



TEMA 5.- EXODONCIA QUIRÚRGICA

TÉCNICA QUIRÚRGICA DE EXODONCIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR

En todas las intervenciones quirúrgicas en primer lugar se debe comprobar que el paciente ha firmado el consentimiento informado. Se realiza la revisión de la historia clínica y de la información radiológica disponible. Se confirma que se dispone del material necesario en perfectas condiciones y previa colocación correcta del paciente, del profesional y del ayudante para realizar la exodoncia se comienza el procedimiento quirúrgico

a. Anestesia

Se realiza el bloqueo troncal del nervio dentario inferior y del nervio lingual. También se infiltra el vestíbulo y la mucosa del triángulo retromolar. Se pueden utilizar distintos anestésicos: articaína, mepivacaína, bupivacaína y lidocaína.

En ocasiones se recurre a la utilización de medicación sedante preoperatoria por vía oral puede ayudar a la relajación del pacienteⁱ y por tanto a disminuir el estrés profesional generado por la falta de cooperación del paciente que dificulta realizar los procedimientos terapéuticos requeridos

La anestesia general se reserva para situaciones excepcionales.

b. Incisión

La palpación de la región permite situar el triángulo retromolar y la rama ascendente de la mandíbula. Se traza una primera incisión desde la cresta anterior de la rama ascendente mandibular hasta la cara distal del segundo molar. En ocasiones se efectúa una segunda incisión de descarga vestibular a este nivel. Si el segundo y tercer molar están muy próximos, la descarga puede realizarse por mesial del segundo molar. Es mejor opción optar por un colgajo envolvente, en este caso se continúa en la hendidura gingival anteriormente hasta la cara mesial del primer molar.

La aspiración constante por parte del personal auxiliar permite controlar la hemorragia y mantener el campo quirúrgico limpio.

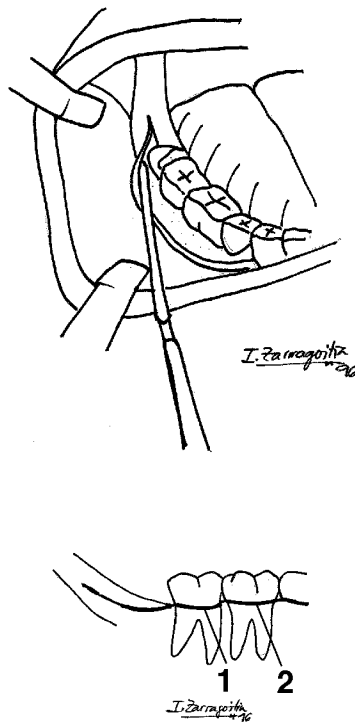


Figura. Incisión: la mejor incisión es la lineal envolvente. Colgajo con incisión de descarga a nivel 1. del segundo molar y 2. del primer molar.

c. Despegamiento del colgajo mucoperióstico

Cuando se han realizado los diferentes trazos de la incisión se procede a la separación de la mucosa del hueso. Primero se despega el colgajo vestibular mediante un periostotomo, y se mantiene separado mediante un separador. En segundo lugar se despega la fibromucosa del triángulo retromolar y lingual. El colgajo lingual se mantiene separado gracias a un periostotomo o una legra.

Existen numerosos estudios comparativos de diseños de colgajos en la cirugía del tercer molar inferior incluido y su relación con las complicaciones postoperatorias^{ii,iii,iv,v,vi}. Sus resultados son contradictorios, aunque no se encuentran diferencias en la salud periodontal a largo plazo^{vii}.

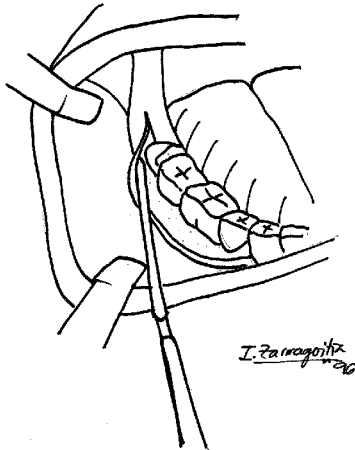
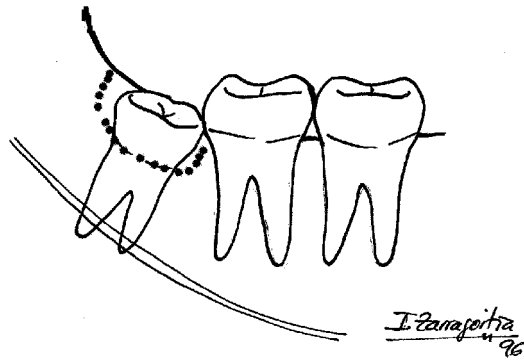


Figura. Elevación del colgajo envolvente.

