

Incisiones empleadas para la exodoncia de terceros molares retenidos

* Pablo Olivieri
** Sebastián Berrhau

* Dr. en Odontología. Especialista en Cirugía. Ex profesor adjunto de Anatomía F.O.L.P. - U.N.L.P. Profesor adjunto de Cirugía B F.O.L.P. - U.N.L.P. Profesor titular de Cirugía Ortognática. Post-grado de la Carrera de Especialización en Ortodoncia F.O.L.P. - U.N.L.P. Dictante de cursos de Cirugía e Implantología
** Ayudante Diplomado de Cirugía B F.O.L.P. - U.N.L.P.

RESUMEN

La cirugía de las piezas dentarias retenidas es hoy en día una de las prácticas quirúrgicas más habituales. Por otra parte, en toda cirugía bucal que se necesite trabajar sobre el hueso, será no sólo imprescindible el hacer un colgajo, sino que éste sea realizado correctamente. El presente trabajo combina ambos aspectos describiendo tres incisiones que permiten ejecutar correctos colgajos para manejar cómodamente la mayoría de los terceros molares retenidos.

SUMMARY

The surgery of impacted teeth is nowadays one of the most usual surgical acts. On the other hand, in every surgical procedure that involves working on bone tissue, it will be essential not only to make a flap but also to make it correctly. The present paper joins both aspects by describing three incisions that allow the performance of right flaps so as to board easily most kinds of impacted third molars.

PALABRAS CLAVE

Terceros molares retenidos / Incisiones / Indicaciones / Ventajas

KEY WORDS

Impacted third molars / Incisions / Indications / Advantages

Introducción

La cirugía relacionada con las piezas dentarias retenidas, especialmente la exodoncia de los terceros molares, es hoy en día una de las prácticas quirúrgicas realizada con mayor frecuencia. Creemos conveniente, antes de entrar de lleno en las incisiones a ejecutar en dicho acto operatorio, y a los fines de exponer la importancia del tema en cuestión, repasar brevemente los pasos secuenciales de la mayoría de las cirugías de la cavidad bucal, los cuales son ^{1,2}:

- 1- incisión y levantamiento del colgajo.
- 2- osteotomía u ostectomía
- 3- operación propiamente dicha (gesto o maniobra quirúrgica especializada)
- 4- tratamiento de la cavidad ósea
- 5- sutura

Considerando ciertas exodoncias de terceros molares retenidos, dicha secuencia podría ejemplificarse de la siguiente forma: realización de una incisión y decolado del colgajo mucoperiostico (Paso 1), que permita la realización de la ostectomía correspondiente para abordar la pieza retenida (Paso 2); realización del odontodesgaste u odontosección y extracción de la pieza dentaria de su lecho óseo (Paso 3); retiro del saco pericoronario, regularización de los bordes de la cavidad y lavado del área quirúrgica (Paso 4); por último, reposición y sutura del colgajo en su lugar (Paso 5). Todas estas maniobras, nunca está de más decirlo, darán sus mejores resultados si son realizadas con el estricto conocimiento de las ciencias básicas como cimiento de toda decisión y con la delicadeza y la sutileza como mediadores entre la teoría y la práctica.

Para describir la secuencia completa falta decir que la misma es precedida por el preoperatorio, la antisepsia y la anestesia; y continuada por la prescripción de la medicación, la instrucción de las indicaciones y cuidados postoperatorios, el control postoperatorio y el retiro de los puntos de sutura.

Como podemos intuir a partir de la secuencia presentada, es la incisión quien determina la mayor facilidad o dificultad con que se irán realizando todos los pasos subsiguientes de la intervención. Es quien abre la puerta de entrada, determinando el acceso quirúrgico a la pieza retenida y es quien, en gran medida, determina la visibilidad quirúrgica.

Es conveniente destacar que el grado de visibilidad quirúrgica es el factor al cual se eleva o potencia la tranquilidad al operar. Dicha visibilidad es determinada mediante la separación, la iluminación y

la aspiración³. Pero ¿qué clase de separación se puede realizar o cómo se puede iluminar un área quirúrgica en donde el colgajo creado por una incisión incorrectamente realizada, no nos permite obtener estos importantes requisitos? Aun más, ¿qué clase de acceso se obtiene al diente retenido, de qué forma se hace la ostectomía, el odontodesgaste u odontosección, o cuál será el resultado postoperatorio del desafortunado proceder quirúrgico de abrir la puerta de modo incorrecto?

