 41

ca el viejo proverbio "dividir para reinar". La odontosección tanto coronaria como radicular se basa en ese principio. La fragmentación del diente en forma estratégica elimina la resistencia que opone y simplifica su extracción. (Fig. 42).

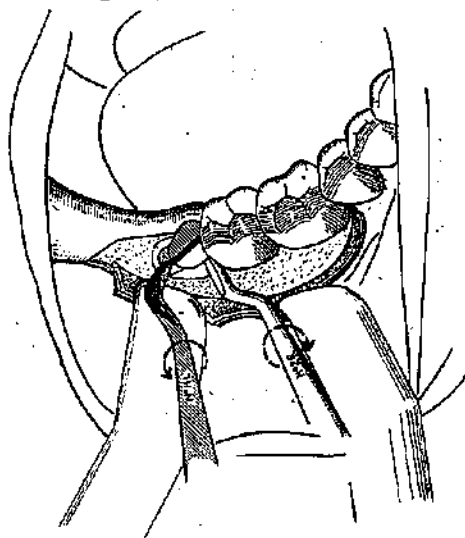


Fig. 42

Un punto importante lo constituye el caso del molar del juicio cuya raíz o raíces tienen íntimo contacto con el canal dentario inferior. En tales casos se extremarán las precauciones cuando

se practica la remoción de la o las raíces, evitando la colocación descuidada de elevadores en el fondo del alvéolo.

Debe secarse bien y ver la o las raíces. Es importante en este momento cotejar la situación con la placa radiográfica con el objeto de ubicarse correctamente y evitar la lesión del paquete neuro-vascular, accidente de trascendencia que para evitarlo nos obligará a extremar las precauciones. Los elevadores tienen aquí, por sus características de forma y tamaño apropiados su máxima utilidad. Con la fresa redonda hacemos un surco en el hueso que constituye la periferia de la o las raíces fracturadas e introducimos cuidadosamente la punta del elevador ejerciendo leve movimiento rotatorio hasta lograr la luxación deseada.

A veces cuando la forma de la raíz es apropiada, y no presenta resistencia, la punta del sidesmótomo puede luxar y extraer raíces y ápices fracturados. Todas las fuerzas que se ejerzan deben ser en sentido lateral y ascendente, nunca hacia abajo o hacia el lado donde se encuentra el conducto dentario.

#### Resumiendo:

- 1) La avulsión del molar del juicio, independientemente de si se efectúa con o sin odontosección, se realizará luego de una mínima osteotomía compatible con una extracción sin esfuerzos excesivos.

2) Utilizamos el elevador de Winter Nº 2 en aplicación mesio vestibular para la avulsión del molar sin odontosección, complementando ocasionalmente con el Nº 14 en la bifurcación radículo vestibular.

3) Debemos recordar que una vez luxado el molar se hace muy dificultosa la odontosección, por lo que la técnica a seguir para la avulsión debe ser predeterminada y realizada antes de intentar la luxación del diente entero.

4) Toda vez que practicadas la o las odontosecciones previstas exista aun resistencia a la avulsión de la porción remanente del molar, es aconsejable realizar una minuciosa observación de la radiografía en la que a la luz de las dificultades operatorias podrá dar datos hasta entonces pasados por alto.

especial atención a la porción radicular observando si no ha existido fractura de ápices que puedan quedar en el alvéolo. En tal caso se procederá a su avulsión.

Si toda la pieza fue extraída, procederemos a la toilette de la herida quirúrgica, consistente en la eliminación de todas las esquirlas óseas y dentarias que si quedan en la zona podrán dar lugar a secuelas post-operatorias. Utilizamos los instrumentos que se muestran en la Fig. 43.

Un ohorro de suero fisiológico a presión barrerá todos estos pequeños restos; los que serán absorbidos por el hemoaspirador. Secamos el alvéolo con gasa y observamos todas sus paredes y fondo cerciorándonos de la ausencia de restos indeseables.

