

Evaluación del Tercer Molar

RADI L. JOSE*

RESUMEN:

El propósito de esta revisión es desmitificar los lineamientos trazados en el pasado y que aún pesan en la decisión sobre qué hacer con el Tercer Molar. Al mismo tiempo, sobre las causas de su retención, morbilidad asociada en su proceso de erupción y luego del procedimiento quirúrgico, consideraciones en la evaluación clínica radiográfica, la técnica quirúrgica y factores que complican la remoción del diente retenido.

PALABRAS CLAVES:

Extracción preventiva y terapéutica
Etiopatogenia
Colgajos
Clasificación
Osteotomía
Retenido
Odontosección
Apiñamiento dentario
Regeneración periodontal

INTRODUCCION:

Cuando se va a evaluar un paciente que ha sido remitido a consulta por sus terceros molares retenidos o parcialmente erupcionados, es importante tener a disposición un armamento de alternativas, que pueden ser ofrecidas de acuerdo con el análisis individual de cada caso clínico.

Históricamente la situación del tercer molar, se ha manejado en forma esterotipada y radical, llegando a plantear soluciones como "Extraer o no Extraer" sin otro tipo de argumento que soporte la decisión. Es así como, para algunos, el tercer molar es un "villano" y por tal motivo debe ser eliminado incluso a edad temprana mediante la "Germinectomía" o enucleación del germen dentario, procedimiento practicado en pacientes de 8 años en Inglaterra en 1936 por Henry y Morant (1).

Por otro lado, el tercer molar ha sido considerado "Víctima" de las circunstancias, ya que por estar situado al final del arco dentario es el más afectado por la deficiencia de espacio, además, para Ash y Col., la cirugía del tercer molar parcial o totalmente retenido conlleva al incremento de bolsas periodontales y/o exposición radicular sobre el aspecto distal del segundo molar (2).

* Jefe Departamento Estudios Básicos Integrados
Profesor Titular, Facultad de Odontología
Universidad de Antioquia

De acuerdo con Hayward (3), "la remoción de terceros molares es un importante servicio preventivo de la odontología, ya que la retención de estos dientes puede causar disturbios significativos". Esta opinión es compartida por Kruger (4), quien dice que "todo diente que no asume su propia posición y función en el arco debe ser considerado para la remoción".

En 1979 Lytle (5) opina que "Muchos dientes retenidos deben ser removidos para eliminar la existencia de condiciones patológicas o para prevenir futuros problemas". Para él no es aconsejable esperar hasta que un diente retenido se vuelva sintomático.

La anterior controversia motivó el surgimiento de una serie de "mitos" con respecto a la conducta que se debería tener con el tercer molar. Entre otros, podemos mencionar los siguientes:

1. Causan apiñamiento.
 2. Deben ser eliminados para prevenir posibles patologías.
 3. Durante su desarrollo deben ser extraídos para preservar el hueso distal del segundo molar.
1. La afirmación sobre "que la remoción de terceros molares erupcionados o no previene el apiñamiento dentario de incisivos inferiores, carece de soporte científico y no puede ser usado para justificar la extracción preventiva. Otra cosa es, que no tiene espacio suficiente para erupcionar o se requiere del mismo para una mejor distribución de otros dientes durante el tratamiento ortodóncico.

En 1979 se efectuó una conferencia internacional sobre los terceros molares, donde se pretendió hacer un consenso sobre la extracción de los mismos (6).

Los resultados de esta conferencia señalan: que el apiñamiento de los incisivos inferiores se produce por muchos factores, los cuales incluyen tamaño dental, forma del diente, estrecha dimensión intercanina, retroinclinación de los incisivos y cambios de crecimiento que se dan en los períodos de desarrollo adolescente. Por lo tanto, acuerdan y coinciden en su apreciación de que es poco racional pensar que la extracción de los

terceros molares por sí sola, reduce el actual o futuro apiñamiento de los dientes antes señalados.

En este simposio también se determinó que los terceros molares retenidos no son la causa de la recidiva del apiñamiento subsiguiente al movimiento posterior con el objeto de ganar espacio, tanto en los primeros como en los segundos molares.

2. Los cambios patológicos asociados con los terceros molares: Conforme con Lilly (7), estos cambios patológicos pueden dividirse en dos categorías:
 - a. Aquellas asociadas con los terceros molares parcial o totalmente erupcionados (caries, enfermedad periodontal, maloclusión, etc.) y b. aquellos asociados con dientes sin erupcionar o retenidos (quistes, neoplasias benignas, tales como ameloblastomas, mixomas, reabsorción de los segundos molares y reuropatías).

Bruce (8), en su estudio, analizó las razones para remover 990 terceros molares mandibulares, en donde encontró los siguientes resultados: caries sobre el segundo molar 5.8%, consideración periodontal 16.9%, dolor 27.3%, consideración protésica 4.4%, infección pericoronar 39.8%, caries en el tercer molar 8.8%, consideración ortodóncica 12.2%, quiste o neoplasma 6.2%.