Hay ciertos aforismos que alertan a quien toma el bisturí de las posibles complicaciones y contratiempos que pueden producirse como consecuencia de una incorrecta visibilidad quirúrgica, citando a modo de ejemplo algunos de ellos: "aquello que es difícilmente visualizado, rara vez es correctamente operado", "para operar bien, uno debe ver bien" o "hay que ver bien lo que se hace para hacer bien lo que se ve". Es por esto que justificamos esta prolongada introducción para insistir en la importancia de que las incisiones sean correctamente planeadas, según preferencias del profesional y de acuerdo con las características de retención de la pieza dentaria a ser extraída.

Incisiones

Existen diferentes diseños de incisiones para abordar los terceros molares retenidos. Todas ellas coinciden en que poseen un *componente posterior*, definido éste como la línea de incisión que desde la mucosa retromolar llega a la cara distal del segundo molar; y un *componente anterior*, que consiste en la línea de incisión que originándose en la cara distal de dicho molar puede ser trazado siguiendo distintos caminos.

Es el componente anterior de la incisión, salvo algunas modificaciones que existen para el componente posterior, donde la mente creativa del odontólogo ha generado - y la anatomía ha permitido - el mayor número de variantes en la dirección de la incisión, existiendo como mínimo una decena de trazos distintos ¹⁻¹³.

Existiendo tantas maneras diferentes de "abrir la puerta", se describen a continuación tres tipos de incisiones que permiten manejar cómodamente la gran mayoría de los terceros molares retenidos. Para ejemplificar las mismas, se las presenta mediante tres pacientes que poseían su pieza dentaria 48 con características muy similares de retención.

Vale aclarar que dichas incisiones, transpo-

ladas al maxilar superior, pueden realizarse para exodonciar los terceros molares retenidos en dicho maxilar.

- Paciente 1: presenta la pieza 48 con retención submucosa y en posición mesioangular. *Componente posterior de la incisión*: parte desde distal del triángulo retromolar sobre el tercio externo del borde anterior de la rama ascendente y se dirige en sentido mesial hasta alcanzar el tercio vestibular de la cara distal de la pieza 47. *Componente anterior de la incisión*: circunscribe por la hendidura gingival la cara vestibular de dicho molar, para a la hendidura gingival de la pieza 46 cruzando de un molar al otro por la base de la papila interdientaria (cuya integridad se respeta) y termina en mesial del primer molar 3,4,5 (Foto 1). La sutura se realiza a través de dos puntos, el primero de ellos une el colgajo a la papila interdientaria y el segundo cierra la herida a nivel del borde anterior de la rama ascendente (Foto 2). Características del posoperatorio a los 14 días (Foto 3).
- Paciente 2: También presenta la pieza 48 con retención submucosa y en posición mesioangular (Foto 3). *Componente posterior de la incisión*: es igual al descrito para el Paciente 1. *Componente anterior de la incisión*: a partir del tercio vestibular de la cara distal de la pieza 47, cruza por la base de la papila interdientaria al ángulo distovestibular, donde de ser posible, no debe sobreexponerse mucho más allá del límite mucogingival 2,8 (Foto 4). La sutura se realiza de igual manera a la descrita para el Paciente 1 (Foto 5). Características del posoperatorio a los 14 días. (Foto 6).
- Paciente 3: Sin variación en el tipo de retención con los pacientes 1 y 2, el paciente 3 también presenta la pieza 48 con retención submucosa y en posición mesioangular. *Componente posterior de la incisión*: es el mismo que el de los pacientes 1 y 2. *Componente anterior de la incisión*: se inicia en el tercio vestibular de la cara distal de la pieza 47, desde allí desciende en forma oblicua (divergente) en dirección al fondo de surco vestibular, donde al igual que en la incisión para el paciente anterior, no debe en lo posible sobreexponerse más allá del límite mucogingival^{1-5,7,12,13} (Foto 7). El cierre se realiza con dos puntos de sutura, el primero a nivel del borde anterior de la rama ascendente y el segundo en el tercio medio de la incisión de descarga (Foto 8).

Características del posoperatorio a los 14 días (Foto 9).

