

Resumen

La extracción del tercer molar inferior retenido es una práctica diaria en nuestra Residencia, no sólo por su incidencia y variedad de presentación, sino también por la patología y accidentes que frecuentemente desencadenan. Según las estadísticas de Berten – Cieszynski la frecuencia en la que se presenta es en un 35%. Si bien las causas generales pueden ser variables describiremos un protocolo por el cual nos regimos frente a esta situación.

La técnica debe realizarse por medio de instrumentos adecuados, fundados en el principio mecánico de la palanca (los elevadores) y aplicados sobre un punto de apoyo (el hueso), con un grado de fuerza destinado a vencer la resistencia (el hueso y el tercer molar).

Preferimos el procedimiento de dividir el diente (odontosección precedida de la ostectomía necesaria) para facilitar la extracción y disminuir el trauma.

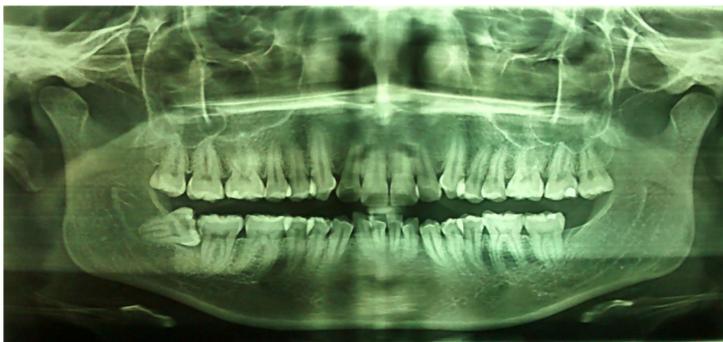
Introducción

Una vez completa la historia clínica, se le pide al paciente por protocolo, una radiografía panorámica en la que descartaremos la cercanía con elementos nobles a tener en cuenta. Luego, se evalúa algún otro método de diagnóstico complementario como una TAC. Si el paciente no presenta ninguna patología sistémica se procede a congeniar un turno para la cirugía. En caso de que haya alguna patología preexistente se hace interconsulta con el médico de cabecera antes de la intervención. Además se receta profilaxis antibiótica y analgésica pre y post-quirúrgica.

Ya obtenido todos los datos se procede a planificar el tratamiento a llevar a cabo.

Descripción del Caso

Paciente femenino de 24 años, sin historia de patologías relevantes. Refiere dolores esporádicos en la zona de la pieza dentaria 48. Se valora el grado de dificultad y se elabora un plan de tratamiento para una pieza que según Ríes Centeno la clasifica en posición mesioangular.



Ya preparado el campo quirúrgico con correcta asepsia y esterilización, se procede a la eliminación del diente retenido aplicando los principios de la extracción a colgajo y método de seccionamiento.



Anestesia.
Troncular: al dentario inferior y lingual
Infiltrativa: en la zona de la posterior incisión
Gingival: a las papilas.



Incisión: se inicia en el punto mas alto borde anterior de la rama, cruzando el triángulo retromolar hasta la cara distal del segundo molar se contornea el mismo y se hace una descarga en mesial con una profundidad que llegue al hueso.



El periostotomo toca el hueso y se apoya sobre el, progresando desde distal a mesial y desprende el colgajo bucal en toda la extensión.



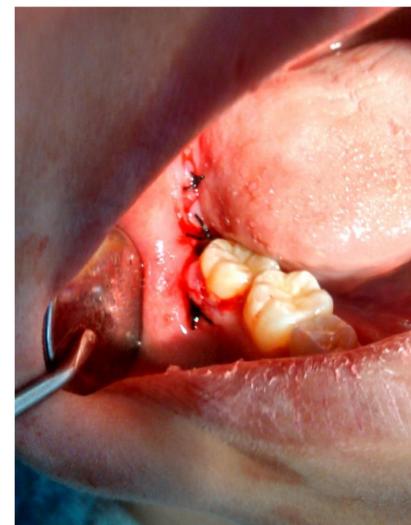
En este caso, se practica una odontosección según su eje mayor con fresas n°8 de tungsteno para dar lugar a la entrada del elevador y la luxación de la pieza.



Se procede a la luxación de los fragmentos con elevador aplicando los principios de palanca.



Exodoncia.



Se sutura primero el punto mas cercano al cuello dentario de la descarga vertical para seguir con el punto próximo de la cara mesial del segundo molar y a partir de aquí los demás.

Conclusiones

La aplicación de la técnica descrita y de la que hacemos uso en nuestra practica diaria, a través del método de la odontoseccion, simplifica y agiliza una operación que de otra manera seria traumática, lacerante e improductiva. Es de nuestra elección ya que requiere de un menor sacrificio de tejido útil, como es el óseo y se realiza sobre un tejido que va a ser eliminado como es el diente.

Es un procedimiento simple, que reditúa bienestar y confort al paciente y al cirujano le brinda la exitosa resolución del problema.

Referencias

1. Gay Escoda, C. Berini Aytés. Leonardo. 1999. Extracción Quirúrgica de los Cordales Inferiores. "Cirugía Bucal". Ediciones Ergon. España. p. 414.
2. Ríes Centeno, Guillermo A. Anatomía del Tercer Molar Inferior. El Tercer Molar Inferior Retenido. Editorial El Ateneo. Argentina, 1960. p. 48-50.
3. Raspall G. 2006. Indicaciones para la exodoncia del tercer molar inferior. Cirugía Oral e Implantología. Editorial Panamericana. Madrid. P.95.