La pericoronitis y el dolor son las situaciones clínicas que más motivan al paciente a la consulta, mientras que los quistes y neoplasmas son poco frecuentes en este estudio (8), sin embargo, otros estudios sobre esta última entidad muestran porcentajes mucho más bajos.

En el estudio de Lysell (9) sobre 870 pacientes, encontró que la incidencia de tumor relacionado con la presencia del tercer molar retenido parcial o totalmente, era de menos de 1%, resultados similares han sido obtenidos por Toller (9) quien encontró 10 quistes dentígeros asociados con 1452 dientes retenidos (.68%), y el de Stanley (10) con 30 quistes alrededor de 3702 dientes retenidos (.81%). Con estos últimos se puede concluir que la generación de quistes y tumores a partir del tercer molar retenidos es realmente baja

y esto no se puede usar como argumento para indicar un tratamiento profiláctico.

3. Durante su desarrollo deben ser extraídos para preservar el hueso distal del segundo molar:

El problema del tercer molar en periodoncia puede dividirse así:

- a. Desarrollo incompleto de las estructuras de soporte en distal del segundo molar por malposición de los terceros molares retenidos. En este caso sería una indicación preventiva, pero si el germen respeta la cresta distal y hay posibilidades de espacio, no sería conveniente una indicación profiláctica o preventiva por la presunción de que podría alterar el hueso distal del segundo molar.
- b. La presencia de enfermedad periodontal destructiva crónica en las estructuras de soporte distal al segundo molar, causadas por la extracción de terceros molares retenidos.

Es importante tener en cuenta que, la frecuencia y severidad de los problemas periodontales incrementa en proporción directa con la cantidad de tiempo que el diente retenido permanece en posición sobre todo si éste está relacionado a una bolsa periodontal distal al segundo molar.

Es bien sabido que el tercer molar inferior retenido, no sólo es uno de los más comunes sino que es de los que más frecuentemente causa problemas periodontales. El tipo mesioangular (10, 9, 8) se encuentra frecuentemente erupcionado contra el aspecto distal de la raíz, unión cementoamélica, o la corona del segundo molar.

La erupción parcial del tercer molar inferior usualmente tiene comunicación con la cavidad oral del área surcular distal del segundo molar y puede estar acompañado con bolsas periodontales profundas. Una bolsa profunda puede ser fácilmente infectada por la placa bacteriana o ser afectada por la impactación de alimentos, resultando en una destrucción periodontal a lo largo de distal del segundo molar con el correspondiente defecto intraóseo hasta generarse una pericoronitis.

Cuando por esta situación se indica la extracción del tercer molar, ésta en ningún momento

pretende perpetuar una enfermedad periodontal destructiva crónica, sobre todo cuando ha sido bien realizada.

Además de la bolsa periodontal puede existir previamente pérdida de inserción, o carencia de encía queratinizada adecuada, asociada con el compromiso del segundo molar.

Szynd y Hester en 1963 (11) concluyeron que "la profundidad crevicular alrededor del segundo molar puede ser reducida por la remoción de los terceros molares adyacentes o retenidos"

En ese mismo sentido Groves (12) y Stephens (13) encontraron en sus respectivos estudios, que luego de la eliminación del tercer molar, hay un mejoramiento en la calidad de los tejidos periodontales alrededor del segundo molar y disminución en la profundidad del surco en todos los puntos medidos.

Kugelberg (14) afirma, que la reparación o regeneración periodontal puede ser un proceso continuo que se lleva a cabo por largo tiempo. Por otro lado es bien sabido que los cambios fisiológicos en el periodonto ocurren con el incremento de la edad, y es así como él establece hasta los 25 años un buen pronóstico para la cicatrización

En su estudio retrospectivo Kugelberg (14), encontró que 2 años después de la cirugía de los terceros molares en 215 casos, 43% de los pacientes presentaba bolsas profundas de 7 mm y 32% defectos intraóseos que excedían los 4 mm sobre distal del segundo molar adyacentes.

Cuando comparó el pre y post operatorio, los defectos intraóseos se redujeron en un 50% en individuos hasta con 25 años de edad, mientras que únicamente un pequeño porcentaje de éstos en los pacientes sobre los 25 años demostraron aceptable cicatrización periodontal.

A la re-examinación de 4 años postoperatorios cerca del 50% de los sujetos hasta con 25 años mostraron un mejoramiento de los defectos intraóseos comparados con los resultados obtenidos 2 años después de la cirugía. Ningún caso en los pacientes jóvenes mostró alteración alguna, mientras que 30% de los pacientes con

más de 26 años mostraron deterioro entre los dos exámenes.

Los resultados hacen énfasis en la importancia de la edad del paciente en el momento de la cirugía.

Podemos concluir que, cada uno de estos mitos, conlleva a tener una imagen distorsionada de lo que realmente ocurre en la actualidad con el manejo del tercer molar, y por ello es importante hacer un análisis más completo de cada una de las alternativas que hoy ofrecemos a nuestros pacientes.