La osteotomía a fresa deja habitual-

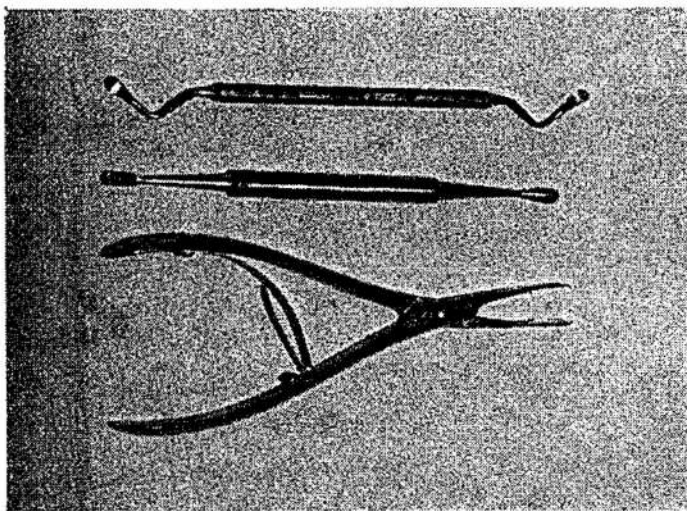


Fig. 43

5) La proximidad anatómica con el conducto dentario inferior nos hará tomar precauciones técnicas especiales orientadas a evitar su lesión en el acto de la avulsión.

6) Los forceps para terceros molares no tienen lugar entre los instrumentos seleccionados para la avulsión del molar inferior retenido.

#### APRESTO CICATRIZAL Y SUTURA

Practicada la avulsión debe examinarse cuidadosamente la pieza extraída con el objeto de constatar que no falta ningún fragmento. Se prestará

mente márgenes óseos pulidos y que rara vez necesitan retoque, excepción hecha del punto o los puntos donde la aplicación del elevador puede a veces astillarla en algún pequeño sector (figura 44).

En tal caso con la fresa redonda o con una lima para hueso se pulirá suavemente, luego de lo cual se practicará nuevo lavado con suero. En las semi-retenciones es frecuente la existencia de un granuloma distal, el cual cureteamos cuidadosamente. Nosotros siempre eliminamos todo resto de saco pericoronario que pueda quedar adherido

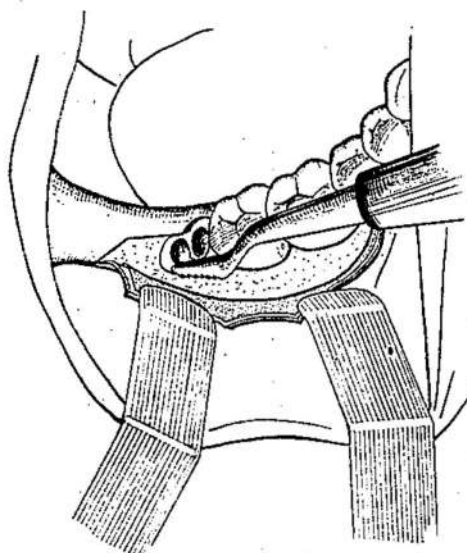


Fig. 44

al contorno del reborde alveolar. La posición lingual y mesial de la cripta ósea que rodeaba la corona se inspecciona y curetea, extirpando todo vestigio del saco. Frecuentemente es posible pinzarlo con la pinza hemostática curva y traccionando cuidadosamente se remueve en su totalidad.

Estudios histológicos realizados por nosotros en colaboración con el Prof. José B. Costas (Cátedra de Anatomía

Patológica), ponen en evidencia que el saco pericoronario, constituido por un tejido fibroso está sembrado de acúmulos epiteliales, restos presumiblemente del epitelio reducido del órgano del esmalte. Es imprudente dejar este tejido epitelial incluido en el seno de la herida ósea, desde que hay pruebas de la capacidad metaplástica de esas células capaz de dar lugar a tumores de estirpe epitelial, en particular el ameloblastoma.

Limpio ya el alvéolo de restos duros y blandos mencionados, debemos decidir la conducta respecto a la cavidad ósea.

Nosotros habitualmente colocamos en la misma un pancito de espuma de gelatina, ya sea espolvoreado con yodoformo o simple, embebido en suero fisiológico. La espuma de gelatina al tiempo que asegura la hemostasia disminuye el tamaño del coágulo con lo que los riesgos de claudicación del mismo serán menores.

No pocas veces dejamos la reparación librada al coágulo que llena la totalidad del alvéolo, sin que se produzcan secuelas desagradables.