En todos los casos se realiza una breve incisión que nace en el tercio vestibular de la cara distal de la pieza 47, recorre los dos tercios linguales de la porción distal de la hendidura gingival y se continúa en sentido mesial por parte de la porción lingual de la hendidura gingival de esta pieza. Se logra así levantar hacia lingual la mucosa del triángulo retromolar.

Conclusiones

Partiendo de una base lógica, todas las incisiones descritas en la literatura que respeten la anatomía y los principios quirúrgicos, creando colgajos que den un acceso y una visibilidad quirúrgica correcta son seguras. La elección de una u otra quedará librada a las preferencias del profesional y a las características de la retención dentaria.

Si se debe realizar la extracción de un tercer molar con retención submucosa o intraósea superficial, para las cuales no se necesita una gran ostectomía, las tres incisiones pueden realizarse indistintamente. Ahora, si se debe extraer un tercer molar con retención intraósea profunda, si bien las tres incisiones descritas están indicadas, se debe hacer la siguiente salvedad: cuanto más profunda sea la retención se deberá, consecuentemente, realizar una mayor cantidad de ostectomía. Para esto se requiere una mayor visibilidad, siendo por lo tanto preferibles las incisiones de los pacientes 2 y 3 a la incisión en bolsillo (o incisión envolvente) de paciente 1^{1,2,8,9-11,13}. Si se efectúa esta última, se tendrá que prolongar el componente anterior de dicha incisión hasta el sector de premolares para "bajar" lo suficiente el colgajo y poder realizar así la cantidad de ostectomía requerida.

Por otro lado, la incisión descrita en el paciente 3 aventaja en ciertos casos a las otras dos, dado que al no ser necesario decolar la encía vestibular de la pieza 47, es muy útil cuando dicho molar presenta rehabilitaciones protésicas (ej. coronas) (Fotos 10 o 12) o aditamentos ortodóncicos (Fotos 13 o 15). Por su diseño, no modifica la anatomía gingival de dicha pieza y, por estar alejada del margen gingival, facilita la realización de la sutura. Por último, dicha incisión simplifica la higiene y permite realizar al paciente poseedor de estos tratamientos un mejor control mecánico de la placa bacteriana, actitud premiada por la mucosa bucal con una mejor respuesta en la cicatrización y por ende con un mejor posoperatorio para dichos pacientes.