CONSIDERACIONES GENERALES:

De acuerdo con Richardson (15), los terceros molares son los dientes que más a menudo están ausentes congénitamente, oscilando en un rango de 9 a 20%. Hay más mujeres que hombres con ausencia congénita de terceros molares en una proporción de 3.2.

Banks (16), encontró que lo más común es que falten dos terceros molares, seguidos por uno, cuatro y tres.

Richardson (15) señaló que si la formación del tercer molar está retrasada después de los 10 años de edad, la posibilidad de que se desarrollen los cuatro terceros molares se reduce al 50%.

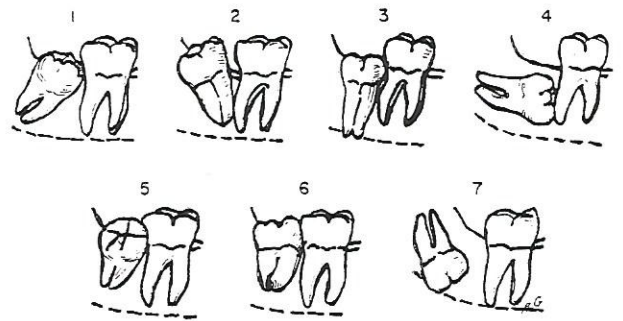
El promedio de edad para la formación de la cripta del tercer molar es de 7 años, siendo la más temprana reportada a los 5 años y la más tardía a los 15 años.

La vigilancia en torno al tercer molar debe comenzar hacia la edad de los 10 años, ya que la calcificación de las cúspides se establece entre los 9 y los 12 años.

CLASIFICACIONES EXISTENTES PARA EL TERCER MOLAR

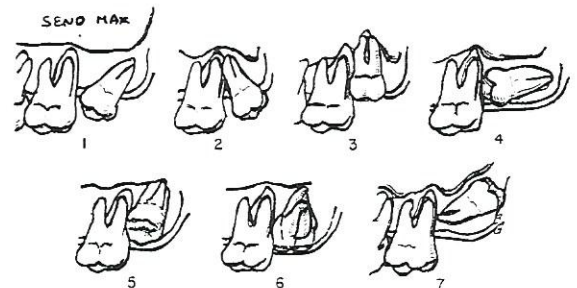
El primero en hacer una clasificación sobre los terceros molares fue Winter (17) en 1926. El hizo un análisis posicional del eje longitudinal del tercer molar con respecto al eje longitudinal o mayor del segundo molar. Como producto de esta correlación pudo clasificar los terceros molares en: (Figura 1) (Figura 2).

FIGURA 1



1. Clasificación de terceros molares mandibulares retenidos son clasificados en: (1) mesioangular, (2) distoangular, (3) vertical, (4) horizontal, (5) buccoangular, (6) linguangular, (7) invertido.

FIGURA 2



2. Clasificación de terceros molares maxilares retenidos son clasificados en: (1) Mesioangular, (2) distoangular, (3) vertical, (4) horizontal, (6) linguangular, (7) invertido.

- A. Verticales
- B. Horizontal
- C. Invertido
- D. Mesioangular
- E. Distoangular
- F. Vestibuloangular
- G. Linguangular

Sin embargo, éste no hizo ningún énfasis en la disposición anteroposterior ni en la profundidad en el hueso en donde se encontraba el tercer molar. Por ello surgió posteriormente otra clasificación en 1942, la cual fue presentada por Pell y Gregory (18).

Una de las necesidades era ubicar el tercer molar en sentido anteroposterior definiendo puntos de

reparo. Su clasificación relaciona el tercer molar en sentido anteroposterior, con respecto a la rama ascendente mandibular y distal del segundo molar. Esto permite diferenciar tres situaciones:

CLASE I: Hay espacio suficiente para acomodar el diámetro mesiodistal del tercer molar.

CLASE II: El espacio es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE III: Todo o casi todo el tercer molar está localizado en la rama ascendente.

No es aplicable para terceros molares superiores.

De otro lado era necesario aportar criterios con relación a la profundidad en que se encontraba el tercer molar en el hueso con respecto al plano oclusal.

De acuerdo con la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, aparecen tres nuevas situaciones (Análisis vertical).

Puede ser aplicable al tercer molar superior:

- * Posición A. La porción más alta del tercer molar retenido está a nivel o por encima de la línea oclusal.
- * Posición B. La porción más alta del tercer molar retenido está por debajo del plano oclusal pero por encima de la línea cervical del segundo molar.
- * Posición C. La porción más alta del tercer molar retenido está por debajo del límite amelocementario.

Las clasificaciones anteriores sólo hacen una evaluación posicional entre segundo y tercer molar, poca importancia le dan al estado periodontal existente entre ambas. Los estudios de Ash y Col. (2), nos permiten establecer otro parámetro clasificatorio pero enfocado al pronóstico del procedimiento quirúrgico.