Excepcionalmente mechamos la cavidad ósea con gasa yodoformada guiando la reparación por segunda intención. Adoptamos esta actitud cuando se trata de la avulsión de un molar semirretenido con múltiples episodios de pericoronaritis) y en que cuando efectuamos la intervención aún per-

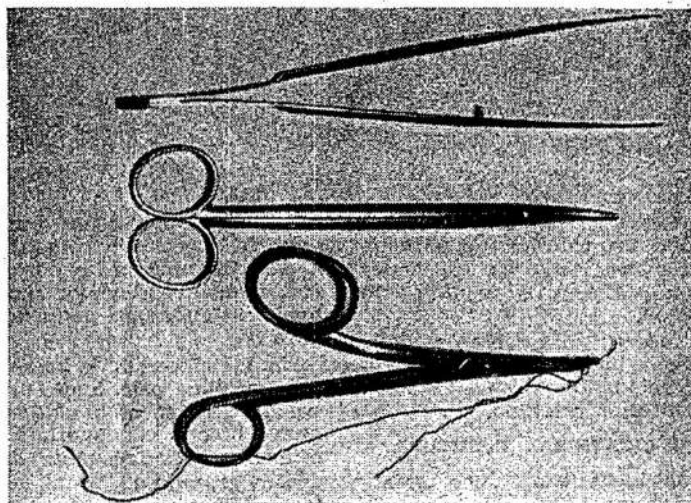


Fig. 45

sisten signos inflamatorios. Otra razón para utilizar el taponamiento del alvéolo sería la hemorragia intraoperatoria que puede producirse por ruptura del paquete vascular dentario inferior, lo que puede obligar a un taponamiento compresivo con gasa yodoformada. Pero repetimos que este último temperamento es excepcional y que por norma concluimos nuestra intervención suturando el colgajo con puntos separados con o sin substancia reabsorbible en el alvéolo.

La sutura la realizamos con aguja curva atraumática de sección triangular, enhebrada con hilo de algodón negro Nº 50. El portaguas que preferimos es el de Guillies, ya que nos da la posibilidad de pinzar la aguja transversal a su eje o siguiendo el eje de la misma, (Fig. 45). El colgajo lo sostenemos con pinza de disección sin dientes (tipo Macindoe) o con dientes muy finos. El pasaje de la aguja es mejor hacerlo de vestibular a lingual, es decir pasando la aguja, primero por el borde lingual, fijo (Fig. 46). Al colgajo vestibular móvil y luego por

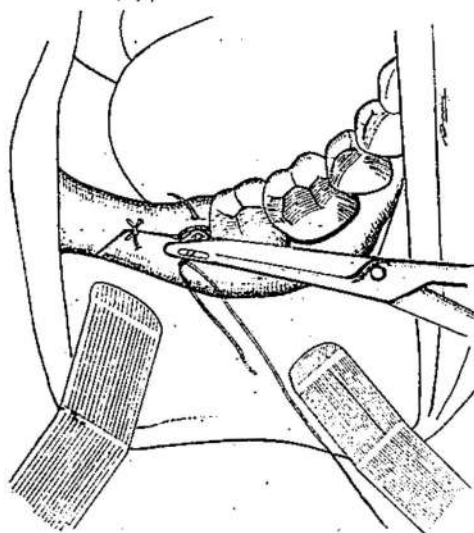


Fig. 46

pasar la aguja por éste borde lingual el ayudante separará la lengua con el separador de Farabeuf. Los puntos se pasarán en el tramo de la incisión a distal del segundo molar. Dos puntos son habitualmente suficientes, a veces tres cuando la incisión se ha elevado mucho en la lama craneana.

La sutura será hermética, en las retenciones totales y parcial en las semiretenciones. En este último caso puede ocurrir que sólo consigamos una aproximación en los bordes, con lo cual nos daremos por satisfechos.

Finalizamos la intervención empaquando tres o cuatro pequeñas compresas de gasa sobre el colgajo suturado y haciendo cerrar la boca al paciente le solicitamos que mantenga ese empaquetamiento compresivo por lo menos una hora, no existiendo inconvenientes en que permanezca bastante más tiempo, tal como se describirá en el capítulo siguiente.

#### Resumiendo:

- 1) El apresto cicatrizal y la sutura, último paso de la técnica, tienen por objeto el promover una reparación sin incidentes desagradables.
- 2) Eliminaremos previo a la sutura o síntesis de la herida, todo resto que pueda transformarse en cuerpo extraño.
- 3) Siempre practicamos la sutura de la herida más que con la intención de lograr un cierre por primera intención, con el objeto de cerrar la puerta de entrada a la infección, promover la hemostasis y reducir el tamaño del coágulo.
- 4) Solamente practicamos taponamiento en casos de hemorragia intraoperatoria de difícil control.
- 5) Utilizamos como sustancia de relleno la espuma de gelatina, aunque en infinidad de casos hemos dejado y dejamos sólo el coágulo como relleno biológico sin consecuencias postoperatorias.
- 6) Insistimos en la remoción escrupulosa del saco pericoronario, por las razones apuntadas.
- 7) Hemos observado las consecuencias favorables de dejar un empaquetamiento de gasa simple, comprimiendo la herida durante un lapso prolongado del postoperatorio inmediato.

