



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIENTES INCLUIDOS
COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO

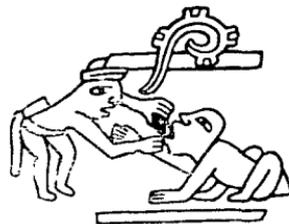
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A .

LETICIA ARRIAGA MENDOZA





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

I N T R O D U C C I O N

CAPITULO I

GENERALIDADES ANATOMICAS DE MAXILAR Y MANDIBULA

- A). DEFINICION**
- B). ETIOLOGIA**
- C). FRECUENCIA**

CAPITULO II

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA ELIMINACION DE DIENTES INCLUIDOS

- A). INDICACIONES**
- B). CONTRAINDICACIONES**

CAPITULO III

PATOGENIA

CAPITULO IV

ACCIDENTES PRODUCIDOS POR DIENTES INCLUIDOS

CAPITULO V

RECEPCION DEL PACIENTE

- A). HISTORIA CLINICA
- B). PREOPERATORIO
- C). MATERIAL QUIRURGICO E INSTRUMENTAL

CAPITULO VI

ANESTESIA

- A). TECNICA
- B). COMPLICACIONES PRODUCIDAS POR LOS ANESTESICOS

CAPITULO VII

TRATAMIENTO DE LOS DIENTES INCLUIDOS

- A). DIERISIS
- B). SEPARACION DE COLGAJO
- C). OSTEOTOMIA Y ODONTOSECCION
- D). AVULSION
- E). TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD

- F). SINIERESIS
- G). TECNICA DE SUTURA

CAPITULO VIII

TRATAMIENTO ESPECIFICO DE LOS DIENTES INCLUIDOS

- A). TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS
- B). TERCEROS MOLARES SUPERIORES INCLUIDOS
- C). CAJINOS INCLUIDOS SUPERIORES E INFERIORES
- D). DIENTES SUPERNUMERARIOS

CAPITULO IX

POOPERATORIO

CAPITULO X

CONCLUSIONES

INTRODUCCION

A TRAVÉS DEL TIEMPO, LA ODONTOLOGÍA HA MODIFICADO SU ORIENTACIÓN PURAMENTE TÉCNICA PARA DARLE MÁS IMPORTANCIA A LOS PROBLEMAS BIOLÓGICOS. UN EJEMPLO ES LA INCLUSIÓN DENTARIA, LA CUAL PUEDE LLEGAR A AFECTAR LOS DEMÁS DIENTES DE LA ARCADEA; ADEMÁS, NO PERTENECE A UN PATRÓN ESPECÍFICO DEBIDO A LA VARIEDAD DE SUS FORMAS Y TAMAÑOS.

EL GRADO DE INCLUSIÓN VARÍA LOS DIENTES DE MANERA CONSIDERABLE, ALGUNOS - PRESENTAN ERUPCIÓN PARCIAL, MIENTRAS QUE OTROS, SE ENCUENTRAN POR COMPLETO RETENIDOS DENTRO DEL HUESO. HAN HABIDO CASOS EN QUE LOS DIENTES INCLUIDOS PERMANECEN EN ESTADO INTACTO DENTRO DE LOS MAXILARES HASTA DESPUÉS DE LA PÉRDIDA DE LOS DIENTES ADYACENTES, Y DE REPENTE, ERUPCIONAN CON SÍNTOMAS DE DOLOR E INFLAMACIÓN; QUE A SU VEZ, PROVOCAN PROBLEMAS LEVES COMO PERIODONTITIS O GRAVES -A LA LARGA- COMO LA DESTRUCCIÓN ÓSEA.

DEBE REALIZARSE UN ESTUDIO MINUCIOSO CON OBJETO DE SABER SI EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ES NECESARIO DESDE EL PUNTO DE VISTA PATOLÓGICO Y FISIOLÓGICO; PARA ELLO, ES IMPORTANTE TENER UNA HISTORIA CLÍNICA LO MÁS COMPLETA POSIBLE A FIN DE VERIFICAR SI EL PACIENTE GOZA DE BUENA SALUD Y, ASÍ, LLEVAR A CABO LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN CASO DE REQUERIRSE. ESTO ES UN RETO DE TIPO DIAGNÓSTICO, ANESTÉSICO Y QUIRÚRGICO.

CABE SEÑALAR QUE LOS DATOS RECOPIADOS EN ESTA TESIS SON TOTALMENTE EN FAVOR DE LA ELIMINACIÓN PRECOZ Y CORRECTA DEL DIENTE INCLUIDO. POR LO TANTO, PIENSO QUE LA EXTRACCIÓN DEL MISMO, ES UN PROCEDIMIENTO PREVENTIVO PARA EVITAR PROBLEMAS - POSTERIORES.

CAPITULO I

GENERALIDADES ANATOMICAS DE MAXILAR Y MANDIBULA

LA CIRUGÍA BUCAL SE REALIZA EN LA CAVIDAD BUCAL Y EN LAS REGIONES QUE LE CORRESPONDEN: HUESOS MAXILARES Y REGIONES VECINAS, CON LAS CUALES LA PATOLOGÍA DENTARIA Y PERIDENTARIA PUEDEN TENER RELACIÓN.

LOS HUESOS MAXILARES FORMAN PARTE DEL MACIZO FACIAL, ENTIDAD ANATÓMICA - CONSTITUIDA POR VARIOS HUESOS.

LA MANDÍBULA ES HUESO IMPAR, MEDIO, SIMÉTRICO Y ESTÁ EN RELACIÓN CON EL - CRÁNEO POR INTERMEDIO DE LA ARTICULACIÓN TÉMPORO-MAXILAR (CÓNDILO DE LA MANDÍBULA Y CAVIDAD GLENOIDEA DEL TEMPORAL.

MAXILAR SUPERIOR. TIENE ESTRUCTURA CUADRANGULAR, ALGO APLANADA DE FUERA HACIA ADETRÁS, PRESENTA DOS CARAS, CUATRO ÁNGULOS, CUATRO BORDES Y UN SENO MAXILAR.

CARA INTERNA. EN EL LÍMITE DE SU CUARTA PARTE INFERIOR SE OBSERVA LA APÓFISIS PALATINA, QUE ES MÁS O MENOS PLANA Y TIENE UNA CARA SUPERIOR LISA INTEGRADA AL PISO DE LAS FOSAS NAALES; Y OTRA INFERIOR RUGOSA CON ORIFICIOS VASCULARES QUE FORMAN PARTE DE LA BÓVEDA PALATINA. EL BORDE EXTERIOR DE LA APÓFISIS ESTÁ UNIDO AL - RESTO DEL MAXILAR. SU BORDE INTERNO ES RUGOSO, SE ADELGAZA HACIA ATRÁS Y SE ARTICULA CON EL MISMO BORDE DE LA APÓFISIS PALATINA DEL MAXILAR OPUESTO. ESTE BORDE HACIA - SU PARTE ANTERIOR SE TERMINA A FAVOR DE UNA PROLONGACIÓN QUE CONSTITUYE UNA SEMI-ESPINA QUE, AL ARTICULARSE CON LA DEL OTRO MAXILAR, COMPONE LA ESPINA NASAL ANTERIOR.

EL BORDE DE LA APÓFISIS PALATINA ES CÓNCAVO POR ARRIBA Y CONSTITUYE PARTE DEL ORIFICIO ANTERIOR DE LAS FOSAS NASALES. EL BORDE POSTERIOR SE ARTICULA CON LA PARTE HORIZONTAL DEL PALATINO.

A NIVEL DEL BORDE INTERNO, POR DETRÁS DE LA ESPINA NASAL ANTERIOR, HAY UN SURCO QUE CON EL OTRO MAXILAR ORIGINA EL CONDUCTO PALATINO ANTERIOR Y, POR MEDIO DE ÉSTE, PASA EL NERVIIO ESFENOPALATINO.

LA APÓFISIS PALATINA DIVIDE A LA CARA INTERNA DEL MAXILAR EN DOS PORCIONES: UNA INFERIOR QUE FORMA PARTE DE LA BÓVEDA PALATINA, ES RUGOSA Y ESTÁ CUBIERTA POR FIBROMUCOSA Y; UNA SUPERIOR QUE ES MÁS AMPLIA, PRESENTA EN LA PARTE DE ATRÁS RUGOSIDADES EN LAS QUE SE ARTICULA LA RAMA VERTICAL DEL PALATINO. MÁS ADELANTE SE ENCUENTRA EL ORIFICIO DEL SENO MAXILAR QUE EN CRÁNEO ARTICULADO QUEDA DISMINUIDO POR LAS MASAS LATERALES DEL ETMOIDES POR ARRIBA, POR ABAJO POR EL CORNETE INFERIOR, POR DELANTE DEL UNGUIS Y POR DETRÁS DE LA RAMA VERTICAL DEL PALATINO.

POR DELANTE DEL SENO SE ENCUENTRA EL CANAL NASAL, CUYO BORDE ESTÁ LIMITADO POR LA APÓFISIS ASCENDENTE Y SALE DEL ÁNGULO ANTEROSUPERIOR DEL HUESO.

LA APÓFISIS ASCENDENTE, EN SU CARA INTERNA Y EN SU PARTE INFERIOR TIENE LA CRESTA TURBINAL INFERIOR, SE DIRIGE EN SU CARA INTERNA Y SU PARTE INFERIOR TIENE LA CRESTA TURBINAL INFERIOR, POR ENCIMA SE ENCUENTRA LA CRESTA TURBINAL SUPERIOR QUE SE ARTICULA CON EL CORNETE MEDIO.

CARA EXTERNA, EN SU PARTE ANTERIOR SE OBSERVA LA FOSETA MIRTIFORME DONDE SE ENCUENTRA EL MÚSCULO DEL MISMO NOMBRE, ESTÁ LIMITADO POR LA GIBA CANINA. POR DE-

TRÁS Y POR ARRIBA DE ÉSTA DESTACA LA APÓFISIS PIRAMIDAL QUE ES TRANSVERSAL Y PRESENTA UNA BASE POR LA QUE SE UNE CON EL RESTO DEL HUESO; Y UN VÉRTICE TRUNCADO Y RUGOSO QUE SE ARTICULA CON EL MOLAR, QUE PRESENTA TRES CARAS Y TRES BORDES.

CARA SUPERIOR U ORBITARIA. FORMA PARTE DEL PISO DE LA ÓRBITA, ES PLANA, LLEVA UN CANAL ANTEROSUPERIOR QUE PENETRA EN LA PARED O CONDUCTO SUBORBITARIO.

CARA ANTERIOR. EN ESTA CARA SE ENCUENTRA EL AGUJERO SUBORBITARIO POR DONDE SALE EL NERVIJO SUBORBITARIO, QUE ENTRE ÉSTE Y LA GIBA CANINA SE ENCUENTRA LA FOSA CANINA.

DE LA PARED INFERIOR DEL CANAL SUBORBITARIO SALEN CONDUCTOS QUE TERMINAN EN LOS ALVEolos DEL CANINO Y EN LOS INCISIVOS, Y SE LES LLAMA CONDUCTOS ANTERIORES DENTARIOS.

CARA POSTERIOR. ES CONVEXA, POR DENTRO CORRESPONDE A LA TUBEROCIDAD DEL MAXILAR Y POR FUERA A LA FOSA CIGOMÁTICA.

DE LOS TRES BORDES, EL INFERIOR ES CÓNCAVO POR ABAJO Y FORMA LA PARTE SUPERIOR DE LA HENDIDURA VESTÍBULO CIGOMÁTICA.

EL ANTERIOR CONSTITUYE LA PARTE INTERNA E INFERIOR DEL BORDE DE LA ÓRBITA. EL POSTERIOR SE CORRESPONDE CON EL ALA MAYOR DEL ESFENOIDES, CONFIGURANDO ENTRE AMBOS LA HENDIDURA ESFENOMAXILAR.

BORDE ANTERIOR. POR ABAJO PRESENTA LA PARTE ANTERIOR DE LA APÓFISIS PALATI

NA CON LA ESPINA NASAL ANTERIOR, POR ARRIBA MUESTRA UNA ESCOTADURA QUE UNE CON EL LADO OPUESTO, FORMA EL ORIFICIO ANTERIOR DE LAS FOSAS NASALES, Y POR ARRIBA EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE.

BORDE POSTERIOR. ES GRUESO, REDONDEADO Y COMPONE LA TUBEROCIDAD DEL MAXILAR. SU PARTE SUPERIOR ES LISA, MOLDEA LA PARED ANTERIOR DE LA FOSA PTERIGOMAXILAR Y EN SU PORCIÓN MÁS ALTA PRESENTA RUGOSIDADES PARA RECIBIR A LA APÓFISIS ORBITARIA DEL PALATINO Y CON EL BORDE ANTERIOR DE LA APÓFISIS PTERIOGOIDEA, QUE ESTÁ PROVISTA DE UN CANAL QUE FORMA EL CONDUCTO PALATINO POSTERIOR POR DONDE PASA EL NERVI PALATINO ANTERIOR.

BORDE SUPERIOR. DELÍNEA EL LÍMITE INTERNO DE LA PARED INFERIOR DE LA ÓRBITA Y SE ARTICULA POR DELANTE CON EL UNGUIS, DESPUÉS CON EL ETMOIDES Y ATRÁS CON LA APÓFISIS ORBITARIA DEL PALATINO. TIENE SEMICELDILLAS QUE SE COMPLETAN AL ARTICULARSE CON ESTOS HUESOS.

BORDE INFERIOR O ALVEOLAR. PRESENTA ALVEOLOS DENTARIOS DONDE SE ALOJAN LAS RAÍCES DE LOS DIENTES. LOS ALVEOLOS SON SEMICELDILLAS EN LA PARTE ANTERIOR, MIENTRAS EN LA PARTE POSTERIOR LLEVA DOS O MÁS CAVIDADES SECUNDARIAS. SU VÉRTICE PERFORADA ESTÁ SEPARADA POR TABIQUES ÓSEOS QUE CONSTITUYEN LAS APÓFISIS INTERDENTARIAS.

ÁNGULO ANTEROSUPERIOR. SE DESTACA LA APÓFISIS ASCENDENTE, EN DIRECCIÓN VERTICAL E INCLINADA HACIA ATRÁS, APLANADA TRANSVERSALMENTE, ENSANCHADA EN LA BASE. SU EXTREMIDAD SUPERIOR MUESTRA RUGOSIDADES PARA ARTICULARSE CON LA APÓFISIS ORBITARIA INTERNA DEL FRONTAL; LA CARA INTERNA DE LA APÓFISIS ESTÁ EN LA PARED EXTERNA DE LAS FOSAS Y, LA PARTE EXTERNA, -MÁS LISA Y CUADRILÁTERA- PRESENTA UNA CRESTA LAGRI-

MAL ANTERIOR Y, POR DELANTE DE ÉSTA, FORMA LA PARTE ANTERIOR DEL CANAL LAGRIMAL.

MANDÍBULA. SE DIVIDE EN UN CUERPO Y DOS RAMAS:

CUERPO. TIENE LA FIGURA DE UNA HERRADURA, CUYA CONCAVIDAD VUELTA HACIA - ATRÁS, OSTEENTA DOS CARAS Y DOS BORDES.

CARA ANTERIOR. LLEVA EN SU LÍNEA MEDIA LA SÍNFISIS MENTONEANA (CRESTA VERTICAL). EN SU PARTE INFERIOR MÁS SALIENTE SE LE LLAMA MENTONEANA. HACIA AFUERA DE LA CRESTA SE ENCUENTRA EL AGUJERO MENTONEANO POR DONDE SALEN EL NERVIYO Y LOS VASOS - MENTONEANOS. MÁS ATRÁS, SE ENCUENTRA LA LÍNEA OBLICUA EXTERNA (LÍNEA SALIENTE DIRIGIDA ABAJO Y ADELANTE. PARTE DEL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA VERTICAL Y TERMINA EN EL BORDE INFERIOR DEL HUESO), SOBRE ELLA SE INSERTA EL TRIÁNGULO DE LOS LABIOS CUTÁNEO DEL CUELLO Y CUADRADO DE LA BARRA.

CARA POSTERIOR. CERCA DE LA LÍNEA MEDIA PRESENTA CUATRO TUBÉRCULOS O APÓFISIS GENI -DOS SUPERIORES SIRVEN DE INSERCIÓN A LOS MÚSCULOS GENIHIÓIDES-. PARTIENDO DE LA RAMA ANTERIOR DE LA RAMA VERTICAL, SE ENCUENTRA LA LÍNEA OBLICUA INTERNA O MILOHIÓIDEA (SE DIRIGE HACIA ABAJO Y ADELANTE TERMINANDO EN EL BORDE INFERIOR DE ESTA CARA, Y SIRVE DE INSERCIÓN AL MÚSCULO MILOHIÓIDEO).

POR FUERA DE LA APÓFISIS GENI Y POR ENCIMA DE LA LÍNEA OBLICUA SE VE LA FOSETA SUBLINGUAL (QUE ALOJA A LA GLÁNDULA SUBLINGUAL), MÁS AFUERA Y POR DEBAJO DE ÉSTA EN LA PROXIMIDAD DEL BORDE INFERIOR, SE OBSERVA LA FOSETA SUBMAXILAR (QUE ALOJA A LA GLÁNDULA SUBMAXILAR).

BORDE INFERIOR. ES ROMO Y REDONDEADO, LLEVA DOS FOSETAS DIGÁSTRICAS SITUADAS UNA A CADA LADO DE LA LÍNEA MEDIA, EN ELLOS SE INSERTA EL MÚSCULO DIGÁSTRICO.

BORDE SUPERIOR O ALVEOLAR. PRESENTA UNA CAVIDAD O ALVEOLO DENTARIO; LOS ANTERIORES SON SIMPLS Y LOS POSTERIORES COMPUESTOS, Y ESTÁN SEPARADOS ENTRE SÍ POR UNA APÓFISIS INTERDENTARIA, DONDE SE INSERTAN LOS LIGAMENTOS CORONARIOS DE LOS DIENTES.

RAMA DERECHA E IZQUIERDA. APLANADAS TRANSVERSALMENTE Y CUADRANGULARES: EL PLANO DE CADA UNA DE ELLAS ES VERTICAL Y SU EJE MAYOR DIRIGIDO DE MANERA OBLICUA ARRIBA Y ATRÁS. MUESTRAN DOS CARAS Y CUATRO BORDES.

CARA EXTERNA. SU PARTE INFERIOR MÁS RUGOSA QUE LA SUPERIOR (SE INSERTA EL MÚSCULO MESETERO).

CARA INTERNA. PRESENTA HACIA LA MITAD DE LA LÍNEA DIAGONAL -QUE VAN DEL CÓNDILO HASTA EL COMIENZO DEL BORDE ALVEOLAR- UN ORIFICIO SUPERIOR DEL CONDUCTO DENTARIO, POR DONDE SE INTRODUCEN VASOS Y NERVIOS DENTARIOS INFERIORES.

ESPIÑA DE SPIX. ES UNA SALIENTE TRIANGULAR SOBRE LA CUAL SE INSERTA EL LIGAMENTO ESFENOMAXILAR, FORMA EL BORDE ANTERO-INFERIOR DEL ORIFICIO. ESTE BORDE Y EL POSTERIOR SE CONTINÚAN ABAJO Y ADELANTE HASTA EL CUERPO DEL HUESO CONFIGURANDO EL CANAL MILOHIODEO, EN CUYO SITIO SE ALOJA EL NERVIIO Y VASOS MILOHIODEOS. - LA PARTE INFERIOR Y POSTERIOR DE LA CARA INTERNA OSTENTAN UNA SERIE DE RUGOSIDADES QUE SIRVEN DE INSERCIÓN AL MÚSCULO PTERIGOIDEO INTERNO.

BORDE ANTERIOR. DIRIGIDO OBLICUAMENTE ABAJO Y ADELANTE. SE HALLA EXCAVA-

DO EN FORMA DE CANAL, CUYOS BORDES DIRIGENTES SE SEPARAN A NIVEL DEL BORDE ALVEOLAR, SE CONTINÚA SOBRE LAS CARAS INTERNA Y EXTERNA CON LAS LÍNEAS OBLICUAS. ESTE BORDE CONSTITUYE EL LADO EXTERNO DE LA HENDIDURA VESTÍBULO CIGOMÁTICA.

BORDE POSTERIOR. LISO, OBTUSO, TAMBIÉN LLAMADO BORDE PARÓTIDEO. SU RELACIÓN ES CON LA GLÁNDULA PARÓTIDA

BORDE SUPERIOR. TIENE UNA ESCOTADURA SIGMOIDEA SITUADA ENTRE LA APÓFISIS CORONOIDES POR DELANTE Y EL CÓNDILO DEL MAXILAR INFERIOR POR ATRÁS.

APÓFISIS CORONOIDES. ES TRIANGULAR CON VÉRTICE SUPERIOR DONDE SE INSERTA EL MÚSCULO TEMPORAL.

ESCOTADURA SIGMOIDEA. HACIA ARRIBA COMUNICA CON LA REGIÓN MESETÉRICA A LA FOSA CIGOMÁTICA, DEJANDO PASO A LOS NERVIOS Y VASOS MESETÉRICOS.

CÓNDILO. ELIPSOIDAL, APLANADA POR DELANTE Y ATRÁS, CON EJE MÁS DIRIGIDO OBLICUAMENTE ADELANTE Y HACIA AFUERA, CONVEXO EN LAS DOS DIRECCIONES DE SUS EJES, SE ARTICULA CON LA CAVIDAD GLENOIDEA DEL TEMPORAL, SE UNE AL RESTO DEL HUESO POR MEDIO DEL CUELLO AL CÓNDILO, EN CUYA CARA INTERNA SE VE UNA DEPRESIÓN RUGOSA DONDE SE INSERTA EL MÚSCULO PTERRIGOIDEO.

BORDE INFERIOR. DE LA RAMA ASCENDENTE SE CONTINÚA CON EL BORDE INFERIOR DEL CUERPO. POR DETRÁS AL UNIRSE CON EL BORDE POSTERIOR FORMA EL ÁNGULO DEL MAXILAR INFERIOR O GONIÓN.

A). DEFINICIÓN. SE LES LLAMA DIENTES INCLUIDOS, RETENIDOS O IMPACTADOS,

AQUELLOS QUE NO HAN ERUPCIONADO EN POSICIÓN FUNCIONAL NORMAL DURANTE EL TIEMPO PREVISTO PARA SU APARICIÓN.

ESTA ERUPCIÓN PUEDE SER IMPEDIDA POR TEJIDOS BLANDOS O DUROS ADYACENTES, ESTRUCTURAS SUPERYACENTES COMO LOS DIENTES, HUESOS O TEJIDOS BLANDOS DENSOS. SE CONSIDERA UN PLAZO DE DOS AÑOS DESPUÉS DEL MOMENTO PREVISTO PARA LA ERUPCIÓN NORMAL.

POR LA CONFUSIÓN QUE EXISTE EN LOS TÉRMINOS DE IMPACTACIÓN DENTAL SE NOMBRAN ALGUNAS DEFINICIONES CON EL OBJETO DE PODER DISTINGUIRLAS:

A). IMPACCIÓN PARCIAL. ERUPCIÓN INCOMPLETA, CLÍNICAMENTE EL DIENTE ES - VISIBLE, PERO EN OCASIONES ESTÁ EN POSICIÓN ANORMAL Y SIEMPRE SE ENCUENTRA CUBIERTO POR TEJIDO BLANDO O HUESO EN CANTIDADES VARIABLES.

B). IMPACCIÓN OSEA COMPLETA. DIENTE TOTALMENTE ENCERRADO EN EL HUESO - DE LOS MAXILARES.

C). IMPACCIÓN OSEA PARCIAL. DIENTE PARCIALMENTE CUBIERTO POR HUESO. - ESTE DIENTE PUEDE ESTAR EN IMPACCIÓN COMPLETA DEL TEJIDO BLANDO Y UN FRAGMENTO CUBIERTO POR HUESO.

D). IMPACCIÓN POTENCIAL. ES UN DIENTE NO ERUPCIONADO QUE CONSERVA EL - POTENCIAL PARA ERUPCIONAR, PERO PROBABLEMENTE AL SALIR, OCUPARÁ UNA POSICIÓN Y FUNCIÓN ANORMAL DEBIDO A LA OBSTRUCCIÓN DE OTRO DIENTE.

B). ETIOLOGÍA. SE CONSIDERAN DIFERENTES MOTIVOS POR LOS QUE SE PRESENTA

LA INCLUSIÓN DENTAL. COMO CONSECUENCIA, LA ETIOLOGÍA ES MÁS TEÓRICA QUE REAL.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS SE CONCEPTUAN TRES DIFERENTES TEORÍAS:

1). TEORÍA ORTODÓNTICA. SI EL CRECIMIENTO NORMAL DE LOS MAXILARES Y EL MOVIMIENTO DE LOS DIENTES SON EN DIRECCIÓN ANTERIOR, CUALQUIER INTERFERENCIA CON TAL DESARROLLO CAUSARÁ LA INCLUSIÓN DE LOS DIENTES.

EL HUESO DENSO PUEDE PROVOCAR EL RETRASO DENTAL ANTERIOR Y MUCHAS AFECIONES PATOLÓGICAS ORIGINAN TAMBIÉN UNA CONDENSACIÓN DEL TEJIDO ÓSEO.

LAS AFECCIONES AGUDAS COMO FIEBRE, TRAUMA SEVERO Y MAL OCLUSIÓN, AL IGUAL QUE LA INFLAMACIÓN LOCAL DE LA MEMBRANA PERIODONTAL PUEDEN AUMENTAR LA DENSIDAD ÓSEA; LA RESPIRACIÓN BUCAL CONSTANTE TAMBIÉN CONDUCE A LA CONTRACCIÓN DE LAS ARCADAS; POR LO TANTO, LOS DIENTES QUE HACEN ERUPCIÓN AL FINAL CARECEN DE ESPACIO.

EN OCASIONES, LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES DECIDUOS PUEDEN PROVOCAR FALTA DE DESARROLLO DEL MAXILAR Y MALA POSICIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES, O AMBOS, LO QUE CONLLEVA A UNA INCLUSIÓN.

2). TEORÍA FILOGÉNICA. LA NATURALEZA TRATA DE ELIMINAR LO QUE NO SE EMPLEA, Y NUESTRA CIVILIZACIÓN CON SUS HÁBITOS NUTRICIONALES CAMBIANTES CASI HA ELIMINADO LA NECESIDAD HUMANA POR MAXILARES GRANDES Y FUERTES. COMO RESULTADO DE ESTA FUNCIÓN ALTERADA, EL TAMAÑO DEL MAXILAR Y MANDÍBULA HA DISMINUIDO, ANTE LO CUAL, SE OBSERVAN VARIOS CASOS DEL TERCER MOLAR RESPECTO A SU POSICIÓN ANORMAL, SE ENCUENTRA MAL FORMADO E INCLUSO SE ESTIMA COMO UN ÓRGANO QUE NO TIENE MOTIVO NI FUNCIÓN.

3). TEORÍA MENDELIANA. LA HERENCIA PUEDE SER UN FACTOR ETIOLÓGICO IMPORTANTE EN LAS INCLUSIONES, TAL COMO ES LA TRANSMISIÓN DE MAXILARES PEQUEÑOS DE UN PADRE Y DIENTES GRANDES DE LA MADRE O VICEVERSA.

C). FRECUENCIA. EN LOS ESTUDIOS REALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS SE HAN ENCONTRADO QUE CUALQUIERA DE LOS DIENTES TEMPORARIOS, PERMANENTES O SUPERNUMERARIOS SON FACTIBLES DE QUEDAR RETENIDOS EN LOS MAXILARES.

LOS RESULTADOS ADQUIRIDOS HAN TENIDO CIERTAS VARIACIONES, DEL QUE SE DERIVAN DIFERENTES ÓRDENES DE FRECUENCIA, ESTO ES DEBIDO A CAUSAS CONGÉNITAS, AL TIPO DE ALIMENTACIÓN, RAZA Y SEXO.

A CONTINUACIÓN SE NOMBRAN TRES DIVERSAS OPINIONES DE AUTORES:

1). DACHI Y HOWELL DICEN QUE EL ORDEN DE FRECUENCIA ES:

TERCEROS MOLARES SUPERIORES
TERCEROS MOLARES INFERIORES
CANINOS SUPERIORES
PREMOLARES
DIENTES SUPERNUMERARIOS

2). CARLOS PIEDRAHITA SEÑALA QUE LA FRECUENCIA ES:

TERCER MOLAR INFERIOR
TERCER MOLAR SUPERIOR
CANINO SUPERIOR
SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR

SEGUNDO PREMOLAR SUPERIOR

3). CRYER INDICA QUE EL ORDEN DE FRECUENCIA ES:

TERCER MOLAR INFERIOR

CANINO SUPERIOR

TERCER PREMOLAR INFERIOR

SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR

SEGUNDO PREMOLAR SUPERIOR

CAPITULO 11

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA ELIMINACION DE DIENTES INCLUIDOS

EN CASO DE EFECTUAR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE UN DIENTE INCLUIDO ES IMPORTANTE HACER UN ESTUDIO MINUCIOSO TANTO RADIOGRÁFICO COMO CLÍNICO, YA QUE ES RIESGOSO EN LA SALUD DEL PACIENTE CUANDO EXISTE TOLERANCIA PARA LA CIRUGÍA, O BIEN, PUEDE SURGIR UNA COMPLICACIÓN POS-OPERATORIA MAYOR AL PROBLEMA QUE OCASIONA EL DIENTE INCLUIDO.

A). INDICACIONES.

A). EXISTENCIA DE DISCREPANCIA ENTRE EL TAMAÑO Y EL NÚMERO DE DIENTES Y EL TAMAÑO DE LOS MAXILARES DONDE SE ALOJAN ESTAS ESTRUCTURAS, SIENDO DESCARTABLE LA POSIBILIDAD DE OTROS TRATAMIENTOS COMO ORTODONCIA O TRASPLANTE DEL DIENTE.

B). FALTA DE ESPACIO PARA LA ERUPCIÓN NORMAL DE LOS DIENTES INCLUIDOS DE TODOS LOS TIPOS, ESPECIALMENTE LOS TERCEROS MOLARES (MENOS DEL 5% DE JÓVENES ADULTOS CON DENTADURA COMPLETA NATURAL TIENEN ESPACIO SUFICIENTE AL SUSCITARSE LA ERUPCIÓN TOTAL DE LOS TERCEROS MOLARES, TOMANDO EN CUENTA TAMBIÉN A LOS CAVINOS SUPERIORES QUE SON LOS ÚLTIMOS EN ERUPCIONAR EN EL MAXILAR).

C). DURANTE UN TRATAMIENTO ORTODÓNTICO LA ELIMINACIÓN DE DIENTES PERMANENTES NO ERUPCIONADOS ESTÁ INDICADA CUANDO EL ESPECIALISTA CONSIDERA QUE LA EXTRACCIÓN PODRÁ FACILITAR EL TRATAMIENTO COMPLETO DEL PACIENTE.

D). CON FRECUENCIA UN DIENTE INCLUIDO, FAVORECE LA RETENCIÓN DE ALIMEN-

TOS Y LA APARICIÓN DE CARIES EN EL DIENTE ADYACENTE.

E). CUANDO EL DIENTE INCLUIDO PUEDA DESTRUIR EL SOPORTE ÓSEO DEL DIENTE FUNCIONAL ADYACENTE A ÉL.

F). LA EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES (EN LOS JÓVENES LOS DEFECTOS ÓSEOS CREADOS POR LA ELIMINACIÓN QUIRÚRGICA SE LLENAN EN FORMA RÁPIDA Y MÁS COMPLETA QUE EN PACIENTES MÁS VIEJOS.

G). CUANDO SE ENCUENTRAN DIENTES INCLUIDOS SINTOMÁTICOS EN PACIENTES - APARENTEMENTE EDÉNTULOS SE RECOMIENDA ELIMINARLOS ANTES DE CONSTRUIR LA DENTADURA.

H). EN PRESENCIA DE UN QUISTE QUE AFECTE AL DIENTE INCLUIDO Y NO HAYA POSIBILIDAD DE QUE ÉSTE ERUPCIÓN EN POSICIÓN NORMAL ESTÁ INDICADA LA EXTRACCIÓN.

I). EN DIENTES PARCIALMENTE INCLUIDOS QUE PRESENTEN INFECCIONES REPETIDAS RELACIONADAS CON QUISTES ODONTOGÉNICOS.

J). EN CARIES Y REABSORCIÓN TANTO INTERNA COMO EXTERNA DE UN DIENTE INCLUIDO SON INDICACIONES PARA SU EXTRACCIÓN.

K). EN PRESENCIA DE DOLOR EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR, OIDO, - CUELLO, ARCADE DENTAL OPUESTA DEL MISMO LADO Y CEFALGÍAS OCASIONALES PUEDEN DESAPARECER DESPUÉS DE LA ELIMINACIÓN DE DIENTES INCLUIDOS.

B). CONTRAINDICACIONES.

A). SI LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE INCLUIDO ASINTOMÁTICO PUEDE LLEVAR A LA PÉRDIDA DE DIENTES ADYACENTES, ES IMPERATIVO QUE NO DEBE TOCARSE.

B). PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES GRAVES, CON ANTECEDENTES DE INFARTO O RECIENTES DEL MIOCARDIO, NO DEBEN SER SOMETIDOS A TENSIONES DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA SI SE PUEDE EVITAR.

C). CUANDO SE DESCUBRE UN DIENTE INCLUIDO ASINTOMÁTICO TOTALMENTE UNIDO AL HUESO, EN UN PACIENTE DE CIERTA EDAD, CON POCAS PROBABILIDADES DE FORMACIÓN DE QUISTES Y SIN NECESIDAD EN EL FUTURO DE CONSTRUIR UNA PRÓTESIS, EL DIENTE INCLUIDO PUEDE QUEDAR EN EL MAXILAR. DEBE REALIZARSE A INTERVALOS ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS.

CAPITULO III

PATOGENIA

LA RETENCIÓN DENTARIA ES ANTE TODO UN PROBLEMA MECÁNICO. LAS RAZONES POR LAS CUALES EL DIENTE NO HACE ERUPCIÓN SE PUEDEN CLASIFICAR DE LA SIGUIENTE MANERA:

1). RAZONES EMBRIOLÓGICAS. UBICACIÓN DE UN GERME DENTARIO EN UN SITIO MUY ALEJADO DEL NORMAL, QUE POR MOTIVOS MECÁNICOS, EL DIENTE ORIGINADO POR TAL GERME ESTÁ IMPOSIBILITADO DE LLEGAR HASTA EL BORDE ALVEOLAR. LOS CAMBIOS DE EVOLUCIÓN QUE SUFREN ESTAS ESTRUCTURAS PRODUCEN COMO CONSECUENCIA DE ALTERACIONES EN LA FORMACIÓN DEL TEJIDO ÓSEO QUE HACE DESPLAZAR AL FOLÍCULO DENTARIO.

2). OBSTÁCULOS MECÁNICOS. SE INTERPONE EN LA ERUPCIÓN NORMAL.

a). FALTA DE ESPACIO. EN MAXILARES PEQUEÑOS NO TIENEN LUGAR PARA UBICARSE EN UNA POSICIÓN CORRECTA, PUES ESTÁ OCUPADO POR LA ERUPCIÓN DE DIENTES NORMALES, POR EJEMPLO:

EL GÉRME DEL TERCER MOLAR INFERIOR DEBE DESARROLLARSE ENTRE UNA PARED INEXTENSIBLE (ES DECIR, EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR) Y LA RAMA MONTANTE DEL MAXILAR.

EL CANINO SUPERIOR TIENE SU GERME SITUADO EN LO MÁS ELEVADO DE LA FOSA CANINA, QUE EN MAXILARES REDUCIDOS NO TIENEN ESPACIO PARA OCUPAR UN SITIO NORMAL EN LA ARCADE, IMPIDIENDO EL INCÍSIVO LATERAL Y AL PREMOLAR, YA ERUPCIONADOS.

GOLDS (1931) DICE: "EL CANINO SE HALLA EN EL MAXILAR CUANDO LOS PREMOLA

RES VAN A HACER ERUPCIÓN, EN ESTE MOMENTO LOS INCISIVOS SE ENCUENTRAN IMPLANTADOS EN SU POSICIÓN DEL PLANO FRONTAL".

EL CANINO TEMPORARIO QUE DEBE MANTENER EL ESPACIO PARA SU SUCESOR PERMANENTE ES MUY ANGOSTO Y NO PUEDE RETENER EL ESPACIO NECESARIO MESIODISTALMENTE.

LA PRESIÓN MESIAL DEL SEGUNDO MOLAR EN SU ERUPCIÓN ES TRASMITIDA DE UN DIENTE A OTRO, HASTA EL CANINO DECIDUO, CAUSANDO SU APINAMIENTO O REZAGANDO SU RETENCIÓN POR UN PERÍODO DE TIEMPO CONSIDERABLE, AÚN ESTANDO SU RAÍZ CASI REABSORBIDA, ESTA SITUACIÓN ORIGINA UNA CONTRACCIÓN PARCIAL DE DICHA ZONA DONDE DESCIENDE EL CANINO, PROVOCANDO SU DESVIACIÓN HACIA UNA POSICIÓN ANORMAL.

B). HUESO DE TAL CONDENSACIÓN, IMPOSIBLE DE VENCER EN EL TRABAJO DE ERUPCIÓN.

C). EL IMPEDIMENTO A UNA NORMAL ERUPCIÓN PUEDE SER: UN ÓRGANO DENTARIO, DIENTES VECINOS QUE POR EXTRACCIÓN PREMATURA DEL TEMPORARIO HAN ACERCADO SUS CORONAS CONSTITUYENDO UN OBSTÁCULO MECÁNICO A LA ERUPCIÓN DEL PERMANENTE; POSICIÓN VICIOSA DE UN DIENTE RETENIDO QUE CHOCA CONTRA LAS RAÍCES DE LOS DIENTES VECINOS.

D). ELEMENTOS PATOLÓGICOS INTERFIEREN EN LA NORMAL ERUPCIÓN DENTARIA: - DIENTES SUPERNUMERARIOS, TUMORES ODONTOGÉNICOS.

EXISTEN VARIOS CASOS DE DIENTES RETENIDOS POR LA PRESENCIA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS.