De acuerdo con el estado periodontal entre segundo y tercer molar se pueden enumerar tres situaciones clínicas que tienen que ver mucho con la reparación ósea de la zona, obviamente que todo está

supeditado a la calidad con que se efectúe el procedimiento, a la edad del paciente y al estado médico general del mismo e higiene oral adecuada en la zona.

De acuerdo con el estado de la cresta distal del segundo molar, se pueden clasificar:

- A. Buen pronóstico: cresta ósea distal al segundo molar completamente formada, no hay indicios de bolsa periodontal ni defecto óseo.
- B. Regular pronóstico: la cresta ósea distal al segundo molar ha sido adelgazada por el tercer molar, puede o no haber bolsa periodontal o defecto óseo asociado.
- C. Mal pronóstico: no hay cresta ósea distal al segundo molar, el tercer molar está en íntimo contacto con la raíz del segundo molar, se acompaña de bolsa periodontal y defecto óseo.

Aplicable para terceros molares superiores e inferiores.

A pesar de que la Clasificación de Pell y Gregory (18) Análisis vertical y la de Winter (17) son aplicables para el tercer molar superior, no hacen referencia al riesgo que puede suscitar el procedimiento quirúrgico en esta zona anatómica. Por ello Naranjo y Radi proponen una clasificación (19) que debe ser tomada en cuenta en el momento de la evaluación.

- A. Alto riesgo de impactación del tercer molar al seno maxilar: La corona del tercer molar se encuentra a la misma altura del nivel más bajo del seno maxilar.
- B. Moderado riesgo de impactación del tercer molar al seno maxilar: La porción cervical (unión cemento-amélica) del tercer molar se relaciona con el seno maxilar.
- C. Mínimo riesgo de impactación del tercer molar en el seno maxilar: el tercio apical del tercer molar se encuentra relacionado con el piso del seno maxilar.

Todas las anteriores clasificaciones tratan de ubicar el tercer molar en su zona anatómica, pero ninguna hace referencia a su localización en sentido transversal. Este último dato es de vital importancia

en el momento de trazar la estrategia quirúrgica y sobre todo cuando se va a elegir el tipo de colgajo.

Por experiencia clínica, se puede concluir que la mayoría de los terceros molares superiores se encuentran hacia vestibular, un porcentaje bajo le daría a la posición intermedia y escasamente, o un mínimo porcentaje para aquellos que se encuentran en posición palatina.

Algo muy similar se puede apreciar para los terceros molares inferiores, pero invirtiendo la posición, es decir, la posición retenida más frecuente es la posición Mesioangular, de éstos la gran mayoría se encuentran en una posición lingual, un porcentaje bajo para la posición intermedia y rara vez en una ubicación vestibular. Es bueno aclarar que, mientras más joven el paciente, la posición predilecta para el tercer molar inferior es la vestibular (15 años), luego migran hacia lingual en el adulto.

ETIOPATOGENIA DE LA RETENCION DENTARIA

La explicación de la incidencia de dientes retenidos que parece más lógica es la reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares humanos.

En apoyo a esta teoría observamos cada vez más, la ausencia congénita de terceros molares o la presencia de terceros molares rudimentarios en su lugar. La dieta moderna blanda, no exige un esfuerzo a los músculos masticatorios, faltando un estímulo para el crecimiento de los maxilares y la razón por la cual el hombre moderno tiene dientes retenidos.

Existen varias causas locales para la retención de los terceros molares, entre ellas podemos mencionar las siguientes (2).

1. Malposición del germen.
2. Densidad del hueso que lo cubre.
3. Falta de espacio en maxilares poco desarrollados.
4. Indebida retención de dientes deciduos a la pérdida prematura de la dentición primaria.

Pueden agregarse factores odontogénicos, como la curva que debe describir el tercer molar inferior

para erupcionar por la inclinación de su folículo. Factores de crecimiento en pacientes con ángulo goníaco cerrado que disminuyen el espacio destinado al tercer molar y la evolución dentro de un hueso más calcificado.

Stanley (6) en su estudio pudo concluir que de un total de 1756 pacientes, el número de dientes retenidos por pacientes fue de:

- Un molar retenido en 40.8% de los casos.
- Dos retenciones en 29.9% de los casos.
- Tres molares retenidos en 11.1% de los casos.
- Cuatro molares retenidos 17.7% de los casos.

INDICACIONES PARA LA REMOCION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS

Los dientes retenidos han sido reconocidos como un problema de salud dental; por lo cual debemos tener conceptos claros respecto a cuándo realizar su remoción y cuándo no.

Para Lytle, existen algunas indicaciones de tipo preventivo (5):

1. Daño al diente adyacente: los dientes retenidos parcialmente pueden atrapar alimentos y desarrollar caries en el diente adyacente; también pueden eliminar el soporte óseo distal del segundo molar. Remover tempranamente los terceros molares resulta de mejor pronóstico para el segundo molar, porque los defectos óseos creados por el tercer molar o durante la cirugía, llenan más rápida y completamente en adultos jóvenes que en personas mayores.
2. Facilitar el tratamiento de ortodoncia: remover un diente permanente no erupcionado tempranamente, en el curso de un tratamiento de ortodoncia es indicado cuando se ha determinado que ella facilitará todo el tratamiento del caso. Sin embargo, en caso de extracción de premolares es importante retardar dicha decisión, pues es posible que con ello, los terceros molares tengan espacio suficiente para relacionarse con sus antagonistas.

