

PLAN OPERATORIO PARA LA AVULSION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

por el DOCTOR
EDUARDO BARREIRO

Una vez realizado el interrogatorio, exámenes clínicos, extraclínicos y como corolario haber llegado al diagnóstico quirúrgico, corresponde enunciar el plan operatorio. La orientación del mismo puede variar de acuerdo a varios factores:

Estado general del paciente. — Podemos desde ahora efectuar una gran división de acuerdo al estado orgánico y funcional de los mismos.

A) Pacientes sanos, aptos para la realización inmediata de la intervención, o, con pequeñas desviaciones de su estado normal que deben modificarse o corregirse antes del acto operatorio.

La preparación de los mismos, discurre siempre primero con un tratamiento psíquico, coadyuvado a veces por un tratamiento medicamentoso a base de sedantes hasta hipnóticos, pero prescritos en forma tal que dichos pacientes puedan ser intervenidos ambulatoriamente.

El tratamiento psíquico. Lo consideramos de fundamental importancia para el éxito de nuestra intervención, no aceptamos ni justificamos su omisión invocando razones de tiempo, ya que seguramente ganaremos ese tiempo en el curso de la intervención; por otra parte bien sabemos que el tipo de paciente que frecuentemente encontramos en esta cirugía, son jóvenes, con inestabilidades de carácter neurovegetativo, vagotónicos, simpaticotónicos, o con distonías mixtas.

El tratamiento comienza en una o

varias consultas previas antes de la intervención, debemos explicarle con terminología bien precisa pero sencilla el carácter de la intervención y previéndole de las posibles contingencias que puede sufrir en un post operatorio normal. Es de buen psicólogo prevenir el miedo antes de que éste aparezca, y por sobre todas las cosas eliminar la palabra dolor, elemento por otra parte casi ausente en este tipo de intervención como verá el lector en el capítulo correspondiente a este trabajo. Este tratamiento se continuará en el acto operatorio y finalizará en el postoperatorio.

B) Pacientes que por su estado orgánico y funcional constituyen un grave riesgo quirúrgico y que por consiguiente deben ser enviados al médico especialista para su exclusivo tratamiento. Constituye este grupo los que padecen serias alteraciones cardiológicas, diabetes no controladas, trastornos hormonales graves, etc. No quiero dejar de citar a título de ejemplo el tratamiento preoperatorio de una afección bastante frecuente en nuestros días; la alergia. 1) Despistar esta afección por medio del interrogatorio; 2) test de sensibilidad frente a diferentes soluciones anestésicas. Hemos adoptado la cutireacción realizada en el antebrazo y como solución testigo, suero fisiológico. Lectura de las reacciones cada veinte minutos hasta completar una hora. Elegida la solución anestésica el tratamiento debe ser completado con antihistamínicos del tipo del Fenegan o similares y no olvidar

estén siempre provistos de corticoides y adrenalina al 1 o/000 para su administración intramuscular rápida en caso que el accidente se produzca.

Todo lo dicho anteriormente avala el conocimiento que como odontólogos debemos tener de la fisiopatología y de la estrecha colaboración con el médico especializado.

Característica de la retención del molar 8. — Analizado este hecho nos encontramos que es el que va a patrocinar nuestra táctica quirúrgica.

Teniendo en cuenta que la avulsión del tercer molar inferior retenido no es más que un problema mecánico como lo enuncia Landete y que consiste en definitiva en eliminar un cubo (el diente) que está dentro de otro cubo (el hueso) pero con la característica que ambos cubos son prácticamente inextensibles de tal forma que es necesario eliminar las porciones óseas que cubren el órgano dentario para así abordar éste eliminándolo del cubo continente. Es dable entender entonces que todos los pasos quirúrgicos que vamos a realizar no son más que los de una intervención a colgajo o a "cielo abierto".

Se jerarquiza entonces un elemento indispensable, elemento obtenido a priori, es el diagnóstico radiológico. De acuerdo a él lo que va a variar es la táctica de avulsión.

Como fácil es imaginarse las distintas actitudes que puede tomar el tercer molar en su fallido intento de erupción, creemos necesario sistematizar los diferentes casos para con ello adoptar la distinta táctica de abordaje y nada mejor para ello que adoptar una clasificación.

Tomaremos como guía la clasificación de Parant haciendo notar como dice el autor que no se puede pretender que todos los casos entren en ella, ya que es esquemática, pero que puede avudar a solucionar los múltiples problemas derivados de la avulsión del tercer molar inferior retenido.