Despegamiento: se realizará un levantamiento limpio con periostotomo, procurando no lesionar el periostio ya que supondrá un inconveniente para recuperación ósea.

d. Ostectomía

Consiste en la eliminación mediante una fresa, habitualmente de carburo de tungsteno del número 8, del hueso mandibular que cubre la corona del tercer molar. La cantidad de hueso eliminado depende de la profundidad de la impactación, la angulación del TMI y la situación de las raíces. Primero se procede a la eliminación ósea en la superficie oclusal para liberar suficientemente la corona, tras lo cual se realiza el fresado de la cortical bucal. Posteriormente se fresa un surco por distal del diente para permitir la luxación. Finalmente se realiza un ligero fresado por mesial para obtener un punto de apoyo al elevador para la luxación.



Línea discontinua de ostectomia que libera la cara vestibular y distal

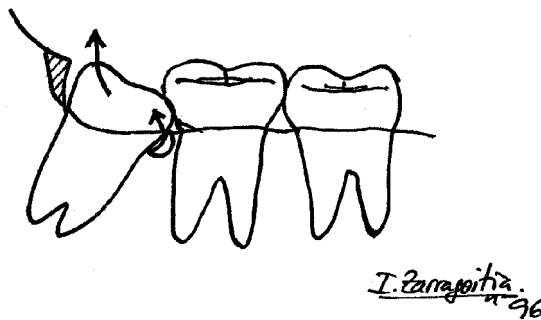


Figura. Ostectomía distal marcada en rayado que va a permitir que el tercer molar pueda desplazarse hacia distal y ser extraído. El punto donde se aplicará el botador o elevador estará en mesial.

Punto de apoyo y labrado de la muesca de apoyo: en un porcentaje elevado de casos es de gran utilidad el practicar en la corona o en el cuello dentario una muesca profunda y suficiente para que pueda sobre ella aplicarse la parte activa de un elevador de Pott, de Winter o incluso un elevador recto. Se realiza con la misma fresa que se ha realizado la ostectomía.

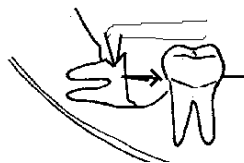


Figura. Muesca de apoyo donde se aplica el elevador y se dirige la raíz hacia mesial para la exodoncia de un tercer molar.

e. Odontosección

Consiste en dividir el molar mediante una fresa de una forma programada previamente. El objetivo es realizar la exodoncia sacrificando la menor cantidad posible de hueso. La dirección de sección depende principalmente de la angulación del TMI:

- Mesioangular: la más fácil. En inclinaciones mesio-angulares la odontosección se realizará en la cara mesial incluyendo en el corte la corona con las cúspides para impedir el contacto con el segundo molar, al realizar el giro y su elevación..
- Horizontal: tras la ostectomía se elimina la corona mediante una sección transversa a nivel del cuello dentario, extrayéndose primero la corona y luego las raíces. En ocasiones es necesaria una doble odontosección de la corona. Cuando las raíces son divergentes, se dividen y se extraen por separado. A veces es necesario recurrir a odontosecciones múltiples debido a la situación, posición o falta de accesibilidad del TMI.
- Vertical: tras la ostectomía se secciona la pieza en dos partes, y se extraen de manera separada el segmento mesial y el distal. En el caso de raíces divergentes se practica la odontosección interradicular.
- Distoangular: la más difícil. Tras una amplia ostectomía se realiza la odontosección de la porción distal de la corona. Primero se extrae el fragmento con las cúspides distales y después se procede a luxar el resto del molar hacia arriba y hacia atrás

La coronectomía puede resultar una técnica adecuada cuando el TMI está en íntima relación con el canal mandibular para evitar el daño en el nervio dentario inferior^{viii,ix}.