3. Dolores de etiología desconocida: los dolores de la Articulación Temporomandibular, oído, cuello, arco dental del mismo lado o del lado opuesto y la cefalea, pueden desaparecer con la remoción del diente retenido.
4. Como preparación para la irradiación de los maxilares y tejidos adyacentes: cuando se va a aplicar radiación como parte de la terapia antitumoral, es razonable realizar primero la remoción dental, debido a que si posteriormente se efectúa, el paciente puede quedar susceptible a una Osteorradionecrosis.

Un tercer molar puede permanecer retenido asintomático durante el resto de la vida del paciente, pero frecuentemente envuelve una serie de procesos patológicos variados, desde una simple caries dental, o desarrollar una lesión neoplásica alrededor del tejido folicular.

Para Laskin (20), existen unas indicaciones para la remoción terapéutica de los terceros molares:

1. Pericoronitis: es la condición que envuelve más frecuentemente al tercer molar impactado; se desarrolla en los remanentes del fólculo entre la corona del diente retenido, el hueso y el tejido gingival que lo rodea. Los microorganismos hallados son: Estreptococos, estafilococos y bacilos de Vincent; es importante la infección estreptocócica en la etiología de la fiebre reumática y glomerulonefritis.

La pericoronitis tiene episodios de recurrencia, la bacteria tiene acceso a través del espacio que se abre por debajo de la gingiva que está distal al segundo molar. Esta infección puede estar localizada en la región pericoronar, extenderse en los tejidos vecinos o diseminarse a través de los canales linfáticos.

Puede desarrollarse una bolsa periodontal entre el segundo y tercer molar por la destrucción ósea que se presenta.

2. Periodontitis: la instalación de la infección entre segundo y tercer molar con la formación de bolsa y destrucción ósea, desvitaliza al segundo molar por la extensión apical de la lesión, desarrollándose una periodontitis severa, por lo que en

este caso se indica la remoción del tercer molar y la bolsa periodontal.

3. Caries dental: cuando el tercer molar está parcialmente expuesto a la cavidad oral se puede producir caries: la restauración es técnica y prácticamente imposible y la recurrencia de ésta es frecuente, por lo que generalmente está indicada la remoción del diente retenido.
4. Resorción patológica: la presión de la corona del tercer molar en erupción puede traer como consecuencia una resorción patológica en la raíz del segundo molar; cuando la patología no envuelve la pulpa está indicada la extracción del tercer molar, pero si está afectada la pulpa y el tercer molar no está tan inclinado se puede dejar éste y extraer el segundo molar tratando de ubicar al tercero en el lugar del segundo.
5. Formación de quistes: el tercer molar mandibular es el diente mayormente envuelto en la formación de quistes dentígeros: puede permanecer asintomático y ser descubierto en examen radiográfico de rutina; ellos pueden producir hinchazón o causar dolor por compresión del dentario inferior o como resultado de una infección secundaria.
6. Asociación o neoplasmas: puede ocurrir neoplasmas benignos o malignos de los tejidos blandos y hueso en la región de terceros molares; igualmente tumores que tienen predilección por hueso, pueden metastatizar en esta área.

CONSIDERACIONES EN LA TECNICA QUIRURGICA DESTINADA PARA LA REMOCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO

La remoción del tercer molar retenido es un procedimiento quirúrgico un poco complicado que involucra tejidos blandos de recubrimiento, músculos y hueso maxilar o mandibular. El sitio de operación es un área restringida, de acceso difícil. El campo medianamente vascularizado y en algunas oportunidades inundado de saliva, para lo cual se hace necesario el uso constante de un buen aparato de succión.

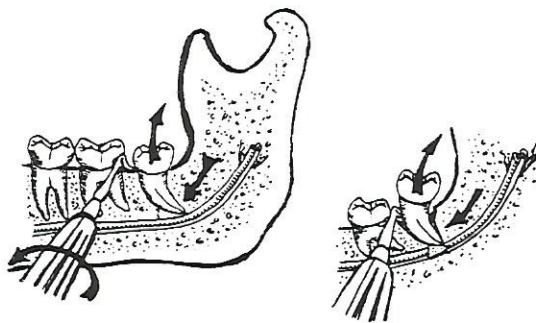
PASOS BASICOS EN EL PROCEDIMIENTO DEL PLAN OPERATORIO:

Un estudio radiográfico cuidadoso:

1. Determina que la radiografía muestre exactamente el tamaño completo del diente, no esté elongada ni escorsada, y muestre forma, número y tamaño de sus raíces, la proximidad de las raíces o coronas con los dientes adyacentes o estructuras vitales.
2. Debe permitir la clasificación de la retención dentaria.
3. La placa oclusal permitirá ubicar el diente en una posición bucolingual.
4. Observación cuidadosa de la relación de las raíces con el paquete vasculonervioso dentario inferior (Figura 3).
5. Análisis de los resultados del examen de inspección y palpación de los tejidos blandos y duros alrededor del sitio a operar.