LOS TUMORES LLAMADOS ODONTOMAS, CONSTITUYEN UN OBSTÁCULO MECÁNICO DE LA ERUPCIÓN DENTARIA. POR OTRA PARTE, UN QUISTE PUEDE RECHAZAR O INCLUIR PROFUNDAMENTE AL DIENTE QUE ENCUENTRE EN SU CAMINO IMPIDIENDO SU NORMAL ERUPCIÓN.

3). CAUSAS GENERALES. TODAS LAS ENFERMEDADES GENERALES EN DIRECTA RELACIÓN CON LAS GLÁNDULAS ENDÓCRINAS PUEDEN OCASIONAR TRASTORNOS EN LA ERUPCIÓN DENTARIA, RETENCIONES Y AUSENCIA DE DIENTES.

LAS ENFERMEDADES LIGADAS AL METABOLISMO DEL CALCIO (RAQUITISMO) TIENEN TAMBIÉN INFLUENCIA SOBRE LA RETENCIÓN DENTARIA.

TARASIDO (1938) DICE: "LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE LA INCLUSIÓN DEL CANINO DONDE DA ORIGEN EL DESEQUILIBRIO DE TENSIÓN ENTRE LA MUSCULATURA EXTERNA E INTERNA DE LAS ARCADAS DENTARIAS.

CUANDO POR HÁBITOS ADQUIRIDOS O CONTRACCIONES ESPASMÓDICAS QUE SE EFECTÚAN EN LOS MOVIMIENTOS MÍMICOS, TIC Y OTRAS SE PRODUCEN UN EXCESO DE PRESIÓN EXTERNA, - QUE SUMADA AL FINAL DEL DÍA, NO HA SIDO IGUALMENTE COMPENSADA POR LA PRESIÓN INTERNA, POR EJEMPLO, COMO LA DE LA LENGUA, LLEGARÁ A ALTERARSE EL EQUILIBRIO QUE MANTIENE A LOS DIENTES EN SU POSICIÓN NORMAL Y ES POR SÍ SOLO, EN ESPECIAL EN LOS NIÑOS, CAPAZ DE PERTURBAR EL CRECIMIENTO Y DETENER EL DESARROLLO DE LOS MAXILARES".

Y AGREGA ESTE AUTOR: "ESA LIGERA PERO CONSTANTE PRESIÓN MUSCULAR QUE RECIBEN LOS DIENTES ANTERIORES Y QUE ES LO BASTANTE FUERTE PARA TORCERLOS, Y ESA MISMA PRESIÓN RETRASMITIDA SUCESIVAMENTE A CADA DIENTE HACIA ATRÁS, ES TAMBIÉN UNA DE

SUS CAUSAS, POR ESTAR LIMITADA POR DELANTE LA EXPANSIÓN DE LAS ARCADAS Y DE ESTE MODO MANTIENE DISMINUIDO EL CRECIMIENTO DE LOS MAXILARES”.

CAPITULO IV

ACCIDENTES PRODUCIDOS POR LOS DIENTES INCLUIDOS

LOS DIENTES RETENIDOS SON SUSCEPTIBLES DE CAUSAR ACCIDENTES DE DIVERSAS -MAGNITUDES, QUE EN OCASIONES PROVOCAN MOLESTIAS AL PACIENTE.

ESTOS ACCIDENTES PUEDEN CLASIFICARSE DE LA SIGUIENTE MANERA:

1), ACCIDENTES MECÁNICOS. LOS DIENTES RETENIDOS, AL ACTUAR MECÁNICAMENTE SOBRE LOS DIENTES VECINOS, PUEDEN PRODUCIR TRASTORNOS QUE SE TRADUCEN SOBRE SU NORMAL COLOCACIÓN EN EL MAXILAR.

A), TRASTORNOS SOBRE LA COLOCACIÓN NORMAL DE LOS DIENTES. UN DIENTE RETENIDO AL TRATAR DE HACER ERUPCIÓN ORIGINA DESVIACIONES EN LA DIRECCIÓN DE LOS DIENTES VECINOS Y AÚN TRASTORNOS A DISTANCIA -COMO EL QUE PRODUCE EL TERCER MOLAR SOBRE EL CANINO E INCISIVO- QUE LOS DESVÍA DE SU NORMAL DIRECCIÓN OCASIONANDO ENTRECRUZAMIENTOS DE DIENTES Y CONGLOMERADOS ANTIESTÉTICOS.

B), TRASTORNOS SOBRE LA INTEGRIDAD ANATÓMICA DEL DIENTE.

LA CONSTANTE PRESIÓN QUE EL DIENTE RETENIDO O SU SACO DENTARIO EJERCE SOBRE EL DIENTE VECINO SE TRADUCE POR ALTERACIONES EN EL CEMENTO, EN LA DENTINA Y EN LA PULPA DE ESTOS DIENTES.

COMO COMPLICACIÓN DE LA INVASIÓN PULPAR, PUEDE HABER PROCESOS PERIODÓNTICOS DE DIFERENTE INTENSIDAD.

c). TRASTORNOS PROGETICOS. EN PACIENTES EDÉNTULOS PORTADORES DE APARATOS DE PRÓTESIS Y LA EXISTENCIA DE UN DIENTE RETENIDO PROVOCA CIERTO DESAJUSTE EN SU PRÓTESIS; POR CONSECUENCIA INFLAMACIÓN DE LA ENCÍA Y MOLESTIAS AL PACIENTE DEBIDO AL TRABAJO DE ERUPCIÓN DE ESE DIENTE, QUE INCLUSO LLEGA A CAMBIAR LA ESTRUCTURA ÓSEA DE ESA ZONA MAXILAR.

2). ACCIDENTES INFECCIOSOS. ESTOS ACCIDENTES ESTÁN DADOS EN LOS DIENTES RETENIDOS, POR LA INFECCIÓN DE SU SACO PERICORONARIO. LA INFECCIÓN DE ESTE SACO PUEDE ORIGINARSE POR DIVERSOS MECANISMOS Y POR DISTINTAS VÍAS.

a). AL HACER ERUPCIÓN EL DIENTE RETENIDO SU SACO SE ABRE ESPONTÁNEAMENTE EN CUANTO CONTACTA CON EL MEDIO BUCAL.

b). EL PROCESO INFECCIOSO PUEDE DEBERSE A UNA COMPLICACIÓN APICAL O PERIODÓNTICO DE UN DIENTE VECINO.

c). LA INFECCIÓN DEL SACO ES FACTIBLE DE ORIGINARSE POR LA VÍA HERMÉTICA Y SE TRADUCE POR PROCESOS DE DISTINTA ÍNDOLE: INFLAMACIÓN LOCAL, CON DOLORS, AUMENTO DE TEMPERATURA LOCAL, ABSCESOS Y FÍSTULAS, OSTEÍTIS Y OSTEOMIELITIS, ADENOFREMONES Y ESTADOS SÉPTICOS GENERALES.

LOS PROCESOS INFECCIOSOS DEL SACO FOLICULAR SON POSIBLES DE ACTUAR COMO INFECCIÓN FOCAL, QUE PRODUCEN DIVERSOS TRASTORNOS A DISTANCIA. SOBRE LOS ÓRGANOS VECINOS, POR EJEMPLO: SENOS MAXILARES O LAS FOSAS NAALES, LA PRESENCIA DE UN DIENTE RETENIDO DE TRASTORNOS VARIOS.

GIETZ CITA QUE LA ERUPCIÓN DE UN TERCER MOLAR SUPERIOR, EN DIRECCIÓN DE LA APÓFISIS CORONOIDES, OCASIONA AL PACIENTE UN CUADRO DE TRISMUS PROLONGADO, DOLORS Y TRASTORNOS ARTICULARES QUE CURARON CON LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE RETENIDO.

3). ACCIDENTES NERVIOSOS. LOS PRODUCIDOS POR LOS DIENTES RETENIDOS SON FRECUENTES.

LA PRESIÓN QUE EL DIENTE EJERCE SOBRE LOS DIENTES VECINOS, SUS NERVIOS O SUS TRONCOS MAYORES, PUEDE ORIGINAR ALGIAS DE INTENSIDAD, TIPO Y DURACIÓN VARIABLE (NEURALGIAS DEL TRIGÉMINO).

LA PRESIÓN QUE EJERCE UN TERCER MOLAR INCLUIDO SOBRE EL NERVIO DENTARIO - INFERIOR ES DABLE A OCASIONAR TRASTORNOS NERVIOSOS DE TODA ÍNDOLE, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS CANINOS PUEDEN PROVOCAR ATAQUES EPILÉPTICOS Y TRASTORNOS MENTALES.

4). ACCIDENTES TIMORALES. LOS DIENTES INCLUIDOS LLEGAN A ORIGINAR TUMORES ODONTOGÉNICOS TAMBIÉN LLAMADOS QUISTES DENTÍGEROS O QUERATOQUISTES; QUE A SU VEZ, SON SUSCEPTIBLES DE INFECTARSE Y DAR PROCESOS SUPERATIVOS DE GRAVEDAD VARIABLE CAPACES DE TRANSFORMARSE EN OSTEÍTIS Y OSTEOMIELITIS.

EL SACO PERICORONARIO PERMANECE ADHERIDO AL CUELLO DEL DIENTE EN LA PORCIÓN DISTAL O MESIAL AL ABRIGO DE LAS PRESIONES QUE PUEDAN REABSORBERLO.

PERDURA SÓLO SU HEMISFERIO POSTERIOR O EL ANTERIOR Y DURANTE UN TIEMPO - CONSERVAN SU INTEGRIDAD, CERRADOS Y SIN ADQUIRIR CONTACTO CON EL MEDIO BUCAL, PERO CUANDO OCURRE UNA SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD ENTE EL MOLAR Y LA ENCÍA, LA INFECCIÓN

DEL SACO PERICORONARIO INICIA SU TRANSFORMACIÓN EN TEJIDO DE GRANULACIÓN QUE CONSECUENTEMENTE GENERA PROCESOS MUY PARECIDOS A LOS DE LA PERICONITIS, ACTUANDO COMO INFECCIÓN FOCAL.

CAPITULO V

A). HISTORIA CLÍNICA.

LA ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, TIENE COMO OBJETO OBTENER LOS ANTECEDENTES DEL PACIENTE Y PERMITIR AL CIRUJANO DENTISTA CONOCERLO MEJOR AL RECOPIRAR DATOS IMPORTANTES PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO. EL CONOCIMIENTO DE LOS PROCESOS PATOLÓGICOS QUE PUEDAN PRESENTARSE EN LA CAVIDAD BUCAL SON PRIMORDIALES, ANTE LO CUAL ES IMPRESCINDIBLE UN EXAMEN MINUCIOSO.

ES FUNDAMENTAL QUE EL CIRUJANO DENTISTA CREE UN AMBIENTE TAL, QUE PERMITA AL PACIENTE ENFOCAR SUS PROBLEMAS CON FACILIDAD Y SIN TEMOR. DEBE SER TRATADO DE MANERA INFORMAL -AUNQUE PROFESIONAL-, CONTROLANDO LA CONVERSACIÓN, PIDIÉNDOLE OPORTUNAMENTE QUE SE DIRIJA AL PROBLEMA REAL MEDIANTE PREGUNTAS CONCRETAS.

SE CONSIDERA QUE EL MEJOR MEDIO PARA COMPILAR DATOS DEL PACIENTE ES A TRAVÉS DE UN CUESTIONARIO, YA QUE LE PERMITE PENSAR Y EXAMINAR DETALLADAMENTE SUS ANTECEDENTES MÉDICOS. DE ESTA MANERA, LA INFORMACIÓN QUE SE OBTIENE ES MÁS PRECISA QUE LA QUE SE LOGRA EN UN PERÍODO DE INTERROGACIÓN TENSO Y RÁPIDO.

A). HISTORIA DENTAL.

NOMBRE

EDAD

DIRECCIÓN

SEXO

NOMBRE DEL DENTISTA ANTERIOR

PROBLEMAS DENTARIOS
PROBLEMAS EN LA ENCÍA AL CEPILLARSE
CUANDO DUERME RECHINA LOS DIENTES?
DOLOR DE OÍDOS?
HA RECIBIDO TRATAMIENTO PARADONTAL (PIORREA)?
ALGUNA VEZ HA RECIBIDO INSTRUCCIONES SOBRE EL ASEO
ADECUADO DE LOS DIENTES?
TIENE ZONAS DOLOROSAS O PROTUBERANCIAS EN SU BOCA?
DESEA CONSERVAR SUS DIENTES?
FECHA APROXIMADA DE SU ÚLTIMA VISITA AL DENTISTA

HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE
DIRECCIÓN
EDAD
SEXO
FECHA APROXIMADA DE LA ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO
SANGRADO EXCESIVO DE ALGUNA HERIDA O EXTRACCIÓN
PADECE PROBLEMAS CARDÍACOS?
PROBLEMAS DE EDEMA (HINCHAZÓN DE TOBILLOS)
PROBLEMAS RESPIRATORIOS O FALTA DE AIRE
PROBLEMAS ESTOMACALES
PROBLEMAS DE RIÑÓN O DE VEJIGA

ORINA POR LAS NOCHES?
PADECE DIARREA CON FRECUENCIA?
PROBLEMAS DE PESO
SE ENCUENTRA USTED TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO?
TIPO DEL MEDICAMENTO Y ¿PARA QUÉ?
ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO
QUÉ TIPO DE MEDICAMENTO?

DIGA SI HA PADECIDO DE:

- A). ASMA
- B). FIEBRE REUMÁTICA
- C). PULMONÍA
- D). TUBERCULOSIS
- E). PRESIÓN ALTA O BAJA
- F). ANEMIA
- G). DIABETES
- H). NERVIOS
- I). LESIONES U OPERACIONES
- J). IRRADIACIÓN DE CUELLO A CABEZA
- K). EN MUJERES. NÚMERO DE EMBARAZOS

B). PREOPERATORIO.

EL PREOPERATORIO ES DEFINIDO EN CIRUGÍA COMO UNA PREPARACIÓN PREVIA. ER

CE LO DETERMINÓ COMO LA APRECIACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE UNA PERSONA EN VÍSPERAS DE OPERARSE, A FIN DE ESTABLECER SI LA INTERVENCIÓN PUEDE SER REALIZADA SIN PELIGRO, Y EN CASO CONTRARIO, ADOPTAR LAS MEDIDAS CONDUCTENTES A QUE ESE PELIGRO DESAPAREZCA O SEA REDUCIDO AL MÍNIMO.

PARTIMOS DE LA BASE, QUE EL PACIENTE TENGA UN ESTADO GENERAL NORMAL, Y AUN QUE NO SEA UN HOMBRE SANO DESDE LA ABSOLUTA CONCEPCIÓN DEL TÉRMINO, SU LESIÓN O AFECCIÓN NO INVALIDA ESA CONCLUSIÓN.

SI SE LLEGASE A PRESENTAR UN PACIENTE CON ESTADO GENERAL PERTURBADO, YA - SEA POR ALGUNA AFECCIÓN O POR COMPLICACIÓN DE SU ENFERMEDAD BUCAL, DEBE SER TRATADO PREVIAMENTE POR SU INTERHISTA PARA PONERLO EN LAS CONDICIONES QUE NECESITA.

ES ESENCIAL SEÑALAR LAS MEDIDAS PREOPERATORIAS INDISPENSABLES A TODO ACTO QUIRÚRGICO BUCAL:

MEDIDAS PREOPERATORIAS.

1). GENERALES. SE REFIERE AL ORGANISMO EN GENERAL. SON DOS LAS MEDIDAS O INDICACIONES PREOPERATORIAS MÁS IMPORTANTES; EXAMEN DE ORINA Y TIEMPO DE COAGULACIÓN Y SANGRÍA.

2). LOCALES. SON LAS QUE SE REALIZAN EN EL CAMPO OPERATORIO DE NUESTRA INTERVENCIÓN. POR EJEMPLO:

EL TÁRTARO SALIVAL, LAS RAÍCES Y LOS DIENTES CARIADOS, SERÁN EXTRAÍDOS U

OBTURADOS.

LAS AFECCIONES EXISTENTES EN LAS PARTES BLANDAS DE LA CAVIDAD CONTRAINDICAN UNA OPERACIÓN, SIEMPRE QUE ÉSTA NO SEA DE GRAN URGENCIA. NOS REFERIMOS A LA - GINGIVITIS Y A LA ESTOMATITIS (ULCEROMEMBRANOSAS), TERRENO EXTRAORDINARIAMENTE MALO PARA CUALQUIER OPERACIÓN Y QUE NECESITAN UN TRATAMIENTO PREVIO.

EN CUANTO A LAS LESIONES TUBERCULOSAS Y SIFILÍTICAS (CHANCRO, PLACAS MUCOSAS) CONTRAINDICAN TODA OPERACIÓN EN LA CAVIDAD BUCAL, POR EL PELIGRO QUE SIGNIFICAN INCISIONES SOBRE TALES LESIONES Y EL CONTAGIO QUE REPRESENTAN PARA EL OPERADOR.

AÚN EN ESTADO NORMAL LA BOCA, ANTES DE UNA OPERACIÓN EN ELLA, DEBE SER CUIDADOSAMENTE LAVADA CON UNA SOLUCIÓN DE AGUA OXIGENADA (EN ATOMIZADOR), O SOLUCIONES JABONOSAS QUE SE PREPARAN DILUYENDO JABÓN LÍQUIDO Y AGUA OXIGENADA, EN UN VOLUMEN DIEZ VECES MAYOR DE AGUA.

ESPECIAL DEDICACIÓN HAY QUE PRESTARLE A LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS, LAS LENGÜETAS GINGIVALES Y LOS CAPUCHONES DE LOS TERCEROS MOLARES. ESTAS REGIONES SERÁN LAVADAS CON UNA SOLUCIÓN DE AGUA OXIGENADA O UN ANTISÉPTICO CUALQUIERA Y PINTADAS - CON TINTURA DE MERTHIOLOATE ANTES DE LA OPERACIÓN. ESTAS MEDIDAS ANTISÉPTICAS PREOPERATORIAS, COLOCARÁN LA CAVIDAD BUCAL EN UNA CONDICIÓN ÓPTIMA PARA REALIZAR EN ELLA UNA INTERVENCIÓN Y DISMINUIR EN UN ALTO PORCENTAJE LOS RIESGOS Y LAS COMPLICACIONES POSOPERATORIAS.

C). MATERIAL QUIRÚRGICO E INSTRUMENTAL.

1). ROPA DEL CIRUJANO Y AYUDANTES.

A). DELANTAL. SE PUEDE USAR EN LA PRÁCTICA DIARIA O EN LA CLÍNICA PRIVA DA DONDE SE REALIZAN EXODONCIAS Y OPERACIONES MENORES DE CIRUGÍA BUCAL. TAMBIÉN SE PUEDE USAR UN PANTALÓN Y SACO O PANTALÓN Y DELANTAL.

ESTÁ FORMADO POR MANGAS HASTA LAS MUÑECAS Y CINTAS EN LA ESPALDA PARA QUE CIERRE.

B). GORRO QUIRÚRGICO.

C). CUBREBOCA. PROTEGE EL CAMPO OPERATORIO DE LA FLORA DEL CIRUJANO, LO DEFIENDE DE INFECCIONES QUE PUEDA TRASMITIRLE EL PACIENTE Y EVITA QUE SALTEN RESTOS DE HUESO O DENTARIOS.

LA HIGIENE DEL OPERADOR DEBE HACERSE CUBRIENDO SU BOCA Y NARIZ CON UN TROZO DE LIENZO DE TRAMA TUPIDA QUE CAIGA POR DEBAJO DE LA BARBA. ESTE CUBREBOCAS SE ANUDA CON CINTAS, POR DETRÁS DE LA CABEZA. LAS CINTAS SUPERIORES SE PASAN POR ENCIMA DE LOS FABELLONES AURICULARES PARA EVITAR SU CAÍDA.

LA HIGIENE DEL OPERADOR TAMBIÉN SE PRACTICA COLOCÁNDOSE ANTEOJOS DE CRISTAL SIMPLE (EN CASO DE NO REQUERIR LOS DE CORRECCIÓN), LO SUFICIENTEMENTE GRANDES A FIN DE SALVAGUARDAR BIEN SUS OJOS.

D). GUANTES DE GOMA. TODA OPERACIÓN NECESITA EL MÁXIMO DE SEGURIDAD DE

TERILIZACIÓN POSIBLE, Y SÓLO PUEDE REALIZARSE USANDO ESTE TIPO DE GUANTES. EN LA PRÁCTICA DE LA EXODONCIA Y EN LA CIRUGÍA DE RUTINA, OPERAMOS SIN GUANTES, LAVANDO CUIDADOSAMENTE NUESTRAS MANOS.

E). CEPILLOS. LA ASEPSIA DE LAS MANOS SE REALIZA POR INTERMEDIO DE CEPILLOS, QUE SE GUARDAN DESPUÉS DE ESTERILIZADOS EN UNA CAJA DE METAL O EN UN RECIPIENTE PORTACEPILLOS AD-HOC, CUYA TAPA ESTÁ ACCIONADA POR UN PEDAL.

F). JABÓN, ALCOHOL, TINTURA DE YODO Y TINTURA DE MERTHIOLATE.

G). COMPRESAS. SON TROZOS CUADRADOS DE HILO O DE ALGODÓN, BLANCOS O VERDES QUE SIRVEN PARA CUBRIR LA MESA DE INSTRUMENTOS Y PROTEGER EL CAMPO OPERATORIO.

SE USAN DOS TIPOS DE COMPRESAS, LAS FENESTRADAS O LAS SIMPLES, Y SE UTILIZAN DE ACUERDO A LA POSICIÓN EN QUE SE OPERE EL ENFERMO; ES DECIR, ACOSTADO O SENTADO.

H). GASA. ES PRÁCTICO USAR TROZOS DE GASA DE PEQUEÑAS DIMENSIONES, TAMBIÉN SE PUEDEN EMPLEAR TAPONES QUE SE OBTIENEN DOBLANDO VARIAS VECES SOBRE SÍ MISMA UNA HOJA DE GASA. EL TAPÓN FORMADO DE ESTA MANERA, SE COSE POR SU MITAD Y SIRVE PARA COHIBIR LA SANGRE O LIMPIAR LAS CAVIDADES ÓSEAS GRANDES.

2). MATERIAL DE SUTURA.

A). CALGUT. MATERIAL REABSORBIBLE QUE SE OBTIENE DEL INTESTINO DE LA -

OVEJA. QUÍMICAMENTE ESTÁ CONSTITUIDO POR SUSTANCIAS PROTEICAS, SIMPLES DE DIGERIR POR LOS ELEMENTOS PROTEOLÍTICOS DE LOS TEJIDOS. SE APLICA PARA LIGADURA DE LOS VASOS SECCIONADOS O COMO SUTURA. ESTE MATERIAL EN ODONTOLOGÍA NO SE USA, YA QUE ES MUY DURO, Y NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DELICADEZA DEL TEJIDO GINGIVAL. SE OBTIENE ESTERILIZADO EN TUBOS NUMERADOS, SEGÚN EL ESPESOR DE LOS HILOS.

B). HILO DE SEDA. ES EMPLEADO COMO MATERIAL DE SUTURA, TANTO EN CIRUGÍA GENERAL COMO EN CIRUGÍA BUCAL.

C). HILO DE LINO. SE EMPLEA EL HILO NEGRO DE LINO, QUE TIENE LA VENTAJA DE SER FÁCIL HALLAZGO SOBRE LA MUCOSA CUBIERTA DE FIBRINA, DESPUÉS DE TRES O CUATRO DÍAS DE LA OPERACIÓN, SE ADQUIERE EN UN CARRETEL DE HILO DEL NÚMERO 40.

D). NYLON. LA SUTURA SE REALIZA CON HEBRAS DE NYLON Y SE ENCUENTRA EN EL COMERCIO DE DISTINTO ESPESOR. SON AGUJAS ENHEBRADAS CON DICHO MATERIAL.

INSTRUMENTAL

EL QUE SE USA EN UNA EXTRACCIÓN DE DIENTES RETENIDOS.

- 1). 1 x 4. ESPEJO, PINZAS DE CURACIÓN, JERINGA, BOTADOR RECTO.
- 2). MANGO DE BISTURÍ No. 3 BARD PARKET
- 3). HOJAS DE BISTURÍ No. 12 Y 15
- 4). SEPARADOR DE FARABEU
- 5). ELEVADOR DE PÉRIOSTIO O LEGRA

- 6). PINZAS DE HALSTOD (MOSQUITO).
- 7). PINZAS DE KELLY (PARA RETIRAR EL DIENTE EXTRAÍDO)
- 8). PINZAS DE ALLIES (PARA TUMORES)
- 9). PORTA-AGUJAS
- 10). PINZAS DE ADSÓN O PINZAS DE DISECCIÓN
- 11). TIJERAS FINAS Y DE MAYO (PARA SUTURAR)
- 12). CÁNULA DE ASPIRACIÓN
- 13). FRESAS QUIRÚRGICAS DE ALTA Y BAJA VELOCIDAD
- 14). ESCOPIO Y MARTILLO PARA LEVANTAR VENTALA ÓSEA
- 15). PIEZA DE MANO DE ALTA VELOCIDAD
- 16). MOTOR DE BAJA VELOCIDAD
- 17). JERINGA DESECHABLE DE 10 A 20 CM. CÚBICOS.
- 18). CUCHARILLA QUIRÚRGICA
- 19). LIMA PARA HUESO
- 20). ALVEOLÓTOMO
- 21). GASA
- 22). SUERO FISIOLÓGICO
- 23). SUTURA DE SEDA 3 CEROS, CALGUT 3 CEROS

CAPITULO VI

ANESTESIA

ANESTESIA ES EL MÉTODO QUE PERMITE LA PÉRDIDA TOTAL DE LA SENSIBILIDAD; ANALGESIA ES LA SUPRESIÓN DEL DOLOR, CONSERVANDO LA CONCIENCIA.

EN CIRUGÍA HAY VARIOS TIPOS DE ANESTESIA: LOCAL, REGIONAL Y GENERAL. - LA ANESTESIA LOCAL ES LA SUPRESIÓN, POR MEDIOS TERAPÉUTICOS, DE LA SENSIBILIDAD DE UNA ZONA DE LA CAVIDAD BUCAL, MANTENIÉNDOSE INTACTA LA CONCIENCIA DEL PACIENTE.

SÓLO NOS INTERESA EL MÉTODO QUE LOGRA LA ANESTESIA POR LA INYECCIÓN DE SUSTANCIAS QUÍMICAS, LAS CUALES PONIÉNDOSE EN CONTACTO CON LAS TERMINACIONES NERVIOSAS PERIFÉRICAS, ANULAN LA TRANSMISIÓN DEL DOLOR A LOS CENTROS SUPERIORES.

ES PRECISO RECORDAR QUE DISTINTAS ZONAS DE LA CAVIDAD BUCAL ESTÁN IRRIGADAS POR EL QUINTO PAR CRANEAL O TRIGÉMINO, CON SUS TRES RAMAS: OFTÁLMICO, MAXILAR SUPERIOR Y MANDIBULAR, SIENDO LAS DOS ÚLTIMAS DONDE EXISTE UNA MAYOR RECEPCIÓN DE LOS ESTÍMULOS DOLOROSOS.

A). TÉCNICA.

A FIN DE LOGRAR UN BLOQUEO COMPLETO DE LA ZONA POR INTERVENIR, SE DEBE USAR LA TÉCNICA INDICADA DE ACUERDO A LA REGIÓN.

1). TERCER MOLAR SUPERIOR.

SE BLOQUE EL NERVIO PALATINO ANTERIOR PARA CONSEGUIR LA ANESTESIA DEL MUCOPERIOSTIO PALATINO HASTA LA REGIÓN DE LOS CANINOS Y DESDE LA LÍNEA MEDIA HASTA LA CRESTA GINGIVAL DEL LADO ANESTESIADO.

EL LUGAR DE LA PUNCIÓN ES EL FONDO DEL SACO A NIVEL DE LA RAÍZ DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR, LA AGUJA SE DIRIGE HACIA ARRIBA Y HACIA ATRÁS, A ESTA PROFUNDIDAD SE DEPOSITA LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA SOBRE LOS ÁPICES DE LAS RAÍCES DEL TERCER MOLAR.

SE PUEDE CONSIDERAR COMO UNA GUÍA LLEVAR LA AGUJA SIEMPRE EN CONTACTO CON EL HUESO, ESTO EVITA PUNZAR ÓRGANOS ANATÓMICOS IMPORTANTES, TALES COMO LA ARTERIA MAXILAR INTERNA, FLEJO VENOSO PTERIGOIDEO, BOLA ADIPOSITA DE BICHAT O EL MÚSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO. LA PUNCIÓN DE LOS VASOS ORIGINAN HEMATOMAS GRAVES.

2). CANINO SUPERIOR.

A). NERVIO NASOPALATINO. ES UNA DE LAS MAYORES RAMAS NASALES POSTEROSUPERIORES, CORRE HACIA ABAJO Y ADELANTE A LO LARGO DEL TABIQUE NASAL, ATRAVIESA EL CONDUCTO PALATINO ANTERIOR Y DA RAMAS A LA PORCIÓN MÁS ANTERIOR DEL PALADAR Y A LA ENCÍA QUE RODEA LOS INCISIVOS SUPERIORES.

EL LUGAR DE PUNCIÓN ES UN POCO POR FUERA DE LA PAPILA INCISIVA, Y SE DIRIGE LA AGUJA HACIA ARRIBA Y HACIA LA LÍNEA MEDIA, EN DIRECCIÓN AL AGUJERO PALATINO ANTERIOR. SE DEBE INYECTAR UNAS GOTAS TAN PRONTO COMO LA AGUJA PUNCIONE LA MUCOSA PARA ANESTESIARLA, Y DEPOSITAR APROXIMADAMENTE 0,5 ML. DE SOLUCIÓN ANESTÉSICA.

B). NERVIIO INFRAORBITARIO. ESTE NERVIIO ES CONTINUACIÓN DEL NERVIIO MAXILAR SUPERIOR, SE INTRODUCE EN LA ÓRBITA POR MEDIO DE LA HENDIDURA ESFENOMAXILAR, CORRE POR EL SURCO Y CANAL INFRAORBITARIO Y SALE EN EL AGUJERO INFRAORBITARIO, SE DISTRIBUYE POR LA PIEL DEL PÁRPADO INFERIOR, LA PORCIÓN LATERAL DE LA NARÍZ Y EL LABIO SUPERIOR, ASÍ COMO LA MUCOSA DEL VESTÍBULO NASAL.

EN CUANTO SE REQUIERA LOCALIZAR EL AGUJERO INFRAORBITARIO, SE PIDE AL PACIENTE MIRAR AL FRENTE Y SE TRAZA UNA LÍNEA IMAGINARIA QUE VA DE LA PUPILA DEL OJO HACIA LA SUPERFICIE SUBORBITARIA DEL MAXILAR, LA CUAL PRESENTA UNA CONCAVIDAD MARCADA, SE PALPA CON EL DEDO CORDIAL LA PORCIÓN MEDIA DEL BORDE INFERIOR DE LA ÓRBITA Y DESCENDE UN CENTÍMETRO APROXIMADAMENTE POR DEBAJO DE ESTE PUNTO. POR LO GENERAL, SE PUEDE PALPAR EL PAQUETE VASCULONERVIOSO QUE SALE POR EL AGUJERO INFRAORBITARIO, MANTENIENDO EL DEDO CORDIAL EN EL MISMO LUGAR, SE LEVANTA CON EL PULGAR Y EL ÍNDICE EL LABIO SUPERIOR, CON LA OTRA MANO SE INTRODUCE LA AGUJA EN EL REPLIEGUE SUPERIOR DEL VESTÍBULO ORAL Y SE DIRIGE HACIA EL PUNTO DONDE SE HA MANTENIDO EL DEDO CORDIAL.

LAS ZONAS Y ESTRUCTURAS QUE SE ANESTESIAN CON ESTA TÉCNICA SON: INCISIVOS, CANINOS, PREMOLARES, TEJIDOS BLANDOS QUE LOS CUBREN, LABIO SUPERIOR, PORCIONES DEL LADO DE LA NARIZ, PÁRPADO INFERIOR DEL LADO ANESTESIADO Y EN OCASIONES LOS MOLARES SUPERIORES Y SUS ESTRUCTURAS DE SOPORTE VESTIBULAR.

3). TERCER MOLAR INFERIOR.

EL NERVIJO MAXILAR INFERIOR SE DIVIDE POR DEBAJO DEL AGUJERO OVAL Y SE DIRIGE HACIA ABAJO, PRIMERO POR DENTRO DEL MÚSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO Y LUEGO POR FUERA DEL MÚSCULO PTERIGOIDEO MEDIO, ENTRE ÉSTE Y LA RAMA DEL MAXILAR INFERIOR. EL NERVIJO ENTRA EN EL ORIFICIO DEL CONDUCTO DENTARIO, QUE ESTÁ SITUADO MÁS O MENOS EN EL PUNTO MEDIO DE LA RAMA, Y CORRE EN EL CANAL DEL MISMO NOMBRE HASTA EL NIVEL DEL INCISIVO DEL LADO MESIAL DONDE SE DIVIDEN DANDO RAMAS PARA LOS DIENTES Y ENCAJA EN LA MANDÍBULA.

AL ANESTESIAR EL NERVIJO MAXILAR INFERIOR SE PALPA CON EL DEDO ÍNDICE LA RAMA DEL MAXILAR INFERIOR HASTA ENCONTRAR EL PUNTO DE MAYOR PROFUNDIDAD DE CURVATURA, COLOCANDO LA JERINGA ENTRE LOS PREMOLARES DEL LADO OPUESTO, DIRIGIENDO LA AGUJA PARALELA AL PLANO OCLUSAL HACIA LA RAMA ASCENDENTE, HASTA ALCANZAR LA PARED POSTERIOR DEL SURCO MANDIBULAR.

EN CASO DE QUE SEA NECESARIO BLOQUEAR EL NERVIJO LINGUAL SE DEJA UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE SOLUCIÓN A LA MITAD DEL CAMINO DE INSERCIÓN. PARA ANESTESIAR EL NERVIJO BUCAL SE INSERTA LA AGUJA AL FONDO DEL SACO FRENTE AL SEGUNDO MOLAR, SE DIRIGE HACIA ATRÁS EN DIRECCIÓN PARALELA AL PLANO OCLUSAL, HASTA UN PUNTO FRENTE AL TERCER MOLAR Y SE DEPOSITA LA ANESTESIA SOBRE LA MANDÍBULA, QUEDANDO TAMBIÉN ANES-

TESIADO CON ESTA TÉCNICA, LOS DIENTES INFERIORES DEL MISMO LADO.

4). MENTONEANA.

ANESTESIA PREMOLARES, CANINO E INCISIVO DE UN LADO.

SE ORIGINA EN EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR A PARTIR DEL NERVIO ALVEOLAR INFERIOR Y SALE A TRAVÉS DEL AGUJERO MENTONEANO A LA ALTURA DEL PREMOLAR DISTAL, INERVA LA PIEL Y MUCOSA DEL LADO INFERIOR Y LA PIEL DE LA MANDÍBULA. EL FORAMÉN MENTONEANO SE ENCUENTRA EN EL REPLIEGUE INFERIOR DEL VESTÍBULO POR DENTRO DEL LABIO INFERIOR E INMEDIATAMENTE POR DETRÁS DEL PRIMER PREMOLAR. CON EL DEDO ÍNDICE IZQUIERDO SE PALPA EL PAQUETE VASCULONERVIOSO A SU SALIDA DEL AGUJERO MENTONEANO, EL DEDO SE DEJA AHÍ EJERCENDO PRESIÓN MODERADA MIENTRAS LA AGUJA SE INTRODUCE EN ESE PUNTO, HASTA QUE TOQUE EL HUESO Y SE DEPOSITA CERCA DE 0.5 ML. DE SOLUCIÓN ANESTÉSICA. SE ESPERAN UNOS SEGUNDOS Y SE MANIPULA LA AGUJA, SIN EXTRAERLA EN SU TOTALIDAD, HASTA QUE LA PUNTA SE SIENTA CAER EN EL AGUJERO MENTONEANO. SE INYECTA ESPACIO OTROS 0.5 ML. DE SOLUCIÓN. DURANTE TODA ESTA FASE, MANTÉNGASE LA AGUJA EN ÁNGULO DE 45 GRADOS.

B). COMPLICACIONES PRODUCIDAS POR LOS ANESTÉSICOS.

DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA ANESTESIA LOCAL O TRONCULAR O DESPUÉS DE -
ELLAS, PUEDE PRESENTARSE UNA SERIE DE COMPLICACIONES Y ACCIDENTES INMEDIATOS O MEDIATOS Y LOCALES O GENERALES.

ACCIDENTES INMEDIATOS.

A). DOLOR. AL REALIZARSE UNA INYECCIÓN, LA AGUJA PUEDE TOCAR UN NERVIPO, PRODUCIENDO MOLESTIAS DE DIVERSA INTENSIDAD, LOCALIZACIÓN O IRRADIACIÓN, DOLOR QUE PUEDE PERSISTIR HORAS O DÍAS.

THOMA SEÑALA, QUE NO DEBE CONFUNDIRSE EL DOLOR POST-INYECCIÓN CON DOLOR POSCIRUGÍA. EL PRIMERO SE PUEDE DEBER A INYECCIONES CON AGUJA SIN FILO QUE DESGARRAN LOS TEJIDOS Y A LA INTRODUCCIÓN DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA MUY CALIENTE O MUY FRÍA, NO ISOTÓNICAS O DEMASIADO RÁPIDAS. EL DESGARRE DE LOS TEJIDOS GINGIVALES Y SOBRE TODO EL PERIOSTIO, ES MOTIVO DE MOLESTIAS POSOPERATORIAS DE INTENSIDAD VARIABLE.

B). LIPOTIMIAS, SÍNCOPE. EN ALGUNAS OCASIONES EL ACCIDENTE ES NEUROGÉNICO, SIENDO EL MIEDO LA CAUSA ORIGINARIA.

LA ADRENALINA DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA TIENE UN PAPEL MUY IMPORTANTE EN OTRAS CIRCUNSTANCIAS, INDEPENDIENTEMENTE DE LA PATOLOGÍA CARDÍACA DEL PACIENTE.