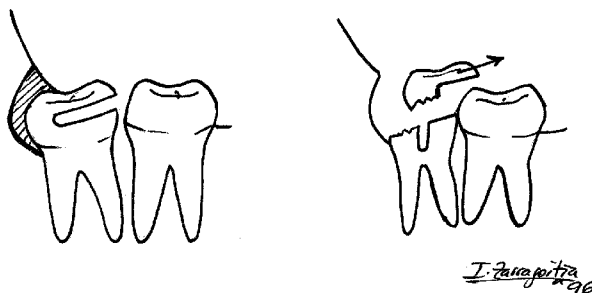


Figura. Tercer molar con angulación distoangular. Modelo de odontosección adecuado para facilitar la exodoncia, combinado con ostectomía.

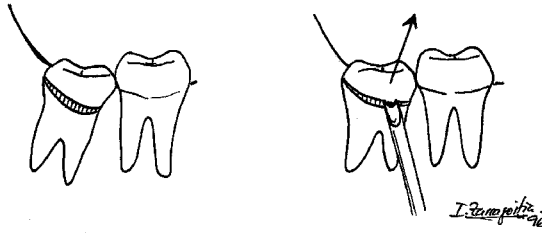


Figura. Modelo de odontosección coronal transversa que facilita la exodoncia sin realizar ostectomía.

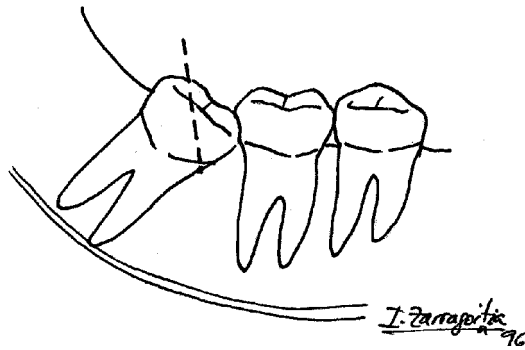


Figura. Línea de odontosección en el caso de un tercer molar en posición mesioangular.

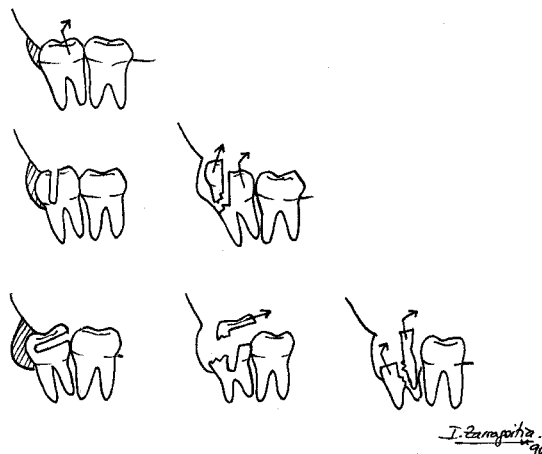


Figura. Secuencia de exodoncia de un tercer molar inferior en posición distoangular incluyendo ostectomía y odontosección.

f. Exodoncia

Liberando los obstáculos óseos y dentarios se procede a la extracción generalmente con los propios elevadores, en movimientos hacia vestibular o con ayuda de fórceps de molares inferiores o de pinzas de forcipresión. La fuerza aplicada no debe ser excesiva para evitar fracturas

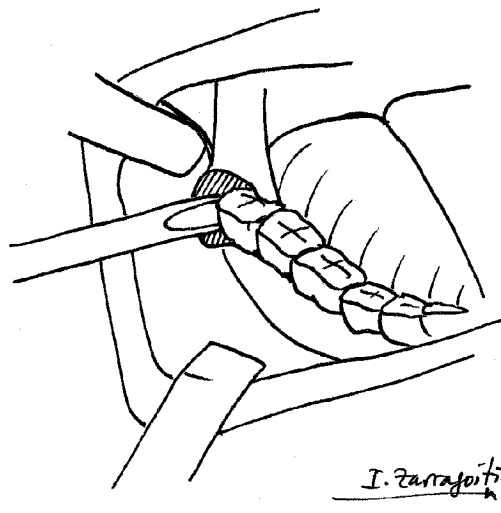


Figura. Aplicación de un elevador para la exodoncia.

g. Reposición del colgajo, limpieza y sutura de la herida

Limpieza quirúrgica: una vez vacío el lecho alveolar es importante realizar legrado de la cavidad, controlar el sangrado y eliminar el saco pericoronario mediante tracciones con pinza mosquito. La utilización de bisturí sobre todo en la zona lingual puede comprometer la integridad del nervio lingual. Se procederá a regularizar los rebordes corticales con lima de hueso o bien con fresas redondas numero 8-10. Es conveniente realizar una irrigación a presión con suero salino, para terminar de aspirar y eliminar restos óseos y dentarios.