Reunimos toda la información lograda del procedimiento cuidadoso del examen clínico radiográfico, y procedemos al plan operatorio. Si necesariamente modificamos el plan acabado de hacer es debido a condiciones inesperadas.

FIGURA 3



La elevación del tercer molar puede producir injuria del nervio dentario inferior por penetración de la raíz dentro del canal o forzar la penetración de fragmentos óseos dentro del mismo.

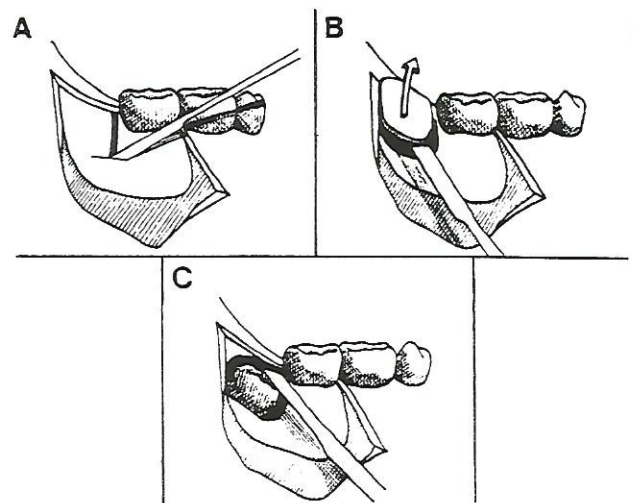
DURANTE EL PROCEDIMIENTO

Contornear la extensión de los tejidos blandos a ser desplazados, teniendo en cuenta la divergencia de las ramas mandibulares por lo cual la incisión debe ser oblicua desde el borde anterior de la rama hasta la superficie distal del segundo molar, necesidad de una adecuada exposición de la zona de mantenimiento de un buen aporte sanguíneo para el colgajo y posteriormente soporte del colgajo sobre hueso después del procedimiento.

Determinar si el tercer molar retenido puede ser removido por (8) (21):

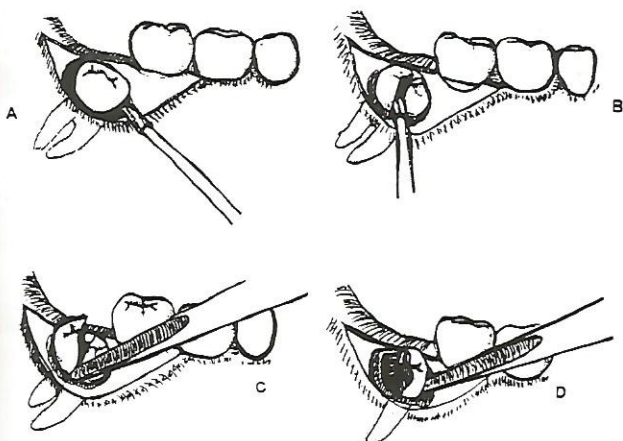
- a. Simple extracción
- b. Colgajo y extracción
- c. Colgajo, osteotomía y extracción (Figura 6)
- d. Colgajo, osteotomía y odontosección (Figs. 4 y 5)

FIGURA 6



Técnica de Osteotomía: ha sido usada para la remoción de terceros molares retenidos. El instrumento más usado son las fresas de cirugía y los cinceles ya en desuso.

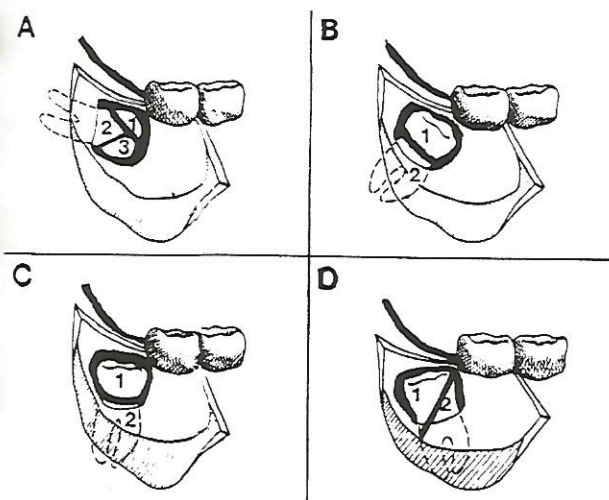
FIGURA 4



Técnica para extraer un tercer molar retenido en posición mesioangular cuando hay que seccionarlo.

- A. Elevación de un colgajo mucoperiostico y eliminación del hueso que cubre la corona.
- B. Surco practicado en la corona para insertar un elevador o escoplo para seccionar el diente.
- C. Elevación de la raíz respecto de su cavidad.
- D. Extracción de la raíz medial.