CLASIFICACION (Según Parant)

En las figuras que acompañan el texto a propósito de la clasificación se marca con una línea de cruces

(++++)

la profundidad proyectada sobre la tabla externa de la excavación que se realiza con fresa en el sector vestibular.

Las odontosecciones se marcan con líneas punteadas (-----).

Clase I (Fig. 6, 7, 8)

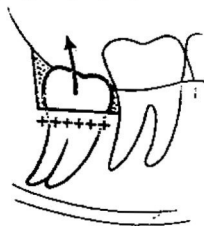


Fig. 6

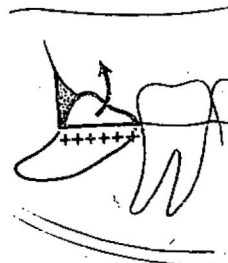


Fig. 7

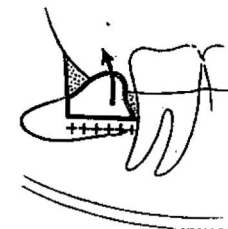


Fig. 8

Avulsión no necesitando más que una pequeña osteotomía.

En este primer grupo se comprende que se realizará avulsión del molar conservando toda su integridad.

Clase II (Figs. 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17).

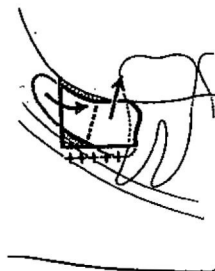


Fig. 9

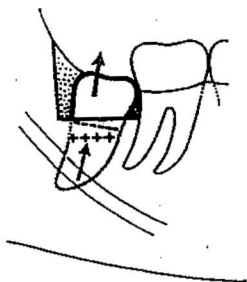


Fig. 10

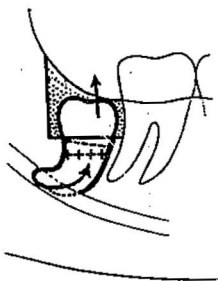


Fig. 11

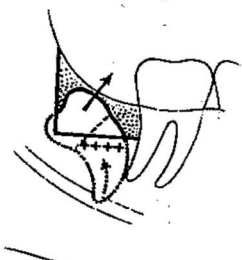


Fig. 12

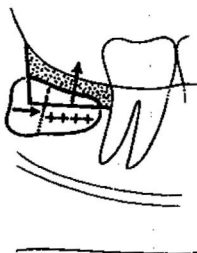


Fig. 13

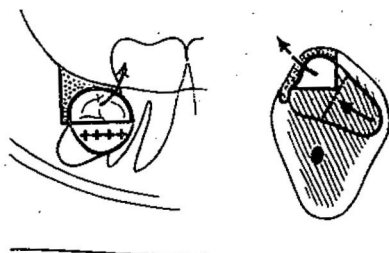


Fig. 14



Fig. 15

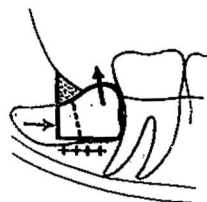


Fig. 16

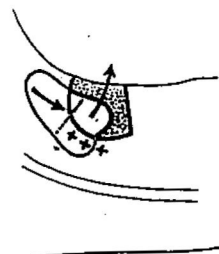


Fig. 17

Avulsión necesitando una mayor osteotomía acompañada de seccionamiento del órgano dentario.

Como se comprenderá al observar el esquema, debido a la posición y relaciones del tercer molar con el segundo es necesario recurrir a la táctica de odontosección a nivel del cuello del molar.

Clase III (Figs. 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25).