Cierre: la sutura se realizará con seda o con material reabsorbible de 000. Es conveniente realizar puntos de dobles por distal del segundo molar para asegurar el afrontamiento.

Si son de material no reabsorbible se retirarán al cabo de 10 días.

Se han elaborado varios estudios para evaluar la influencia de realizar o no puntos de sutura tras la reposición del colgajo en las complicaciones postoperatorias tales como el dolor y la inflamación^{x,xi,xii}. Dichas complicaciones fueron menores en los grupos en los que no se realizaron suturas (aproximación simple de bordes).

Por último, sobre la herida suturada se coloca una gasa doblada que el paciente comprime mordiendo ligeramente.

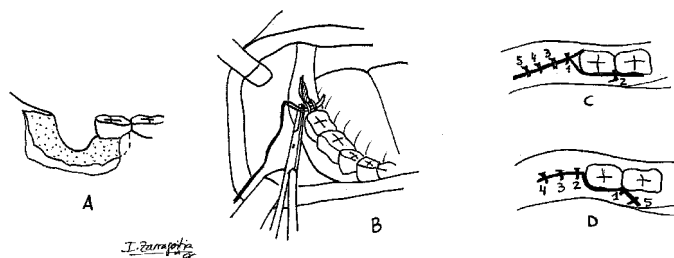


Figura. En el colgajo envolvente el primer punto de sutura se aplica en distal del segundo molar. Si se ha realizado incisión de descarga el primer punto se aplica en la descarga.

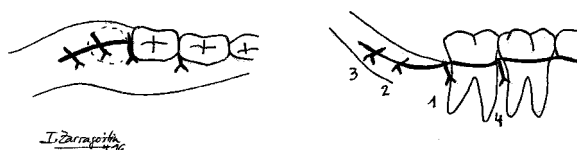


Figura. Secuencia de sutura.

TÉCNICA QUIRÚRGICA DE EXODONCIA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR

El acto quirúrgico se realiza siguiendo diferentes etapas. Tras la anestésia

Incisión: Es lineal por la tuberosidad y envuelve la zona gingival cervical de 2º molar y se practica una incisión de descarga a ese nivel.



Figura. Al contrario que en el maxilar inferior la norma suele ser realizar una incisión de descarga. Esta se diseña en la mitad del cuello anatómico del segundo molar. Es incorrecto el diseño 2 y es correcto el diseño 1.

Despegamiento del colgajo:

Con el elevador de Molt se realiza el elevamiento mucoperióstico iniciándolo en la incisión de descarga.

Ostectomía adecuada:

VEstibular y distal hasta ver la corona dentaria.

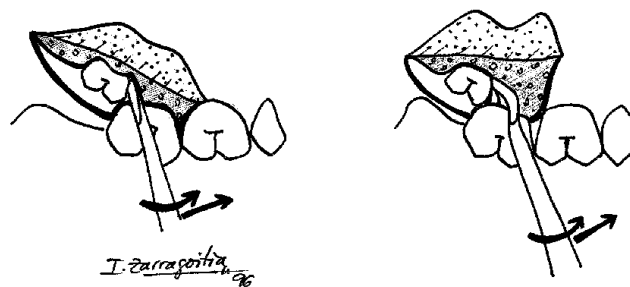


Figura. Se ha eliminado el hueso que recubría la corona del tercer molar. Debe ser lo más económica posible.

Punto de apoyo:

No suelen necesarios. En las situaciones altas permiten el descenso del diente.

Odontosección:

No suelen ser frecuentes al permitir la elasticidad del hueso la exodoncia

Exodoncia:

La aplicación de un elevador recto o angulado suele ser suficiente. El movimiento se realiza hacia vestibular y hacia distal. Los fórceps de bayoneta para terceros molares superiores completan la extracción.