FIGURA 5



Diferentes métodos de odontosección con instrumento rotatorio en la técnica de remoción del tercer molar retenido.

- A. Horizontal - B. Mesioangular - C. Vertical - D. Distoangular

Estimar la cantidad y ubicación de tejido óseo alrededor del tercer molar retenido a fin de dar una adecuada exposición y crear un espacio suficiente para la remoción total del diente.

El plan metodológico y elección de los instrumentos necesarios para la remoción del hueso sobre o alrededor del tercer molar retenido.

Seleccionar el clivaje o la mejor dirección para la remoción del diente retenido y los instrumentos necesarios para acompañar este resultado con el mínimo de trauma.

FACTORES QUE COMPLICAN LA REMOCION DEL DIENTE RETENIDO

1. Curvatura radicular anormal, hipercementosis.
2. Proximidad al canal dentario inferior.
3. Anquilosis y densidad ósea extrema.
4. Acceso difícil para el campo operatorio debido a: microstomía, limitación de la apertura bucal por alteraciones de la articulación temporomandibular, macroglosia, iluminación deficiente y no contar con equipo de succión adecuado.

COLGAJOS PARA LA CIRUGIA DEL TERCER MOLAR

A. Mandibulares

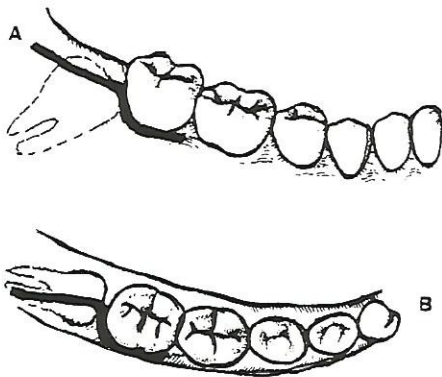
Colgajo vertical: descrita por Thoma en 1932, la incisión es hecha a lo largo del triángulo postmolar, partiendo de la rama y conservando más el lado lingual que el bucal.

Termina 2 mm detrás del segundo molar. De este punto se extiende sobre el reborde alveolar y hacia abajo sobre el lado bucal, de tal forma que deja un collar de encía intacto sobre distal del segundo molar.

En manos inexpertas este colgajo puede ser riesgoso, ya que la extensión vertical puede lesionar la arteria facial, además en algunos casos no observa los requisitos que debe cumplir el colgajo, como es estar soportado sobre hueso al reponerlo una vez terminada la intervención quirúrgica.

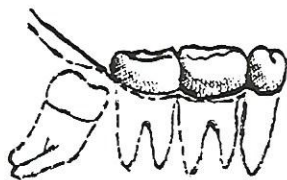
Colgajo en bolsillo: Descrito por Kruger en 1959, es una variación del colgajo vertical (22) donde la incisión horizontal se pone en contacto con la superficie distal del segundo molar (cúspide distobucal) mandibular. Sin embargo, la incisión continúa surcularmente al ángulo de la línea mesiobucal del segundo molar. Otros cirujanos prefieren extender la incisión hasta mesial del primer molar (Figuras 7 y 8).

FIGURA 7



Incisión para crear un colgajo envolvente y tener acceso para extraer terceros molares inferiores retenidos. A. Vista vestibular - B. Vista Oclusal. La incisión empieza en un sitio más distal que el primer molar, pasa a través de la papila interdientaria y corre hacia atrás a lo largo de la línea cervical hasta el dorso del segundo molar, desde donde prosigue a lo largo del borde anterior de la rama y se angula hacia la mejilla.

FIGURA 8

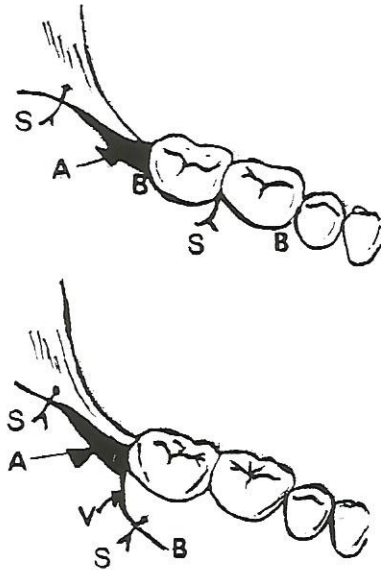


Colgajo en bolsillo con extensión hasta primer molar.

Congajo con cuña distal: propuesto por Szymd (11), (Figura 9). Además de permitir la remoción del exceso de tejido retromolar, tiene las siguientes características:

1. No es necesario separar las fibras gingivales libres alrededor del primero y segundo molar. .

FIGURA 9



Colgajo propuesto por Szynd. Indicado para eliminar tejido excedente en la zona retromolar

2. Disminuye la cantidad de periostio reflejado.
3. Permite un adecuado aporte sanguíneo al colgajo.
4. Facilita una adecuada exposición y visibilidad del campo quirúrgico.
5. Hay una adecuada cantidad de hueso que soporta los tejidos marginales del colgajo.
6. El cierre de la herida puede hacerse con una sutura simple sobre el aspecto distal del alvéolo del tercer molar.