CON FRECUENCIA SE PRESENTA UN ACCIDENTE DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA ANESTESIA O ALGUNOS MINUTOS DESPUÉS, DONDE EL PACIENTE MANIFIESTA LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: PALIDEZ, TAQUICARDIA, SUDORES FRÍOS, NARIZ AFILADA, RESPIRACIÓN ANSIOSA. DE ESTE ESTADO EL PACIENTE PUEDE RECUPERARSE EN POCOS MINUTOS O ENTRAR EN UN CUADRO MÁS SERIO, EL SÍNCOPE.

SÍNCOPE. SE EXPRESA PULSO FILIFORME O IMPERCEPTIBLE, RESPIRACIÓN ANGUS-

TIOSA O ENTRECORTADA. ESTE ACCIDENTE PUEDE PRESENTARSE EN LA ADMINISTRACIÓN DE - CUALQUIER TIPO DE ANESTESIA LOCAL, PERO ES MÁS COMÚN EN EL TRANCURSO DE LA TRONCULAR.

LA PENETRACIÓN DE LÍQUIDO ANESTÉSICO EN UN VASO SANGUÍNEO, IMPLICA MAYOR IMPORTANCIA EN LA GRAVEDAD DEL CUADRO.

TRATAMIENTO DE LIPOTIMIA. SE CONSIDERAN DOS TIPOS DE TRATAMIENTOS: EL - PREVENTIVO Y EL DE ACCIDENTE.

PREVENTIVO. DERIVANDO QUE EN CUALQUIER PACIENTE PUEDE ORIGINARSE LA LIPOTIMIA O SÍNCOPE, SE DEBE TOMAR EN CADA CASO LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN NECESARIAS - CON OBJETO DE EVITAR EL ACCIDENTE; A SU VEZ, SENTARLO CON COMODIDAD, AFLOJAR SUS PRENDAS PARA FAVORECER LA CIRCULACIÓN, COMPROBAR QUE LA AGUJA NO HA ENTRADO EN UN VASO, INYECTAR LENTAMENTE (SOBRE TODO EN LA TRONCULAR).

POR LO GENERAL, NO CONOCEMOS EL ESTADO DEL APARATO CIRCULATORIO DE NUESTROS PACIENTES, A MUCHOS DE ELLOS LOS VEMOS POR PRIMERA VEZ EN EL ACTO QUIRÚRGICO. ES UNA MEDIDA DE PRECAUCIÓN LA INYECCIÓN COMPLETA.

MUCHOS CARDÍACOS PUEDEN SER ANESTESIADOS HACIENDO MUY LENTA LA INYECCIÓN SIN ADRENALINA.

HAY PACIENTES SENSIBLES O ALÉRGICOS A LA NOVOCAÍNA, QUE NECESITAN UNAS - GOTAS PREVIAS PARA COMPROBAR SI SE DESENCADENAN SÍNTOMAS DE SU AFECCIÓN.

ACCIDENTES. ESTE TRATAMIENTO DEPENDE DEL TIPO DE LIPOTIMIA.

LIPOTIMIAS FUGACES. DESAPARECEN RECOSTANDO AL PACIENTE CON LA CABEZA MÁS BAJA QUE EL CUERPO, EN LA POSICIÓN DE TRENDLENBERG, O BIEN CON LA CABEZA FORZADA ENTRE SUS RODILLAS, ADMINISTRANDO UNA TAZA DE CAFÉ, UNAS GOTAS DE AMONÍACO, PORCIÓN TODD O HACIÉNDOLE ASPIRAR SALES AROMÁTICAS.

LOS CASOS GRAVES REQUIEREN INYECTAR CAFEÍNA, ACEITE ALCANFORADO O RAMINA.

EN PACIENTES NERVIOSOS, PUSILÁNIMOS O CON ANTECEDENTES DE ACCIDENTES DE ESTE TIPO, EN EL CURSO DE UNA INYECCIÓN ANESTÉSICA SERÁ ÚTIL Y RECOMENDABLE LA NARCOSEDACIÓN NASAL.

C). ROTURA DE LA AGUJA DE INYECCIÓN. LA PREVENCIÓN DE ESTE ACCIDENTE SE REALIZA APLICANDO AGUJAS NUEVAS, NO OXIDADAS, DE BUEN MATERIAL. PARA LAS INYECCIONES CON JERINGA CARPUELE, LAS AGUJAS DE ACERO, SI NO ESTÁN OXIDADAS O DOBLADAS, SON PROPIAMENTE IRROMPIBLES; EN LAS INYECCIONES TRONCULARES EL EMPLEO DE AGUJAS DE BUEN MATERIAL, EVITANDO EL FLAMEADO, NOS ASEGURARÁN CONTRA ESTE ACCIDENTE.

EL SITIO DE MENOR RESISTENCIA DE LA AGUJA ES EL LÍMITE ENTRE ÉSTA Y EL PA BELLÓN, EL CUAL ESTÁ SOLDADO. ES UNA PRÁCTICA USAR AGUJAS UN POCO MÁS LARGAS QUE LLEGAN AL PUNTO CONVENIDO, TENIENDO POR LO TANTO UN TROZO FUERA DE LOS TEJIDOS, POR DONDE PUEDE SER TOMADA Y RETIRADA EN CASO DE FRACTURA.

DORRANGE, G. M. CONSIDERA DOS MOTIVOS EN LA RUPTURA DE LAS AGUJAS; MOVIMIENTOS INTEMPESTIVOS DEL PACIENTE Y CONTRACCIÓN REPENTINA DEL PTERIGOIDEO INTERNO.

EN ESTE CASO, LA INFILTRACIÓN A NIVEL DEL MÚSCULO ESTIMULA SU CONTRACCIÓN, COMO SU FASCIA EXTERNA ES RÍGIDA, ÉSTA ACTÚA COMO PUNTO DE APOYO PARA DOBLAR Y ROMPER SU AGUJA.

TRATAMIENTO DE ROTURA DE AGUJA. SI EL TRATAMIENTO ES INMEDIATO, LA EXTRACCIÓN DE LA AGUJA DURANTE LA ANESTESIA LOCAL SE REDUCE A UNA INCISIÓN A NIVEL DEL LUGAR DE LA INYECCIÓN Y DISECCIÓN DE LOS TEJIDOS CON UN INSTRUMENTO ROMO, HASTA ENCONTRAR EL TROZO FRACTURADO Y EXTRACCIÓN DEL MISMO CON UNA PINZA DE DISECCIÓN O KOCHER. EN CUANTO HAYA TRANSCURRIDO UN TIEMPO DESPUÉS DEL ACCIDENTE, DEBERÁ INVESTIGARSE CON RADIOGRAFÍAS.

LA EXTRACCIÓN DE LA AGUJA PARA ANESTESIA TRONCULAR, ROTA A NIVEL DE LA CARA INTERNA DEL MAXILAR, REQUIERE UN PROCEDIMIENTO MÁS COMPLICADO. CUANDO EL INSTRUMENTO HA DESAPARECIDO EN LOS TEJIDOS NO ES FÁCIL ENCONTRARLO Y UBICARLO, POR LO TANTO ES NECESARIO EXTRAERLO.

EN CASO DE REQUERIR SIN LOCALIZACIÓN, DEBE HACERSE UNA RADIOGRAFÍA DE PERFIL Y OTRA DE FRENTE (MENTO-NASOPLACA), CON AGUJA DE GUÍA, COLOCADA SEGÚN LA MISMA TÉCNICA QUE LA EMPLEADA PARA LA INYECCIÓN TRONCULAR, AGUJA QUE TAMBIÉN PUEDE USARSE PARA REALIZAR LA ANESTESIA CON EL FIN DE EXTRAER EL TROZO FRACTURADO. EN EL NIVEL DONDE SE ENCUENTRE EL EXTREMO ANTERIOR DE LA AGUJA FRACTURADA, SE TRAZA UNA INCISIÓN VERTICAL QUE LLEGA HASTA EL OBJETO Y SE DISECAN CON UN INSTRUMENTO ROMO LOS TEJIDOS VECINOS, CUIDANDO DE NO PROFUNDIZAR MÁS LA AGUJA ROTA.

LOCALIZADA Y VISIBLE, EL EXTREMO ANTERIOR SE TOMA CON UNA PINZA DE KOCHER Y SE LE RETIRA. SI SE HA LLEGADO CON LA DISECCIÓN MÁS ATRÁS DE LA PUNTA, Y SE LOCA

LIZA LA AGUJA, SE LE PRENDE CON LA PINZA DE KOCHER Y SE TRATA DE LLEVARLA EN DIRECCIÓN ANTERIOR, PERMITIENDO QUE SALGA A TRAVÉS DE LA MUCOSA EN LA CARA INTERNA DEL MAXILAR. EN EL MOMENTO EN QUE APAREZCA EL EXTREMO, SE TOMA CON OTRAS PINZAS, SE ABANDONA LA PRIMERA Y SE RETIRA EL CUERPO FRACTURADO.

LA HERIDA SE CIERRA CON UNO O DOS PUNTOS DE SEDA O NYLON.

D). HEMATOMA. LA PUNCIÓN DE UN VASO SANGUÍNEO ORIGINA UN DERRAME DE INTENSIDAD VARIABLE SOBRE LA REGIÓN INYECTADA.

ESTA COMPLICACIÓN NO ES MUY FRECUENTE, PORQUE LOS VASOS QUE SE DESPLAZAN NO SON PUNCIÓNADOS.

ESTE ACCIDENTE ES COMÚN EN LAS INYECCIONES A NIVEL DE LOS AGUJEROS INFRA ORBITARIOS O MENTONEANO, SOBRE TODO SI SE INTRODUCE LA AGUJA EN EL CONDUCTO ÓSEO. EL DERRAME SANGUÍNEO ES INSTANTÁNEO, Y TARDA VARIOS DÍAS PARA SU RESOLUCIÓN, COMO LOS HEMATOMAS QUIRÚRGICOS. ESTE ACCIDENTE TIENE CONSECUENCIAS SI EXISTE INFECCIÓN.

TRATAMIENTO DE HEMATOMA. APLICACIÓN DE BOLSA DE HIELO SOBRE EL LUGAR DE LA INYECCIÓN.

E). PARÁLISIS FACIAL. SE PRESENTA ESTE ACCIDENTE EN LA ANESTESIA TRONCULAR DEL DENTARIO INFERIOR, CUANDO SE HA LLEVADO LA AGUJA POR ATRÁS DEL BORDE PAROTÍDEO DEL HUESO, INYECTANDO LA SOLUCIÓN EN LA GLÁNDULA PARÓTIDA. TIENE TODOS LOS SÍNTOMAS DE LA PARÁLISIS DE BELL; CAÍDA DEL PÁRPADO E INCAPACIDAD DE OCLUSIÓN

OCULAR Y PROYECCIÓN HACIA ARRIBA DEL GLOBO OCULAR, DESVIACIÓN DE LABIOS.

LA PARÁLISIS ES TEMPORARIA Y DURA EL TIEMPO QUE PERSISTE LA ANESTESIA, NO REQUIERE NINGÚN TRATAMIENTO.

F). ISQUEMIA DE LA CARA. EN ALGUNAS OPORTUNIDADES, A RAÍZ DE CUALQUIER ANESTESIA, SE NOTA SOBRE LA PIEL DE LA CARA DEL PACIENTES ZONAS DE INTENSA PALIDEZ DEBIDAS A ISQUEMIAS SOBRE ESTA REGIÓN. DICHAS ISQUEMIAS SE PRESENTAN POR LA PENETRACIÓN Y TRANSPORTE DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA CON ADRENALINA QUE OCASIONA LA VASOCONSTRICCIÓN. NO REQUIERE TRATAMIENTO.

G). INYECCIÓN DE LAS SOLUCIONES ANESTÉSICAS EN ÓRGANOS VECINOS. EL LÍQUIDO PUEDE INYECTARSE EN LAS FOSAS NASALES, DURANTE LA ANESTESIA DEL NERVIJO MAXILAR SUPERIOR; NO ORIGINA INCONVENIENTES. LA INYECCIÓN EN LA ÓRBITA, DURANTE LA ANESTESIA DE LOS NERVIOS DENTARIOS ANTERIORES O MAXILAR SUPERIOR, PUEDE ACARREAR DII PLOPIA, EXOFORIA O OSOFORIAS, QUE DURAN EL EFECTO DEL ANESTÉSICO.

LA INYECCIÓN A TRAVÉS DEL AGUJERO OVAL EN LA CAVIDAD CRANEANA, EN LA ANESTESIA DEL TRIGÉMINO ES UN ACCIDENTE SERIO Y RARO. NO REQUIERE NINGÚN TRATAMIENTO.

ACCIDENTES MEDIATOS.

A). PERSISTENCIA DE LA ANESTESIA. DESPUÉS DE LA INYECCIÓN DEL DENTARIO INFERIOR, SUELE SUCEDER QUE LA ANESTESIA SE PROLONGUE POR EL ESPACIO DE DÍAS, SEMA

NAS Y MESES. ESTA COMPLICACIÓN SE DEBE A UN ORIGEN NO QUIRÚRGICO, AL DESGARRE DEL NERVIJO POR AGUJAS CON REBARBAS, O A LA INYECCIÓN DEL ALCOHOL JUNTO CON LA NOVOCÁINA. ESTE ALCOHOL ES EL RESIDUO QUE PUEDE QUEDAR EN LA JERINGA, CUANDO SE ACOSTUMBRE A TENER EL INSTRUMENTAL EN ESE LÍQUIDO.

TRATAMIENTO. EL TIEMPO ES EL MEJOR DE LOS TRATAMIENTOS EN ESTE CASO. - EL NERVIJO REGENERA LENTAMENTE Y DESPUÉS DE UN PERÍODO VARIABLE SE RECUPERA LA SENSIBILIDAD.

B). INFECCIÓN EN EL LUGAR DE LA PUNCIÓN. LAS INYECCIONES EN LA MUCOSA BUCAL SON FACILMENTE DE ACOMPAÑARSE DE PROCESOS INFECCIOSOS A SU NIVEL; LA FALTA DE ESTERILIZACIÓN DE LA AGUJA O DEL SITIO DE PUNCIÓN ES LA CAUSA. EN ALGUNAS OCASIONES, EN PUNCIÓNES MÚLTIPLES, SE ORIGINAN ZONAS DOLOROSAS E INFLAMADAS. LA INYECCIÓN SÉPTICA A NIVEL DE LA ESPINA DE SPIX, PROVOCA TRASTORNOS MÁS SERIOS, ABSCESOS Y FLEOMES ACOMPAÑADOS DE FIEBRE, TRISMUS Y DOLOR.

TRATAMIENTO. CONSISTE EN CALOR, PENICILINA Y ABERTURA QUIRÚRGICA DE LOS ABSCESOS. EL TRISMUS DEBE SER VENCIDO MUY DESPACIO POR INTERMEDIO DE UN ABREBOCAS QUE SE COLOCA EN EL LADO OPUESTO AL DEL ABSCESO.

C). DOLOR. PUEDE PERSISTIR EL DOLOR EN EL LUGAR DE LA PUNCIÓN; ESTE FENÓMENO SE OBSERVA EN LA ANESTESIA TRONCULAR DEL DENTARIO INFERIOR, CUANDO LA AGUJA HA DESGARRADO O LESIONADO EL PERIOSTIO DE LA CARA INTERNA DEL MAXILAR.

LAS INYECCIONES SUBPERIÓSTICAS, A VECES SE ACOMPAÑAN DE DOLOR, QUE PERSISTE ALGUNOS DÍAS. LO MISMO PASA CON LA INYECCIÓN ANESTÉSICA EN LOS MÚSCULOS. LA -

LESIÓN DE LOS TRONCOS NERVIOSOS, POR LA PUNTA DE LA AGUJA ORIGINA TAMBIÉN NEURITIS PESISTENTE.

TRATAMIENTO, SE PUEDE REALIZAR CON ONDA CORTA, INFRAROJOS Y VITAMINA B.

CAPITULO VII

TRATAMIENTO DE LOS DIENTES INCLUIDOS

ALGUNOS DIENTES INCLUIDOS PUEDEN SER LLEVADOS A SU LUGAR EN LA ARCADE POR PROCEDIMIENTOS ORTODONTICOS (ORTODONCIA QUIRURGICA).

LA EXTRACCION DE UN DIENTE INCLUIDO CONSISTE ESENCIALMENTE EN UN PROBLEMA MECANICO. ES LA BUSQUEDA DEL DIENTE INCLUIDO POR MEDIOS MECANICOS E INSTRUMENTALES, Y SU ELIMINACION DEL INTERIOR DEL HUESO DONDE SE LOCALIZA, APLICANDO LOS PRINCIPIOS DE LA EXTRACCION O COLGAJO Y EL METODO DE LA EXTRACCION POR SECCIONAMIENTO.

ESTOS METODOS CONSTITUYEN LA EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS DIENTES INCLUIDOS. POR LO TANTO, ES UNA CONDUCTA INTELIGENTE QUE SE APLICA ANTES DE LA APARICION DE LOS TRASTORNOS QUE PUEDEN OCASIONAR EL DIENTE INCLUIDO.

PASOS A SEGUIR.

A). DIÉRESIS. SE ACONSEJA MANTENER TENSA LA MUCOSA O ENCIA CON LOS DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA, APARTANDO AL MISMO TIEMPO LOS LABIOS, A FIN DE LOGRAR UNA CORRECTA INCISION Y, POR CONSECUENCIA, UNA BUENA CICATRIZACION.

LA HOJA DEL BISTURÍ DEBE HACER CONTACTO CON EL HUESO SECCIONANDO CON ESTO EL PERIOSTIO Y SE HACE DE UNA SOLA INTENCION.

LO QUE LIMITA UNA INCISION ES UNA PORCION DE FIBRAMUCOSA O MUCOPERIOSTIO LLAMADO COLGAJO. UN FRACASO MUY FRECUENTE EN LAS EXTRACCIONES DE DIENTES INCLUI-

DOS, ES LA FALTA DE EXPOSICIÓN, LO QUE NOS DA UNA VISIÓN MALA. LOS TEJIDOS NO CICATRIZAN DE UN EXTREMO A OTRO, SINO EN TODAS DIRECCIONES.

ES NECESARIO QUE EL COLGAJO TENGA UNA BASE LO SUFICIENTEMENTE ANCHA PARA TENER UNA BUENA IRRIGACIÓN Y EVITAR TRASTORNOS NUTRITIVOS Y NECROSIS. ES DE VITAL IMPORTANCIA TENER PRESENTE EL RECORRIDO DE LOS VASOS CON EL OBJETO DE QUE NO SEAN SECCIONADOS Y LLEGUEN A ORIGINAR HEMORRAGIAS.

LA INCISIÓN SE DEBE HACER DE TAL MODO QUE, AL VOLVER A ADAPTAR EL COLGAJO A SU SITIO, LA LÍNEA DE INCISIÓN REPOSE SOBRE EL HUESO SANO E ÍNTEGRO PARA QUE LOS PUNTOS DE SUTURA DESCANSEN SOBRE EL PLANO ÓSEO, Y ASÍ EVITAR QUE SE DESPRENDA Y SE ABRA NUEVAMENTE LA INCISIÓN, Y EL COLGAJO SE SUMERJA EN LA CAVIDAD ÓSEA REALIZADA SIN QUE PROVOQUE TRASTORNOS EN LA CICATRIZACIÓN.

b). SEPARACIÓN DEL COLGAJO.

DEBE EFECTUARSE EN TODA LA EXTENSIÓN NECESARIA, APOYÁNDOSE SOBRE EL HUESO.

AL INICIAR EL DESPRENDIMIENTO SE UTILIZA LA PORCIÓN AFILADA DEL ELEVADOR E INMEDIATAMENTE DESPUÉS SE COLOCA EL INSTRUMENTO, DE TAL FORMA QUE, LA CONVEXIDAD DEL ELEVADOR SE ENCUENTRE CONTRA EL COLGAJO. SE DEBE UTILIZAR EL INSTRUMENTO MÁS GRANDE Y APROPIADO A LA SITUACIÓN Y LOS MOVIMIENTOS DEBERÁN SER SUAVES PARA EVITAR DESGARRAMIENTOS DEL TEJIDO. NO ES PRUDENTE LEVANTAR CON EXCESO EL COLGAJO NI HACER TRACCIÓN BRUSCA CON LA MANO, POSTERIORMENTE LA RELAJACIÓN DEL COLGAJO CUANDO SE AFLOJA EL RETRACTOR PERMITIRÁ EL RETORNO DE SANGRE Y NUTRIMIENTO GENERAL A LOS TEJIDOS. ESTO ES NECESARIO CUANDO LA INTERVENCIÓN ES PROLONGADA.

C). OSTEOTOMÍA Y ODONTOSECCIÓN.

LA OSTEOTOMÍA ES LA FASE DE LA OPERACIÓN QUE CONSISTE EN ABRIR EL HUESO Y EXTRAER EL QUE CUBRE AL DIENTE INCLUIDO.

ESTA ELIMINACIÓN DEL HULSO SE REALIZA CON ESCOPLA, PINZAS GURIAS, MARTILLO Y FRESA QUIRÚRGICA.

LA OSTEOTOMÍA CON ESCOPLA Y MARTILLO SE APLICA CUANDO EL HUESO ESTÁ ADELGAZADO POR PROCESOS PATOLÓGICOS, ES USADO A PRESIÓN MANUAL. SE TOMA CON EL APOYO DE LOS DEDOS ANULAR Y MENIQUE Y SOBRE LAS PARTES VECINAS.

EL ESCOPLA SE LLEVA TANGENCIALMENTE AL HUESO, TRATANDO DE INTRODUCIRLO A SU INTERIOR, ESTO DETERMINARÁ UNA PERFORACIÓN QUE SE AGRANDA POR NUEVAS PRESIONES DEL ESCOPLA O CON UNA PINZA GURIA. LAS QUE SE PUEDEN EMPLEAR TAMBIÉN PARA LA RESECCIÓN DEL HUESO SOBRANTE DEL BORDE ALVEOLAR O DE PUNTOS ÓSEOS QUE QUEDAN DESPUÉS DE LAS EXTRACCIONES.

EN CASO DE NO PRESENTARSE NINGUNA PATOLOGÍA QUE LLEGUE A AFECTAR LA ESTRUCTURA ÓSEA, ENTONCES LA OSTEOTOMÍA REQUIERE APARTE DEL ESCOPLA, EL MARTILLO PARA PODER LLEVARLA A CABO, ÉSTE SE TOMA CON LA MANO DERECHA Y ACTÚA SOBRE EL EXTREMO DEL ESCOPLA CON GOLPES SECOS. ES PREFERIBLE UN GOLPE CON RESULTADOS PRÁCTICOS QUE UNA SUCECIÓN DE LOS MISMOS QUE SÓLO MOLESTAN AL PACIENTE. LA PINZA GURIA TIENE UN MECANISMO QUE LE PERMITE ABRIRSE CON ESPONTANEIDAD DESPUÉS DE CERRADA LA MANO DEL OPERADOR, FUNCIONA COMO SACABOCADOS Y ES CORTANTE POR LA PUNTA DE SUS RAMAS, UNA DE ELLAS SE INTRODUCE DENTRO DE LA CAVIDAD ÓSEA Y LA OTRA SE COLOCA SOBRE LA SUPERFICIE. SE

CIERRA LA PINZA Y EL HUESO CIRCUNSCRITO POR LAS RAMAS ES ELIMINADO, Y ASÍ SUCE-SIVAMENTE HASTA DONDE REQUIERE LA OSTEOTOMÍA.

OSTEOTOMÍA CON FRESA. LA FRESA ES UN INSTRUMENTO MUY ÚTIL PARA PRACTICAR LA OSTEOTOMÍA, EVITA EL DESAGRADABLE GOLPE DEL ESCOPLA. ELIMINA EL HUESO EN SU TQ-TALIDAD, O BIEN, REALIZA PERFORACIONES VECINAS ENTRE SÍ SOBRE LA TABLA ÓSEA. SE LE-VANTA POSTERIORMENTE CON UN ESCOPLA EL HUESO LIMITADO POR LAS PERFORACIONES Y EN EL ORIFICIO SE INTRODUCEN LAS PINZAS GUBIAS PARA ELIMINAR EL HUESO NECESARIO.

LA FRESA DEBE ACTUAR SIEMPRE BAJO UN CHORRO DE AGUA ESTERILIZADA O SUERO FISIOLÓGICO, PROYECTADO CON UNA JERINGA DE GOMA O DE VIDRIO A FIN DE EVITAR CALEN-TAMIENTO DE HUESO, QUE PODRÍA PROVOCAR LESIONES O SECUESTROS.

ODONTOSECCIÓN. ES LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEL DIENTE INCLUIDO MEDIANTE LA CUAL SE SECCIONA EL DIENTE, YA SEA UNIRADICULAR O MULTIRADICULAR.

INDICACIONES PARA LA ODONTOSECCIÓN.

- A). RAÍCES CON CEMENTOSIS.
- B). RAÍCES AMPLIAMENTE DIVERGENTES DE MOLARES SUPERIORES O INFERIORES.
- C). RAÍCES CONVERGENTES DE MOLARES SUPERIORES O INFERIORES QUE ESTÉN AR-QUEADAS HACIA AFUERA, DESDE EL CUELLO HASTA LA MITAD DONDE SE CURVAN, UNIÉNDOSE EN EL ÁPICE, ASÍ UNA PORCIÓN DE HUESO ES ENCERRADO ENTRE LAS RAÍCES.
- D). DIENTES CON ÁPICES EN ÁNGULO PERPENDICULAR AL EJE LARGO DEL DIENTE.
- E). CUANDO LA CORTICAL ES GRUESA Y DENSA POR VESTIBULAR Y HAY EXOSTOSIS MULTILOBULAR EN EL MAXILAR O MANDÍBULA.

- F). MANDÍBULA DELGADA EN LA QUE SE REQUIERE FUERZA EXCESIVA PARA LUXAR LOS DIENTES QUE PUEDE PROVOCAR FRACTURA MANDIBULAR.
- G). RAÍCES ANQUILOSADAS (EN PERSONAS ANSIANAS).
- H). CUANDO EL DIENTE ESTÉ EN POSICIÓN HORIZONTAL Y NO SE PUEDA LLEVAR A CABO LA AVULSIÓN POR MEDIO DE BOTADORES O FORCEPS.

VENTAJAS DE LA ODONTOSECCIÓN.

- A). REDUCCIÓN DEL DIENTE INCLUIDO PARA FACILITAR SU EXTRACCIÓN.
- B). MENOR PELIGRO DE CAER EN UNA COMUNICACIÓN BUCOSINUSAL O DAÑAR EL PAQUETE VASCUONERVIOSO EN LA MANDÍBULA.
- C). MENOR POSIBILIDAD DE FRACTURA DEL MAXILAR O MANDÍBULA.
- D). MENOR PROBABILIDAD DE DESGARRAR ÁREAS EXTENSAS DE HUESO CORTICAL ESPONJOSO DURANTE LA EXODONCIA.

D). AVULSIÓN.

UNA VEZ REALIZADA LA OSTEOTOMÍA Y EN CASO NECESARIO LA ODONTOSECCIÓN, SE PROSIGUE A LA ELIMINACIÓN DEL DIENTE INCLUIDO, TRAUMATIZANDO LO MENOS POSIBLE O - FRACTURAR DIENTES VECINOS O PAREDES ALVEOLARES. LA OPERACIÓN CONSISTE EN ELIMINAR UN CUERPO DURO, POR MEDIO DE PALANCAS QUE APOYADAS EN EL HUESO VECINO O DIENTE ADYACENTE SE ELEVA EL DIENTE SIGUIENDO LA BRECHA ÓSEA CREADA.

LA ELIMINACIÓN DEL ÓRGANO DENTARIO SE PUEDE REALIZAR DE DOS FORMAS:

- A). AMPLIANDO LA VENTANA ÓSEA.

B). SECCIONANDO EL ÓRGANO DENTARIO.

EN EL PRIMERO SE SACRIFICA Y TRAUMATIZA EL TEJIDO ÓSEO, YA QUE POR MEDIO DE ÉSTE SE EXTRAE UN DIENTE.

EN EL SEGUNDO SE CORTA EL DIENTE EN EL NÚMERO DE FRAGMENTOS QUE SEA NECESARIO EXTRAYENDO SUS PARTES POR SEPARADO Y, A EXPENSAS DE LOS ESPACIOS CREADOS POR LAS PARTES DESALOJADAS, SE ACOMPLETA LA ELIMINACIÓN DE LOS FRAGMENTOS RESTANTES. ÉSTO SE HACE CON ELEVADORES Y FORCEPS.

EXISTEN ALGUNOS CASOS EN QUE EL DIENTE ESTÁ DIRIGIDO EN SENTIDO VERTICAL, EN ESTOS LA SECCIÓN NO ES APLICABLE, EN TAL POSICIÓN SE CREA UN ESPACIO CON FRESAS ALREDEDOR DE LA CORONA DEL DIENTE, Y SIEMPRE QUE ÉSTA NO SE ENCUENTRE ENCLAUSTRADA PUEDE SER EXTRAÍDO UN ELEVADOR RECTO, CON MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN, OBTENIENDO LA LUXACIÓN DEL DIENTE. LA EXTRACCIÓN TERMINA CUANDO SE TOMA AL ÓRGANO DENTARIO POR SU CUELLO CON UN FORCEPS Y SE EJERCEN MOVIMIENTOS SUAVES DE ROTACIÓN Y TRACCIÓN EN DIRECCIÓN AL EJE DEL DIENTE.

E). TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD.

YA EXTRAÍDO EL DIENTE INCLUIDO, DEBE INSPECCIONARSE CUIDADOSAMENTE LA CAVIDAD ÓSEA Y EXTRAER LAS ESQUIRILAS ÓSEAS O DE DIENTE QUE QUEDEN Y, ELIMINAR EL SACO PERICORONARIO DESTACADO COMO UNA LÍNEA RADIOLÚCIDA QUE RODEA A LA CORONA DEL DIENTE, YA QUE PUEDE EN OCASIONES COMUNICAR CON EL MEDIO BUCAL E INFECTARSE. ADEMÁS EXISTEN RESTOS EPITELIALES QUE SUELEN MODIFICAR SU ESTRUCTURA Y ADQUIRIR CARAC

TERÍSTICAS TUMORALES. UNA VEZ INFECTADO EL SACO PERICORONARIO SE CONSIDERA UN ELEMENTO DE INFECCIÓN FOCAL.

LOS BORDES ÓSEOS AGUDOS Y PROMINENTES DEBEN SER ALIZADOS CON LIMAS PARA HUESO; POSTERIORMENTE, IRRIGAR A PRESIÓN CON SUERO FISIOLÓGICO Y ASEGURAR QUE NO QUEDE NINGÚN RESTO ÓSEO, PERICORONARIO O DENTAL.

ALGUNAS OPERACIONES REQUIEREN DE UN TRATAMIENTO PARTICULAR DE LA CAVIDAD ÓSEA, DEBIDO A QUE EL HUESO ESTÁ AFECTADO O PORQUE LA ÍNDOLE DE LA OPERACIÓN ASÍ LO EXIGE, CON OBJETO DE EVITAR HEMORRAGIA O DOLORES POSOPERATORIOS.

EL TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA SE REALIZA COLOCANDO DENTRO DE ELLA MEDICAMENTOS, GASAS CON MEDICAMENTOS O DRENAJE.

A). MEDICAMENTOS. SE EMPLEAN LAS DISTINTAS PREPARACIONES INDICADAS EN EL TRATAMIENTO DE ALVEOLITIS, LOS CEMENTOS QUIRÚRGICOS, LOS LAVAJES DE LOS ALVEOLOS O CAVIDADES CON SOLUCIONES ANESTÉSICAS O ANTISÉPTICAS, LAS SUSTANCIAS TALES COMO VASELINA, PASTAS DE DISTINTAS FÓRMULAS Y VACUNAS.

B). GASAS CON MEDICAMENTOS. TAPONAMIENTO. LA GASA SOLA O IMPREGNADA CON MEDICAMENTO (GASA YODOFORMADA, CON FENOL DE BENGÜI), SE USA PARA TAPONEAR CAVIDADES DE DISTINTO VOLUMEN; ALVEOLOS POSEXTRACCIÓN, CAVIDADES DE QUISTES O TUMORES.

EL TAPONAMIENTO SE HACE CON DOS FINES:

A). EVITAR LA ENTRADA A LA CAVIDAD DE SUSTANCIAS O CUERPOS EXTRAÑOS.

- b). PREVENIR LA HEMORRAGIA Y EL DOLOR.
- c). DRENAJE. EN OCASIONES SE REQUIERE LA COMUNICACIÓN DE LA CAVIDAD - OSEA CON EL EXTERIOR, TAL COMUNICACIÓN SE EJECUTA CON DRENES DE GASA O DE GOMA.

SUSTANCIAS EMPLEADAS EN LA OBSTRUCCIÓN DE CAVIDADES.

OSEAS EN CIRUGÍA BUCAL.

THOMA SOSTIENE: "EL DESARROLLO DE UN MÉTODO QUE PERMITA QUE LAS HERIDAS DEJADAS POR LAS EXTRACCIONES DENTARIAS SEAN CERRADAS CON SEGURIDAD, ES UNA DE LAS NECESIDADES MÁS IMPORTANTES EN CIRUGÍA ORAL". CONSIDERA TRES FACTORES QUE DEBEN TENERSE EN CUENTA:

1). A CAUSA DE QUE ES DIFÍCIL LOGRAR Y MANTENER UNA ABSOLUTA ASEPSIA EN LOS ACTOS QUIRÚRGICOS EN LA CAVIDAD BUCAL, SE REQUIERE UN AGENTE BACTERICIDA Y BACTERIOSTÁTICO.

2). LA HEMORRAGIA SECUNDARIA, AUNQUE GENERALMENTE DE LIGERA INTENSIDAD, ES COMÚN DURANTE LAS PRIMERAS 24 HORAS, Y SE PRESENTA DESPUÉS DE DESAPARECER EL EFECTO LOCAL PARA PREVENIR EQUIMOSIS O HEMATOMAS.

3). COMO PREVENCIÓN DE LA RUPTURA DE UN COÁGULO DEMASIADO GRANDE, QUE ES UN EXCELENTE MEDIO DE CULTIVO DEL CRECIMIENTO BACTERIANO, DEBE LOGRARSE UN AGENTE OBTURADOR DE ESPACIO.

A). PENICILINA. COLOCADA DENTRO DE LOS ALVEOLOS O CAVIDADES ÓSEAS, SE PUEDE USAR SOLA O COMBINADA CON OTRO AGENTE O MATERIALES QUE ACTÚAN COMO VEHÍCULOS DENTRO DEL ALVEOLO. EJEMPLO:

PENICILINA CON GELFOAM, EL EFECTO QUE HUBO FUE ANULAR EL DOLOR POSOPERATORIO.

B). TIROTRICINA. COMBINADA CON TROMBINA DA BUENOS RESULTADOS.

C). SULFAMIDAS. MILLHON Y OTROS EMPLEAN MÉTODOS PARA OBTURAR LOS ALVEOLOS AL COMBINAR SULFATIAZOL, VASELINA Y UNA BASE DE GLICERINA. DESPUÉS FUE MODIFICADA: SULFATIAZOL, GLICERINA, METÁFENO Y ALCOHOL BENCÍLICO. LA GLICERINA FAVORECE EL TRATAMIENTO PORQUE ES ABSORBIBLE, LA VASELINA ES AISLANTE Y EL SULFATIAZOL CRISTALINO.

D). FIBRINFOAM. (ESPUMA DE FIBRINA). ES UN AGENTE TERAPÉUTICO, DE EXTRAORDINARIA ACCIÓN HEMOSTÁTICA. ES UN COÁGULO DE LABORATORIO QUE SE APLICA EN NEUROCIRUGÍA POR CORREL Y WISE. Y SE OBTIENE HACIENDO ACTUAR FIBRINÓGENO CON TROMBINA BAJO CONDICIONES QUÍMICAS.

EN ESTADO SECO, EL FIBRINFOAM, (GELFOAM) PRESENTA UNA GRAN ÁREA SUPERFICIAL, ACTUANDO ASÍ DE MANERA MECÁNICA; LA SANGRE ENTRA EN ESTA RED Y LA FUNCIÓN DE COAGULACIÓN SE LLEVA A CABO A EXPENSAS DE ESTA PROPIEDAD DEL MATERIAL. EL FIBRINFOAM TIENE LA CARACTERÍSTICA DE ABSORBERSE RÁPIDAMENTE CON UNA MÍNIMA REACCIÓN TISULAR.

THOMA INICIÓ EL ESTUDIO DE LA FIBRINFOAM EN CIRUGÍA BUCAL, Y REALIZA UNA SERIE DE EXTRACCIONES DE TERCEROS MOLARES INFERIORES EN RETENCIÓN TOTAL, E INTRODUCE EN EL ALVEOLO FIBRINFOAM CON TROMBINA Y TIOTRICINA CON EXCELENTE RESULTADO.

MITCHEL CONCLUYÓ QUE EL FIBRINFOAM TIENE:

- 1). INMEDIATA HEMOSTASIS.
- 2). DISMINUYE EL EDEMA, COMO CONSECUENCIA DE LA POSIBLE PREVENCIÓN DE LA EXTRAVASACIÓN SANGUÍNEA SUBMUCOSA.
- 3). REDUCCIÓN DEL DOLOR, COMO EFECTO DE UN INMEDIATO Y TOTAL CIERRE DE LA HERIDA Y LA CONSIGUIENTE PROTECCIÓN DE LAS TERMINACIONES NERVIOSAS DEL ALVEOLO.

E). CELULOSA OXIDADA. (OXICEL). ES UN MATERIAL QUE SE OBTIENE TRANSFORMANDO LA GASA O EL ALGODÓN COMÚN EN UN ÁCIDO ORGÁNICO (ÁCIDO POLIANHIDROGLUCURÓNICO) POR LA ACCIÓN DEL DIÓXIDO DE NITRÓGENO. SE EMPLEA EN CIRUGÍA BUCAL COMO HEMOSTÁTICO Y OBTURADOR DE ESPACIO, EN INTERVENCIONES QUISTICAS O TUMORES DE CAVIDAD BUCAL.

F). PLACENTA. EL POLVO DE PLACENTA SE USA EN HEMORRAGIAS, SOBRE TODO EN HEMOFÍLICOS.