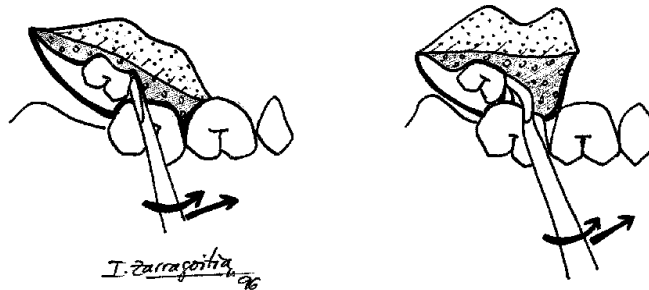


Figura. Aplicación de un elevador en "t" para realizar la exodoncia del 3º molar mediante un movimiento hacia distal y hacia vestibular.

PREPARACIÓN DEL CIERRE DE LA HERIDA

Se regulariza igual que en el inferior y se elimina el saco pericoronario.

Cierre: Si se ha realizado descarga el primer punto de sutura será en la descarga, el segundo por distal del segundo molar y el tercero y cuarto en la tuberosidad y en la descarga.

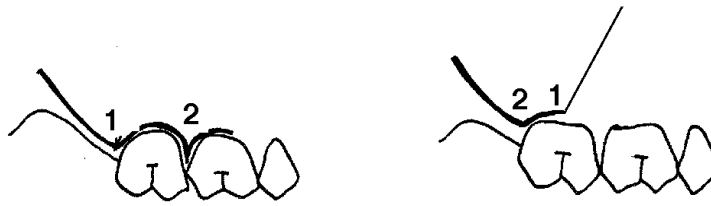


Figura. Secuencia del orden de la sutura dependiendo del tipo de colgajo.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

Frío local. Dieta blanda. Colutorios con clorhexidina al 0,12%, durante 1 minuto, cada 8 horas y a lo largo de 10 días.

Prescripción de analgésicos y antiinflamatorios en caso de dolor y/o inflamación.

La utilización de antibioterapia la restringimos a pacientes con mayor riesgo de complicación infecciosa.

ⁱ Stillwell KD, Anderson BJ. Adult minimal oral sedation in the general practice setting. *Gen Dent.* 2012; 60(1): 31-43.

ⁱⁱ Koyuncu BO, Cetingül E. Short-term clinical outcomes of two different flap techniques in impacted mandibular third molar surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012 Aug 23. [Epub ahead of print].

ⁱⁱⁱ Dolanmaz D, Esen A, Isik K, Candirli C. Effect of 2 flap designs on postoperative pain and swelling after impacted third molar surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012 Jul 20. [Epub ahead of print].

^{iv} Baqain ZH, Al-Shafii A, Hamdan AA, Sawair FA. Flap design and mandibular third molar surgery: a split mouth randomized clinical study. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 41(8): 1020-4.

^v Goldsmith SM, De Silva RK, Tong DC, Love RM. Influence of a pedicle flap design on acute postoperative sequelae after lower third molar removal. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 41(3): 371-5.

^{vi} Silva JL, Jardim EC, dos Santos PL, Pereira FP, Garcia IR, Poi WR. Comparative analysis of 2-flap designs for extraction of mandibular third molar. *J Craniofac Surg.* 2011; 22(3): 1003-7.

^{vii} Piecuch JF. What strategies are helpful in the operative management of third molars?. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 70(9 Suppl 1): s25-32.

^{viii} Monaco G, de Santis G, Gatto MR, Corinaldesi G, Marchetti C. Coronectomy: a surgical option for impacted third molars in close proximity to the inferior alveolar nerve. *J Am Dent Assoc.* 2012; 143(4): 363-9.



^{ix} Long H, Zhou Y, Liao L, Pyakurel U, Wang Y, Lai W. Coronectomy vs. total removal for third molar extraction: a systematic review. *J Dent Res.* 2012; 91(7): 659-65.

^x Osunde OD, Adebola RA, Saheeb BD. A comparative study of the effect of suture-less and multiple suture techniques on inflammatory complications following third molar surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 41(10): 1275-9.

^{xi} Hashemi HM, Beshkar M, Aghajani R. The effect of sutureless wound closure on postoperative pain and swelling after impacted mandibular third molar surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 50(3): 256-8.

^{xii} Sanchis JM, Hernández S, Peñarrocha M. Flap repositioning versus conventional suturing in third molar surgery. *Med Oral Patol Oral Cir Buc.* 2008; 13(2): e138-42.