Se indica este colgajo cuando no existen problemas periodontales, ante la presencia de bandas o brackets en el segundo molar o en molares en posición "C" clase III.

B. Maxilares

Existen diferentes colgajos, uno de ellos es el diseño en bolsillo el cual se indica para aquellos molares próximos a erupcionar o cercanos a la unión cementoamélica del segundo molar. Se extiende desde el surco hamular hasta el aspecto distal del segundo molar, a su punto medio o al ángulo distovestibular, luego se viene surcularmente hasta el aspecto mesiovestibular del segundo molar.

Colgajo con relajante anterior: éste se emplea en molares superiores que se encuentran retenidos en una posición más alta en el maxilar. Tiene la misma extensión que el anterior, sólo difiere en la relajante la cual, se traza en el punto medio de vestibular del segundo molar en la depresión existente entre las raíces o entre el primero y segundo molar sin comprometer la papila entre los molares (Figura 10).

FIGURA 10



Incisión para extraer un tercer molar superior retenido cuando no se puede obtener un acceso satisfactorio con una incisión crestral solamente. La incisión empieza en el dorso de la tuberosidad y se prolonga a lo largo de la cresta hasta la cara distal del segundo molar, desde donde continúa a lo largo de la línea cervical hasta la mitad del diente y luego se angula oblicuamente dentro del vestibulo

BIBLIOGRAFIA

1. Henry, C. B. and Morant, G. M. A preliminary study of the eruption of mandibular third molar teeth in man based on measurement obtained from radiographs with special reference to the problem of predicting cases of ultimate impaction of the tooth. *Biometrika* 28: 378-427, 1936.
2. Ash, M., Costich, E., and Hayward, G. A Study of Periodontal Hazards of Third Molars. *J. Of Periodontol.* 33: 209-219, July 1962.
3. Hayward, J. R. *Oral Surgery*, Springfield, Charles C. Thomas, p. 62, 1978.
4. Kruger, G. L. *Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery*. Ed. 5. St. Louis, The C. V. Mosby Company, p. 76, 1979.
5. Lytle, J. J. Indications and contraindications for removal of the impacted tooth. *Dent. Clin. N. Am.* 23: 333-346, 1979.
6. National Institutes of health, Consensus development Conference Summaries. Vol 2, Removal of third molars, NIDR, 1979.
7. Lilly, G. Pathologic processes associated with third molars, Paper Read at the Consensus Conference on Third Molar, November, 1979.
8. Bruce, R. A., Frederickson, G. C., Small, G. S. Age of patients and morbidity associated with mandibular third molars surgery. *JADA*, 1980: 101: 240-245.
9. Lysell, L., Rohlin, M. A study of indications used for removal of the mandibular third molars. *Int. J. Oral Maxillofacial Surgery*. 1988; 17: 161-164.
10. Stanley H. R., Allattar M., Collett, W. K. Pathological sequelae of neglected impacted third molars. *J. Oral Pathol.* 17: 113-117, 1988.
11. Szynd L., Hester, W. R. Crevicular depth of the second molar in impacted third molar surgery. *J. Oral Sur.* 21: 185-189, 1963.
12. Groves, B. J. and Moore, J. R. The periodontal implications of flap design in lower third molar extractions. *Dent. Pract. Dent. Res.* 20: 297, 1970.
13. Stephens, R. J., App, G. R., and Foreman, D. W. Periodontal evaluation of two mucoperiosteal flaps used in removing impacted mandibular third molars. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 41: 719, 1983.
14. Kugelberg, C. F. Periodontal healing two and four years after impacted lower third molar surgery. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg* 1990; 19: 341-345.
15. Richardson M. E., Lower third molar space. *Angle Orthod.* 1987; 57: 155-61.
16. Banks, H. V. Incidence of third molar development. *Angle Orthod.* 4: 223-233, 1934.
17. Winter, G. B. Impacted mandibular third molar. St. Louis American Medical Book Co., 1926.
18. Pell G. J. Gregory G. T. Report on a ten year study of a tooth division technique for the removal of impacted teeth. *Am. J. Orthod. Oral Surgery* 28: 660, 1942.
19. Naranjo F. Radi J. Aspectos actualizados con relación a la Cirugía del Tercer Molar. Biblioteca, Facultad de Odontología, 1990.
20. Laskin, D. W. Indications and contraindications for removal of the impacted tooth molars. *Dental Clinics of N. A.* Vol. 113, No. 4, October 1969.
21. Kramer R. M. William, C. The incidence of impacted teeth. A survey at Harlem Hospital. *Oral Surg.* 29, 237, 1970.
22. Chin Quee, T. A., Gosseilin, D., Millar, E. Surgical removal of the fully impacted mandibular third molar. The influence of flap design and alveolar bone height on the periodontal status of the second molar. *Journal of Periodontol.* 56: 625-630, 1985.