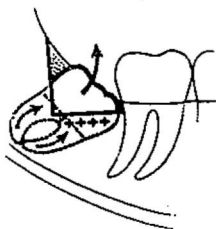


Fig. 18

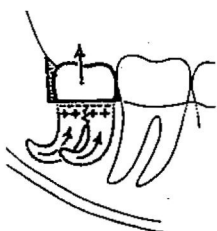


Fig. 19

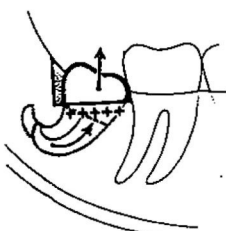


Fig. 20

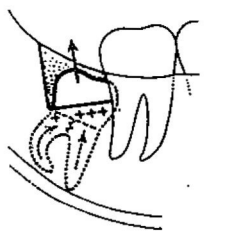


Fig. 21

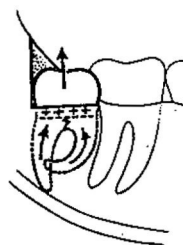


Fig. 22

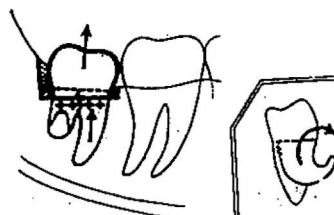


Fig. 23

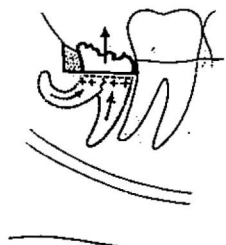


Fig. 24

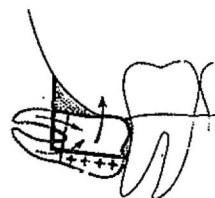


Fig. 25

Extracción necesitando osteotomía acompañada de seccionamiento en el cuello y separación de raíces del molar.

Clase IV

Extracciones susceptibles de ofrecer una gran dificultad.

Esta clase a su vez admite varios grupos o tipos:

a) Tercer molar profundamente retenido adosado contra el segundo molar desplazado por ausencia del primer molar. (Fig. 26).



Fig. 26

b) Tercer molar retenido con raíces múltiples dilaceradas y difíciles de individualizar radiológicamente. (Fig. 27).

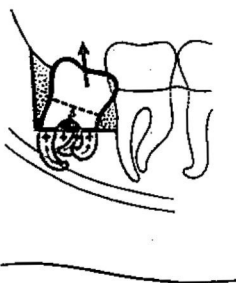


Fig. 27

c) Tercer molar retenido voluminoso, globuloso cuyo diámetro radicular es superior al diámetro coronario (Fig. 28).

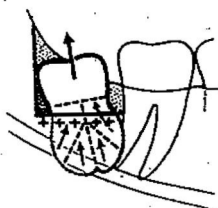


Fig. 28

d) Tercer molar retenido con raíces aplanadas en el sentido mesio distal, derechas paralelas y profundamente situadas. (Fig. 29).

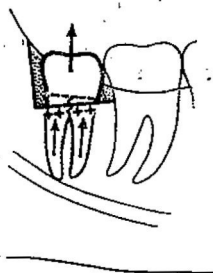


Fig. 29

e) Tercer molar retenido cabalgando sobre el paquete dentario inferior o atravesado por él, o presentando una raíz incurvada sobre él. (Fig. 30).

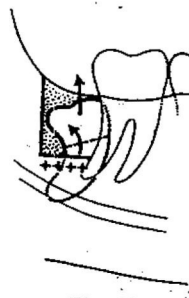


Fig. 30

Una consideración especial merece la extracción del segundo molar para facilitar la avulsión del tercero. En casos excepcionales de profunda retención horizontal, o invertida, entre o por debajo de las raíces del segundo molar, debe realizarse primero la avulsión de éste como táctica quirúrgica, para poder realizar la avulsión del tercero.

Otra consideración, es el trasplante del tercer molar, por supuesto extraído "in toto", al alvéolo del primero cuando está indicada su avulsión. Para ello el tercero no debe tener calcificado más de dos tercios de su raíz, y por consiguiente la edad óptima es de los catorce a los diez y siete años.

No queremos terminar las distintas posibilidades en lo que respecta a táctica quirúrgica a seguir en nuestro

plan operatorio sin dejar de considerar brevemente la avulsión del germen dentario del tercer molar y cuya sanción terapéutica quirúrgica corresponde en su gran mayoría a razones de orden ortopédico u ortodóncico.

La táctica a seguir varía de acuerdo a la edad del paciente y por supuesto a la cronología dentaria, y así tenemos que cuando es necesaria la avulsión no habiendo aún formación radicular hay que adoptar la odontosección, pues es de lo más común encontrar una vez realizada la osteotomía

que el germen gira sobre si mismo tornándose la intervención sumamente dificultosa.

Analizadas suscintamente las diferentes contingencias a las que se puede ver obligado el cirujano, frente a las distintas tácticas quirúrgicas a adoptar de acuerdo a esta clasificación los siguientes pasos de nuestro plan operatorio no se apartarán en nada de los de una intervención a colgajo o a cielo abierto.

Eduardo R. Barreiro