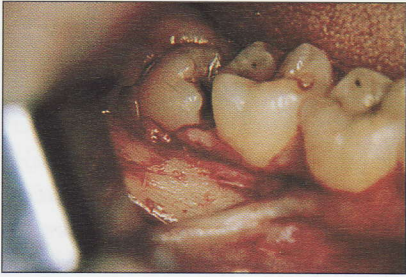


Foto 1: paciente nº 1-A

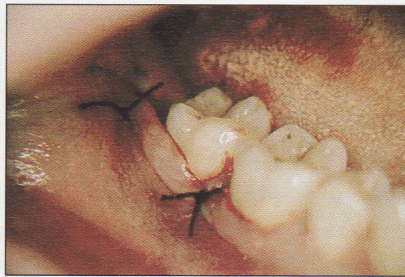


Foto 2: paciente nº 1-B



Foto 3: paciente nº 1-C

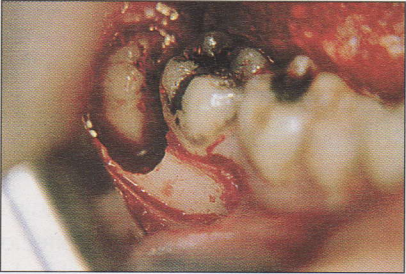


Foto 4: paciente nº 2-A

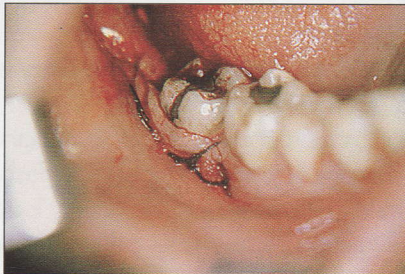


Foto 5: paciente nº 2-B



Foto 6: paciente nº 2-C



Foto 7: paciente nº 3-A

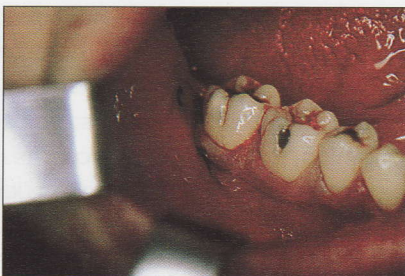


Foto 8: paciente nº 3-B



Foto 9: paciente nº 3-C

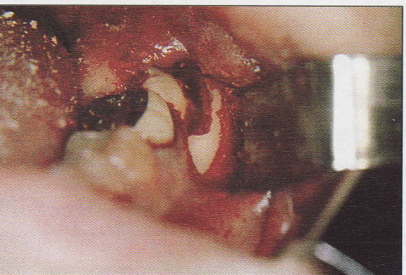


Foto 10: A



Foto 11: B



Foto 12: C

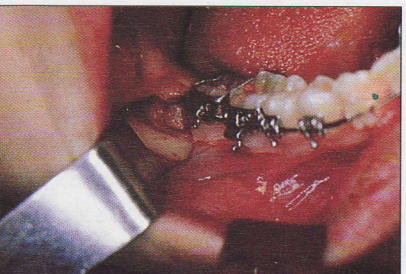


Foto 13: A



Foto 14: B



Foto 15: C

Referencias

- A: Incisión y colgajo decolado.
- B: Cierre de la herida postextracción con dos puntos de sutura.
- C: Postoperatorio a los 14 días.

Bibliografía

1. Ries Centeno, G. A. y Col. (1987): "Cirugía Bucal. Patología, Clínica y Terapéutica" 9a. Edición. Librería y Editorial "El Ateneo". Buenos Aires. Argentina. Cap. 12.
2. Gay Escoda, C.; Berini Aytés, L. (1999): "Cirugía Bucal". 1a. Edición. Ediciones Ergón. Madrid. España. Cap. 13.
3. Alling C. C.; Helfrick, J. F.; Alling R. D. (1993): "Impacted Teeth". 1a. Edición W. B. Saunders Company. Pennsylvania. U.S.A. Cap. 8.
4. Laskin, D. M. (1987): "Cirugía Bucal y Maxilofacial". 1a. Edición. Editorial Médica Panamericana, S. A. Buenos Aires. Argentina. Cap. 6.
5. Kruger, G. O. (1986): "Cirugía Buco-Maxilo-Facial" 5a. Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Argentina. Cap. 6.
6. Asanami, S.; Kasazaki, Y. (1992): "Extracción del tercer molar. Tipos y Técnica" Ediciones Doyma, S.A. España. Cap. 5.
7. Ginestet, G. y Col. (1967): "Cirugía Estomatológica y Maxilo-Facial. Atlas de Técnica Operatoria" 1a. Edición. Editorial Mundi S.A.C.I.F. Buenos Aires. Argentina. p. 69, 125.
8. Koerner, K. R.; Tilt, L. V.; Johnson, K. R. (1995): "Atlas en color de Cirugía Oral Menor". 1a. Edición Espaxs S. A. Barcelona. España. p. 275-78.
9. Pedersen, G. W. (1998): "Oral Surgery". 1a. Edición. W. B. Saunders Company. Philadelphia. U.S.A. p. 63-5.
10. Peterson, L. J.; et al. (1988): "Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery". 1a. Edición. Mosby. U.S.A. p. 246-50.
11. López Arranz, J. S.; García Perla, A. (1991): "Cirugía oral" 1a. Edición. Mc Graw Hill-Interamericana. Madrid. España p. 302-3
12. Killey, H. C.; Kay, L. W. (1969): "The impacted Wisdom Tooth" E&S Livingtone Ltd. Great Britain. p. 42-5.
13. Donado, M. (1998): "Cirugía Bucal-Patología y Técnica". 2a. Edición. Editorial Masson. Barcelona. España. pag. 233-34.

Estés Donde Estés Occidental

Te Da Más Beneficios



Compra telefónica las 24 hs. al (011) 4823-2213 ó 4829-1473 disca 33
 Fax: (011) 4821-0989 - M. T. de Alvear 2083 Bs. As. - Envíos a todo el país
 C.A.S.: occidental@arnet.com.ar Internet: <http://usuarios.arnet.com.ar/occidental>

Occidental Sponsor Oficial de la Sonrisa Argentina

Junto a las Grandes Marcas Dentales:

3M ESPE - DIAMANTE A.I. - Fonus - KMD - Ventura - Dentsply - Kodak
En Expodent 2002 te esperamos en la isla 128.