NUESTRA EXPERIENCIA PERSONAL, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA OBTURACIÓN DE CAVIDADES ÓSEAS Y COMO SÍNTESIS DE LO EXPUESTO ES LO SIGUIENTE:

- 1). EN EXTRACCIONES DE TERCEROS MOLARES SEGUIMOS DOS CONDUCTAS:

A). TERCEROS MOLARES SIN COMPLICACIONES PERICORONARIAS APARENTES. AL PRACTICAR LA EXTRACCIÓN SE ESTERILIZA CON MERTHIOLATE EL CAMPO OPERATORIO, SE AISLA CON GASA LA ZONA A OPERAR Y SE APLICA EL ASPIRADOR DE SANGRE. DEBE EVITARSE EN LO POSIBLE LA ENTRADA DE SALIVA DENTRO DEL ALVEOLO. DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN Y ELIMINACIÓN DEL SACO PERICORONARIO, SE COLOCA EN EL ALVEOLO UNA CANTIDAD PROPORCIONAL AL TAMAÑO DE UN ANTIBIÓTICO, PUEDE SER TETRACICLINA (SE INTRODUCE UNA PASTILLA EN LA CAVIDAD). A FALTA DE MEDICAMENTOS SE SITUÁ DENTRO DEL ALVEOLO UNA CANTIDAD DE SULFANILAMIDA USADA EN CIRUGÍA GENERAL. CUALQUIER MEDICAMENTO QUE SE HAYA COLOCADO DENTRO DEL ALVEOLO SE DEJA MEZCLAR CON LA SANGRE Y SE SUTURA CUIDADOSAMENTE CON SEDA O NYLON.

B). TERCEROS MOLARES CON PERICORONITIS. EN ESTE CASO SE EMPAQUETA EL ALVEOLO CON UNA TIRA DE GASA YODOFORMADA, PROPORCIONADA A LA CAVIDAD QUE VA A LLERNAR, HUMEDECIDO CON EL BÁLSAMO QUIRÚRGICO DE LA SIGUIENTE COMPOSICIÓN.

ACEITE DE CLAVO.....	60 PARTES
BÁLSAMO DE CANADÁ.....	35 PARTES
BÁLSAMO DEL PERÚ.....	5 PARTES

1). ESTA GASA DEBE CUBRIR TODO EL ALVEOLO PARA EVITAR LA DESCOMPOSICIÓN DE PORCIONES DE COÁGULO QUE PUEDAN PERMANECER EN LA CAVIDAD ÓSEA. LA CURACIÓN SE DEJA DE 5 A 6 DÍAS, CONFIANDO QUE EL HUESO SE CUBRA POR GRANULACIÓN.

2). EN EXTRACCIONES MÚLTIPLES, INDIVIDUALES O REGULARIZACIÓN DE ALVEOLOS, SE EMPAQUETA UNA CANTIDAD DE ANTIBIÓTICOS EN POLVO (TETRACICLINA) Y SE SUTURA.

3). EN EXTRACCIONES DE PERSONAS HEMOFÍLICAS SE EMPLEA EL OXICAL, IMPREG

NADO EN TROMBINA Y CIERRE HERMÉTICO BAJO SUTURA. ES IMPORTANTE NO DEJAR EN ESTOS PACIENTES GRANULOMAS APICALES O PARADENTÓSICOS Y ENCÍA FUNGOSA, FUENTES DE HEMORRAGIA QUE PUEDAN SER EVITADAS Y PREVENIDAS.

4). EN LA CIRUGÍA DE QUISTES EN RELACIÓN CON EL SENO MAXILAR CUANDO ES NECESARIO ACTUAR SOBRE ESTA CAVIDAD, LAS HEMORRAGIAS ÓSEAS INTRASINUSALES LAS COHIBIMOS AL COLOCAR SOBRE EL HUESO UN TROZO DE OXICEL MOJADO EN TROMBINA.

5). EN LA CIRUGÍA DE TUMORES DE ORIGEN DENTARIO SE EMPLEA TAMBIÉN EL OXICEL PORQUE ACTÚA COMO OBTURADOR DE ESPACIO.

F). SINESIS (SUTURA). ES LA MANIOBRA QUE TIENE POR OBJETO REUNIR LOS TEJIDOS SEPARADOS POR LA INCISIÓN. ES INDISPENSABLE TANTO EN CIRUGÍA GENERAL COMO EN LA BUCAL, TAMBIÉN ES ACONSEJABLE EN INCISIONES GRANDES, EN REUNIÓN DE BORDES GIVALES Y EN UNA SIMPLE EXTRACCIÓN DENTARIA.

G). TÉCNICA DE SUTURA.

A). MANERA DE TOMAR LAS AGUJAS. RARA ES LA OCASIÓN EN QUE SE COGEN CON LA MANO PEQUEÑAS AGUJAS, COMÚNMENTE SE USA UN PORTA-AGUJAS PARA ASIRLAS. EN CASO DE SOSTENERLA CON LA MANO, SE MANTIENE LA AGUJA FUERTEMENTE ENTRE LA CARA PALMAR DEL DEDO PULGAR Y EL CORDIAL E ÍNDICE.

LA FORMA DE TOMAR LA AGUJA VARÍA DEPENDIENDO DE SU TIPO CÓNCAVO SEGÚN SUS CARAS O BORDES. EN CIRUGÍA BÚCAL SE ACOSTUMBRA INICIAR LA SUTURA EN LA CARA PALATINA O LINGUAL DEL MAXILAR Y TERMINARLA EN LA BUCAL O VESTIBULAR. EN INCISIONES -

SITUADAS EN UNA SOLA CARA, LA AGUJA DEBE SER DIRIGIDA DESDE LO MÁS COMPLICADO A LO MÁS SIMPLE, ESTO ES DE DISTAL A MESIAL.

B). MANERA DE TOMAR EL PORTA-AGUJAS. EL PORTA-AGUJAS CURVO SE MANEJA CON LA MANO DERECHA, CÓMODAMENTE APLICANDO EN EL HUECO DE LA MANO Y DIRIGIDO POR EL PULGAR POR UN LADO Y LOS TRES ÚLTIMOS DEDOS EN EL LADO OPUESTO, EL ÍNDICE APOYADO CONTRA EL INSTRUMENTO SIRVE DE GUÍA. DICHO INSTRUMENTO DETIENE LA AGUJA DE MANERA PROPORCIONAL EN EL CENTRO DE SU ARCO; LA AGUJA PERFORA LA FIBRAMUCOSA (PUEDE TOMARSE ESTE ELEMENTO CON UNA PINZA DE DISECCIÓN O DIENTES DE RATÓN), SE VE ENTRE LOS LABIOS DE LA HERIDA Y PERFORA DE NUEVO LA FIBRAMUCOSA DEL COLGAJO OPUESTO Y APARECE EN LA SUPERFICIE. EN ESTE MOMENTO EL PORTA-AGUJAS ABANDONA LA AGUJA DE SU LUGAR Y AYUDA A ÉSTA A PASAR DE ENTRE EL COLGAJO.

LA MANIOBRA PARA SUTURAR SE REALIZA EN DOS TIEMPOS:

A). LA AGUJA ATRAVIESA EL COLGAJO PALATINO Y APARECE ENTRE LOS LABIOS DE LA INCISIÓN.

B). DE AHÍ, EL PORTA-AGUJAS LA LLEVA POR EL EXTREMO EMERGENTE Y LE HACE TERMINAR SU RECORRIDO. EL PORTA-AGUJAS VUELVE A TOMAR LA AGUJA Y LE HACE RECORRER UN NUEVO TRAYECTO INTRODUCIÉNDOSE ENTRE LOS LABIOS DE LA HERIDA, PERFORA EL COLGAJO DESDE ADETRÁS HACIA AFUERA Y SE EXTRAE POR EL PORTA-AGUJAS CON UNA MANIOBRA PARECIDA A LA ANTERIOR.

CAPITULO VIII
TRATAMIENTO ESPECIFICO DE LOS DIENTES INCLUIDOS
TERCEROS MOLARES INCLUIDOS INFERIORES

ORGANOS TERMINALES DE LA SERIE DENTARIA QUE PRESENTAN DISTINTAS FORMAS, TAMAÑOS, DISPOSICIONES Y ANOMALÍAS.

EN SU RETENCIÓN O EN EL INTENTO DE ERUPCIÓN, EL TERCER MOLAR O MUELA DEL JUICIO PRODUCE UNA SERIE DE ACCIDENTES PATOLÓGICOS DIVERSOS, DE VARIADO ASPECTO O INTENSIDAD. ESTOS ACCIDENTES SE PRODUCEN EN INDIVIDUOS DE RAZA BLANCA POR FALTA DE ESPACIO PRINCIPALMENTE, EN MUJERES POR SU ESTADO FISIOLÓGICO Y APARECEN ENTRE LOS 18 Y 23 AÑOS.

LOS ACCIDENTES DE ERUPCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR SE DEBE A LA INFECCIÓN DEL SACO PERICORONARIO (PERICORONITIS).

AL PRODUCIRSE LA INFECCIÓN DEL SACO SE RELACIONAN DOS FACTORES:

- 1). AUMENTO DE LA VIRULENCIA MICROBIANA Y DISMINUCIÓN DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO.
- 2). EL ESTABLECIMIENTO DE UNA PUERTA DE ENTRADA, LA QUE ESTÁ CONDICIONADA POR FACTORES MECÁNICOS; TRAUMATISMOS SOBRE EL CAPUCHÓN QUE CUBRE EL TERCER MOLAR ORIGINADOS POR LAS CÚSPIDES DEL DIENTE EN ERUPCIÓN, LAS CÚSPIDES DE LOS DIENTES ANTAGONISTAS O POR LA ACCIÓN DE AMBOS.

CLASIFICACION DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR

- 1). ACCIDENTES MUCOSOS
- 2). ACCIDENTES NERVIOSOS
- 3). ACCIDENTES OSEOS
- 4). ACCIDENTES CELULARES
- 5). ACCIDENTES LINFÁTICOS O GANGLIONARES
- 6). ACCIDENTES TUMORALES

1). ACCIDENTES MUCOSOS. SON LAS COMPLICACIONES QUE APARECEN EN LAS PARTES BLANDAS QUE RODEAN EL MOLAR RETENIDO, SU PRIMER TIPO ES LA PERICORONITIS.

LA PERICORONITIS ES LA LESIÓN INICIAL Y EL ACCIDENTE DE ALARMA. SE ORIGINA EN UNA ÉPOCA EN RELACIÓN CON LA ERUPCIÓN DEL MOLAR DEL JUICIO, SU COMIENZO PUEDE SER BRUSCO O INSIDIOSO.

ES BRUSCO CUANDO APARECE A NIVEL DEL CAPUCHÓN QUE CUBRE EL MOLAR RETENIDO TOTAL O PARCIALMENTE Y SE INSTALA UN PROCESO INFLAMATORIO CON SUS SIGNOS CARACTERÍSTICOS: DOLOR, TUMOR, CALOR Y RUBOR.

DOLOR. GENERALMENTE ES NOCTURNO Y PRECOZ, AUMENTA CON EL ROCE DE LOS ALIMENTOS O CON SU CAMBIO DE TEMPERATURA. PUEDE QUEDAR LOCALIZADO EN LA REGIÓN DEL CAPUCHÓN, IRRADIARSE EN LA LÍNEA DEL NERVIIO DENTARIO INFERIOR O TOMAR DISTINTAS VÍAS. EN OCASIONES SE UBICA EN EL OÍDO O A NIVEL DEL TRAGUS.

EL DOLOR SE DEBE A FENÓMENOS DE COMPRESIÓN DEL SACO PERICORONARIO Y DE LA MUCOSA INFLAMADA O TAMBIÉN A LA EXISTENCIA DE UNA ÚLCERA DEBAJO DEL CAPUCHÓN PROVOCADA POR EL ROCE DE UNA CÚSPIDE DEL MOLAR EN ERUPCIÓN.

TUMOR. LA ENCÍA QUE CUBRE EL MOLAR SE ENCUENTRA EDEMATIZADA, AUMENTADA DE VOLUMEN.

RUBOR. LA ENCÍA HA CAMBIADO DE COLOR NORMAL Y SE PRESENTA ROJO VIOLÁCEO, ESTÁ CUBIERTA DE RESTOS ALIMENTICIOS Y COÁGULOS DE SANGRE.

CALOR. LA VASODILATACIÓN OCASIONA UN CAMBIO EN LA TEMPERATURA DE LA REGIÓN. EL ESTADO GENERAL SE ENCUENTRA RÁPIDAMENTE AFECTADO CON FIEBRE, ANOREXIA, ASTENIA, ADENITIS DEL GANGLIO DE CHASSAIGNAC, TRISMUS Y MASTICACIÓN DIFICULTADA.

EL COMIENZO DE LA PERICORONITIS ESTÁ CARACTERIZADO POR LA APARICIÓN DE DOLORES COMÚNMENTE LEVES Y LIGEROS PROCESOS INFLAMATORIOS QUE DURAN DOS O TRES DÍAS, TRISMUS MUY POCO ACENTUADOS DEL CAPUCHÓN. DEL MOLAR EN ERUPCIÓN BROTA UNAS GOTAS DE PUS, DE SANGRE Y EL PROCESO SE REMITE HASTA UN NUEVO FENÓMENO INFLAMATORIO.

COMPLICACIONES MUCOSAS LOCALES Y REGIONALES LAS GINGIVOSTOMATITIS ULCEROSAS Y ULCEROMEMBRANOSAS

EL CAPUCHÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR, SUS REGIONES VECINAS Y LOS FONDOS DE SACO VECINOS AL DIENTE RETENIDO, PUEDEN SER SITIOS PROPICIOS A LA EXACERBACIÓN

DE LA VIRULENCIA MICROBIANA Y EN LOS CUALES LAS CONDICIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LA SIMBIOSIS FUSOESPIRILAR ALCANZA SU PLENITUD.

POR ESTAS RAZONES, EL TERCER MOLAR EN ERUPCIÓN Y EL SACO PERICORONARIO SON EL PUNTO DE INICIACIÓN DE UNA GINGIVITIS O GINGIVOESTOMATITIS QUE SUELEN PRESENTAR TODO EL ASPECTO DE LAS ULCEROMEMBRANOSAS. ESTA AFECCIÓN TIENE EN OCASIONES AMPLIA REPERCUSIÓN GANGLIONAR Y GENERAL, SE CARACTERIZA POR SU UNILATERALIDAD DEL LADO DEL MOLAR EN ERUPCIÓN.

ULCERAS DEBAJO DEL CAPUCHÓN. EL CAPUCHÓN QUE CUBRE EL TERCER MOLAR EN ERUPCIÓN ES TRAUMATIZADO POR DOS FACTORES QUE SE COMPLEMENTAN DONDE SE UNEN LA INFLAMACIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

LAS CÚSPIDES DEL TERCER MOLAR INFERIOR POR DEBAJO Y LAS CÚSPIDES DE LOS DIENTES SUPERIORES, O LA ACCIÓN DE LOS ALIMENTOS, PRODUCEN EN LA CARA INFERIOR DEL CAPUCHÓN UNA ULCERACIÓN EXTREMADAMENTE DOLOROSA, QUE ES LA FUENTE DE DOLOROS LOCALES E IRRADIADOS, SE ACOMPAÑA EN GENERAL DE UN TRISMUS ANTÁLGICO.

LOS MALESTARES CAUSADOS POR ESTA ÚLCERA CEDEN CON RAPIDEZ SI SE SUSPENDE EL FACTOR TRAUMÁTICO SUPERIOR (DESGASTAR LAS CÚSPIDES DE LOS DIENTES SUPERIORES), AL ANESTESIAR Y TRATAR LA ÚLCERA INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE COLOCAR DEBAJO DEL CAPUCHÓN UNA TIRA DE GASA IMPREGNADA EN LICOR DE BOHAIN O EN LÍQUIDO DE VAN DER GINTZ. ÉSTOS MEDICAMENTOS ACTÚAN EN CUANTO SE ANESTESIA LA CARA INFERIOR DEL CAPUCHÓN Y SE CAUTERIZA LA ÚLCERA. LA TIRA CON MEDICAMENTOS DEBE PERMANECER UNA O DOS HORAS. ES ÚTIL TAMBIÉN TRATAR LA ÚLCERA CON UNA FINA TORUNDA DE ALGODÓN IMPREGNADO EN ÁCIDO -

AL 25%.

TRATAMIENTO DE LA PERICORONITIS

ESTE TRATAMIENTO SE REALIZA POR DOS MEDIOS:

- A). MÉDICO
- B). QUIRÚRGICO

A). EL TRATAMIENTO MÉDICO DE LA PERICORONITIS. EL CAPUCHÓN PERICORONARIO INFLAMADO SE LAVARÁ CON UNA SOLUCIÓN ANTISÉPTICA DÉBIL, TALES COMO AGUA OXIGENADA O PERBORATO DE SODIO PARA LA LIMPIEZA DE LAS SECRECIONES.

ES CONVENIENTE FAVORECER LAS CONDICIONES DE DEFENSA LOCAL ADMINISTRANDO ENJUAGATORIOS QUE ACTÚEN COMO EMOLIENTES Y REVULSIVOS.

LA SIGUIENTE FÓRMULA TIENE ÚTIL APLICACIÓN:

RP, FENOL
HIDRATO DE CLORAL..... 5 GRs.
COCIMIENTO DE COCA
COCIMIENTO DE AMAPOLA.....500 GRs.
ESENCIA DE MENTA

ANTIBIÓTICOS. SE APLICAN SEGÚN LAS INDICACIONES MÉDICAS.

B). TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS.

1). APERTURA DE LOS FOCOS DE SUPURACIÓN. EN PRESENCIA DE UN ABSCESO SUB MUCOSO, DEBAJO DEL CAPUCHÓN, ÉSTE DEBE SER ABIERTO QUIRÚRGICAMENTE A BISTURÍ, TERMO O GALVANOCAUTERIO.

2). EXTRACCIÓN DEL MOLAR CAUSANTE. EL MOLAR RETENIDO Y SU SACO PERICORONARIO PUEDEN SER EXTRAÍDOS PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA QUE ORIGINARON. EN NUESTRA PRÁCTICA SE OPERA EN ESTADO AGUDO, VALIÉNDONOS DE LA ANESTESIA GENERAL Y ANTIBIÓTICOS. SI LAS CIRCUNSTANCIAS SON DESFAVORABLES A LA EXTRACCIÓN DEL MOLAR RETENIDO, SE PROCEDERÁ POR OTROS MÉTODOS Y CON ANALGÉSICOS E HIPNÓTICOS A VENCER LA SINTOMATOLOGÍA DOLOROSA E INFLAMATORIA Y PROCURAR EL DESCANSO DEL PACIENTE, HASTA QUE SEA POSIBLE REALIZAR SIN PROBLEMAS LA ELIMINACIÓN QUIRÚRGICA DEL MOLAR.

ELIMINACIÓN QUIRÚRGICA DEL CAPUCHÓN.

ELIMINACIÓN O EXTIRPACIÓN DEL CAPUCHÓN EN FRÍO. ES CUANDO NO EXISTE O HAN CESADO LOS FENÓMENOS INFLAMATORIOS DE PERICORONITIS.

EL CAPUCHÓN QUE CUBRE AL MOLAR EN ERUPCIÓN PUEDE SER ELIMINADO.

A). FORMA Y LÍMITES DEL CAPUCHÓN. DEBE CONCRETARSE SÓLO A RESECARSE LOS CAPUCHONES QUE CUBREN, A MANERA DE LENGÜETAS, AL MOLAR EN ERUPCIÓN.

LOS CAPUCHONES QUE ESTÁN FORMADOS POR UNA PROLONGACIÓN DEL PILAR ANTERIOR NO DEBEN SER RESECADOS. ESTÁ SOBREENTENDIDO QUE LA ELIMINACIÓN DEL CAPUCHÓN SE HA-

RÁ EN FRÍO FUERA DE LOS PERÍODOS AGUDOS DE INFECCIÓN. LA APERTURA DEL SACO PERICORONARIO O DE LA ENCÍA EN PERÍODO AGUDO CON ESTOS FINES, PROVOCARÁ TRASTORNOS DE GRAVEDAD.

B). POSICIÓN DEL TERCER MOLAR EN ERUPCIÓN. EL ÚNICO CASO QUE INDICA LA ELIMINACIÓN DEL TERCER MOLAR, ES ÁQUEL QUE SE ENCUENTRA EN POSICIÓN VERTICAL Y SU CORONA A LA MISMA ALTURA DE LA CORONA DEL SEGUNDO MOLAR.

MÉTODOS PARA LA RESECCIÓN DEL CAPUCHÓN

MÉTODO QUIRÚRGICO, ANESTESIA REGIONAL, OPERACIÓN.

PRIMER TIEMPO. SE INTRODUCE UNA ESPÁTULA DE FREER POR DEBAJO DEL CAPUCHÓN; ENTRE ÉSTE Y LA CORONA DEL MOLAR, SE RECORRE CON EL INSTRUMENTO TODA LA EXTENSIÓN DE LA CARA TRITURANTE DEL MOLAR.

SEGUNDO TIEMPO. INCISIONES CON BISTURÍ DE HOJA CORTA, SE PRACTICAN DOS INCISIONES PARALELAS A LA ALTURA DE LOS BORDES BUCAL Y LINGUAL DE LA CARA TRITURANTE DEL MOLAR RETENIDO. ESTAS INCISIONES DEBEN LLEGAR PROFUNDAMENTE HASTA ENCONTRAR EL TEJIDO ÓSEO O EL ESMALTE DENTARIO. SE VUELVE A COLOCAR LA ESPÁTULA DE FREER Y SE DESPRENDE EL COLGAJO DE TODAS SUS POSIBLES ADHERENCIAS; SE LE TOMA CON UNAS PINZAS DE KÖCHER, SE TRACCIONA HACIA ADELANTE Y CON UNA TIJERA CURVA O CON UN BISTURÍ SE LE SECCIONA A NIVEL DE LA CARA DISTAL DEL TERCER MOLAR. ESTA OPERACIÓN PUEDE TERMINARSE POR MEDIO DEL GALVANCAUTERIO. DESPUÉS DE TOMAR EL COLGAJO Y TRACCIONÁN

DOLO HACIA ADELANTE SE CAUTERIZA SU BASE CON UNA PUNTA DE GALVANOCAUTERIO.

SE TOCAN LOS BORDES SANGRANTES CON EL MISMO INSTRUMENTO O CON UNA TORUNDA DE ALGODÓN IMPREGNADA CON SOLUCIÓN DE ÁCIDO TRICLORACÉTICO AL 20%.

MÉTODO ELÉCTRICO. GALVANOCAUTERIZACIÓN, SUELE SUPRIMIRSE DE DOS MANERAS: LA ELIMINACIÓN TOTAL DEL CAPUCHÓN EN UNA SESIÓN O LA CAUTERIZACIÓN REALIZADA EN VARIAS SESIONES.

EN EL PRIMER MÉTODO SE PROCEDE A USAR EL GALVANOCAUTERIO A MANERA DE BISTURÍ. LA CAUTERIZACIÓN EN VARIAS SESIONES PROVOCA EN CADA SESIÓN UN BROTE INFLAMATORIO Y ALARGA EL TRATAMIENTO.

BISTURÍ ELÉCTRICO. (DIATERMIA QUIRÚRGICA). SE ÉXTIRPA EL CAPUCHÓN, NO SANGRA Y DISMINUYE LAS POSIBILIDADES DE INFECCIÓN.

TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES MUCOSOS

TRATAMIENTO DE GINGIVOSTOMATITIS ULCEROMEMBRANOSAS. LOS FOCOS DE GINGIVOSTOMATITIS ULCEROMEMBRANOSAS DEBEN SER TOCADOS CON UNA TORUNDA DE ALGODÓN MOJADO EN UNA SOLUCIÓN DE ÁCIDO CRÓMICO AL 10%.

EN CASOS DIFÍCILES, DESPUÉS DEL TOQUE CON ÁCIDO CRÓMICO, PUEDE APLICARSE UNA SOLUCIÓN DE NITRATO DE PLATA AL 20%, LA CUAL DA A LA ÚLCERA Y ADYACENTES UNA COLORACIÓN ROJO LADRILLO.

DEBEN INDICARSE ENJUAGATORIOS CON:

RP. BICROMATO DE POTASIO..... 5 g.
ACIDO BÓRICO..... 4 g.
AGUA DESTILADA..... 100 g.

UNA GINGIVOSTOMATITIS ULCEROMEMBRANOSA NO PERMITE REALIZAR NINGÚN TIPO -
DE EXTRACCIÓN DENTARIA, MENOS AÚN LA DE UN TERCER MOLAR RETENIDO AUNQUE ÉSTE SEA EL
CAUSANTE DEL ACCIDENTE MUCOSO.

2). ACCIDENTES NERVIOSOS. LOS ORIGINADOS POR EL TERCER MOLAR EN ERUPCIÓN
SON IGUALES A LOS PRODUCIDOS POR LOS DIENTES RETENIDOS. SOBRE EL NERVI0 DENTARIO -
LLEGAN A INCIDIR TRASTORNOS REFLEJOPÁTICOS Y NEUROTRÓFICOS QUE SE TRADUCEN EN HER-
PES, PELADAS, CAHICIE. ENTRE LOS ACCIDENTES NERVIOSOS DEBEN CONSIDERARSE EL TRIS-
MUS COMO REACCIÓN ANTÁLGICA.

TRATAMIENTO DE ACCIDENTES NERVIOSOS

LOS TRASTORNOS NEUROTRÓFICOS Y NERVIOSOS SÓLO TERMINAN CON LA ELIMINACIÓN
DE LA CAUSA. EL TRISMUS QUE ACOMPAÑA GENERALMENTE LA ERUPCIÓN DEL TERCER MOLAR PUE
DE SER TRATADO POR VARIOS MÉTODOS.

MODIFICACIÓN DEL ESTADO INFECCIOSO. DESAPARECIDA LA PERICORONITIS, LA -
ÚLCERA DEBAJO DEL CAPUCHÓN Y EL CORTEJO INFECCIOSO QUE ACOMPAÑA LA PERICORONITIS.

EL TRISMUS ES DOMINADO. SI LOGRA MANTENERSE, SE RECURRIRÁ A OTROS MÉTODOS PARA VENCERLO.

MECANOTERAPIA. SE REALIZA CON APARATOS MUY COMPLICADOS, LOS MÁS SENCILLOS SON LAS CUÑAS DE MADERA (TROZOS DE MADERA, BROCHES PARA SUJETAR ROJA) O DE METAL, - CUCARAS O INSTRUMENTOS DE CUALQUIER MATERIAL. LA MANERA DE ACTUAR DE ESTOS INSTRUMENTOS CONSISTE EN LA ACCIÓN DE CUÑA ENTRE LAS ARCADAS DENTARIAS, FORZANDO LAS CONTRACCIONES MUSCULARES, QUE SE OPONEN A LA NORMAL APERTURA DE LA BOCA.

PUEDA AYUDARSE A ESTA TERAPEÚTICA QUE ES LENTA Y REQUIERE LA PACIENTE - ATENCIÓN DEL ENFERMO, APLICANDO SOBRE EL LADO AFECTADO COMPRESAS MOJADAS EN AGUA CALIENTE O SOLUCIÓN DE SULFATO DE MAGNESIO.

EL CALOR ACTÚA COMO REPULSIVO Y MEJORA LAS CONDICIONES DE TONICIDAD DEL MÚSCULO.

ANESTESIA. PUEDE SER GENERAL, CON LA CUAL SE CONSIGUE ABRIR LA BOCA DEL PACIENTE A FIN DE EFECTUAR LA EXTRACCIÓN DEL MOLAR QUE PROVOQUE EL TRISMUS. LA APERTURA DE LA BOCA, EN ESTE TIPO DE ANESTESIA, DEBE REALIZARSE MUY LENTAMENTE PARA EVITAR EL SÍNCOPE O LESIONES ARTICULARES O MUSCULARES QUE SE SUSCITAN CUANDO SE OPERA CON VIOLENCIA. LA ANESTESIA EN EL MÚSCULO MESETERO CONSIGUE VENCER EL TRISMUS.

3). ACCIDENTES CELULARES. LA INFLAMACIÓN Y ABSCESO EN OCASIONES TOMA - VARIAS VÍAS.

A). HACIA ADETRÁS, ARRIBA Y ATRÁS. LA COLOCACIÓN PURULENTO PUEDE ABRIR

SE CAMINO ENTRE EL MÚSCULO ANSTRICTOR SUPERIOR DE LA FARINGE Y LA MUCOSA FARÍNGEA Y AMIGDALINA, PRODUCIENDO ABSCESES DEL PILAR ANTERIOR O SUBAMIGDALINO.

B). HACIA ATRÁS Y ARRIBA. ENTRE LOS FASCÍCULOS DEL MÚSCULO TEMPORAL, EL ABSCESO LOGRA ABRIRSE CAMINO HACIA LA FOSA TEMPORAL.

C). HACIA ADENTRO. ENTRE LA CARA INTERNA DEL MAXILAR Y LA MUCOSA Y LOS ÓRGANOS DE LA REGIÓN SUBLINGUAL, EL ABSCESO PUEDE GANAR EL SUELO DE LA BOCA, ENTRE EL MÚSCULO MILOHIODEO Y LAS REGIONES SUPRA O SUBYACENTES DANDO PROCESOS GRAVES, ALGUNAS VECES MORTALES. ANGINA DE LUDWIG, FLEMONES DE PISO DE BOCA.

D). HACIA AFUERA Y ATRÁS. AL RODEAR EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDEnte DEL MAXILAR INFERIOR, EL PROCESO INFECCIOSO CONSIGUE ABRIRSE CAMINO EN DIRECCIÓN DEL MÚSCULO MESETERO. SI SE ATRAVIESA LA VAINA MUSCULAR, PUEDE DAR UN FLEMÓN MESETERINO O UN ABSCESO CARACTERIZADO POR UN TRISMUS INTENSO Y LA APARICIÓN SOBRE LA CARA EXTERNA DE LA RAMA MONTANTE, DE UNA TUMEFACCIÓN A GRAN EJE VERTICAL, PARALELA A LA DIRECCIÓN GENERAL DEL CUERPO DEL MESETERO.

E). HACIA AFUERA Y ADELANTE. LA COLECCIÓN PURULENta SE DIRIGE HACIA - ADELANTE, DANDO UN ABSCESO CLASIFICADO Y ESTUDIADO POR J. CHOMPRET Y C. L'HI-RONDEL.

LA REGIÓN DONDE SE COLECCIONA ESTE ABSCESO ESTÁ LIMITADO POR EL HUESO MAXILAR INFERIOR Y MÚSCULOS:

POR DETRÁS ----- EL BORDE ANTERIOR DEL MESETERO.

POR DELANTE ----- EL BORDE POSTERIOR DEL TRIANGULAR DE LA BARBA.
POR ARRIBA ----- EL BORDE INFERIOR DEL BUCCINADOR.
POR DEBAJO ----- CIERRA ESTE ESPACIO EL BORDE INFERIOR DEL MAXI-
LAR INFERIOR.

ESTE ABASCESO MIGRATORIO DE CHOMPRET Y L'HIRONDEL, ES LLAMADO POR R. J. -
ALVAREZ Y M. FIGÚN LACOMME, COMO "PARALELOPIEDO COLESTOR". ESTE SE ENCUENTRA LLENO
DE TEJIDO CELULOGRASOSO Y COMUNICA CON LA ZONA DEL TERCER MOLAR POR EL ORIFICIO DE
LA GOTERA BUCCINATOMAXILAR. ESTE ABSCESO SIGUE EL CAMINO QUE LE FACILITA LA VERTIEN
TE DEL BUCCINADOR, SE CARACTERIZA POR FORMAR UN PROCESO SUPURATIVO EN COMUNICACIÓN
CON EL SACO PERICORONARIO DEL MOLAR DE JUICIO (UNA SONDA INTRODUCIDA A NIVEL DEL MO
LAR PUEDE SER DIRIGIDA HACIA ADELANTE, POR COMPRESIÓN DEL ABSCESO, LA FUS REFLUYE
A NIVEL DEL SACO PERICORONARIO).

EL ABSCESO BUCCINATOMAXILAR SE ENCUENTRA EN LA PARTE MEDIA DEL MAXILAR IN-
FERIOR, DELANTE DEL MESETERO, A ESTE NIVEL LA MEJILLA SE LEVANTA EXTERIORMENTE, POR
UNA TUMEFACCIÓN MÁS O MENOS VOLUMINOSA, DE TAMAÑO APROXIMADO DE UNA NUEZ O DE UNA MAN
DARINA.

LA PIEL ESTÁ TENSA, SU COLOR PERMAECE NORMAL EN CIERTOS CASOS, Y EN OTROS
SE ENCUENTRA ROJA O VIOLETA. LA PALPACIÓN DEL PEQUEÑO TUMOR ES DOLOROSA, PERO EL -
MENTÓN Y EL ÁNGULO DEL MAXILAR SON INDOLOROS. EN LA REGIÓN INFRAHIODEA LATERAL NO
HAY REACCIÓN GANGLIONAR.

TRATAMIENTO DE ACCIDENTES CELULARES

LOS ABSCESOS PRODUCIDOS POR COMPLICACIÓN CELULAR DE LA PERICORONITIS, DEBEN SER INCIDIDOS A BISTURÍ O GALVANOCAUTERIO.

EL SITIO INDICADO PARA LA INCISIÓN ES EL SURCO VESTIBULAR. CON UN BISTURÍ DE HOJA CORTA SE LLEGA PROFUNDAMENTE HASTA EL HUESO (CARA EXTERNA DEL MAXILAR INFERIOR). DRENANDO EL ABSCESO, HAY QUE TRATAR URGENTEMENTE EL FOCO INICIAL, LA PERICORONITIS, PARA EVITAR UNA NUEVA COLECCIÓN PURULENTO.

4). ACCIDENTES ÓSEOS. ESTOS ACCIDENTES SON SUMAMENTE RAROS, LOS POCOS CASOS FUERON MUY RUIDOSOS Y GRAVES OSTEOMELITIS, CON GRANDES SEQUESTROS. ALGUNOS ACCIDENTES ÓSEOS SE CONVIERTEN EN VERDADERAS OSTEÍTIS, OSTEOFLEMONES Y OSTEOMELITIS.

LA OSTEÍTIS ES UN ACCIDENTE ÓSEO QUE SE ENCUENTRA CON FRECUENCIA Y SE DESARROLLA ENTRE EL SEGUNDO MOLAR Y TERCER MOLAR RETENIDO EN MESIOVERSIÓN. EL FOCO ÓSEO QUE SE DESARROLLA A ESTE NIVEL, ES SUSCEPTIBLE DE PROPAGARSE Y DE DAR CUADROS SÉPTICOS DE OSTEOFLEMONES E INFECCIONES GENERALES.

LA INFECCIÓN DEL SACO PERICORONARIO QUE QUEDA HACIA EL LADO DISTAL DEL TERCER MOLAR ERUPCIONADO TOTAL O PARCIALMENTE (GRANULOMAPOSTERIOR) ES TAMBIÉN SUSCEPTIBLE DE DAR PROCESOS ÓSEOS LOCALES, Y EN OCASIONES PROCESOS ÓSEOS CON REPERCUSIÓN A DISTANCIA.

5). ACCIDENTES LINFÁTICOS O GANGLIONARES. TODAS LAS INFECCIONES DEL SACO PERICORONARIO SE ACOMPAÑAN DE SU CORTEJO GANGLIONAR.

LOS GANGLIOS DE LA REGIÓN DEL TERCER MOLAR SON LOS SUBÁNGULOS MAXILARES (GANGLIOS DE CHASSAIGNAC) O SUBMAXILARES. ESTE ACCIDENTE GANGLIONAR SE TRATA DE UNA ADENITIS QUE EVOLUCIONA DE ACUERDO A LA MARCHA DEL PROCESO PERICORONARIO. EL GANGLIO VUELVE A SU ESTADO NORMAL, UNA VEZ TERMINADA LA AFECCIÓN DEL SACO PERICORONARIO.

EN LAS INFECCIONES DE GRAN VIRULENCIA O CUANDO EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE ESTÁ RESENTIDO, LA ADENITIS SIMPLE PUEDE TRANSFORMARSE EN UN VERDADERO FLEMÓN DEL GANGLIO (ADENOFLEMÓN). EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS EL GANGLIO ESTÁ AUMENTADO DE VOLUMEN, ESPONTÁNEAMENTE ES DOLOROSO A LA PALPACIÓN Y EL PROCESO TIENE REPERCUSIÓN SOBRE EL ESTADO GENERAL. EL GANGLIO EN TALES CONDICIONES TIENDE A LA SUPURACIÓN QUE SE ABRE CAMINO POR SI SOLA, O BIEN, ES ABIERTO POR EL CIRUJANO. LOS ANTIBIÓTICOS MODIFICAN LA EVOLUCIÓN Y MARCHA DEL ADENOFLEMÓN.

TRATAMIENTO DE ACCIDENTES LINFÁTICOS Y GANGLIONARES

LAS ADENITIS SIMPLES MEJORAN CON EL TRATAMIENTO MÉDICO. LOS ADENOFLEMONES DEBEN SER TRATADOS Y ABIERTOS POR VÍA EXTERNA.

G). ACCIDENTES TUMORALES. LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS ORIGINAN TUMORES ODONTOGÉNICOS Y SON LOS QUISTES DENTÍGEROS, QUE PUEDEN INFECTARSE DANDO PROCESOS SUPURATIVOS DE INTENSIDAD VARIABLE O COMPLICÁNDOSE CON PROCESOS COMO LA OSTEÍTIS, OSTEOMELITIS.

LOS RESTOS DEL SACO DENTARIO UBICADO EN EL LADO MESIAL O DISTAL DEL TER-

CER MOLAR, PUEDEN NO DESAPARECER DEL TODO, ORIGINANDO UN GRANULOMA POSTERIOR O ANTERIOR O QUISTES MARGINALES DEL TERCER MOLAR. EL SACO PERICORONARIO PERMANECE ADHERIDO AL CUELLO DEL DIENTE EN LA PORCIÓN DISTAL O MESIAL AL ABRIGO DE LAS PRESIONES QUE PUEDAN REABSORBERLO. ESTE SACO NO ESTÁ ÍNTEGRAMENTE CONSERVADO, SINO QUE SON SUS HEMISFERIOS POSTERIOR O ANTERIOR LOS QUE SE MANTIENEN. ESTOS HEMISFERIOS CERRADOS Y SIN CONTACTO CON EL MEDIO BUCAL PERMANECEN UN TIEMPO CON LA MISMA IDENTIDAD.