#### GERMECTOMIA

Es un hecho conocido que el apiñamiento de los dientes anteriores de la arcada pueden ser ocasionados por la presión que desde el punto más distal ejercen los molares del juicio durante todas las etapas de su desarrollo. Admitiendo esta etiología de la malposición, los ortodoncistas y ortopedistas es frecuente que nos soliciten la avulsión profiláctica del molar del juicio aún en la etapa de germen.

La avulsión del molar del juicio antes de haber completado su formación es denominada germectomía, por estar orientada a evitar las malposiciones dentarias es profiláctica.

La germectomía profiláctica presenta algunas dificultades que justifican este pequeño capítulo aparte, aunque admitimos desde ya que los tiempos operatorios son exactamente los mismos que los descriptos para la avulsión del molar retenido en el adulto.

Las diferencias esenciales las encontramos en la edad en que debemos practicarla. Son adolescentes en su mayoría y dentro de esta categoría se encontrarán un buen número que manifiestan distonías neurovegetativas, en especial de tendencia vagotónica, lo que obligará en algunas circunstancias, a cierta preparación preoperatoria, tal cual se menciona en el capítulo correspondiente.

Igualmente deberá tener en cuenta que tratándose de una cirugía optativa en lo que se refiere a la oportunidad de su realización será preferible realizarla en aquel momento en que menos interfiera con las actividades propias de la edad. —Cursos liceales, exámenes e inclusive actividades deportivas ineludibles.

Tal como verán en el capítulo de postoperatorio el paciente deberá someterse a cuidados especiales que tendrán por objeto minimizar las reacciones consecutivas a la intervención lo que interferirá con cualquier otra actividad.

Otro detalle que creemos deber mencionar es el medio familiar que rodea habitualmente a este paciente y que es proclive a la alarma frente a las sucesivas secuelas inevitables de las germectomías. Se deberá informar con abundancia de detalles cuales serán las consecuencias de la intervención, cuidando muy especialmente de no magnificarlas so riesgo de espantar injustificadamente al paciente y sus familiares. Desde el punto de vista quirúrgico propiamente dicho, esta intervención se diferencia en dos de sus pasos: osteotomía, y la avulsión.

#### OSTEOTOMIA

Comparativamente, y por estar la totalidad del germen en posición intraósea y profunda la osteotomía será los ortodencistas y ortopedistas es frecuente que nos soliciten la avul-

sión profiláctica del molar del juicio aún en la etapa de germen, relativamente más extensa que en la avulsión corriente de los retenidos de los adultos.

#### AVULSION

Removiendo el hueso que cubre la corona del germen, se observará la presencia de un grueso saco pericoronario. Facilitará los pasos siguientes la remoción de dicho saco cosa que haremos pinzándolo con una hemostática curva y traccionándolo de su inserción al cuello coronario.

Esta maniobra deja un espacio entre el germen y el contorno óseo que favorecerá las maniobras que conducen a la avulsión.

Cuando el germen del molar no tiene aun formadas sus raíces, está móvil dentro de la cripta ósea, lo que hace que cuando intentamos aplicar los elevadores gire en su interior lo que crea la situación fastidiosa de tener el germen "luxado" totalmente y no poder extraerlo a no ser que se practique una osteotomía que consideramos excesiva.

Por esta razón preferimos seccionar el germen con una fresa de tísica Nº 7 y empleando luego el elevador Nº 14 apropiado para completar la fractura de la corona.

Contamos a nuestro favor en la odontosección, la parcial calcificación del germen.

Fracturado el germen se simplificará la avulsión del mismo. No es poco frecuente que se proceda a la extirpación de la papila conjuntiva antes que a la porción coronaria calcificada. La papila conjuntiva se hace accesible al rotar la corona dentro de la cripta y se desprende sin dificultades cuando no existe formación de la bifurcación radicular.

El escoplo y el martillo no son apropiados para la fractura del diente en los casos en que no hay formación radicular o cuando esta porción está parcialmente formada. Entre el cojinete constituido por un grueso saco pericoronario y el cojinete conjuntivo apical, se crean espacios resilientes que hacen inútil el intento de odontosección.

Los pasos siguientes a la avulsión no se diferencian de los descriptos para la avulsión del retenido en el adulto, por lo que omitiremos repetirlos.