PUEDEN AUMENTAR DE VOLUMEN Y ADQUIEREN CARACTERES QUISTICOS (SEMEJANTES A LOS QUISTES DENTÍGEROS) E INFECTARSE AL PRODUCIR UNA SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD ENTRE EL MOLAR Y LA ENCÍA. LA INFECCIÓN DEL SACO REMAHENTE CONLLEVA SU TRANSFORMACIÓN EN TEJIDO DE GRANULACIÓN.

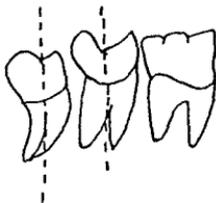
ESTE SACO CORONARIO INFECTADO Y EL GRANULOMA O QUISTE, ORIGINAN PROCESOS MUY PARECIDOS A LOS DE LA PERICORONITIS (OSTEITIS LOCALES, PROCESOS INFECCIOSOS A DISTANCIA), QUE ACTÚAN COMO INFECCIÓN FOCAL. INTRODUCIENDO UNA SONDA ENTRE LA CORONA DEL MOLAR Y LA ENCÍA SE LLEGA A UNA CAVIDAD DE TEJIDOS BLANDOS, DE DONDE BROTA PUS AMARILLA Y MAL OLIENTE.

CLASIFICACIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES

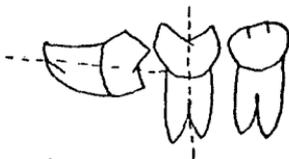
WINTER HA CLASIFICADO LOS DISTINTOS TIPOS DE RETENCIÓN DEL TERCER MOLAR, DE ACUERDO A CUATRO PUNTOS ESENCIALES:

- 1). POSICIÓN. DEL TERCER MOLAR RETENIDO.

A). RETENCIÓN VERTICAL. PUEDE ESTAR EL TERCER MOLAR TOTAL O PARCIALMENTE CUBIERTO POR HUESO. SU EJE MAYOR ES PARALELO AL EJE MAYOR DEL SEGUNDO Y PRIMER MOLAR.



B). RETENCIÓN HORIZONTAL. EL EJE MAYOR DEL TERCER MOLAR ES PERPENDICULAR A LOS EJES DEL SEGUNDO Y PRIMER MOLAR.



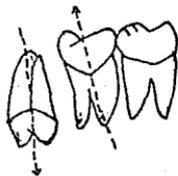
c). RETENCIÓN MESIOANGULAR. EL EJE DEL TERCER MOLAR ESTÁ DIRIGIDO HACIA EL SEGUNDO MOLAR. FORMA CON EL EJE DE ESTE DIENTE UN ÁNGULO DE GRADO VARIABLE (ALREDEDOR DE 45 GRADOS).



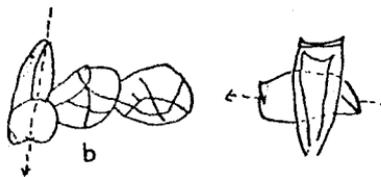
d). RETENCIÓN DISTOANGULAR. EL TERCER MOLAR TIENE SU EJE MAYOR DIRIGIDO HACIA LA RAMA ASCENDENTE. POR LO TANTO, LA CORONA OCUPA DENTRO DE ESTA RAMA UNA POSICIÓN VARIABLE EN RELACIÓN CON EL ÁNGULO DESVIADO.



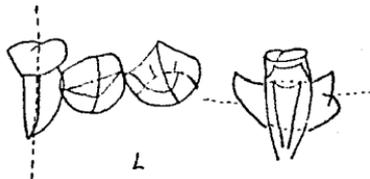
E). RETENCIÓN INVERTIDA. EL TERCER MOLAR PRESENTA SU CORONA DIRIGIDA - HACIA EL BORDE INFERIOR DEL MAXILAR Y SUS RAÍCES HACIA LA CAVIDAD BUCAL. ESTE TIPO DE RETENCIÓN ES MUY COMÚN Y SE DENOMINA TAMBIÉN PARANORMAL.



F). RETENCIÓN BUCOANGULAR. SU EJE MAYOR ES PERPENDICULAR AL PLANO EN - QUE ESTÁN ORIENTADOS ESTOS DOS DIENTES. LA CORONA DEL MOLAR RETENIDO ESTÁ DIRIGI - DA HACIA BUCAL.

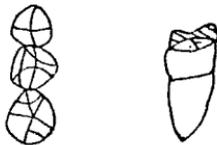


g). **RETENCIÓN LINGUANGULAR.** EL EJE DEL DIENTE ES PERPENDICULAR AL PLANO EN QUE ESTÁN ORIENTADOS LOS MOLARES ANTERIORES, PERO LA CORONA DEL MOLAR RETENIDO ESTÁ DIRIGIDA HACIA EL LADO LINGUAL.

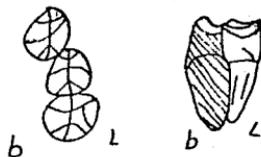


2). EL TERCER MOLAR RETENIDO PRESENTA CUATRO TIPOS DE DESVIACIONES EN RELACIÓN CON LA ARCADA:

a). **NORMAL (SIN DESVIACIONES).** SIGUE LA FORMA OVAL DE LA ARCADA.



B). DESVIACIÓN BUCAL. DIRIGIDA HACIA AFUERA DEL ÓVALO DE LA ARCADA.



C). DESVIACIÓN LINGUAL. DIRIGIDO EL MOLAR HACIA EL LADO LINGUAL DE LA -
ARCADA.



D). DESVIACIÓN BUCOLINGUAL. EL MOLAR DIRIGIDO HACIA EL LADO BUCAL Y SU CARA OCLUSAL EN DIRECCIÓN HACIA LA LENGUA.

3). RELACIÓN. DEL MOLAR RETENIDO CON EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA. - PELL Y GREGORY HAN CLASIFICADO AL MOLAR RETENIDO EN TRES CLASES:

CLASE 1. EXISTE SUFICIENTE ESPACIO ENTRE EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE Y LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR PARA UBICAR CÓMODAMENTE AL DIÁMETRO MESIODENTAL DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR.



CLASE 2. EL ESPACIO QUE EXISTE ENTRE EL BORDE DE LA RAMA DEL MAXILAR Y LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO ES MENOR QUE EL DIÁMETRO MESIODISTAL DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR.

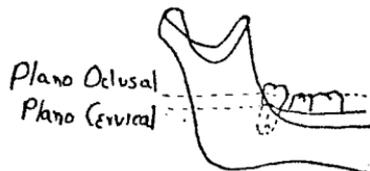


CLASE 3. TODO O LA MAYOR PARTE DEL MOLAR SE ENCUENTRA UBICADO EN LA RAMA.

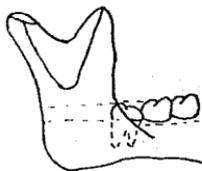


4. PROFUNDIDAD. RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO. ES LA RELACIÓN DE ALTURA ENTRE LA CARA TRITURANTE DEL TERCER MOLAR Y LA CARA TRITURANTE DEL SEGUNDO. PRESENTA CUATRO DIFERENTES POSICIONES.

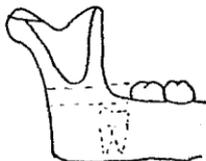
POSICIÓN A. LA PORCIÓN MÁS ALTA DEL TERCER MOLAR RETENIDO SE ENCUENTRA AL MISMO NIVEL O POR ENCIMA DE LA LÍNEA OCLUSAL.



POSICIÓN B. LA PORCIÓN MÁS ALTA DEL TERCER MOLAR RETENIDO SE ENCUENTRA POR DEBAJO DE LA LÍNEA OCLUSAL DEL SEGUNDO MOLAR.



POSICIÓN C. LA PARTE MÁS ALTA DEL DIENTE SE ENCUENTRA AL MISMO NIVEL O POR DEBAJO DE LA LÍNEA CERVICAL DEL SEGUNDO MOLAR.



ANTES DE REALIZAR LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ES NECESARIO COORDINAR ESTAS DISTINTAS CLASIFICACIONES DEL TERCER MOLAR; DE ESTA MANERA SE UBICA RADIOGRÁFICAMENTE LA POSICIÓN REAL DEL TERCER MOLAR EN EL INTERIOR DEL MAXILAR Y LAS RELACIONES DEL DIENTE RETENIDO CON EL SEGUNDO MOLAR Y EL HUESO CIRCUNVECINO.

EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE TERCEROS MOLARES
INFERIORES RETENIDOS

1. POSICIÓN VERTICAL. EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICIÓN VERTICAL SE COLOCA DE DIVERSAS FORMAS CON RESPECTO A LA CURVATURA DE LA ARCADA NORMAL (SIN DESVIACIONES), DESVIACIÓN BUCAL, DESVIACIÓN LINEAL O DESVIACIÓN BUCOLINGUAL.

UNICAMENTE ESTUDIAREMOS LA POSICIÓN VERTICAL SIN DESVIACIÓN. EN LAS DESVIACIONES BUCAL, LINGUAL Y BUCOLINGUA, LA VARIACIÓN EN LAS TÉCNICAS RESIDE EN LA MAYOR O MENOR OSTEOTOMÍA DEL HUESO MESIAL Y BUCAL EN EL PUNTO DE APLICACIÓN DEL ELEVADOR Y LA DIRECCIÓN EN QUE DEBE MOVERSE EL MOLAR RETENIDO, QUE ESTARÁ DE ACUERDO A LA FORMA DE DESVIACIÓN.

1.1 POSICIÓN VERTICAL NORMAL (SIN DESVIACIÓN), CARA MESIAL ACCESIBLE.

A). TÉCNICA DE WINTER.

a). INCISIÓN. EN CASO DE REQUERIR LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR PARA APLICAR EL ELEVADOR, SE REALIZA UNA INCISIÓN EXTENDIBLE SOBRE LA CARA OCLUSAL DEL MOLAR RETENIDO DESDE EL BORDE MESIAL DEL FESTÓN GINGIVAL, LLEGANDO EN EL SENTIDO DISTAL, ALGUNOS MILÍMETROS POR DETRÁS DEL BORDE ÓSEO DISTAL A RESECARSE.

SI SE NECESITA DE LA CARA BUCAL PARA APLICAR EL ELEVADOR, SE HACE UNA INCISIÓN COINCIDENTE EN EL BORDE BUCOTRITURANTE DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR AMPLIA DA HACIA LA BUCAL EN LA MISMA PROPORCIÓN QUE LA ANTERIOR.

CON EL OBJETO DE PROTEGER EL FESTÓN GINGIVAL DE LOS TRAUMATISMOS OPERATORIOS, WINTER REALIZA UNA PEQUEÑA INCISIÓN PERPENDICULAR A LAS PRIMERAS Y SE TRAZA SOBRE LA LENGÜETA MESIAL DEL MOLAR RETENIDO. ÉSTE TIPO DE INCISIÓN, USUALMENTE LA APLICAMOS EN TODOS LOS CASOS DE RETENCIONES PARA LO LACERAR LA LENGÜETA A PAPILA INTERDENTARIA.

DESPUÉS DE LA INCISIÓN, EL COLGAJO SE SEPARA CON UN PERIOSTOTOMO. LA PAPILA INTERDENTARIA TRAUMATIZADA ORIGINA DOLORES POSOPERATORIOS. POR OTRA PARTE, LA CICATRIZACIÓN ORIGINA UNA RETRACCIÓN DE LA PAPILA QUE DEJA AL DESCUBIERTO PARTE DE LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR.

B). OSTEOTOMÍA. EL MOVIMIENTO QUE EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO DEBE EFECTUAR PARA ABANDONAR EL ALVEOLO DONDE ESTÁ ALOJADO. LA CORONA DEL MOLAR HA DE SER DIRIGIDA HACIA LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR. POR LO TANTO, TODO EL HUESO QUE EXISTE POR EL LADO DISTAL, EN CONTACTO CON LA CORONA DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICIÓN VERTICAL TIENE QUE ELIMINARSE A FIN DE QUE EL DIENTE DESARROLLE ESTE ARCO DE CÍRCULO. WINTER ELIMINA ESTE HUESO DISTAL CON EL OSTEÓTOMO. EN CASO DE EXISTIR EN ESTA PORCIÓN UN PROCESO PATOLÓGICO TAL COMO FOCOS OSTEÍTIS, GRANULOMA POSTERIOR O EL SACO DENTARIO, LA OSTEOTOMÍA NO SERÁ NECESARIA PORQUE EL DIENTE PUEDE DESPLAZARSE HACIA DISTAL A EXPENSAS DEL ESPACIO CREADO POR EL PROCESO PATOLÓGICO.

LA FORMA DE LAS RAÍCES INDICA EL MOVIMIENTO DEL MOLAR Y LA CANTIDAD DE HUESO A RESECARSE EN AMBAS RAÍCES DIRIGIDAS HACIA DISTAL. ESTA CANTIDAD DE HUESO DEBE SER SUFICIENTE PARA QUE EL DIENTE PUEDA DESCRIBIR EL ARCO QUE CORRESPONDE A LA FORMA RADICULAR Y NO ENCUENTRE HUESO DISTAL QUE SE OPONGA A ESTE MOVIMIENTO.

LA RAÍZ MESIAL DIRIGIDA HACIA DISTAL Y RAÍZ DISTAL RECTAL, LA CANTIDAD DE HUESO A ELIMINARSE TIENE QUE SER TAL QUE PERMITA AL MOLAR DIRIGIRSE HACIA ATRÁS, SI GUIENDO EL ARCO DE SU RAÍZ MESIAL.

RAÍZ MESIAL DIRIGIDA HACIA DISTAL Y RAÍZ DISTAL HACIA MESIAL. EL HUESO DEBE SER RESECADO EN BASTANTE CANTIDAD PARA QUE EL DIENTE SE DIRIJA HACIA DISTAL Y PERMITA LA FRACTURA DEL SÉPTUM.

RAÍCES RECTAS, NO NECESITA GRAN ELIMINACIÓN DE HUESO DISTAL. CON LA APLICACIÓN DEL ELEVADOR EN LA CARA MESIAL EL DIENTE VA EN SENTIDO DISTAL.

TÉCNICA DEL MANEJO DEL OSTEÓTOMO

SE EMPUÑA SÓLIDAMENTE CON LA MANO DERECHA EL OSTEÓTOMO Y DIRIGIENDO EL BISEL DE LA HOJA HACIA EL HUESO A RESECAR.

LA FUNCIÓN DE ESTE INSTRUMENTO CONSISTE EN EXTRAER O RESECAR LAS PARTES ÓSEAS QUE SE HALLAN COLOCADAS SOBRE O A LOS LADOS DEL MOLAR RETENIDO.

UNA VEZ REALIZADA LA INCISIÓN, EL INSTRUMENTO SE COLOCA ENTRE LOS LABIOS DE LA HERIDA Y SE LLEVA EN BUSCA DEL HUESO A RESECAR. SE APLICA EN EL SITIO DESTINADO (SUPONGAMOS LA PORCIÓN ÓSEA DISTAL) EL BORDE CORTANTE QUE DESCANSA EN LA OSEOESTRUCTURA, SE EJERCE SUFICIENTE PRESIÓN CON EFECTO DE RESECAR ESTA PORCIÓN ÓSEA. LA CANTIDAD DE INCISIÓN DEBE SER LA NECESARIA PARA PODER DIRIGIR AL TERCER MOLAR HACIA DISTAL. A TAL GRADO QUE VENZA LA CURVATURA DISTAL DE LAS RAÍCES Y ELIMINE LA RE

SISTENCIA EN ESTA REGIÓN.

DE ESTA MANERA, EL CINCEL QUE ES EL OSTEÓTOMO CORTA EL HUESO DISTAL EN PEQUEÑOS TROZOS EN DIRECCIÓN DE BUCAL A LINGUAL O VICEVERSA.

C). EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. EMPLEO DE ELEVADORES.

1). ELEVADOR: DE APLICACIÓN MESIAL, LOS DE WINTER ESTÁN NUMERADOS, EL NÚMERO NUEVE ES DE APLICACIÓN MESIOBUCAL Y LOS NÚMEROS 10, 11, 12 Y 13 SON DE EMPLEO BUCAL.

2). ELECCIÓN DEL ELEVADOR. EL ELEVADOR DEBE ESTAR DE ACUERDO CON EL ANCHO DEL ESPACIO INTERDENTARIO.

ELEVADOR NÚMERO 1 (L O R) SE USA CUANDO EL ESPACIO ES ESCASO O AL MANTENER CONTACTO EL SEGUNDO Y TERCER MOLAR.

ELEVADOR NÚMERO 2 (L O R) ES EL MÁS COMÚN PORQUE PERMITE SU COLOCACIÓN EN ESPACIOS REDUCIDOS.

LOS OTROS TIPOS SE USAN EN ESPACIOS ANCHOS O DESPUÉS DE HABER SIDO MOVILIZADO EL MOLAR POR LA APLICACIÓN DE LAS HOJAS MENORES.

3). INTRODUCCIÓN DEL ELEVADOR. ESTE INSTRUMENTO ACTÚA EN SU PRIMER TIEMPO COMO CUÑA QUE PENETRA EN EL ESPACIO INTERDENTARIO Y PERMITE EL DESPLAZAMIENTO DEL

MOLAR HACIA EL LADO DISTAL. ELEVA Y LUXA EL MOLAR RETENIDO.

4). APLICACIÓN DEL ELEVADOR. INTRODUCIDA COMPLETAMENTE LA HOJA DEL ELEVADOR EN EL ESPACIO INTERDENTARIO, LA PARTE PLANA DE LA HOJA ES APLICADA CONTRA LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR Y SU BORDE SUPERIOR DE LA ESTRUCTURA ÓSEA.

5). MOVIMIENTO DEL ELEVADOR. AL COLOCAR EL ELEVADOR EN EL ESPACIO INTERDENTARIO Y EN CONTACTO EXACTO CON LA PARTE PLANA DE LA HOJA Y LA CARA MESIAL DEL MOLAR, SE INICIA EL MOVIMIENTO DE ELEVACIÓN DEL DIENTE; PARA TAL OBJETO SE HACE GIRAR EL MANGO DEL INSTRUMENTO EN EL SENTIDO DE LAS AGUJAS DEL RELOJ QUE OPERAN EN EL LADO DERECHO Y A LA INVERSA CUANDO FUNCIONE EL LADO IZQUIERDO.

EN ESTA ACTIVIDAD EL INSTRUMENTO ACTÚA COMO PALANCA DE PRIMER GÉNERO. - CON ESTE MOVIMIENTO HACIA DISTAL EL MOLAR SE ELEVA Y SE DESPLAZA HACIA DISTAL EN LA MISMA PROPORCIÓN CON QUE FUE GIRADO.

UN NUEVO MOVIMIENTO DEL MANGO DEL ELEVADOR HACIA DISTAL PERMITE UN DESPLAZAMIENTO EN UN GRADO MAYOR DEL MOLAR RETENIDO EN ESA DIRECCIÓN. SI LA LUXACIÓN NO HA SIDO TERMINADA CON ESA MANIOBRA, ENTONCES SE APLICA LA HOJA A UN NIVEL MÁS BAJO Y SE VUELVE A REPETIR EL MOVIMIENTO A DISTAL.

CUANDO LA HOJA DEL ELEVADOR RESULTE INSUFICIENTE POR SU TAMAÑO PARA DIRIGIR AL MOLAR HACIA DISTAL, SE EMPLEA EL NÚMERO SIGUIENTE, CON LO QUE SE LOGRA LA LUXACIÓN.

6). ELIMINACIÓN DEL MOLAR. LUXADO, PUEDE SER EXTRAÍDO DEL ALVEOLO CON -

PINZA DE EXTRACCIÓN O CON EL MISMO ELEVADOR.

TAMBIÉN SE ELIMINA CON ELEVADOR NÚMERO 10 (L O R) DE APLICACIÓN BUCAL. SE COLOCA ESTE INSTRUMENTO EN LA CARA BUCAL DEL MOLAR A NIVEL DE LA BIFURCACIÓN RADICULAR, SE GIRA EL INSTRUMENTO HACIA AFUERA SOBRE SU EJE CON PUNTO DE APOYO EN EL BORDE ÓSEO BUCAL Y SE LEVANTA EL MOLAR HACIA ARRIBA Y ADENTRO.

B). EXTRACCIÓN POR OSTEOTOMÍA A FRESA.

LA FRESA ES UN INSTRUMENTO POCO TRAUMATIZANTE SI SE USA CON LAS PRECAUCIONES DEBIDAS, AL EMPLEARLO NUEVO, CONSTANTEMENTE RENOVADO EN LA MISMA EXTRACCIÓN, Y REFRIGERÁNDOSE CON AGUA ESTERILIZADA O SUERO FISIOLÓGICO PARA EVITAR SU RECALENTAMIENTO. SI SE APLICA DE ESTE MODO NO SE TIENE NINGUNA NECROSIS O TRAUMA DE HUESO.

EL TIPO DE FRESA QUE SE MANEJA ES EL NÚMERO 560 COLOCADA EN ÁNGULO RECTO.

CABANNE HA IDEADO EL USO DE FRESAS EN PIEZA DE MANO EN EL CONTRÁNGULO. ESTAS FRESAS SON DEL NÚMERO 8 REDONDAS DE CARBURO.

TÉCNICA CON FRESA.

A). LA INCISIÓN SE INICIA CON UN CENTÍMETRO POR DETRÁS DE LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR, LLEGA A ESTA CARA Y SE PROLONGA HACIA ADELANTE CONTORNEANDO EL CUELLO DE LOS DIENTES HASTA EL PRIMER MOLAR. PERMITE UN EXTENSO COLGAJO QUE DA UN AMPLIO ACCESO Y VISIBILIDAD.

B). OSTEOTOMÍA. SEPARADOS LOS LABIOS DE LA INCISIÓN Y APARTADOS EL CARRILLO Y LA LENGUA, SE COLOCA LA FRESA SOBRE EL BORDE ÓSEO DISTAL A RESECARSE. LA FRESA SE INTRODUCE ENTRE LA CARA DISTAL DEL TERCER MOLAR Y LA PORCIÓN ÓSEA DISTAL. SE REALIZA TANTA OSTEOTOMÍA COMO REQUIERA LA EXTENSIÓN DEL HUESO Y LA DISPOSICIÓN RADICULAR.

C). EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. USO DEL ELEVADOR.

1). EMPLEO DE ELEVADORES DE WINTER O DE BARRY SON DEL MISMO TIPO, LOS ELEVADORES RECTOS O CUALQUIER OTRO ELEVADOR PARECIDO.

2). EMPLEO DEL ELEVADOR RECTO. SE INTRODUCE EN EL ESPACIO INTERDENTARIO Y SE MUEVE ALREDEDOR DE SU EJE EN SENTIDO DISTAL, DESCANSANDO EL BORDE INFERIOR DE SU HOJA SOBRE LA ESTRUCTURA ÓSEA DEL ESPACIO ENTRE SEGUNDO Y TERCER MOLAR.

POR EL MISMO MECANISMO DE ACCIÓN (PALANCA DE PRIMER GÉNERO), EL ELEVADOR RECTO DIRIGE EL DIENTE RETENIDO HACIA ARRIBA Y ATRÁS, TAMBIÉN ES POSIBLE APOYARLO SOBRE LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR Y SI SE LLEVA EL INSTRUMENTO HACIA ADELANTE (MESIAL) LA HOJA DEL INSTRUMENTO DESPLAZA EL MOLAR HACIA ATRÁS.

C). EXTRACCIÓN POR ODONTOSECCIÓN.

ES INDICADA EN RAÍCES DIVERGENTES CON CEMENTOSIS. EN CASO DE QUE EL TERCER MOLAR ESTÉ MUY VECINO A LA RAMA PUEDE EXTIRPARSE LA PARTE DISTO OCLUSAL DE LA CORONA CON ESCOPIO, COLOCANDO SU PARTE ACTIVA SOBRE LA CARA OCLUSAL A NIVEL DE LOS

SURCOS PARA QUE EL GOLPE DEL ESCOPIO SEA EFECTIVO.

1.2 RETENCIÓN VERTICAL (SIN DESVIACIÓN) CARA MESIAL INACCESIBLE.

EL ÁNGULO MESIO-OCCLUSAL DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR ES FACTIBLE LOCALIZARLO POR DEBAJO DE LAS ESTRUCTURAS ÓSEAS; DE TAL MODO QUE LA CARA MESIAL, SOBRE LA CUAL SE APLICA EL INSTRUMENTO DESTINADO A ELEVAR EL DIENTE, NO ES ACCESIBLE. POR CONSECUENCIA ES NECESARIO PREPARAR UNA VÍA DE ACCESO A DICHA CARA MESIAL.

A). TÉCNICA DE WINTER. ES UNA INCISIÓN DE DOS RAMAS: UNA BUCAL, TRAZADA EN LA LENGÜETA INTERDENTARIA BUCAL, SIMILAR A LA RAMA BUCAL DE LAS OTRAS INCISIONES; OTRA RAMA DISTAL, TRAZADA SOBRE EL ÁNGULO BUCO-OCCLUSAL DEL MOLAR RETENIDO.

B). OSTEOTOMÍA. SE PRACTICA COMO EN LA RETENCIÓN VERTICAL CON LA CARA MESIAL ACCESIBLE.

CON LOS OSTEÓTOMOS 1R Y 1L SE EXTIRPA EL HUESO DISTAL.

AL APLICAR EL ELEVADOR EN LA CARA MESIAL DEL MOLAR ES INDISPENSABLE RESECAR PARTE DE LA OSEOESTRUCTURA MESIAL, PARA ELLO SE EMPLEA EL OSTEÓTOMO NÚMERO 8R U 8L.

C). EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. USO DEL ELEVADOR (MENCIONADO CON ANTERIORIDAD).

B). EXTRACCIÓN POR OSTEOTOMÍA A FRESA.

A). OSTEOTOMÍA. EL OBJETO DE LA INTERVENCIÓN ES ELIMINAR SUFICIENTE CANTIDAD DE HUESO COMO PARA PODER VENCER LAS RESISTENCIAS MECÁNICAS DEL MOLAR IMPLANTADO EN EL HUESO.

EN EL TIPO DE RETENCIÓN VERTICAL, ES POSIBLE QUE EL MOLAR SE PRESENTE CON SU CARA TRITURANTE TOTALMENTE CUBIERTA POR HUESO. LA ELIMINACIÓN DEL MISMO Y LA PREPARACIÓN DE UNA VÍA DE ACCESO A LA CARA MESIAL, EN CASO DE APLICAR EL ELEVADOR, PUEDE SER REALIZADA A FRESA (FRESA REDONDA NÚMERO 6 A 8) CON MOTOR DE BAJA VELOCIDAD.

SE REALIZAN SOBRE LA TAPA ÓSEA A ELIMINARSE UNA SERIE DE PERFORACIONES - QUE LLEGUEN PROFUNDAMENTE HASTA EL MOLAR RETENIDO.

SE UNEN LOS ORIFICIOS CREADOS POR LA FRESA CON LIGEROS GOLPES DE ESCOPLA O CON UNA FRESA DE FISURA FINA NÚMERO 557.

LA TAPA ÓSEA SE ELIMINA CON UN ESCOPLA O CUALQUIER INSTRUMENTO BASTANTE FIRME. ESTA ELIMINACIÓN DEBE SER LA NECESARIA A FIN DE QUE PERMITA EL PASO DE DIÁMETRO MAYOR DEL MOLAR.

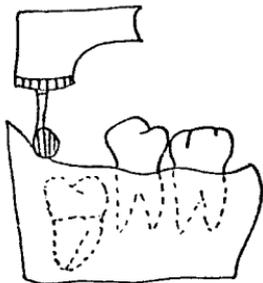
RESECCIÓN ÓSEA EN DISTAL. CON UNA FRESA DE FISURA NÚMERO 560 SE EFECTÚA LA OSTEOTOMÍA EN EL LADO DISTAL DEL TERCER MOLAR LLEGANDO HASTA LA ALTURA DEL CUERPO DEL DIENTE; LA TÉCNICA ES LA YA DESCRITA RECIENTEMENTE. EL OBJETO DE LA RESECCIÓN DISTAL ES DARLE A ESTE NIVEL EL SUFICIENTE ESPACIO QUE LE PERMITA DESPLAZAR - HACIA DISTAL EL ÓRGANO DENTARIO.



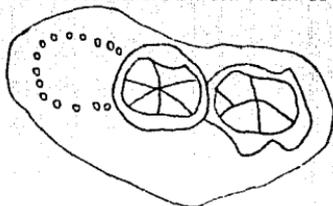
OSTEOTOMÍA DISTAL CON FRESA DE FISURA

EXTRACCIÓN DE TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICIÓN VERTICAL

OSTEOTOMÍA CON FRESA DE BOLA DE CARBURO



VÍA DE ACCESO REALIZADA CON FRESA DE FISURA



RESECCIÓN ÓSEA EN MESIAL. EL OBJETO DE ESTA RESECCIÓN ES OBTENER SUFICIENTE ESPACIO PARA COLOCAR LA HOJA DE UN ELEVADOR.

SE LLEVA A CABO CON UNA FRESA REDONDA NÚMERO 5, MONTADA EN LA PIEZA DE MANO DE BAJA VELOCIDAD. HAY QUE TRATAR DE HACER ESTA OSTEOTOMÍA MESIAL A EXPENSAS DEL HUESO VECINO AL MOLAR A EXTRAERSE, DEJANDO INTACTO EL HUESO QUE CUBRE AL SEGUNDO MOLAR POR EL LADO DISTAL Y BUCAL.

B). EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. SE ACONSEJA EMPLEAR ELEVADORES DE WINTER NÚMEROS 1, 2, 3 O ELEVADORES DE HOJAS FINAS.

EL INSTRUMENTO PENETRA CON UNA ANGULACIÓN DE 45 GRADOS RESPECTO AL EJE DEL MOLAR. EL ELEVADOR SE ABRE CAMINO EN LA VÍA ÓSEA, CREADA POR LA OSTEOTOMÍA MESIAL, Y VA AL ENCUENTRO DE LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR HASTA LLEGAR A ÉSTA CON APOYO EN EL BORDE ÓSEO. ASÍ COMO EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR SE TRATA DE LUXAR EL DIENTE HACIA DISTAL, CON PEQUEÑOS MOVIMIENTOS DE TORSIÓN DEL INSTRUMENTO HACIA MESIAL Y HACIA DISTAL, LUXANDO EL MOLAR SE ELIMINA EL ALVEOLO CON UN ELEVADOR DE WINTER NÚMERO 10 (L O R) DE APLICACIÓN BUCAL O HACIENDO PALANCA CON UN ELEVADOR DE HO-

JA FINA, COLOCADO POR EL LADO BUCAL, ENTRE LA CORONA DEL MOLAR Y LA TABLA ÓSEA EXTERNA.

SI NO HUBIERA POSIBILIDADES DE INTRODUCIR ESTOS INSTRUMENTOS A NIVEL DE LA CARA BUCAL, SE PRACTICA CON UNA FRESA REDONDA UNA MUESCA U ORIFICIO EN LA PARTE MEDIA DEL HUESO BUCAL. ESTA NUEVA VÍA FACILITA LA COLOCACIÓN DEL ELEVADOR Y LA EXTRACCIÓN DEL MOLAR.

1.3 RETENCIÓN VERTICAL. AUSENCIA DE DIENTES VECINOS.

LOS DIENTES VECINOS PUEDEN ESTAR AUSENTES EN SU TOTALIDAD O FALTAR ÚNICAMENTE EL SEGUNDO MOLAR.

EN EL PRIMER CASO, POR LO GENERAL, EL MOLAR RETENIDO PRODUCE ACCIDENTES INFLAMATORIOS. ES FRECUENTE QUE DESDENTADOS EN SU TOTALIDAD, PORTADORES DE PRÓTESIS, SIENTAN MOLESTIAS ORIGINADAS POR LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

EL TERCER MOLAR LLEGA A PRESENTARSE DE DIFERENTES MANERAS: LA RETENCIÓN PUEDE SER PARCIAL, TOTAL O COMPLETAMENTE INTRAÓSEA O SUBGINGIVAL.

ES NECESARIO ELIMINAR SUFICIENTE CANTIDAD DE HUESO, A FIN DE ALCANZAR LA CARA MESIAL Y APLICAR ALLÍ LOS ELEVADORES.

A). INCISIÓN. EN CASO DE RETENCIÓN ABSOLUTA, ES PREFERIBLE LA INCISIÓN ANGULAR QUE PERMITE DESCUBRIR AMPLIAMENTE EL HUESO.

LA RAMA LONGITUDINAL DE LA INCISIÓN SE TRAZA A NIVEL O UN POCO MÁS ADENTRO DEL BORDE LINGUAL DEL MOLAR Y SOBREPASA LOS LÍMITES DEL BORDE MESIAL. LA OTRA RAMA PERPENDICULAR LLEGA HASTA LAS PROXIMIDADES DEL SURCO VESTIBULAR.

B). OSTEOTOMÍA. EL HUESO QUE CUBRE EL MOLAR ES RESECADO CON ESCOPILOS O FRESAS (TÉCNICA ESTUDIADA CON ANTERIORIDAD).

C). EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. LOS ELEVADORES PARA ESTE TIPO DE RETENCIÓN SON LOS NÚMEROS 12 Ó 13 (L O R).

SE INTRODUCE LA HOJA DEL ELEVADOR ENTRE LA CARA MESIAL DEL MOLAR Y LA PARED MESIAL DEL ALVEOLO. CUANDO EL INSTRUMENTO ESTÁ COLOCADO SOBRE LA CARA MESIAL CON PUNTO DE APOYO EN EL BORDE ÓSEO MESIAL, SE GIRA EL MANGO DEL INSTRUMENTO EN SENTIDO MESIAL, CON LO CUAL SE LOGRA ELEVAR EL MOLAR HACIA ARRIBA Y HACIA DISTAL.

EN LAS PRESENTACIONES CON LA CARA MESIAL INACCESIBLE, DEBE EMPLEARSE EL MÉTODO DE LA ODONTOSECCIÓN CON FRESAS DEL MOLAR, SEGÚN SU EJE MENOR Y LA EXTRACCIÓN DE CADA PARTE POR SEPARADO.

EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR AISLADO (RETENCIÓN VERTICAL)

CASO A EXTRAER



OSTEOTOMÍA EN MESIAL Y DISTAL CON FRESA REDONDA NÚMERO 8.



APLICACIÓN DEL ELEVADOR NO. 12 DE WINTER EN LA CARA MESIAL; AL GIRAR EL MANGO, EL MOLAR RETENIDO SE DIRIGE HACIA ATRÁS Y ARRIBA.

2. POSICIÓN MESIOANGULAR. LA CORONA ESTÁ MÁS O MENOS INCLINADA HACIA EL LADO MESIAL, DE FORMA QUE LAS CÚSPIDES MESALES SE ENCLAVAN EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR.

OSTEOTOMÍA. EL MOLAR RETENIDO SE ALOJA CON PROFUNDIDAD EN EL HUESO Y LA CANTIDAD DE HUESO DISTAL SUELE ESTAR DISPUESTA CON MÁS ABUNDANCIA EN LAS RETENCIONES MESIOANGULARES, QUE EN LAS VERTICALES. EL CONTACTO CON EL SEGUNDO MOLAR, CONSTITUYE UNO DE LOS MÁS SÓLIDOS ANCLAJES DEL MOLAR RETENIDO.

LA ELIMINACIÓN DE TEJIDO DENTARIO Y LA ODONTOSECCIÓN SON SABIAS MEDIDAS QUE EVITAN TRAUMATISMOS Y SACRIFICIOS ÓSEOS INÚTILES. EL MOLAR RETENIDO PARA SER ELEVADO DE SU ALVEOLO DEBE TRAZAR UN ARCO, EN CUYA EJECUCIÓN SE OPONEN LOS DOS ELEMENTOS QUE SON: PUNTO DE CONTACTO Y EL HUESO DISTAL.

EN MUCHAS OCASIONES, AÚN ELIMINADO TODO EL HUESO DISTAL QUE SE OPONE AL -
TRAZADO DEL ARCO, LA EXTRACCIÓN SE VE DIFICULTADA O IMPEDIDA POR EL CONTACTO QUE LAS
CÚSPIDES MESIOBUCAL Y MESIOLINGUAL DEL TERCER MOLAR REALIZAN SOBRE LA CARA DISTAL DE
LA CORONA DEL SEGUNDO MOLAR, O EN LA CARA DISTAL DE LA RAÍZ DISTAL, POR DEBAJO DE LA
LÍNEA CERVICAL.

2.1 RETENCIÓN MESIOANGULAR, SIN DESVIACIÓN (CARA MESIAL ACCESIBLE O INAC
CESIBLE).

A). TÉCNICA DE WINTER.

B). INCISIÓN. WINTER HA INDICADO DIFERENTES TIPOS DE INCISIONES QUE PER
MITEN ABORDAR LA RETENCIÓN MESIOANGULAR. CUANDO NO ES INDISPENSABLE EMPLEAR ELEVA
DORES EN LA CARA MESIAL SE PRACTICA UNA INCISIÓN QUE, SI PARTE DE LA CARA DISTAL DEL
MOLAR RETENIDO, SE EXTIENDE EN SENTIDO DISTAL A UNA DISTANCIA APROXIMADA DE UN CEN
TÍMETRO. SI SE REQUIEREN LOS ELEVADORES APLICADOS A LA CARA MESIAL, SE HACE UNA IN
CISIÓN SOBRE EL BORDE BUCAL DEL MOLAR RETENIDO Y EN LAS MISMAS PROPORCIONES QUE LA
ANTERIOR.

EL TRAUMATISMO Y LACERACIÓN DEL RODETE GINGIVAL INTERDENTARIO, SE EVITAN
AL TRAZAR UNA INCISIÓN BUCAL DESDE EL BORDE DE LA ENCÍA HACIA ABAJO Y LIGERAMENTE
ADELANTE.

B). OSTEOTOMÍA. EL TRIÁNGULO ÓSEO DISTAL ES ELIMINADO CON UN OSTEÓTOMO
NÚMERO 2E Y 2L. CON LA TÉCNICA USUAL EL BORDE CORTANTE DEL CINCEL SE APOYA EN LA

SUPERFICIE A INCIDIR Y BAJO PRESIÓN MANUAL SE EXCLUYE EN PEQUEÑOS TROZOS TODO EL HUESO NECESARIO.

LA CANTIDAD DE HUESO A PRESCINDIR ESTÁ INDICADA POR EL GRADO DE VERSIÓN - DEL MOLAR (A MAYOR CANTIDAD DE HUESO DISTAL MAYOR OSTEOTOM(A), ASÍ COMO POR LA FORMA RADICULAR.

C). EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. USO DE ELEVADORES.

1). ELECCIÓN DEL ELEVADOR. LA FORMA Y TAMAÑO DEL ESPACIO INTERDENTARIO EXISTENTE ENTRE LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR, LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO Y EL BORDE SUPERIOR DEL INTERSÉPTUM, SON LOS QUE RIGEN EL TIPO DE ELEVADOR A UTILIZAR.

ESPACIOS INTERDENTARIOS PEQUEÑOS EXIGEN UNA HOJA DEL ELEVADOR DE ESCASAS DIMENSIONES, LO CONTRARIO DE UN ESPACIO GRANDE QUE NECESITA UN ELEVADOR DE HOJA ANCHA.

2). INTRODUCCIÓN DEL ELEVADOR. SE INTRODUCE EN EL ESPACIO INTERDENTARIO DIRIGIDO HACIA ABAJO Y EN SENTIDO LINGUAL. ACTÚA EN ESTE PRIMER TIEMPO COMO CUÑA. CON LIGEROS MOVIMIENTOS GIRATORIOS DEL MANGO DEL INSTRUMENTO DIRIGIDOS HACIA MESIAL Y DISTAL EL ELEVADOR OCUPA EL ESPACIO.

3). APLICACIÓN DEL ELEVADOR. LA PARTE PLANA DE LA HOJA DEL ELEVADOR ES USADA CONTRA LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR, SU BORDE INFERIOR SOBRE EL BORDE SUPERIOR DEL ESPACIO INTERDENTARIO.

4). MOVIMIENTO DEL ELEVADOR. SE DIRIGE EL MANGO DEL INSTRUMENTO EN SENTIDO MESIAL DE ACUERDO CON LA DISPOSICIÓN RADICULAR. ES NECESARIO GRADUARLA PARA ELEVAR EL MOLAR.

LA ELIMINACIÓN DEL MOLAR SE REALIZA UNA VEZ COLOCADO EL DIENTE VERTICALMENTE Y VENCIDO EL CONTACTO ENTRE EL SEGUNDO Y EL TERCER MOLAR CON UNA PINZA EMPLEADA EN MOLARES INFERIORES O CON EL MISMO ELEVADOR.

B). EXTRACCIÓN POR OSTEOTOMÍA A FRESA.

A). OSTEOTOMÍA. CON UNA FRESA REDONDA NÚMERO 4, 5 U 8 COLOCADA EN LA PIZCA DE LA MANO, SEGÚN LAS FACILIDADES DE ACCESO QUE SE TENGAN AL CAMPO OPERATORIO, SE PRACTICAN ALGUNOS PEQUEÑOS ORIFICIOS EN EL HUESO, LOS CUALES DEBEN LLEGAR HASTA EL MOLAR RETENIDO. EL TACTO NOS DARÁ LA SENSACIÓN NECESARIA, DE ESTA MANERA ADVERTIREMOS LA PRESENCIA DEL MOLAR RETENIDO. LA PORCIÓN ÓSEA LIMITADA ENTRE LOS PUNTOS PERFORADOS POR LA FRESA Y EL TERCER MOLAR, SE ELIMINA CON UN GOLPE DE ESCOPLA. ESTE INSTRUMENTO SE COLOCA CON UN BISEL DIRIGIDO HACIA DISTAL, TRATANDO DE INSINUARLO ENTRE LA CARA DISTAL DEL MOLAR Y EL HUESO A RESECAR. CON UN GOLPE DE ESCOPLA SE HACE SALTAR ESTA PORCIÓN ÓSEA DISTAL.

LA CANTIDAD DE HUESO A RESECAR ESTÁ DE ACUERDO CON EL GRADO DE INCLINACIÓN DEL MOLAR, LA FORMA Y DISPOSICIÓN DE SUS RAÍCES Y EL CONTACTO CON EL MOLAR ANTERIOR. EL HUESO DISTAL SE DESCARTA MEJOR CON FRESA DE FISURA NÚMERO 560.

B). EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. SE REALIZA A TRAVÉS DE LA TÉCNICA DE WINTER YA MENCIONADA.

C). EXTRACCIÓN POR OSTEOTOMÍA A ESCOPLA AUTOMÁTICO.

EL ESCOPLA ACCIONADO A MARTILLO O EL ESCOPLA AUTOMÁTICO PARA REALIZAR LA OSTEOTOMÍA DISTAL, PUEDE APLICARSE EN ESTE TIPO DE RETENCIÓN CON DETERMINADAS RESERVAS.

A). OSTEOTOMÍA. SE USA UN ESCOPLA DE MEDIA CUÑA PARA REALIZAR LA OSTEOTOMÍA DISTAL PERPENDICULARMENTE DIRIGIDO HACIA LA SUPERFICIE ÓSEA Y CON GOLPES DE MARTILLO SE RESECA EL HUESO, EN PEQUEÑAS PORCIONES, HASTA DESCUBRIR SUFICIENTE CANTIDAD DE MOLAR. EN ESTE TIPO DE RETENCIÓN CON LA CARA MESIAL DEL MOLAR ACCESIBLE, SI NO SE ELIMINA EL PUNTO DE CONTACTO DE LAS CÚSPIDES, HABRÁ QUE EXTIRPAR EL HUESO MÍNIMO HASTA LA MITAD DE LA RAÍZ.

POR LO TANTO, LA ELIMINACIÓN DEL MOLAR DEBE HACERSE A EXPRESAS DE LA FUERZA EJERCIDA SOBRE EL ELEVADOR, EL EXCESO DE PRESIÓN SOBRE EL HUESO DISTAL O SOBRE MESIAL, PROVOCA DOLOROS DE GRAN INTENSIDAD (ALVEOLITIS), LOS CUALES ESTÁN SIEMPRE EN RELACIÓN CON EL GRADO DEL TRAUMA.

B). LA EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA SE REALIZA COMO EN LA EXTRACCIÓN POR OSTEOTOMÍA A FRESA.

D). EXTRACCIÓN POR ODONTOSECCIÓN.

SE PUEDE REALIZAR DE DOS FORMAS, SE DIVIDE EL DIENTE SEGÚN SU EJE MAYOR, AMBAS OPERACIONES SON POSIBLES DE EFECTUARSE CON O SIN OSTEOTOMÍA Y EN ALGUNOS CASOS

ES IMPRESCINDIBLE, EN OTROS SE LLEGA A SECCIONAR EL DIENTE Y SE EXTRAE SIN LA RESEC
CIÓN ÓSEA PREVIA.

LA ODONTOSECCIÓN DE MOLARES RETENIDOS SE EJECUTA CON DISCOS, PIEDRAS DE -
CARBURO, FRESAS, ESCOPLO RECTO, DE MEDIA CUÑA, ESCOPLO DE SORENSEN O EL ESCOPLO AU-
TOMÁTICO.

EXTRACCIÓN POR ODONTOSECCIÓN

EL TERCER MOLAR SE DIVIDE SEGÚN:

A). SU EJE MAYOR



B). SU EJE MENOR



CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA ODONTOSECCIÓN
EN MOLARES RETENIDOS INFERIORES

ACCESO. ES INDISPENSABLE PREPARAR UNA VÍA DE ACCESO, PARA QUE LOS INSTRUMENTOS DESTINADOS A CORTAR EL DIENTE, PUEDAN CUMPLIR SU COMETIDO SIN TRAUMATIZAR LAS PARTES BLANDAS NI LESIONAR EL HUESO. POR CONSIGUIENTE, UNA INCISIÓN AMPLIA Y UNA OSTEOTOMÍA SUFICIENTE SE IMPONEN EN LA APLICACIÓN DE ESTE MÉTODO. EL TEJIDO GINGIVAL DEBE MANTENERSE APARTADO CON SEPARADORES O INSTRUMENTOS.

INSTRUMENTAL. DISCOS DE CARBURO, PIEDRAS MONTADAS (NÚMERO 5 PARA CORTAR ESMALTE, FRESAS CON FISURA NÚMERO 560 Y LAS REDONDAS NÚMERO 8 DE CARBURO DE TUNGSTENO).

TÉCNICA DEL EMPLEO DEL INSTRUMENTAL.

DISCO DE CARBURO. AL SEPARAR LAS PARTES BLANDAS, CON EL OBJETO DE NO TRAUMATIZARLAS, EL DISCO SECCIONA EL DIENTE A NIVEL DE SU CUELLO.

TAMBIÉN SE EMPLEAN DISCOS QUE DESAPARECEN LAS CÚSPIDES MESIALES.

AL SECCIONAR EL DIENTE, SEGÚN SU EJE MENOR, SE DIRIGE EL DISCO LO MÁS PERPENDICULAR POSIBLE AL EJE MAYOR DEL DIENTE.

EL DISCO DEBE SER HUMEDECIDO CONSTANTEMENTE CON UN CHORRO DE AGUA O SUERO FISIOLÓGICO.

AL SECCIONAR LAS CÚSPIDES MESIOBUCAL Y MESIOLINGUAL EL DISCO SE COLOCA DE MANERA PERPENDICULAR A LA ARCADEA, INMEDIATAMENTE POR DETRÁS DE LA CARA DISTAL DEL SE GUNDO MOLAR.

SI SE DIRIGE DE BUCAL A LINGUAL, ESGRIMIENDO LA PIEZA DE MANO CON FIRMEZA, EL DISCO SECCIONA AL ESMALTE DE LA CARA TRITURANTE Y LLEGA HASTA LA CARA MESIAL DEL MOLAR RETENIDO; QUE A SU VEZ, SEPARA EL MACIZO FORMADO POR LAS CÚSPIDES MESIOBUCAL Y MESIOLINGUAL, ASÍ COMO EL ÁNGULO MESIOTRITURANTE. ESTE MACIZO SE EXTRAE CON UN ES COPLO O UNA CUCHARILLA DE BLAK. AL ELIMINAR EL PUNTO DE CONTACTO SE PROCEDE A LA OS TEOTOMÍA EN CASO NECESARIO, O BIEN, A EXTRACCIÓN.

EN DIVERSAS OCASIONES NO SE TIENE ÉXITO CON LA ODONTOSECCIÓN (EXCLUSIVAMENTE ESTA MANIOBRA DEBE ACOMPAÑARSE CON LA SUFICIENTE OSTEOTOMÍA). TAMBIÉN LA SO LA RESECCIÓN DE LAS CÚSPIDES MESALES HACE FRACASAR LA EXTRACCIÓN CUANDO NO SE HA - ELIMINADO LA CORRECTA CANTIDAD DE HUESO.

FRESAS. EN EL ÁNGULO DIEDRO QUE HA PREPARADO LA PIEDRA MONTADA, SE INTRO DUCE UNA FRESA DE FISURA NÚMERO 570. SE DIRIGE DE BUCAL A LINGUAL TRATANDO DE SEÇ CIONAR EN TODA SU PLENITUD LA CORONA DEL MOLAR RETENIDO.

SE DEBE TENER MÁS ATENCIÓN EN LA PARTE MESIAL DEL TERCER MOLAR, PORQUE - PUEDEN PRESENTARSE DOS CONTINGENCIAS:

1). SECCIÓN INSUFICIENTE DE LA CORONA. NO SE CORTA TODO EL TEJIDO DENTA RIO Y LA CORONA QUEDA UNIDA A SUS RAÍCES POR ESMALTE EN CANTIDAD VARIABLE PERO IN- DISPENSABLE PARA IMPEDIR LA SEPARACIÓN Y LA ELIMINACIÓN DE LA CORONA.

2). LA FRESA PASA LOS LÍMITES DE LA CORONA. ES SUSCEPTIBLE DE LESIONAR EL HUESO, SECCIONAR LA TABLA LINGUAL Y HERIR LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CARA INTERNA DEL MAXILAR.

DIRIGIDA HACIA ABAJO PUEDE HERIR EL NERVI0 DENTARIO INFERIOR Y LOS VASOS SANGUÍNEOS, PROVOCANDO HEMORRAGIAS Y PARESTESIA.

TÉCNICA DEL EMPLEO DEL ESCOPL0 AUTOMÁTICO

EL ESCOPL0 AUTOMÁTICO ES UN INSTRUMENTO QUE CORTA EL DIENTE EN FORMA PRECISA. TRATÁNDOSE DEL TERCER MOLAR, EN POSICIÓN MESIOANGULAR, LA FUNCIÓN DEL ESCOPL0 ES SECCIONAR EL DIENTE SEGÚN SU EJE MAYOR. PARA ESTE FIN SE EMPLEA UNA PUNTA CORTADA A BISEL, SE APOYA EL BORDE CORTANTE DEL BISEL EN DIRECCIÓN PERPENDICULAR A LA CARA TRITURANTE DEL MOLAR A DIVIDIR, ENCIMA DE LAS DEPRESIONES DEL ESMALTE Y NO DE LAS CRESTAS.

LA LÍNEA DE APLICACIÓN DEL ESCOPL0 SOBRE EL MOLAR DEBE TRATAR DE COINCIDIR CON EL ESPACIO INTERADICULAR. DE ESTA MANERA, EL CORTE DEL ESCOPL0 ES ÚTIL, PRECISO Y PERMITE DIVIDIR LAS RAÍCES CON LIMPIEZA. DOS O TRES GOLPES DE ESCOPL0 SON SUFICIENTES PARA SECCIONAR EL MOLAR. EN CASO DE EXISTIR CARIES, GRIETAS O FISURAS DE ESMALTE, SE APROVECHARÁN FAVORABLEMENTE, YA QUE FACILITA LA ACCIÓN DEL ESCOPL0.

EXTRACCIÓN DE LAS PARTES SECCIONADAS. DIVIDIDO EL DIENTE, LAS PARTES SECCIONADAS SON EXTRAÍDAS POR SEPARADO, DE ACUERDO A SU EJE MENOR Y A SU EJE MAYOR.

EXTRACCIÓN DEL MOLAR SECCIONADO SEGÚN SU EJE MENOR

1). EXTRACCIÓN DE LA CORONA. LA EXTRACCIÓN DE LA CORONA DESPUÉS DE SECCIONAR EL DIENTE SEGÚN SU EJE MENOR, SE PRODUCE POR MEDIO DE ELEVADORES FINOS, QUE DEBEN DE INTRODUCIRSE EN EL ESPACIO REALIZADO POR UNA FRESA PARA DESPLAZAR LA CORONA HACIA MESIAL Y LUEGO HACIA DISTAL.

2). EXTRACCIÓN DE LA RAÍZ. LA PORCIÓN PUEDE EXTRAERSE POR MEDIO DE ELEVADORES RECTOS, CURVOS O CON ELEVADORES DE WINTER.

EN ALGUNOS TIPOS DE RETENCIÓN SE EMPLEA ELEVADOR NÚMERO 12 (R Y L), QUE SE INTRODUCE ENTRE LA PORCIÓN RADICULAR Y EL TEJIDO ÓSEO HACIÉNDOLE GIRAR EL MANGO DEL INSTRUMENTO HACIA EL LADO BUCAL. EN CASO DE GRAN DIVERGENCIA RADICULAR O GRAN CEMENTOSIS PUEDE SER DE UTILIDAD SEPARAR LAS DOS RAÍCES CON UNA FRESA DE FISURA CQ LOCADA EN LA PIEZA DE MANO.

TERMINACIÓN DE LA EXTRACCIÓN. SE INSPECCIONA LA CAVIDAD ÓSEA, SE RETIRAN LAS ESQUIRILAS, SE ADAPTAN LOS LABIOS DE COLGAJO Y SE EFECTÚAN DOS O TRES PUNTOS DE SUTURA.

EXTRACCIÓN DEL MOLAR SEGÚN SU EJE MAYOR

PRACTICADA LA SECCIÓN DEL MOLAR CON EL ESCOPLA AUTOMÁTICO, QUEDA EL DIENTE DIVIDIDO EN DOS PORCIONES; LA MESIAL Y LA DISTAL, QUE DEBEN SER ELIMINADAS POR SEPARADO. LA PORCIÓN DISTAL ES LA MÁS SENCILLA Y SE EXTRAE PRIMERO PARA QUE FACI-

LITE LA DESAPARICIÓN DE LA MESIAL.

1). EXTRACCIÓN DE LA PORCIÓN DISTAL. SE INTRODUCE UN ELEVADOR RECTO ENTRE LAS DOS PORCIONES DEL MOLAR DIVIDIDO Y AL ACTUAR COMO CUÑA SE CONSIGUE LUXAR LIGERAMENTE LA PORCIÓN DISTAL.

AL LLEVAR A CABO LA EXTRACCIÓN DE ESTA PORCIÓN ES CONVENIENTE APLICAR EL ELEVADOR LO MÁS PROFUNDAMENTE POSIBLE, CON EL OBJETO DE EVITAR LA FRACTURA INTERRUPCIVA DE LA PORCIÓN DISTAL. EL PUNTO IDEAL DE APLICACIÓN DEL ELEVADOR SE ENCUENTRA A UN PAR DE MILÍMETROS POR DEBAJO DE LA LÍNEA CERVICAL, HECHO A ESTE NIVEL SE GIRA HACIA MESIAL EL MANGO DEL INSTRUMENTO Y SE DIRIGE LA RAÍZ HACIA ARRIBA Y -- ATRÁS.

2). EXTRACCIÓN DE LA PORCIÓN MESIAL. ELIMINADA LA PORCIÓN DISTAL SE INTRODUCE EL ELEVADOR ENTRE LA CARA MESIAL DEL MOLAR Y EL BORDE ÓSEO, SI LOGRA SER ACCESIBLE; DE LO CONTRARIO SE USA UNA VÍA ENTRADA PARA EL ELEVADOR CON UNA FRESDONDA O CON ESCOPIO A MANO.

EL MOLAR SE APOYA COMO SI SE TRATARA DE UN MOLAR ENTERO, SOBRE LA CARA MESIAL DE LA PORCIÓN MESIAL Y SE REALIZAN LOS MOVIMIENTOS NECESARIOS.

PUEDE DARSE EL CASO DE GRAN CURVATURA O CEMENTOSIS DE LA RAÍZ MESIAL Y ENCAJE DE LA SUPERFICIE TRITURANTE DE LA PORCIÓN MESIAL POR DEBAJO DEL CUELLO DEL SEGUNDO MOLAR, QUE PRESENTA GRAN RESISTENCIA A LA ELEVACIÓN. SI ES ASÍ, ES CONVENIENTE EMPLEAR UNA NUEVA SECCIÓN QUE DIVIDE LA PORCIÓN MESIAL A NIVEL DE LA LÍNEA

CERVICAL. SE COLOCA LA HOJA DEL INSTRUMENTO ENTRE LA CARA MESIAL DEL MOLAR Y LA SU PERFIGIE ANTERIOR DEL ALVEOLO GIRANDO EL MANGO DEL INSTRUMENTO HACIA MESIAL, CON ELLO SE LOGRA ELEVÁR EL MOLAR HACIA ATRÁS Y HACIA ARRIBA.

LOS ELEVADORES RECTOS PUEDEN SER COLOCADOS ENTRE LA CARA BUCAL Y LA PARED EXTERNA DEL HUESO. CON MOVIMIENTOS ROTATORIOS DE DERECHA A IZQUIERDA SE CONSIGUE LUXAR EL MOLAR.

2). RETENCIÓN MESIOANGULAR. AUSENCIA DE DIENTES VECINOS. LA AUSENCIA DEL SEGUNDO MOLAR SIGNIFICA LA DESAPARICIÓN DEL PUNTO DE CONTACTO MESIAL. EN ESTE TIPO DE PRESENTACIÓN DEL MOLAR, LA TÉCNICA QUIRÚRGICA DEBE VENCER SÓLO LAS RESISTENCIAS ÓSEAS QUE CUBREN EL MOLAR. LA OSTEOTOMÍA PUEDE HACERSE A ESCOPLA O A FRESA. LA ODONTOSECCIÓN ÚNICAMENTE SE APLICA EN CASO DE CEMENTOSIS O RAÍCES DIVERGENTES (RAÍZ MESIAL DIRIGIDA HACIA DISTAL).

ES DE GRAN IMPORTANCIA ESTUDIAR EL PROBLEMA CON RADIOGRAFÍAS ANTES DE INTENTAR LA EXTRACCIÓN DE ESTOS MOLARES AISLADOS, PORQUE AL APLICAR SOBRE ELLOS UNA FUERZA EXAGERADA, CUANDO SE INTENTA EXTRAER SIN DIVIDIR EL DIENTE, SE PUEDE ORIGINAR FÁCILMENTE LA FRACTURA DEL MAXILAR.

A). INCISIÓN. EN CASO DE RETENCIÓN COMPLETA PREFERIMOS LA INCISIÓN ANGULAR.

B). OSTEOTOMÍA A ESCOPLA. CON UN ESCOPLA FINO O DE MEDIA CUÑA SE RESECA EL HUESO DISTAL Y PERMITE DEJAR AL DESCUBIERTO POR LO MENOS LA CARA DISTAL DE LA CORONA. LA RESECCIÓN DEL HUESO POR EL LADO MESIAL ESTÁ CONDICIONADA POR LA LIBER-

TAD DE ACCESO A LA CARA MESIAL SOBRE LA CUAL SE APLICARÁ EL ELEVADOR.

OSTEOTOMÍA A FRESA. LA FRESA RESECA IDÉNTICAS PORCIONES DE HUESO. EL LADO DISTAL SE OPERA CON UNA FRESA DE FISURA EN ÁNGULO RECTO, LA OSTEOTOMÍA MESIAL PUEDE EFECTUARSE CON FRESA REDONDA NÚMERO 7 COLOCADA EN LA PIEZA DE MANO.

C). EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. EN LA PRÁCTICA SE UTILIZAN ELEVADORES DE WINTER NÚMEROS 8 Y 12 (R Y L), SON ANGULARES DE ASH, TODOS DE APLICACIÓN MESIAL.

EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICIÓN DISTOANGULAR

LA POSICIÓN DISTOANGULAR NO ES FRECUENTE, CUANDO EL TERCER MOLAR ASÍ SE PRESENTA, LOS MÉTODOS PARA SU EXTRACCIÓN SUELEN SER LABORIOSOS. LAS DIFICULTADES DE LA EXTRACCIÓN RESIDEN EN LA POSICIÓN DEL MOLAR QUE AL SER EXTRAÍDO DEBE SER DIRIGIDO EN SENTIDO DISTAL, ES DECIR, HACIA LA RAMA ASCENDENTE Y EN LA CANTIDAD DE HUESO QUE HAY QUE ELIMINAR CON OBJETO DE VENCER EL CONTACTO DEL TERCER MOLAR CON LA RAMA ASCENDENTE.

A). TÉCNICA DE WINTER. NO ES MUY RECOMENDABLE A ESTE TIPO DE TERCER MOLAR EN DISTOVERSIÓN, PUES SE HALLA ANCLADO AL MAXILAR Y CUBIERTO POR UNA GRAN CANTIDAD DE HUESO POR SUS CARAS DISTAL Y TRITURANTE, CONSECUENTEMENTE, ES MUY DIFÍCIL ELIMINARLO A PRESIÓN MANUAL. LA TÉCNICA QUE SE RECOMIENDA ES LA OSTEOTOMÍA A ESCOPIO Y SOBRE TODO LA ODOHTOSECCIÓN, QUE AL DIVIDIR EL MOLAR FACILITA LA EXTRACCIÓN.

LA TÉCNICA DE WINTER TIENE ÉXITO EN CASOS DE DISTORSIÓN CON LA CARA TRITURANTE EXPUESTA EN SUS TRES CUARTOS ANTERIORES Y EN LA ANGULACIÓN POCO EXAGERADA.

A). INCISIÓN. SI EL MOLAR ESTÁ PARCIALMENTE ERUPCIONADO PUEDE EFECTUAR SE LA INCISIÓN YA SEÑALADA EN OTRAS CLASES DE RETENCIONES. EN RETENCIONES PROFUNDAS Y COMPLETAS SE HACE INCISIÓN ANGULAR.

B). OSTEOTOMÍA. SE LLEGA HASTA LA PORCIÓN ÓSEA QUE CUBRE LA CARA TRITURANTE Y DISTAL DEL MOLAR RETENIDO. ESTE HUESO SE DESCARTA CON INSTRUMENTOS NÚMEROS 3, 5 U 11 (R Y L). APLICADA SOBRE EL HUESO DE LA CARA TRITURANTE, EL INSTRUMENTO NÚMERO 5 PRACTICA ORIFICIOS QUE DESCURREN LA CARA DEL DIENTE RETENIDO, EL HUESO DE LA CARA BUCAL DEBE TAMBIÉN ELIMINARSE LO BASTANTE PARA PERMITIR LA COLOCACIÓN DE LOS ELEVADORES BUCALES Y EXTRAER EL MOLAR.

C). EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. EMPLEO DE ELEVADORES. SI EXISTE SUFICIENTE ESPACIO ENTRE LA CORONA DEL SEGUNDO MOLAR Y LA DEL TERCERO, ES DECIR UN ESPACIO INTERDENTARIO, PUEDE EMPLEARSE EL ELEVADOR NÚMERO 9 (R Y L). EL INSTRUMENTO ES UTILIZADO SOBRE LA CARA MESIAL CERCA DEL BORDE BUCAL E INTRODUCIENDO EL ELEVADOR COMO SI FUERA UNA CUÑA ENTRE EL MOLAR Y EL HUESO, SE LOGRA ELEVAR EL MOLAR. SI LA CANTIDAD DE HUESO RESECADO NO ES EL NECESARIO, DEBERÁ PRACTICARSE UNA MAYOR OSTEOTOMÍA.

EL ELEVADOR ES NUEVAMENTE COLOCADO EN EL MISMO PUNTO Y CON IGUAL ACCIÓN DE CUÑA EL MOLAR SE DESVÍA HACIA ARRIBA Y ATRÁS.

LOS ELEVADORES DE APLICACIÓN BUCAL NÚMERO 10 SON MÁS ÚTILES PARA INTRODUCIRLOS Y COLOCARLOS SOBRE LA CARA BUCAL EN LA BIFURCACIÓN DE LAS RAÍCES. AL EMPLEAR EL ELEVADOR SE GIRA EL MANGO DEL INSTRUMENTO HACIA EL LADO BUCAL Y SE DESPLAZA EL MOLAR,

B). EXTRACCIÓN POR OSTEOTOMÍA A FRESA Y ESCOPLA.

LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR EN DISTORSIÓN EXIGE UNA CANTIDAD DE HUESO.

A). INCISIÓN. EXISTA O NO EL SEGUNDO MOLAR, DEBE REALIZARSE UNA LARGA INCISIÓN QUE PERMITA UN COLGAJO AMPLIO QUE DESCUBRA PERFECTAMENTE EL CAMPO OPERATIVO. ESTA INCISIÓN PARTE DOS CENTÍMETROS POR DETRÁS DE LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR Y SIGUE PRÓXIMO A LA CARA INTERNA DEL MAXILAR. LLEGADA LA INCISIÓN A LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR, DEBE RODEAR LA CARA BUCAL Y DESDE LA LENGÜETA INTERDENTARIA ENTRE EL SEGUNDO MOLAR Y PRIMER MOLAR SE DIRIGE HACIA ABAJO, AFUERA Y ADELANTE.

SE SEPARAN LOS LABIOS DE LA INCISIÓN Y SE MANTIENEN LOS COLGAJOS PARA OBTENER UNA PERFECTA VISIÓN DEL HUESO A RESECARSE.

B). OSTEOTOMÍA. RESECCIÓN DEL HUESO DISTAL. CON UN ESCOPLA RECTO SE HACE LA OSTEOTOMÍA DE LA PORCIÓN DISTAL Y DE LA QUE CUBRE LA CARA TRITURANTE DEL MOLAR RETENIDO.

LA CANTIDAD DE HUESO A RESECARSE POR EL LADO DISTAL DEBE SER TODA LA -

EXISTENCIA, ENTRE UNA PERPENDICULAR TRAZADA DESDE EL PUNTO MÁS DISTAL DEL MOLAR RETENIDO Y LA CARA MESIAL DEL MOLAR.

CON UNA FRESA REDONDA ES POSIBLE AUMENTAR EN DIRECCIÓN DISTAL, EL NICHOS ÓSEO QUE EL ESCOPIO CREA.

OSTEOTOMÍA MESIAL. CON UNA FRESA REDONDA NÚMERO 6 Ó 7, SE RESECA EL HUESO QUE CUBRE LA CARA MESIAL DE LA CORONA Y TERCIO SUPERIOR DE LA RAÍZ DEL TERCER MOLAR; ES DECIR, SE ELIMINA EL TABIQUE INTERDENTARIO, SUPRIMIÉNDOSE TODA RESISTENCIA ÓSEA OPUESTA A LA EXTRACCIÓN.

C). EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. UN ELEVADOR NÚMERO 12 SE INTRODUCE ENTRE LA CARA BUCAL DEL MOLAR Y EL HUESO BUCAL CON LA INTENCIÓN DE MOVERLO, LA MISMA OPERACIÓN SE HACE EN EL LADO DISTAL.

ESTAS SUCESIVAS APLICACIONES LUXAN EL DIENTE RETENIDO, CUYA ELEVACIÓN SE COMPLETA CON UN ELEVADOR FINO COLOCADO EN EL LADO DISTAL, ENTRE LA CARA TRITURANTE Y EL HUESO. AL GIRAR EL MANGO DEL INSTRUMENTO HACIA ADELANTE, SE ELEVA EL MOLAR COMPLETÁNDOSE LA EXTRACCIÓN CON UN ELEVADOR NÚMERO 10 BUCAL.

D). SUTURA. DOS O TRES PUNTOS DE SUTURA CIERRAN LA HERIDA CUBRIENDO - DENTRO DE LO QUE PERMITE LA EXTENSIÓN DEL TEJIDO GINGIVAL, AL ALVEOLO DEL SEGUNDO MOLAR EN CUANTO SE CONCLUYE LA EXTRACCIÓN DE ESTE ÚLTIMO.

C). EXTRACCIÓN POR ODONTOSECCIÓN.

LOS PROBLEMAS QUE PRESENTA LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICIÓN DISTOANGULAR SOBRE TODO, EN AQUELLAS EN QUE EL DIENTE ESTÁ RODEADO EN TODAS SUS CARAS POR HUESO, EXIGEN LA APLICACIÓN DEL MÉTODO DE LA DIVISIÓN DEL DIENTE.

OSTEOTOMÍA Y ODONTOSECCIÓN SE COMPLEMENTAN. LA CANTIDAD DE HUESO A RESECARSE Y EL TIPO DE LA ODONTOSECCIÓN ESTARÁN DADOS POR LA CANTIDAD DEL HUESO DISTAL, EL GRADO DE INCLINACIÓN DEL MOLAR Y LA FORMA Y DISPOSICIÓN DE SUS RAÍCES.

TÉCNICA DE LA ODONTOSECCIÓN EN RETENCIÓN DISTOANGULAR. SI SE EXTRAE EL TERCER MOLAR EN POSICIÓN DISTOANGULAR SE DEBE TRAZAR UN ARCO Y DIRIGIRSE HACIA LA RAMA ASCENDENTE.

LA PROXIMIDAD DE LA CARA TRITURANTE O DEL BORDE DISTOTRITURANTE DEL MOLAR CON EL HUESO DE LA RAMA ASCENDENTE, OBLIGA A SUPRIMIR EL TROZO DE DIENTE QUE SE OPONGA A LA REALIZACIÓN DEL ARCO.

EN LA ODONTOSECCIÓN DE LA RETENCIÓN DISTOANGULAR SE CORTA EL DIENTE SEGÚN SU EJE MENOR. DADA LA COLOCACIÓN DEL MOLAR, LA SECCIÓN DE LA CORONA DEBE REALIZARSE CON UNA FRESA DE FISURA SITUADA EN LA PIEZA DE MAÑO. LA FRESA DEBE DIRIGIRSE PARALELA A LA LÍNEA CERVICAL DEL MOLAR RETENIDO Y SE INTRODUCE EN EL ESPACIO - CREADO POR LA OSTEOTOMÍA, ENTRE LA CARA BUCAL DEL MOLAR Y LA TABLA ÓSEA EXTERNA. EN CASO DE DIFICULTARSE EL ATAQUE DEL DIENTE A LA ALTURA DE SU CUELLO, SE RECURRE A DESGASTAR PREVIAMENTE EL ESMALTE CORONARIO CON UNA PIEDRA MONTADA NÚMERO 36, LA CUAL HACE UNA MUESCA EN EL DIENTE QUE FACILITA EL CORTE DE LA FRESA. TAMBIÉN SECCIONA EL DIENTE AL SEPARAR LA CORONA DE LA RAÍZ.

1). EXTRACCIÓN DE LA CORONA. SE INTRODUCE UN INSTRUMENTO DELGADO EN EL ESPACIO CREADO POR LA FRESA Y SE COMPRUEBA SI SE HA EFECTUADO LA SEPARACIÓN DE LOS DOS ELEMENTOS.

SE PROYECTA LA CORONA HACIA DISTAL TODO LO QUE EL HUESO PERMITA Y SE VUELVE A COLOCAR EN EL MUÑÓN RADICULAR. LA EXTRACCIÓN DE LA CORONA SE LLEVA A CABO CON UNA CUCHARILLA O UN ELEVADOR ANGULAR, SE BUSCA LA VÍA DE MENOR RESISTENCIA Y SE ELEVA LA CORONA DEL MOLAR.

2). EXTRACCIÓN DE LA RAÍZ. LO MÁS SENCILLO ES DESPLAZAR LAS RAÍCES HACIA DISTAL SIGUIENDO EL EJE O LA CURVATURA DE LAS RAÍCES.

ES POSIBLE PRACTICAR UNA OSTEOTOMÍA EN EL TABIQUE INTERDENTARIO CON UNA FRESA DE FISURA, EN ESTA CAVIDAD SE INTRODUCE UN ELEVADOR Y GIRANDO EL MANGO HACIA ATRÁS Y ADELANTE, LA RAÍZ SE DIRIGE SEGÚN LA CURVATURA DE SUS RAÍCES EN DIRECCIÓN DE LA CAVIDAD DONDE ESTABA ALOJADA LA CORONA. LA EXTRACCIÓN TERMINA CON UNA PINZA DE ALGODÓN O CON UNA PINZA DE DISECCIÓN.

EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR RETENIDO INFERIOR EN POSICIÓN HORIZONTAL

A). TÉCNICA DE WINTER. CARA MESIAL ACCESIBLE.

A). INCISIÓN.

B). OSTEOTOMÍA. TÉCNICA APLICADA EN LA RETENCIÓN MESIOANGULAR.

C). EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. EL INSTRUMENTO SE INTRODUCE ENTRE LA CARA MESIAL Y EL BORDE ÓSEO Y EL MOLAR ES DESPLAZADO HACIA ARRIBA Y EN SENTIDO DISTAL.

EL TAMAÑO DE LOS ELEVADORES PUEDE IR AUMENTANDO GRADUALMENTE CONFORME CRECE EL ESPACIO, LA DIRECCIÓN Y FUERZA EJERCIDA SOBRE EL ELEVADOR, ADEMÁS ESTÁN EN RELACIÓN CON LA FORMA Y DISPOSICIÓN RADICULAR.

II. CARA MESIAL INACCESIBLE. SEGÚN WINTER DICE: "EN ESTOS CASOS LA SUPERFICIE MESIAL ES MÁS BAJA QUE EL BORDE SUPERIOR DE LA OSEOESTRUCTURA Y EL ACCESO A LA CARA SÓLO PUEDE CONSEGUIRSE ASCIENDIENDO EL HUESO".

A). OSTEOTOMÍA DISTAL. LA RESECCIÓN DE HUESO QUE CUBRE LA CARA DISTAL DEL TERCER MOLAR SE REALIZA CON LA TÉCNICA YA APLICADA ANTERIORMENTE.

OSTEOTOMÍA BUCAL. COMO ES IMPOSIBLE LLEGAR HASTA LA CARA MESIAL SE UTILIZAN LOS OSTEÓTOMOS NÚMEROS 6 Y II (R Y L), LA OSTEOTOMÍA DE LA CARA BUCAL QUE PERMITE LA ENTRADA Y APLICACIÓN DEL ELEVADOR.

B). EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. EN EL ESPACIO CREADO POR EL OSTEÓTOMO SE INTRODUCE UN ELEVADOR NÚMERO 2 (R O L). POR LA CARA MESIAL DEL MOLAR SE DIRIGE EL MANIGO DEL INSTRUMENTO HACIA ARRIBA Y ABAJO DESPLAZANDO EL MOLAR HACIA ARRIBA Y HACIA DISTAL.

B). EXTRACCIÓN POR OSTEOTOMÍA A FRESA Y ESCOPLA. SE EMPLEA LA TÉCNICA YA ESTUDIADA. EL MOLAR RETENIDO EN POSICIÓN HORIZONTAL, SE DEBE CONSIDERAR COLOCA

DO ENTRE UNA PARED INEXTENSIBLE (CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR), OTRA PARED PRÁCTICAMENTE INEXTENSIBLE (HUESO DISTAL).

EL OBJETO DE LA OSTEOTOMÍA DISTAL ES QUE EL MOLAR RETENIDO DEBE TRAZAR UN ARCO CUYO CENTRO ESTÁ CERCA DEL ÁPICE.

A LA EXTRACCIÓN DEL MOLAR SE Oponen DOS FACTORES QUE CONSTITUYEN LA RESISTENCIA EN LA FUERZA DE PALANCA. LA POTENCIA USADA SOBRE LA CARA MESIAL ES INCAPAZ DE VENCER ESTOS FACTORES Y PERMITIR AL MOLAR DESCRIBIR UN ARCO CON CENTRO EN O. SE DEBE DE ELIMINAR UNO DE LOS DOS FACTORES, ES DECIR, DISMINUIR LA RESISTENCIA.

WINTER TRANSFORMA LA RESISTENCIA R EN R2, ELIMINANDO EL HUESO R1 HASTA C. LA FUERZA EN EL PUNTO DE APOYO A Y SOBRE EL HUESO DISTAL AÚN REDUCIDO HASTA C, TIENE QUE SER EXTRAORDINARIA PARA VENCER LAS RESISTENCIAS QUE AÚN SE PRESENTEN.

AL ELIMINAR EL HUESO DISTAL HASTA C1 RESTANDO A LA RESISTENCIA R EL SEGMENTO R2, LA POTENCIA NECESARIA QUE ELEVA EL MOLAR ESTARÁ DISMINUIDA EN PROPORCIÓN A LA EXTENSIÓN DE R2.

a). INCISIÓN. ANGULAR.

b). OSTEOTOMÍA. CON UNA FRESA REDONDA NÚMERO 5 O 6, SE RESECA EL HUESO DISTAL HASTA EL PUNTO C1. SI LA CARA NO ES ACCESIBLE SE PRACTICA LA OSTEOTOMÍA A FRESA EN LA CARA BUCAL PARA PERMITIR LA APLICACIÓN DEL ELEVADOR.

c). EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. CON UN ELEVADOR RECTO COLOCADO ENTRE

LA CARA MESIAL DEL MOLAR Y EL BORDE ÓSEO, SE DIRIGE EL MOLAR HACIA ARRIBA Y HACIA EL LADO DISTAL.

D). SUTURA. AL DESCARTAR EL MOLAR SE CUBRE EL ALVEOLO CON EL COLGAJO - QUE SE MANTIENE CON DOS O TRES PUNTOS DE SUTURA.

C). EXTRACCIÓN POR ODONTOSECCIÓN. SE REALIZA POR DOS MÉTODOS:

1). EXTRACCIÓN DEL MOLAR SECCIONADO SEGÚN SU EJE MENOR.

2). EXTRACCIÓN SEGÚN SU EJE MAYOR. ESTE MÉTODO ES CONVENIENTE CUANDO LA CORONA DEL TERCER MOLAR ESTÁ DESVIADA HACIA EL LADO BUCAL.

SE EFECTÚA LA SECCIÓN CON UN ESCOPLA DE HOJA ANCHA, SE COLOCA EN EL CENTRO DE LA CARA TRITURANTE, SE DIVIDE AL MOLAR EN DOS PORCIONES, MESIAL Y DISTAL, EX TRAYÉNDOSE AMBAS POR SEPARADO.

EXTRACCIÓN DE LA RAÍZ MESIAL. EN ALGUNOS CASOS ESTÁ RETENIDA POR DEBAJO DE LA LÍNEA CERVICAL DEL SEGUNDO MOLAR. DICHA RAÍZ SE ELIMINA HACIENDO UN ORIFICIO SOBRE SU CARA DISTAL CON LA MISMA FRESA DE FISURA O CON UNA REDONDA. EN ESTE ORIFICIO SE INTRODUCE UNA CUCHARILLA Y SE DESCARTA LA RAÍZ EN CUANTO SE TRACCIONA HACIA MESIAL.

RETENCIÓN HORIZONTAL
AUSENCIA DE DIENTES VECINOS

EL MOLAR PUEDE ENCONTRARSE EN TOTAL RETENCIÓN ÓSEA O SUBGINGIVAL. AL NO EXISTIR EL SEGUNDO MOLAR LA APLICACIÓN DEL ELEVADOR SE REALIZA SOBRE LA CARA MESIAL CON PUNTO DE APOYO EN EL HUESO MESIAL Y EL MOLAR PUEDE DIRIGIRSE HACIA ARRIBA Y HACIA DISTAL.

POR LO TANTO, EL TERCER MOLAR ES FACTIBLE DE EXTRAERSE EN ALGUNAS OCASIONES SIN SER SECCIONADO, APLICANDO LA TÉCNICA PARA TENSIÓN MESIOANGULAR CON LAS VARIANTES QUE IMPONE LA HORIZONTALIDAD DEL MOLAR.

EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR RETENIDO INFERIOR
POSICIÓN LINGUANGULAR

SU CARA TRITURANTE ESTÁ DIRIGIDA HACIA LA TABLA LINGUAL DEL MAXILAR. ESTOS MOLARES SE PRESENTAN CON SUS PAÍCES INCOMPLETAS.

EL MOLAR PUEDE ENCONTRARSE CUBIERTO POR HUESO EN CANTIDAD VARIABLE. EN CASO DE EXTRACCIÓN, DEBE ELIMINARSE EL HUESO QUE CUBRE LA CARA SUPERIOR (YA SEA LA CARA BUCAL O DISTAL, DEBIDO AL GIRO DEL MOLAR) EL HUESO DE LA TABLA INTERNA QUE CUBRE LA CARA TRITURANTE Y LA SUFICIENTE CANTIDAD DE HUESO DISTAL PARA PODER DIRIGIR AL MOLAR HACIA ARRIBA Y HACIA DISTAL.

A). INCISIÓN. LA RAMA ANTEROPOSTERIOR DE LA INCISIÓN DEBE SER TRAZADA AL MISMO NIVEL QUE LA TABLA INTERNA DEL HUESO. LA RAMA VERTICAL SEPARA LA ENCÍA - QUE CUBRE AL MOLAR RETENIDO DE LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR Y SE CONTINÚA HACIA AFUERA, ADELANTE Y ABAJO.

B). OSTEOTOMÍA. SE RESECA EL HUESO QUE CUBRE LA CARA SUPERIOR Y LA CARA TRITURANTE. LEVANTANDO LOS COLGAJOS SE ELIMINA CON UN OSTEÓTOMO NÚMERO 2 O II (R O L) EL HUESO DE LA CARA LINGUAL.

EL HUESO QUE CUBRE LA CARA SUPERIOR SE ELIMINA CON OSISECTORES NÚMEROS 2, 3 Ó 5. ES NECESARIO REALIZAR UNA AMPLIA OSTEOTOMÍA, PUES ESTOS MOLARES, PRINCIPALMENTE LOS QUE POSEEN SUS RAÍCES FORMADAS DE MANERA INCOMPLETA (SON SÓLO CORONAS), TIENDEN A RODEAR EN EL INTERIOR DE LA CAVIDAD ALVEOLAR Y ES TAREA MUY DIFÍCIL LOGRAR ELEVARLOS.

C). EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. ELIMINADA LA CANTIDAD DE HUESO REQUERIDA QUE CUBRE EL MOLAR RETENIDO SE INTRODUCE UN ELEVADOR NÚMERO 2 Ó 7 ENTRE LA CARA MESIAL Y EL HUESO, A FIN DE TRATAR DE LEVANTAR EL MOLAR HACIA ARRIBA Y HACIA ATRÁS.

EXTRACCIÓN POR OSTEOTOMÍA A FRESA

SE ELIMINA EL HUESO CON FRESA REDONDA NÚMERO 6 U 8, MONTADA EN EL CONTRAJULO DE LA PIEZA DE MANO. EL HUESO DE LA TABLA LINGUAL SE ELIMINA CON FRESA DE FISSURA NÚMERO 650 O CON FRESA REDONDA, TENIENDO LA PRECAUCIÓN DE SEPARAR EL COLGAJO DE LA CARA LINGUAL PARA NO TRAUMATIZARLO CON EL INSTRUMENTO.

EXTRACCIÓN POR ODONTOSECCIÓN

SECCIONADOS CON FRESA REDONDA A NIVEL DE SU CUELLO CUANDO TIENEN RAÍCES Y DIVIDIDA LA CORONA CON EL MISMO INSTRUMENTO O CON UN ESCOPLA COLOCADO SOBRE UN - ELEVADOR DE CLEVEDENT O CON UNA PINZA DE KOCHER CURVA PEQUEÑA. ESTE INSTRUMENTO LOGRA ELEVAR MEJOR QUE EL PROPIO ELEVADOR LOS SEGMENTOS SECCIONADOS POR LA FRESA.

EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

POSICIÓN BUCAL

LA CARA TRITURANTE SE ENCUENTRA DIRIGIDA HACIA LA MEJILLA. LA EXTRACCIÓN SE HACE CON LA TÉCNICA YA MENCIONADA. LA SECCIÓN DEL MOLAR EN SENTIDO DE SU EJE MENOR, SE DIVIDE CON FRESA DE FISURA DE MESIAL A DISTAL, EXTRAYENDO LAS PARTES POR SEPARADO.

EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

POSICIÓN INVERTIDA

LA TÉCNICA A EMPLEARSE PARA LA EXTRACCIÓN VARÍA DE ACUERDO CON LA PROFUNDIDAD DEL MOLAR EN EL HUESO Y SU ACCESIBILIDAD A LA CARA MESIAL. LOS MOLARES RELATIVAMENTE SUPERFICIALES SE EXTRAEN PREVIA RESECCIÓN DEL HUESO QUE CUBRE LA CARA MÁS CERCANA AL BORDE ALVEOLAR, QUE ES LA DISTAL.

LA ODONTOSECCIÓN SE REALIZA CON UNA FRESA DE FISURA SEGÚN EL EJE MAYOR -

DEL DIENTE Y LO DIVIDE EN DOS SECCIONES, SEGÚN LA POSICIÓN DEL DIENTE SE PUEDE EXTRAER PRIMERO LA RAÍZ O LA CORONA Y A EXPENSAS DEL ESPACIO CREADO SE ELIMINA LA PORCIÓN QUE QUEDA.

EXTRACCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES CON RAÍCES INCOMPLETAMENTE FORMADAS

(GÉRMENES DEL TERCER MOLAR INFERIOR)

LA ORTODONCIA INDICA MUCHAS VECES LA NECESIDAD DE EXTRAER PREMATURAMENTE EL TERCER MOLAR INFERIOR CON RAÍCES INCOMPLETAS, QUE PUEDE PRODUCIR DESVIACIONES DE LOS DIENTES O DESARREGLO DE LOS TRATAMIENTOS ORTODÓNTICOS.

LA EDAD IDEAL PARA SU EXTRACCIÓN ES DE 12 A 16 AÑOS, AUNQUE EXTRAERLA - CONSTITUYE UN PROBLEMA, YA SEA PORQUE LA DISTANCIA DEL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA Y CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR ES MUY PEQUEÑA O PORQUE LA BOCA DEL PACIENTE ES CHICA.

SE ACOSTUMBRA A EXTRAER LOS CUATRO TERCEROS MOLARES EN UNA SESIÓN (BAJO ANESTESIA GENERAL CON BARBITÚRICOS, POR VÍA ENDOVENOSA Y PROTÓXIDO DE NITRÓGENO-OXÍGENO); QUIEN DESEE ANESTESIA TRONCULAR SE VERÁ PRECISADO A REALIZAR LA INTERVENCIÓN EN DIFERENTES SESIONES.

LA PRESENCIA DEL SACO PERICORONARIO DISMINUYE LA CANTIDAD DE OSTEOTOMÍA.

POR REGLA GENERAL, HAY QUE ELIMINAR TANTO HUESO COMO EL MAYOR DIÁMETRO DE

LA CORONA DEL MOLAR RETENIDO, DE MODO QUE SU EXTRACCIÓN NO SE HAGA A EXPENSAS DE LA FUERZA, SINO DE LA APLICACIÓN DE LOS ELEVADORES, A EFECTO DE ELIMINAR EL MOLAR RETENIDO SIGUIENDO EL CAMINO DE MENOR RESISTENCIA. EL SACO PERICORONARIO DEBE SER CUIDADOSAMENTE ELIMINADO DESDE SU EPITELIO TIENE POSIBILIDADES DE CRECIMIENTO, PUES - PUEDE FORMAR UN TUMOR QUÍSTICO. LA OPERACIÓN SE TERMINA BAJO SUTURA Y SE RELLENA LA CAVIDAD ÓSEA CON SUSTANCIAS PARA ESTE EFECTO.

EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS

LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES QUEDAN RETENIDOS EN UNA PROPORCIÓN MUCHO MENOR QUE LOS INFERIORES Y ADEMÁS PRESENTA UN ACCIDENTE DE ERUPCIÓN, ES DECIR, QUE ERUPCIONAN HACIA EL CARRILLO Y SE LE LLAMA BUCOVERSIÓN.

ESTE ACCIDENTE SE CARACTERIZA PORQUE AL HACER ERUPCIÓN EL MOLAR PONE SU CARA TRITURANTE EN CONTACTO CON LA MUCOSA DEL CARRILLO. POR UN DOBLE MECANISMO, AUMENTO DE LA ERUPCIÓN Y MOVIMIENTOS MASTICATORIOS, LA CARA TRITURANTE DEL MOLAR O UNA DE SUS CÚSPIDES TERMINA POR ULCERAR LA MUCOSA DEL CARRILLO. ESTA ÚLCERA SE ENCUENTRA CONTÍNUAMENTE TRAUMATIZADA POR LAS CÚSPIDES DEL MOLAR, PRODUCIENDO DOLOR DE GRAN INTENSIDAD, INFLAMACIÓN DE TEJIDOS VECINOS BLANDOS Y ORIGINA UNA CELULITIS DE LAS PARTES BLANDAS ACOMPAÑADA DE TRISMUS Y GANGLIOS INFLAMADOS, MASTICACIÓN IMPEDIDA Y LA FONACIÓN DIFICULTADA.

EL PROCESO NO TERMINA HASTA QUE NO SE REALIZA LA EXTRACCIÓN DEL MOLAR O SE SUPRIME EL FACTOR TRAUMÁTICO QUE SON LAS CÚSPIDES.

SE PUEDE ALIVIAR Y CURAR EN POCAS HORAS UN PROCESO DE ESTA ÍNDOLE DESGASTANDO CON UNA PIEDRA DE CARBURO LAS CÚSPIDES DEL TERCER MOLAR. LA ÚLCERA A VECES Pasa INADVERTIDA PORQUE QUEDA ESCONDIDA DETRÁS DEL MOLAR Y SE OCULTA CON EL ESPEJO AL HACER EL EXAMEN DE REVISIÓN. SUPRIMIDAS LAS CÚSPIDES DEBE SER TOCADA LA ÚLCERA CON LICOR DE BONAIN, CON EL CUAL LOS DOLORES DESAPARECEN Y LA ÚLCERA CICATRIZA.

CLASIFICACIÓN DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS

LA RETENCIÓN DEL MOLAR SUPERIOR PUEDE SER INTRAÓSEA O SUBMUCOSA Y ESTÁ PARCIAL O TOTALMENTE RETENIDO.

I. CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A SU PROFUNDIDAD:

CLASE A. LA PORCIÓN INFERIOR DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO ESTÁ A NIVEL DEL PLANO OCLUSAL DEL SEGUNDO MOLAR.

CLASE B. LA PORCIÓN INFERIOR DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR INFERIOR DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR ESTÁ ENTRE EL PLANO OCLUSAL DEL SEGUNDO MOLAR Y LA LÍNEA CERVICAL.

CLASE C. LA PORCIÓN INFERIOR DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO ESTÁ EN LA LÍNEA CERVICAL DEL SEGUNDO MOLAR O SOBRE DE ELLAS.

II. CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE RETENIDO EN

RELACIÓN CON EL EJE LONGITUDINAL DEL SEGUNDO MOLAR.

A). POSICIÓN VERTICAL. EL EJE MAYOR DEL TERCER MOLAR SUPERIOR SE ENCUENTRA PARALELO AL EJE DEL SEGUNDO MOLAR, EL DIENTE ES POSIBLE QUE ESTÉ PARCIAL O COMPLETAMENTE CUBIERTO POR HUESO.

B). POSICIÓN MESIOANGULAR. EL EJE DEL MOLAR RETENIDO SE DIRIGE HACIA ADELANTE, LA RAÍZ DEL MOLAR ESTÁ VECINA A LA APÓFISIS PTERIGOIDES. DICHA POSICIÓN Y EL CONTACTO DE LAS CÚSPIDES MESIALES DEL MOLAR SUPERIOR RETENDIO IMPIDEN SU NORMAL ERUPCIÓN, SON FRECUENTES LAS CARIES EN LA CARA DISTAL DE LA RAÍZ O CORONA DEL SEGUNDO MOLAR SUPERIOR.

C). POSICIÓN DISTOANGULAR. EL EJE DEL TERCER MOLAR ESTÁ DIRIGIDO HACIA LA TUBEROCIDAD DEL MAXILAR. LA CARA TRITURANTE U OCLUSAL SE ENCUENTRA HACIA LA APÓFISIS PTERIGOIDES, CON LA CUAL PUEDE TENER CONTACTO.

D). POSICIÓN HORIZONTAL. EL MOLAR ESTÁ DIRIGIDO HACIA EL CARRILLO, CON EL CUAL LA CARA TRITURANTE PUEDE PONERSE EN CONTACTO.

TAMBIÉN PUEDE DIRIGIRSE HACIA LA BÓVEDA PALATINA O PERMANECER HORIZONTAL Y PARALELO A LA ARCADEA CON SU CARA OCLUSAL HACIA MESIAL O DISTAL.

E). POSICIÓN PARANORMAL. SE PRESENTA EL MOLAR RETENIDO EN CUALQUIER POSICIÓN, EXCEPTO LAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE.

ESTUDIO RADIOGRÁFICO

EN EL ESTUDIO RADIOGRÁFICO DEL MOLAR SUPERIOR RETENIDO SE CONSIDERAN VARIOS PUNTOS DE INTERÉS.

A). POSICIÓN DEL TERCER MOLAR. CUANDO EL TERCER MOLAR TIENE SU CARA VESTIBULAR VERTICALMENTE DIRIGIDA, AUNQUE EL MOLAR SE ENCUENTRE EN POSICIÓN MESIODISTOANGULAR, SU IMAGEN RADIOGRÁFICA ES NORMAL. EN CAMBIO EN LAS DESVIACIONES HACIA BUCAL O LINGUAL, EL MOLAR APARECE ACORTADO EN LA RADIOGRAFÍA Y EN CIERTOS CASOS SU PARTE RADICULAR POR SUPERPOSICIÓN DE PLANOS NO ES VISIBLE.

B). POSICIÓN DEL SEGUNDO MOLAR. EL SEGUNDO MOLAR PUEDE ESTAR DESVIADO HACIA DISTAL. DEBE CONSIDERARSE, ADEMÁS DE LA POSICIÓN DEL MOLAR, LA POSICIÓN Y ESTADO DE LA CORONA (CARIES, OBTURACIONES, PIEZAS DE PRÓTESIS), POSICIÓN Y FORMA DE LAS RAÍCES.

C). HUESO QUE CUBRE LA CARA TRITURANTE. ES PERTINENTE ESTUDIAR RADIOGRÁFICAMENTE EL ESTADO, CANTIDAD Y DISPOSICIÓN DE HUESO QUE CUBRE LA CARA OCLUSAL. TAMBIÉN SE CONSIDERA LA EXISTENCIA O AUSENCIA DEL SACO PERICORONARIO.

D). EL TABIQUE MESIAL. ESTÁ DADO POR LA POSICIÓN MOLAR. EN LA POSICIÓN VERTICAL ESTANDO EN CONTACTO EL TERCER Y SEGUNDO MOLAR ESTE ESPACIO ES NULO O MÍNIMO Y EN POSICIÓN DISTOANGULAR EL MISMO ESPACIO TIENE UNA FORMA TRIANGULAR CON BASE INFERIOR.

E). HUESO DISTAL. EN ALGUNAS OCASIONES LA CARA OCLUSAL DEL MOLAR PUEDE

ESTAR EN CONTACTO CON LA APÓFISIS PTERIGOIDES.

F), CORONA. TAMAÑO, FORMA Y ESTADO DE LA CORONA. LA CORONA LLEGA A SER MÁS PEQUEÑA O MÁS GRANDE QUE LO NORMAL, DISMINUIDA EN SU RESISTENCIA POR CARIES, AÚN EN RETENCIÓN INTRAÓSEA PUEDE ESTAR CARIADA.

G), RAÍCES. GENERALMENTE ESTÁN FUSIONADAS EN UNA MASA ÚNICA. SIN EMBARGO, SURGEN SEPARADAS Y DIRIGIDAS EN DISTINTAS DIRECCIONES; PUEDEN NO ESTAR AÚN CLASIFICADAS.

H), VECINDAD CON EL SENOS MAXILAR. EN ALGUNOS CASOS EL MOLAR RETENIDO ESTÁ VECINO AL SENOS Y LAS RAÍCES LLEGAN A HACER HERNIA EN EL PISO SINUSAL. POR LO TANTO, LA EXTRACCIÓN DEL MOLAR PUEDE OCASIONAR UNA COMUNICACIÓN CON EL SENOS MAXILAR O PUEDE SER PROYECTADO EN ESTA CAVIDAD.

I), VECINDAD CON LA APÓFISIS PTERIGOIDES. EL TERCERO LLEGA A TENER CONTACTO CON LA APÓFISIS PTERIGOIDES. LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR ES SUSCEPTIBLE Y FÁCIL DE SER ARRANCADA EN EL CURSO DE UNA EXTRACCIÓN, AÚN LA DE UN MOLAR NORMALMENTE ERUCCIONADO.

J), ACCESO A LA CARA MESIAL. SOBRE LA CARA MESIAL SE APLICARÁ EL ELEVADOR QUE LUXARÁ AL MOLAR. LA RADIOGRAFÍA DEBE INDICAR LA SENCILLEZ DE ACCESO A ESTA CARA O FIJAR LA NECESIDAD DE UNA OSTEOTOMÍA DEL TABIQUE MESIAL PARA PERMITIR LA COLOCACIÓN DEL INSTRUMENTO.

EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR SUPERIOR POSICIÓN VERTICAL

A). INCISIÓN. SE UTILIZAN LA INCISIÓN DE DOS RAMAS QUE SE LLAMAN BUCAL Y ANTEROPOSTERIOR, LA PRIMERA RAMA SE TRAZA PRÓXIMA A LA CARA PALATINA DEL DIENTE, PARALELAMENTE A LA ARCADA Y EN UNA LONGITUD DE UN CENTÍMETRO. LA SEGUNDA INCISIÓN BUCAL PARTE DEL EXTREMO ANTERIOR DE LA PRIMERA INCISIÓN Y SE DIRIGE HACIA AFUERA, RODEA LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR Y ASCIENDE HASTA LAS PROXIMIDADES DEL SURCO VERTIBULAR DONDE TERMINA.

LA INCISIÓN DEBE LLEGAR EN PROFUNDAD HASTA EL HUESO O CORONA DEL MOLAR Y EN SENTIDO ANTERIOR HASTA EL CUELLO DEL SEGUNDO MOLAR.

EL COLGAJO SE DESPRENDE CON UN PERIOSTÓTOMO Y SE SOSTIENE CON UN SEPARADOR.

B). OSTEOTOMÍA. EL HUESO QUE CUBRE LA CARA TRITURANTE SE ELIMINA CON ESCOPLOS RECTOS O CON FRESA. EN CIERTOS CASOS EL HUESO A NIVEL DE LA CARA OCLUSAL ES FRÁGIL Y SE RETIRA CON UNA CUCHARILLA PARA HUESO O CON UN ELEVADOR.

VÍA DE ACCESO A LA CARA MESIAL. ESTA CARA ES LA SUPERFICIE SOBRE LA CUAL SE APLICARÁ EL ELEVADOR QUE EXTRAE EL MOLAR RETENIDO.

SI ES ACCESIBLE NO SE REQUIERE NINGUNA MANIOBRA Y SI NO LO ES NECESITARÁ ELIMINAR EL HUESO DEL TABIQUE MESIAL QUE IMPIDE LA ENTRADA DEL INSTRUMENTO. LA OSTEOTOMÍA A ESTE NIVEL SE REALIZA CON UN ESCOPLIO RECTO O CON UNA FRESA REDONDA.

C). EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. EMPLEO DE ELEVADORES NÚMERO 1, 2 Ó 4

(R O L) RECTOS DE WINTER O DE CLEVEDENT.

TÉCNICA DE EMPLEO DE LOS ELEVADORES. SE PENETRA LA PUNTA DEL ELEVADOR EN EL ESPACIO ENTRE LA CARA MESIAL DEL TERCERO Y LA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR. ACTÚA EN SU PRIMER TIEMPO COMO CUÑA Y CONSIGUE LUXAR AL MOLAR.

EL ELEVADOR RECTO SE USA CON SU CARA PLANA SOBRE LA CARA ANTERIOR DEL DIENTE, DIRIGIDO EN SENTIDO DE UNA DIAGONAL TRAZADA SOBRE ESTA CARA. EL PUNTO DE APOYO ES LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR O EL TABIQUE ÓSEO. APLICADO EL ELEVADOR Y SEPARÁNDOLO CON UN ESPEJO DEL LABIO Y CARRILLO, SE INICIA SUAVEMENTE EL MOVIMIENTO DE LUXACIÓN DEL MOLAR RETENIDO. AL ABANDONAR SU ALVEOLO EL MOLAR DEBE MOVILIZARSE EN TRES DIRECCIONES: HACIA ARAJO, AFUERA Y ATRÁS, POR LO TANTO, DEBE DESPLAZARSE EL MANGO DEL ELEVADOR HACIA ARRIBA, ADENTRO Y ADELANTE, CON PUNTO DE APOYO EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR.

SI EL MOLAR ESTÁ LUXADO Y LA FUERZA APLICADA NO HA LOGRADO EXTRAERLO SE TOMA CON UNAS PINZAS PARA EXTRACCIÓN Y SE ELIMINA CON LA MISMA TÉCNICA USADA EN LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR SUPERIOR NORMAL.

D). SUTURA, EXTRAÍDO EL MOLAR; REVISADO LOS BORDES ÓSEOS, EL TABIQUE EXTERNO Y POSTERIOR; RETIRADO EL SACO PERICORDONARIO CON UNA PINZA GUBIA, SE COLOCA EL COLGAJO EN SU SITIO Y SE PRACTICA UNO O DOS PUNTOS DE SUTURA.

EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR SUPERIOR

POSICIÓN MESIOANGULAR

ALGUNOS PROBLEMAS SE SUSCITAN EN ESTE TIPO DE EXTRACCIÓN, COMO LA CANTIDAD DE HUESO DISTAL Y EL CONTACTO CON EL SEGUNDO MOLAR.

A NIVEL DEL MAXILAR SUPERIOR LA ELASTICIDAD DEL HUESO PERMITE MOVILIZAR - AL MOLAR SIN NECESIDAD DE SECCIONAR AL DIENTE RETENIDO.

EL CONTACTO MESIAL ESTÁ VENCIDO POR LA POSIBILIDAD DE MOVER HACIA DISTAL. POR LO TANTO, EL OBSTÁCULO EN ESTE TIPO DE RETENCIÓN RESIDE TANTO EN LA OSTEOTOMÍA DISTAL Y TRITURANTE COMO EN LA PREPARACIÓN DE LA VÍA DE ACCESO PARA EL ELEVADOR. - DICHA VÍA IMPLICA MAYOR OSTEOTOMÍA EN EL LADO MESIAL QUE EN LA RETENCIÓN VERTICAL, PORQUE EL PUNTO DE APLICACIÓN DEL ELEVADOR DEBE DE SER MÁS ALTO A FIN DE ELIMINAR PARTE DE LA TABLA ÓSEA VESTIBULAR QUE CUBRE LA CARA BUCAL DEL MOLAR RETENIDO SUPERIOR.

EL DIENTE IMPACTADO SUPERIOR GENERALMENTE SE EXTRAE DE LA MISMA MANERA COMO SE ELIMINA EL INFERIOR DEL MISMO LADO.

LA INCISIÓN SE HACE SOBRE LA CRESTA DEL REBORDE, DESDE LA TUBEROCIDAD HASTA EL SEGUNDO MOLAR, Y SE AGREGA UN COMPONENTE VERTICAL EN FORMA OBLICUA HACIA ARRIBA Y HACIA ADELANTE QUE TERMINA SOBRE LA RAÍZ MESIOBUCAL DEL SEGUNDO MOLAR. EL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO SE ELEVA CON CURETA MOLT NÚMERO 4; SE COLOCA UN NUEVO CINCEL QUE PERMITE HACER UN CORTE VERTICAL PARALELO A LA RAÍZ DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR. EL MARTILLO USADO CON LIGEREZA LOGRARÁ PENETRAR AL TEJIDO ESPONJOSO BLANDO Y A LA CO-

RONA DE ESMALTE. LA PLACA CORTICAL SE ELEVA CON LENTITUD SOBRE EL LADO BUCAL DEL MOLAR O EN CASO DE IMPACCIÓN CONSIDERABLE, DEBERÁ EXTRAERSE EN SU TOTALIDAD. SE EMPLEA UNA CURETA PEQUEÑA PARA ASEGURARSE DE QUE HAY ACCESO ENTRE EL SEGUNDO MOLAR Y EL TERCER MOLAR IMPACTADO.

EL DIENTE SE EXTRAE CON UN ELEVADOR EN PUNTA DE LANZA DE NÚMERO 13 ó 34. LA PUNTA DEL ELEVADOR HACE FUERZA ENTRE LOS DIENTES, EN EL ÁREA DE OSISECCIÓN Y SE PRESIONA RECTAMENTE HACIA ABAJO Y BUCAL.

LA PUNTA Y EL BORDE INFERIOR DEL ELEVADOR ENTRAN EN CONTACTO CON EL CUELLO ANATÓMICO DEL DIENTE Y LO ELEVAN HACIA ABAJO. AL GIRAR EL ELEVADOR HACIA DISTAL SE DEBE HACER CON CUIDADO PORQUE AUMENTA LA POSIBILIDAD DE FRACTURAR LA TUBEROCIDAD QUE CONTIENE MATERIAL TISULAR EXTRAÑO BLANDO Y DURO, ASÍ COMO LOS BORDES ÓSEOS SE ALISAN CON LA CRESTA Y OTRA A TRAVÉS DE LA INCISIÓN VERTICAL.

SE COLOCA UNA COMPRESA HUMEDECIDA DE AGUA SOBRE LA HERIDA Y SE INDUCE AL PACIENTE MORDER SOBRE ELLA CON FUERZA.

SE TOMAN RADIOGRAFÍAS POSOPERATORIAS Y SE COLOCA OTRA COMPRESA ENTRE LOS MAXILARES QUE PERMANECERÁ ALLÍ HASTA QUE EL PACIENTE HAYA REGRESADO A SU CASA; PARA EL RESTO DEL DÍA, SE LE INDICARÁ COLOCAR SOBRE LA CARA UNA BOLSA DE HIELO CADA 10 MINUTOS.

SE ESTABLECE NIVEL TERAPÉUTICO DE UN ANALGÉSICO ADMINISTRANDO LA PRIMERA DOSIS AL LLEGAR A CASA, ANTES DE QUE DESAPAREZCA EL EFECTO DEL ANESTÉSICO LOCAL.

EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR SUPERIOR

POSICIÓN DISTOANGULAR

ES UNA POSICIÓN EXTRAÑA, PUES REQUIERE DE UN COLGAJO QUIRÚRGICO MAYOR Y UNA VASTA ELIMINACIÓN DE HUESO CIRCUNDANTE.

SE HACE UNA INCISIÓN EN LA CRESTA MEDIA AMPLIANDO DESDE EL SEGUNDO MOLAR A LA CURVA DE LA TUBEROCIDAD Y LAS EXTENSIONES VERTICALES A BUCAL Y LINGUAL SE HACEN DISTALES AL SEGUNDO MOLAR. ÉSTE COLGAJO EXPONE TODA LA TUBEROSIDAD ÓSEA.

SE EFECTÚA UNA INCISIÓN ÓSEA VERTICAL EN DISTAL AL SEGUNDO MOLAR HASTA EL ÁREA DE LA PUNTA, SE ELIMINA EL HUESO DE LA CRESTA ALVEOLAR Y BUCAL. EL ÁREA DISTAL A LA IMPACCIÓN SE EXPONE CUIDADOSAMENTE CON UN CINCEL POR PRESIÓN MANUAL. EL DIENTE SE ELEVA HACIENDO PALANCA SOBRE EL LADO MESIAL, TAN CERCA DE LA PUNTA COMO LO PERMITA EL ACCESO.

EL DIENTE ES POSIBLE DE EMPUJARSE AL ANTRO O A LOS TEJIDOS QUE ESTÁN POR DETRÁS DE LA TUBEROSIDAD. EN OCASIONES EL SEGUNDO INSTRUMENTO (LA CURETA MOLT NO. 5) SE COLOCA DE MANERA SIMULTÁNEA SOBRE LA SUPERFICIE DISTAL PARA GUIAR AL DIENTE HACIA ABAJO.

SI EL DIENTE SUFRE POSICIÓN DISTOANGULAR GRAVE, PUEDE USARSE UN ELEVADOR NÚMERO 14 SOBRE LA SUPERFICIE CORONARIA DISTAL SUPERIOR QUE LLEVA EL DIENTE HACIA ABAJO Y HACIA ADELANTE. A VECES EL DIENTE DEBERÁ DISECARSE Y EXTRAERSE CON PINZAS.

ES CONVENIENTE EMPLEAR GELFOAM PARA LLENAR LA CAVIDAD. LA HERIDA DEBERÁ CERRARSE EN FORMA TENSA CON PUNTOS SEPARADOS MÚLTIPLES.

EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR

POSICIÓN PARANORMAL

LA TÉCNICA DE DISTINTAS POSICIONES QUE OCUPA EL TERCER MOLAR EN POSICIÓN PARANORMAL, SE DA DE ACUERDO A LA DISPOSICIÓN QUE TIENE EL MOLAR EN EL HUESO Y SU RELACIÓN CON LOS MOLARES VECINOS.

ALGUNOS CASOS INDICAN LA EXTRACCIÓN DEL SEGUNDO MOLAR E INCLUSO DEL PRIMERO. LOS MOLARES COLOCADOS POR ENCIMA DE LOS ÁPICES DEL SEGUNDO SE INTERVIENEN MEJOR SI SE PRACTICA UNA INCISIÓN PARECIDA A LA QUE SE EMPLEA EN LA OPERACIÓN DEL CALDWELL-LUC, DEBIDO A QUE LA INTERVENCIÓN A REALIZARSE TIENE MUCHOS PUNTOS DE CONTACTO CON LA OPERACIÓN RADICAL DEL SENO MAXILAR.

EXTRACCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES CON SUS RAÍCES INCOMPLETAMENTE FORMADAS

(GÉRMEDES DEL TERCER MOLAR SUPERIOR)

EN EL MAXILAR SUPERIOR SE PRESENTAN TERCEROS MOLARES CON RAÍCES INCOMPLETAMENTE FORMADAS, QUE UBICADAS EN DIFERENTES POSICIONES PUEDEN PRODUCIR ACCIDENTES MECÁNICOS SOBRE LA SERIE DENTARIA, SIENDO CONVENIENTE SU EXTRACCIÓN.

LA EXTRACCIÓN PROVOCA UNA SERIE DE PROBLEMAS QUE SE DEBEN RESOLVER; LA INCISIÓN DEBE PERMITIR UN AMPLIO COLGAJO QUE DESCUBRA EN GRAN EXTENSIÓN AL HUESO PARA ABORDAR AL MOLAR QUE POR LO GENERAL ESTÁ UBICADA MUY ALTO; EN OCASIONES A NIVEL

DE LOS ÁPICES DEL SEGUNDO MOLAR.

LA OSTEOTOMÍA DEBE HACERSE CON ESCOPILOS DE PRESIÓN MANUAL O IMPULSAR CON MARTILLO EN UNA EXTENSIÓN SUFICIENTE QUE PERMITA DESCUBRIR LAS CARAS OCLUSAL, MESIAL Y BUCAL.

EN LA POSICIÓN DISTOANGULAR SERÁ RESECADO EL HUESO DISTAL; LA OSTEOTOMÍA DE ACCESO A LA CARA MESIAL DEBE SER LO BASTANTE AMPLIA PARA QUE PENETRE UN ELEVADOR CON SU HOJA FINA.

ESTE ELEVADOR SE UTILIZA SOBRE LA CARA MESIAL DEL GÉRMEN A EXTRAERSE Y GIRANDO EL MANGO DEL INSTRUMENTO SE LOGRA DESPLAZAR EL MOLAR EN DIRECCIÓN DISTAL Y HACIA ABAJO.

EL GÉRMEN EN POSICIÓN PARANORMAL, REQUIERE UN BUEN TRABAJO DE DISECCIÓN PARA LIBERARLO DE SUS PAREDES ÓSEAS. EL ÉXITO EN LA EXTRACCIÓN DE ESTE TIPO DE RETENCIÓN ES REALIZAR UNA BUENA OSTEOTOMÍA QUE PERMITA VER LA CARA MESIAL Y BUCAL DEL RETENIDO.

A VECES, LA OSTEOTOMÍA BUCAL NO ES SUFICIENTE Y HABRÁ QUE BUSCAR UNA PUERTA DE ENTRADA PARA LOS ELEVADORES, HACIENDO UN ESCOPIO A PRESIÓN MANUAL O CON FRESA REDONDA LA ELIMINACIÓN DEL HUESO QUE CUBRE LA CARA MESIAL, EN LA EXTENSIÓN Y AMPLITUD NECESARIA QUE LOGRE LA COLOCACIÓN DE LOS ELEVADORES.

LOS MOLARES CON SUS RAÍCES INCOMPLETAMENTE FORMADOS, POSEEN POR LO GENERAL UN AMPLIO SACO PERICORONARIO QUE SE RESECA CON PINZAS GUBIAS Y CUCHARILLAS PA-

RA HUESO.

CANINOS INCLUIDOS

DEPUÉS DE LOS TERCEROS MOLARES, LOS CANINOS INCLUIDOS SON LOS MÁS COMUNES Y SE PRESENTAN EN AMBOS SEXOS, AUNQUE CON MAYOR FRECUENCIA EN LAS MUJERES. LA INCLUSIÓN PALATINA TRES VECES MÁS QUE LA VESTIBULAR. LA EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE UN CANINO RETENIDO EN POSICIÓN HORIZONTAL EN EL PALADAR Y EN ESTRECHA RELACIÓN CON EL SENO MAXILAR, CAVIDAD NASAL O AMBAS; ES UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MÁS DIFÍCILES DE REALIZAR EN LA CAVIDAD BUCAL.

FACTORES ETIOLÓGICOS.

- 1). FALTA DE ESPACIO DEBIDO A PÉRDIDA DE LOS MOLARES DECIDUOS.
- 2). ODONTOMAS Y QUISTES
- 3). DIENTES SUPERNUMERARIOS
- 4). LOS HUESOS DEL PALADAR DURO OFRECEN MAYOR RESISTENCIA QUE EL HUESO ALVEOLAR A LA ERUPCIÓN DE LOS CANINOS MAL UBICADOS HACIA LINGUAL.
- 5). LA MUCOSA QUE CUBRE EL TERCIO ANTERIOR DEL PALADAR ESTÁ SUJETA A REPETIDOS ESFUERZOS Y PRESIONES DURANTE LA MASTICACIÓN, POR LO TANTO SE VUELVE GRUESA, DENSA Y RESISTENTE. SE ENCUENTRA ADHERIDA MÁS FIRMEMENTE A LA ESTRUCTURA ÓSEA QUE NINGÚN OTRO TEJIDO BLANDO DE LA CA

VIDAD BUCAL.

- 6). LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES, DEPENDE HASTA CIERTO PUNTO DE UN AUMENTO ASOCIADO AL DESARROLLO ÁPICAL, LO CUAL AYUDA A LA ERUPCIÓN DE LOS CANINOS QUE ESTÁ DISMINUIDO PORQUE SU RAÍZ SURGE MEJOR FORMADA EN EL MOMENTO DE LA ERUPCIÓN QUE LA DE CUALQUIER OTRO DIENTE PERMANENTE.
- 7). DURANTE EL DESARROLLO, LA CORONA DE LOS CANINOS PERMANENTES SE COLOCA POR LINGUAL DEL LARGO DEL ÁPICE DE LA RAÍZ DEL CANINO PRIMARIO. CUALQUIER CAMBIO EN LA POSICIÓN O CONDICIÓN DE ESTE ÚLTIMO, CAUSADO POR CARIES O PÉRDIDA PREMATURA DE LOS INICIALES MOLARES PRIMARIOS, SE REFLEJA A LO LARGO DE SU ALTURA COMPLETA, HASTA EL EXTREMO DE LA RAÍZ, PUDIENDO CAUSAR FÁCILMENTE UNA DESVIACIÓN EN LA POSICIÓN Y DIRECCIÓN DE CRECIMIENTO DEL GÉRMEN DEL CANINO PERMANENTE.
- 8). REABSORCIÓN RETARDADA DE LAS RAÍCES DE LOS CANINOS PRIMARIOS.
- 9). LOS CANINOS SON LOS ÚLTIMOS DIENTES EN ERUPCIONAR, Y ESTÁN EXPUESTOS A LAS INFLUENCIAS AMBIENTALES DESFAVORABLES.
- 10). LOS CANINOS ERUPCIONAN ENTRE DIENTES QUE YA ESTÁN EN OCLUSIÓN Y ENTRAN EN COMPETENCIA POR EL ESPACIO CON LOS SEGUNDOS MOLARES, POR LO GENERAL TAMBIÉN EN ERUPCIÓN.

COMO CONSECUENCIA DE ESTOS FACTORES, EL CAMINO NORMALMENTE ES EL TERCERO DE LOS DIENTES RETENIDOS. ROHNER DEMOSTRÓ QUE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS SON

VEINTE VECES MÁS COMUNES QUE LOS INFERIORES.

LA RETENCIÓN POR PALATINO ES TRES VECES MÁS FRECUENTE QUE POR VESTIBULAR. LA GRAN MAYORÍA DE LOS CASOS DE RETENCIÓN SE ENCUENTRA EN LAS MUJERES A CAUSA DE LOS HUESOS DEL CRÁNEO Y LOS MAXILARES.

EL CANINO INFERIOR EN CONTRASTE CON EL SUPERIOR, PRESENTA MENOS RETENCIONES Y CUANDO SURGE LO HACE GENERALMENTE POR VESTIBULAR Y MUY RARA VEZ POR LINGUAL.

LOCALIZACIÓN DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

ES IMPORTANTE QUE LA POSICIÓN DE UN CANINO RETENIDO SEA CUIDADOSAMENTE DETERMINADA ANTES DE LA OPERACIÓN, ESTO SE HACE POR MEDIO DE UN ESTUDIO RADIOGRÁFICO A FIN DE ESTABLECER TAMBIÉN SI SE ENCUENTRA EN VESTIBULAR O PALATINO, PARA ELLO SE UTILIZA LA TÉCNICA RADIOGRÁFICA DEL DESPLAZAMIENTO DE LA IMAGEN.

EN LAS RETENCIONES VESTIBULARES, CUYA CORONA DEL CANINO ESTÁ EN CONTACTO CON EL TERCIO ÁPICAL DE LA RAÍZ DEL INCISIVO LATERAL, SE DESVIARÁ LA PORCIÓN ÁPICAL DE LA RAÍZ DEL LATERAL HACIA LINGUAL Y LA CORONA HACIA VESTIBULAR.

EN LAS RETENCIONES HORIZONTALES EN QUE LA CORONA DEL CANINO ESTÁN EN CONTACTO CON EL TERCIO MEDIO O GINGIVAL DEL INCISIVO LATERAL, TAMBIÉN LA CORONA DEL LATERAL ES MOVILIZADA HACIA VESTIBULAR. EL MOVIMIENTO DE LA CORONA DEL INCISIVO - LATERAL PUEDE USARSE COMO GUÍA SOLAMENTE, CONTROLANDO TODOS LOS DEMÁS INDICIOS DE DIAGNÓSTICO.

POSICIONES DE CANINOS SUPERIORES

- 1). PALADAR CON LA CORONA LOCALIZADA POR LINGUAL DEL INCISIVO LATERAL Y LA RAÍZ EXTENDIDA HACIA ATRÁS PARALELA A LAS RAÍCES DEL PREMOLAR.
- 2). CORONA HACIA LINGUAL DEL INCISIVO CENTRAL Y LA RAÍZ EXTENDIDA HACIA ATRÁS, PARALELA A LAS RAÍCES DE LOS PREMOLARES EXTENDIÉNDOSE HACIA LA SUPERFICIE VESTIBULAR.
- 3). CORONA DEL DIENTE RETENIDO EN LA ZONA PALATINA Y EL CUERPO DE LA RAÍZ SOBRE LA SUPERFICIE VESTIBULAR DEL MAXILAR SUPERIOR.
- 4). CORONA DEL DIENTE RETENIDO SOBRE LA CARA VESTIBULAR Y LA RAÍZ EXTENDIDA HACIA LINGUAL DE LAS RAÍCES DEL PREMOLAR.
- 5). TODO EL DIENTE COLOCADO EN LA SUPERFICIE VESTIBULAR.
- 6). BOCAS DESDENTADAS.
- 7). RETENCIÓN BILATERAL SOBRE EL PALADAR O SOBRE VESTIBULAR DEL MAXILAR SUPERIOR.

CLASIFICACIÓN DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

- CLASE I CANINOS RETENIDOS EN EL PALADAR
- A). HORIZONTAL

- B). VERTICAL
 - C). SEMIVERTICAL
- CLASE II CANINOS RETENIDOS EN LA SUPERFICIE VESTIBULAR EN MAXILAR SUPERIOR.
- A). HORIZONTAL
 - B). VERTICAL
 - C). SEMIVERTICAL
- CLASE III CANINOS RETENIDOS LOCALIZADOS A LA VEZ EN PALATINO Y VESTIBULAR, EJEMPLO: LA CORONA ESTÁ EN EL PALADAR Y LA RAÍZ ENTRE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES ADYACENTES, TERMINANDO EN ÁNGULO AGUDO SOBRE LA SUPERFICIE VESTIBULAR DEL MAXILAR - SUPERIOR.
- CLASE IV CANINOS RETENIDOS UBICADOS EN LA APÓFISIS ALVEOLAR ENTRE EL INCISIVO Y EL PREMOLAR EN POSICIÓN VERTICAL.
- CLASE V CANINOS RETENIDOS LOCALIZADOS EN UN MAXILAR SUPERIOR DESDENTADO.

CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCIÓN DE CANINOS RETENIDOS

CUANDO EL CANINO PUEDE SER LLEVADO A POSICIÓN NORMAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS O COMBINACIÓN DE CIRUGÍA Y ORTODONCIA A EDAD TEMPRANA NO DEBERÁ SER EXTRAÍDO.

TRATAMIENTO ORTODÓNTICO POR MEDIO DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

POR PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SE PUEDE EXPONER LA CORONA DE UN DIENTE - RETENIDO O NO ERUPCIONADO CON LA IDEA DE QUE ERUPCIONE ESPONTÁNEAMENTE Y SEA LLEVADO A UN SITIO POR MEDIOS ORTODÓNTICOS.

MEDIANTE RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES SE LOCALIZA AL DIENTE NO ERUPCIONADO; TAMBIÉN SE UTILIZAN RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES Y LA TÉCNICA RADIOGRÁFICA DEL DESPLAZAMIENTO DE LA IMAGEN.

EN LA EXPOSICIÓN DE CANINOS NO ERUPCIONADOS SITUADOS POR PALATINO, SE HACE LA INCISIÓN ALREDEDOR DEL ÁREA DE LA CORONA Y, SOBRE ELLA, SE ATRAVIEZA SU ECUADOR, SE ELIMINA ESTE TEJIDO Y SE CONTROLA LA HEMORRAGIA.

EN LOS NIÑOS, EL HUESO ES BASTANTE BLANDO Y SE USAN FRESAS PARA HUESO; - ELIMINANDO EL HUESO SUPERADYACENTE HASTA LLEGAR A LA CORONA DEL DIENTE Y SOBREPASAR SU ECUADOR.

LA CAVIDAD SE LLENA CON CEMENTO DE ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL Y POLVO DE RE

SINA, MEZCLÁNDOLO CON FIBRAS DE ASBESTO O ALGODÓN Y SE COLOCA POR ENCIMA Y POR DEBAJO DE LA CORONA, SE CUBRE LA ZONA CON PAPEL DE ESTAÑO, SE BRUÑE Y SE DEJA EN SU LUGAR POR CUATRO O CINCO DÍAS.

EXTRACCIÓN DE CANINOS INCLUIDOS SUPERIORES

LOS FACTORES QUE COMPLICAN LA EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS, DE ACUERDO A LA PROXIMIDAD DE LA CORONA O RAÍZ DE LOS CANINOS RETENIDOS A LOS DIENTES ADYACENTES (CENTRAL, LATERAL Y PREMOLARES) SON FACTIBLES DE LESIÓN Y PUEDEN AFECTAR LAS ESTRUCTURAS VITALES EN EL ÁREA DE LA INTERVENCIÓN.

MUCHAS DE LAS RAÍCES DE LOS CANINOS RETENIDOS TIENEN UNA PRONUNCIADA CURVATURA EN EL TERCIO ÁPICAL; CON FRECUENCIA LA CORONA ESTÁ SOBRE EL PALADAR Y LA RAÍZ SOBRE LOS ÁPICES DE LOS PREMOLARES O AÚN SOBRE LA SUPERFICIE VESTIBULAR DEL MAXILAR SUPERIOR.

EXTRACCIÓN DE CANINOS POR VÍA PALATINA

ANESTESIA. ES FUNDAMENTAL PREVEER LA LONGITUD DE LA OPERACIÓN DE LOS DIENTES RETENIDOS. SE RECOMIENDA EL EMPLEO DE UNA ANESTESIA BASE ADMINISTRANDO AL PACIENTE UN BARBITÚRICO.

RETENCIÓN UNILATERAL. ANESTESIA INFRAORBITARIA DEL LADO A OPERARSE. -

ANESTESIA LOCAL INFILTRATIVA DE LA BÓVEDA PALATINA A NIVEL DEL AGUJERO PALATINO ANTERIOR Y DEL AGUJERO PALATINO POSTERIOR DEL LADO A OPERARSE.

RETENCIÓN BILATERAL. ANESTESIA INFRAORBITARIA EN AMBOS LADOS.

ANESTESIA INFILTRATIVA LOCAL EN LA BÓVEDA PALATINA A NIVEL DEL AGUJERO PALATINO ANTERIOR Y DE AMBOS AGUJEROS PALATINOS POSTERIORES.

LOS CANINOS RETENIDOS PUEDEN SER OPERADOS BAJO ANESTESIA GENERAL (BARBITÚRICOS POR VÍA ENDOVENOSA, MÁS PROTÓXIDO DE ÁZOE, OXÍGENO). ES CONVENIENTE COLOCAR LA CABEZA EN POSICIÓN DE ROCE.

OPERACIÓN. INCISIÓN. EN CASO DE EXTRAER UN CANINO RETENIDO EN LA BÓVEDA PALATINA ES NECESARIO DESPRENDER PARTE DE LA FIBROMUCOSA DEJANDO AL DESCUBIERTO LA BÓVEDA ÓSEA, ES DECIR, PREPARAR UN COLGAJO QUE PERMITA UN AMPLIO DESCUBRIMIENTO DEL LUGAR DONDE ESTÁ RETENIDO EL DIENTE A EXTRAER.

LA INCISIÓN SE EJECUTA EN LA BÓVEDA PALATINA, LA CÚSPIDE Y ÁPICE DEL CANINO, EN CUYOS EXTREMOS EXTERIORES SE TRAZA LA INCISIÓN. ÉSTA PUEDE TENER DOS FORMAS: LA PRIMERA, QUE SE REALIZA EN PLENO TEJIDO DEL PALADAR DURO, TIENE APLICACIÓN PARA LA INTERVENCIÓN DE LOS CANINOS ALEJADOS DEL BORDE ALVEOLAR. AUNQUE SU DESVENTAJA ES QUE NO DA UN AMPLIO CAMPO Y QUE EL ESTRECHO GINGIVAL ENTRE LA INCISIÓN Y LA ARCADEA ALVEOLAR ES TRAUMATIZADO EN EL CURSO DE LA INTERVENCIÓN.

LA SEGUNDA FORMA DE INCISIÓN CONSISTE EN EL DESPRENDIMIENTO DE LA FIBRO-

MUCOSA PALATINA DEL CUELLO DE LOS DIENTES. ESTE ES EL COLGAJO QUE PREFERIMOS Y SE REALIZA DE LA SIGUIENTE MANERA:

SE USA BISTURÍ DE HOJA CORTA, EL CUAL SE INSINÚA ENTRE LOS DIENTES Y LA ENCÍA, DIRIGIDO EN SENTIDO PERPENDICULAR A LA BÓVEDA HASTA LLEGAR AL HUESO. EL DESPRENDIMIENTO SE INICIA EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO PREMOLAR, CARA DISTAL DEL PRIMER MOLAR Y SE EXTIENDE EN SENTIDO ANTERIOR HASTA LOS INCISIVOS CENTRALES, LATERAL O MOLAR DEL LADO OPUESTO, SEGÚN SEA EL SENTIDO QUE OCUPE EL O LOS CANINOS RETENIDOS. AL LLEGAR AL SENTIDO DONDE FALTA EL DIENTE EN LA ARCADEA, EL BISTURÍ CONTORNEA PARTE DE LA CARA MESIAL DEL PRIMER PREMOLAR; LA INCISIÓN SIGUE LA CRESTA DE LA ARCADEA Y SE CONTINÚA HASTA EL LUGAR ELEGIDO. LA LENGÜETA OBTENIDA EN ESTA INCISIÓN SERÁ UTILIZADA CON PROVECHO AL PRACTICAR LA SUTURA.

SI EXISTE EL CANINO TEMPORARIO, LA INCISIÓN LO RODEA POR CARA PALATINA. EN CASO DE UN CANINO SITUADO MÁS ATRÁS, NO ES NECESARIO QUE LA INCISIÓN PASE LA LÍNEA MEDIA; POR LO TANTO, DEBE RESPETARSE AL DESCENDER DEL COLGAJO LOS ELEMENTOS QUE SE RELACIONAN CON EL AGUJERO PALATINO ANTERIOR. PARA QUE TAL COLGAJO SEA ÚTIL SE INDICA UNA INCISIÓN PERPENDICULAR A LA ARCADEA DENTARIA CON EXTENSIÓN DE UN CENTÍMETRO. ESTA INCISIÓN DEBE PARTIR DE UNA PAPILA INTERDENTARIA (DISTAL AL ÁPICE DEL CANINO) Y SE DIRIGE HACIA LA LÍNEA MEDIA Y LIGERAMENTE ATRÁS. LOS VASOS PALATINOS QUE VAN DESDE EL AGUJERO PALATINO POSTERIOR HACIA ADELANTE SON SECCIONADOS PRODUCIENDO UNA ABUNDANTE HEMORRAGIA. EN LO POSIBLE DEBE EVITARSE ESTE TIPO DE INCISIÓN.

DESPRENDIMIENTO DE COLGAJO. SE REALIZA CON UN PERIOSTÓTOMO QUE SE INTRODUCE ENTRE LA ARCADEA Y LA ENCÍA O ENTRE LOS LABIOS DE LA INCISIÓN PALATINA Y CON -

PEQUEÑOS MOVIMIENTOS SIN HERIR NI DESGARRAR LA ENCÍA, SE DESPRENDE LA FIBROMUCOSA HASTA DEJAR AL DESCUBIERTO EL HUESO DEL PALADAR. ESTE COLGAJO DEBE SER MANTENIDO INMÓVIL DURANTE EL CURSO DE LA OPERACIÓN.

SE PASA UN HILO DE SUTURA POR UN PUNTO DE LA FIBROMUCOSA, DE PREFERENCIA A NIVEL DE LA LENGÜETA GINGIVAL DEL ESPACIO DEL CANINO. DICHO HILO SE ANUDA A UN MOLAR DEL LADO OPUESTO O SE TOMAN SUS CABOS CON UNAS PINZAS DE KOCHER Y SE FIJAN A LA COMPRESA QUE CUBRE AL PACIENTE. SE COHIBE LA HEMORRAGIA ÓSEA O DE LOS VASOS PALATINOS.

OSTEOTOMÍA. AL ELIMINAR EL HUESO QUE CUBRE EL CANINO RETENIDO SE USA LA FRESA QUIRÚRGICA O ESCOPLA. AL DESCARTAR HUESO SE DEBE DESCUBRIR TODA LA CORONA Y PARTE DE LA RAÍZ, ESPECIALMENTE AL NIVEL DE LA CÚSPIDE DEL DIENTE RETENIDO Y EN UNA ANCHURA EQUIVALENTE AL DIÁMETRO DE LA CORONA A FIN DE DESECHARSE DE LA CAVIDAD ÓSEA SIN TRAUMATISMOS NI PROBLEMAS.

SEGÚN LA INCLINACIÓN DEL CANINO SE EXIGIRÁ MAYOR O MENOR SACRIFICIO DE HUESO A NIVEL DE LA RAÍZ. POR LO GENERAL, ES SUFICIENTE DESCUBRIR EL TERCIO CERVICAL DE LA RAÍZ.

USO DE LA FRESA. ELIMINA EL HUESO Y LIMPIA RÁPIDAMENTE. LOS INCONVENIENTES QUE PUDIERAN DERIVARSE DEL RECALENTAMIENTO DEL INSTRUMENTO, SE SUBSANAN EMPLEANDO FRESAS NUEVAS QUE DEBEN CAMBIARSE CONTINUAMENTE EN EL CURSO DE LA EXTRACCIÓN POR QUE AL MEZCLARSE CON LOS RESTOS ÓSEOS Y LA SANGRE, BRUEÑEN EL HUESO Y LO CALIENTAN.

ES NECESARIO IRRIGAR EL HUESO CON SUERO FISIOLÓGICO TIBIO.

LA APLICACIÓN DE FRESAS DE CARBURO DE TUNGSTENO Y TORNO DE ALTA VELOCIDAD FACILITAN LA OPERACIÓN. LA OSTEOTOMÍA A FRESA SE REALIZA CON FRESA REDONDA NÚMERO 4 ó 5. UNA VEZ UBICADA LA CORONA DEL DIENTE RETENIDO SE PRACTICAN ORIFICIOS CIRCUNDANDO LA CORONA Y EL PRIMER TERCIO RADICULAR. LA FRESA DEBE TOCAR LA CORONA DEL CANINO Y EL OPERADOR PERCIBIR LA SENSACIÓN DE DUREZA DEL ESMALTE.

LOS ORIFICIOS CREADOS POR LA FRESA SE UNEN ENTRE SÍ, SECCIONANDO EL HUESO QUE LOS SEPARA CON UNA FRESA DE FISURA NÚMERO 568 O CON UN ESCOPLA. ESTA TAPA ÓSEA SE LEVANTA CON EL MISMO ESCOPLA O CON UNA PEQUEÑA LEGRA. EN LAS RETENCIONES SUPERFICIALES EL ESCOPLA NO CAUSA MOLESTIAS; EN LAS PROFUNDIDADES EL GOLPE DEL MARTILLO ES SOPORTADO POR EL PACIENTE.

EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. ES ELIMINAR UN CUERPO DURO INEXTENSIBLE - (DIENTE Y HUESO). ESTA MANIOBRA SÓLO PUEDE REALIZARSE CON PALANCAS QUE APOYADAS EN EL HUESO VECINO MÁS SÓLIDO Y PROTEGIDO (HUESO DEL LADO INTERNO) ELEVAN AL DIENTE SÍ GUIENDO LA BRECHA ÓSEA.

ESTA MANIOBRA SE RESUELVE POR DOS PROCEDIMIENTOS:

1). EXIGE EL SACRIFICIO ESTÉRIL DEL TEJIDO ÓSEO VECINO YA QUE AL EXTRAER SIN TRAUMATISMOS UN CANINO RETENIDO ES INDISPENSABLE EXTIRPAR UNA CANTIDAD CONSIDERABLE DE HUESO.

2). LA APLICACIÓN DE LA ODONTOSECCIÓN. SE CORTA EL DIENTE EN EL NÚMERO DE TROZOS QUE SEA NECESARIO Y SE EXTRAEN SUS PARTES POR SEPARADO.

EXISTEN CASOS EN QUE EL DIENTE ESTÁ DIRIGIDO EN SENTIDO VERTICAL, EN LOS CUALES LA SECCIÓN NO ES APLICABLE, PARA ELLO SE CREA UN ESPACIO CON FRESAS ALREDEDOR DE LA CORONA DEL CANINO Y SIEMPRE QUE LA CÚSPIDE NO SE ENCUENTRE ENCLAUSTRADA PUEDE SER EXTRAÍDA CON UN ELEVADOR RECTO, INTRODUCIDO EN LA CARA DEL RETENIDO QUE MIRE EN LA LÍNEA MEDIA Y A LA PARED ÓSEA CONTIGUA. CON MOVIMIENTO DE ROTACIÓN SE INTRODUCE EL INSTRUMENTO, CONSIGUIÉNDOSE IMPRIMIR AL DIENTE CIERTO GRADO DE LUXACIÓN. LA EXTRACCIÓN SE TERMINA TOMANDO AL DIENTE A NIVEL DE SU CUELLO CON UNA PINZA DE PREMOLARES SUPERIORES Y EJERCIENDO SUAVES MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN Y TRACCIÓN EN DIRECCIÓN DEL EJE DEL DIENTE.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA. SE DEBE INSPECCIONAR LA CAVIDAD ÓSEA Y EXTRAER LAS ESQUIRLAS DE HUESO O DE DIENTE QUE PUEDAN QUEDAR Y ELIMINAR EL SACO PERICORONARIO DEL DIENTE RETENIDO; ÉSTE SE EXTIRPA CON UNA CUCHARILLA FILOSA. LOS BORDES ÓSEOS AGUDOS Y PROMINENTES DEBEN SER ALISADOS CON UNA FRESA REDONDA O CON ESCOFINAS O LIMAS PARA HUESO.

SUTURA. EL COLGAJO SE VUELVE A SU SITIO, SE READAPTA PERFECTAMENTE DE MANERA QUE LAS LENGÜETAS INTERDENTARIAS OCUPEN SU UBICACIÓN NORMAL. EN LOS CANINOS UNILATERALES, POR LO GENERAL UN PUNTO ES SUFICIENTE. ES NECESARIO DESPRENDER EN UNA PEQUEÑA EXTENSIÓN, LA FIBROMUCOSA VESTIBULAR QUE PERMITA PASAR CON COMODIDAD LA AGUJA.

SI PERSISTE EL CANINO TEMPORARIO, LA SUTURA DEL COLGAJO DEBE REALIZARSE CON UNA AGUJA RECTA Y FINA, LA CUAL SE ATRAVIESA POR EL ESPACIO INTERDENTARIO MÁS ANCHO. EL EXTREMO INTERNO DEL HILO SE VUELVE Y CRUZA EL PUNTO DE CONTACTO PARA LLEGAR AL TRIÁNGULO SUBGINGIVAL Y SE ANUDA CON EL EXTREMO EXTERNO DEL HILO.

TERMINADA LA OPERACIÓN, SE COLOCA UN TROZO DE GASA EN LA BÓVEDA PALATINA, SE COMPRIME Y MANTIENE ADOSADA LA FIBROMUCOSA.

EN LOS CANINOS BILATERALES, LA INCISIÓN QUE CONVIENE ES EL DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO PALATINO SEPARANDO LA FIBROMUCOSA DEL CUELLO DE LOS DIENTES, DESDE DISTAL DEL SEGUNDO PREMOLAR O DEL PRIMER MOLAR, SEGÚN LA UBICACIÓN DE LOS ÁPICES DE LOS CANINOS.

EL COLGAJO SE DESPRENDE CON UNA ESPÁTULA DE FREER O CON EL PERIOSTÓTOMO Y DE ACUERDO A LA MISMA TÉCNICA, ANTES SEÑALADA, SE RETIENE UNILATERALMENTE Y SE QUIJTA LA FIBROMUCOSA. SE SUTURA CON TRES O CUATRO PUNTOS EN LOS SITIOS MÁS ACCESIBLES.

EXTRACCIÓN DE CANINOS POR VÍA VESTIBULAR

LA VÍA VESTIBULAR PARA LA EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS RETENIDOS EN EL LADO VESTIBULAR Y LOS PALATINOS PRÓXIMOS A LA ARCADA DENTARIA, CON ESPACIO SUFICIENTE DA DO POR DIASTEMA O DIENTES AUSENTES, ES MÁS SENCILLA QUE LA PALATINA.

LAS INDICACIONES QUE EXTRAEN POR VÍA VESTIBULAR ES IGUAL A LA DE LOS CANINOS PALATINOS CUYOS BORDES INCISALES ESTÁN COLOCADOS A NIVEL DEL LATERAL. LA EXTRACCIÓN POR VÍA VESTIBULAR DE LA CORONA QUE ESTÁ MUY PRÓXIMA A LA LÍNEA MEDIA ES MUY DIFÍCIL, DEBIÉNDOSE COMPLETAR LA INTERVENCIÓN POR VÍA PALATINA.

INCISIÓN. SE EMPLEA LA INCISIÓN DEL ARCO (PARTSCH) O HASTA EL BORDE LIBRE (NEUMANN). DEBE ESTAR LO SUFICIENTEMENTE ALEJADA DEL SITIO DE IMPLANTACIÓN DEL

DIENTE, CON OBJETO DE QUE ÉSTA NO COINCIDA CON LA BRECHA ÓSEA EN CUANTO SE REPONE EL COLGAJO EN SU SITIO.

OSTEOTOMÍA. SE REALIZA A ESCOPLA Y MARTILLO O FRESA, SON BUENOS LOS DOS MÉTODOS. LA TABLA EXTERNA NO TIENE LA DUREZA Y SOLIDEZ DE LA BÓVEDA PALATINA Y PERMITE LA OSTEOTOMÍA DE MANERA MÁS SENCILLA.

EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. LOS CANINOS VESTIBULARES DESPUÉS DE ENUCLEADA LA TAPA ÓSEA PUEDEN SER EXTRAÍDOS ENTEROS LUXÁNDOLOS PREVIAMENTE CON ELEVADORES RECTOS QUE SE INTRODUCEN ENTRE EL DIENTE Y LA PARED ÓSEA. LUXADO EL DIENTE SE TOMA CON PINZAS RECTAS Y SE EXTRAE. LOS CANINOS PALATINOS QUE SE ENCUENTRAN PRÓXIMOS A LA ARCADA DENTARIA Y EN SU CASO DE AUSENCIA DEL INCISIVO LATERAL DEL PRIMER MOLAR O TAMBIÉN DE AMBOS DIENTES, PUEDEN SER INTERVENIDOS POR VÍA VESTIBULAR Y SECCIONADOS CON FRESA DE FISURA A NIVEL DE CUELLO.

LA CORONA SE RETIRA CON ELEVADOR RECTO O ANGULAR, LA RAÍZ ES MOVILIZADA EN DIRECCIÓN DE SU EJE MAYOR CON ELEVADOR O SE PRACTICA UN ORIFICIO EN LA RAÍZ CON UNA FRESA REDONDA, EN EL CUAL SE INTRODUCE UN INSTRUMENTO DELGADO CON EL QUE SE DESPLAZA.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD. SE INSPECCIONA LA CAVIDAD ÓSEA, SE EXTIRPA EL SACO PERICORONARIO Y LOS RESTOS ÓSEOS O DENTARIOS.

SUTURA. DOS O TRES PUNTOS DE SUTURA CON SEDA O HILO COMPLETAN LA OPERACIÓN.

EXTRACCIÓN SIMULTÁNEA DE LOS CANINOS RETENIDOS Y DIENTES DE LA ARCADA

PUEDE PRESENTARSE EL CASO DE TENER QUE EXTRAER UN CANINO RETENIDO Y LOS DIENTES DE LA ARCADA POR SER PORTADORES DE COMPLICACIONES DE CARIES O PARADENTOSIS QUE INDIQUEN LA NECESIDAD DE LA EXODONCIA.

LA EXTRACCIÓN SIMULTÁNEA DEL CANINO Y LOS OTROS DIENTES NO SIEMPRE ES INDICADA. EXTRAYENDO PRIMERO LOS DIENTES DE LA ARCADA, LA PORCIÓN ALVEOLAR QUEDA DEBILITADA Y LA PRESIÓN EJERCIDA POR LOS ELEVADORES SOBRE EL DIENTE RETENIDO LLEGA A FRACTURAR GRANDES EXTENSIONES DE HUESO ALVEOLAR.

LA INDICACIÓN PARA LA EXTRACCIÓN SIMULTÁNEA ESTÁ DADA CUANDO EL CANINO SE ENCUENTRA CERCA DE LA TABLA ÓSEA DE LA BÓVEDA Y A CONDICIÓN DE QUE EL CANINO SEA SECCIONADO CON OBJETO DE DISMINUIR LOS RIESGOS DE LA OPERACIÓN.

LOS CANINOS PROFUNDOS RETENIDOS DEBEN SER INTERVENIDOS EN DISTINTOS TIEMPOS: SI SE DISPONE DE UN PROCESO ALVEOLAR DE ESCASAS PROPORCIONES Y DIENTES GRANDES, ES DECIR, PORCIÓN ALVEOLAR DEBILITADA; SE EXTRAERÁ EL CANINO Y DESPUÉS DE UN TIEMPO PRUDENCIAL, HASTA QUE LA REGENERACIÓN ÓSEA CONSIGA LLENAR LA CAVIDAD CREADA POR ESTA OPERACIÓN SE ELIMINARÁN LOS DIENTES DE LA ARCADA. EN OCASIONES DURANTE LA INTERVENCIÓN DEL CANINO RETENIDO O DE LOS DIENTES, PUEDEN SURGIR CONDICIONES QUE - ACONSEJAN LA EXTRACCIÓN DEL CANINO Y DE LOS DIENTES EN LA MISMA SESIÓN.

EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS EN MAXILARES DESDENTADOS

LA VÍA DE ELECCIÓN PARA LA EXTRACCIÓN DE CANINOS EN MAXILARES SIN DIENTES ES LA VESTIBULAR, PORQUE LA AUSENCIA DE ESTOS FACILITA EL PROBLEMA. PRÁCTICAMENTE TODOS LOS CASOS PUEDEN RESOLVERSE POR ESTE MEDIO, EXCEPTO LOS SITUADOS CON PROFUNDIDAD, LEJOS DE LA TABLA EXTERNA Y PRÓXIMOS A LA BÓVEDA; EN ESTOS ÚLTIMOS EL CANINO - MÁS CORTO ES LA EXTRACCIÓN POR VÍA PALATINA. EN LA EXTRACCIÓN DE CANINOS RETENIDOS EN LA PROXIMIDAD DE LA ARCADA DEBEN PREVERSE LOS RIESGOS DE FRACTURA DE PORCIONES DE LA TABLA VESTIBULAR, LO CUAL PROVOCARÍA TRASTORNOS POSTERIORES DESDE EL PUNTO DE VISTA PROTÉTICO.

EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS

LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS EXISTEN EN MENOR CANTIDAD QUE LOS SUPERIORES (51% - 4%). EN LA PRÁCTICA TENEMOS UNA PROPORCIÓN DE 99 A 1.

CLASIFICACIÓN.

CLASE I. MAXILAR DENTADO. RETENCIÓN UNILATERAL (UBICADO EN EL LADO LINGUAL)

- A). POSICIÓN VERTICAL
- B). POSICIÓN HORIZONTAL

CLASE II MAXILAR DENTADO. RETENCIÓN UNILATERAL (LOCALIZADO EN EL -

LADO BUCAL).

- A). POSICIÓN VERTICAL
- B). POSICIÓN HORIZONTAL

CLASE III

MAXILAR DENTADO, RETENCIÓN BILATERAL.

A). DIENTES SITUADOS EN LINGUAL.

- A). POSICIÓN HORIZONTAL
- B). POSICIÓN VERTICAL

B). DIENTES UBICADOS EN BUCAL.

- A). POSICIÓN HORIZONTAL
- B). POSICIÓN VERTICAL

CLASE IV

MAXILAR DESDENTADO, RETENCIÓN UNILATERAL.

- A). POSICIÓN HORIZONTAL
- B). POSICIÓN VERTICAL

CLASE V

MAXILAR DESDENTADO, RETENCIÓN BILATERAL.

- A). POSICIÓN HORIZONTAL
- B). POSICIÓN VERTICAL

EXAMEN CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO. EN CASO DE FIJAR SU POSICIÓN Y SU RELACIÓN VESTÍBULO-LINGUAL, SE TOMARÁN RADIOGRAFIAS LOCALES Y OCLUSALES CON EL RAYO CENTRAL - DIRIGIDO EN FORMA PARALELA AL EJE DE LOS DIENTES VECINOS. ES IMPORTANTE ESTA POSICIÓN PARA CONOCER CON EXACTITUD LA POSICIÓN BUCAL O LINGUAL QUE PUEDE TENER EL DIENTE RETENIDO.

POR OTRA PARTE, LA INSPECCIÓN CLÍNICA Y LA PALPACIÓN INDIVIDUALIZAN LA EXISTENCIA DEL DIENTE RETENIDO Y SU POSICIÓN VESTIBULAR O LINGUAL, PORQUE EN EL MAXILAR INFERIOR EL RELIEVE DEL DIENTE RETENIDO ES MÁS VISIBLE O POR LO MENOS PALPABLE.

UN GRAN NÚMERO DE CANINOS RETENIDOS INFERIORES SON PORTADORES DE QUISTES DENTÍCEROS DE VOLUMEN Y ESTADO CLÍNICO VARIABLE.

EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS INFERIORES VESTIBULARES

ANESTESIA. LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS PUEDEN SER OPERADOS CON ANESTESIA GENERAL O REGIONAL.

OPERACIÓN. LA VÍA DE ELECCIÓN ES LA VESTIBULAR (AÚN EN CASOS DE CANINOS LINGUALES VERTICALES Y CON ESPACIO DE LA ARCADA, O AUSENCIA DE DIENTES VECINOS).

INCISIÓN. LA INCISIÓN EN ARCO, SIN LLEGAR AL BORDE GINGIVAL PROVEE UN COLGAJO SUFICIENTE. PUEDE PREPARARSE UN COLGAJO A EXPENSAS DEL BORDE LIBRE SI SE

TRAZA UNA INCISIÓN VERTICAL Y SE DESPRENDE LA ENCÍA DE LOS CUELLOS DENTARIOS. DE -
ESTA MANERA CORREN MENOR RIESGO DE SER TRAUMATIZADAS, DURANTE LA CIRUGÍA, LAS FRAN-
JAS GINGIVALES ENTRE EL BORDE LIBRE Y LA INCISIÓN.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO. ES IGUAL QUE EN LOS CANINOS SUPERIORES, DE
ACUERDO CON EL TIPO DE INCISIÓN, CON UNA LEGRA FINA, CON EL PERIOSTÓTOMO O CON LA
ESPÁTULA DE FREER SE DESPRENDE EL COLGAJO MUCOPERIÓTICO QUE SE SOSTIENE CON UN SE-
PARADOR ROMO.

LA OSTEOTOMÍA ES POSIBLE DE HACER A ESCOPIO AUTOMÁTICO O CON FRESA.

EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. LA ESCASA ELASTICIDAD DEL HUESO MAXILAR IN-
FERIOR, EN SU PORCIÓN BASILAR NOS FACILITA LA EXPULSIÓN DEL DIENTE RETENIDO. LAS
PORCIONES SECCIONADAS SE EXTRAEN POR SEPARADO CON ELEVADORES RECTOS O ANGULARES, -
SEGÚN LA POSICIÓN Y FACILIDAD DE ACCESO.

SUTURA. CON HILO DE SEDA O NYLON SE PUEDE REALIZAR LA SUTURA.

EXTRACCIÓN DE CANINOS INFERIORES LINGUALES

ESTA POSICIÓN ES MUY RARA, LA INTERVENCIÓN ES FACTIBLE DE EFECTUAR POR -
VÍA VESTIBULAR CUANDO EXISTE ESPACIO ENTRE LOS DIENTES VECINOS.

LA EXTRACCIÓN POR EL LADO LINGUAL ES MUY LABORIOSA SI SE TOMA EL ACCESO

A LA UBICACIÓN DEL DIENTE RETENIDO. EL MÉTODO DE LA ODONTOSECCIÓN DISMINUYE LOS - PROBLEMAS DE LESIONAR LOS DIENTES VECINOS Y PRESIÓN EXCESIVA QUE PUEDE PERJUDICAR AL MAXILAR.

EN EL MAXILAR SUPERIOR EXISTE UNA FORMA DE PRESENTACIÓN DE LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS Y SE LE LLAMA TRANSALVEOLARES, A LOS INFERIORES SE LES LLAMA VESTIBULOLINGUALES.

EN LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS SU RAÍZ SE ENCUENTRA EN EL LADO VESTIBULAR Y LA CORONA EN LINGUAL, EN ESTOS CASOS SE REALIZA LA ALVEOLOTOMÍA VESTIBULAR, LA SECCIÓN DEL CANINO A NIVEL DE SU CUELLO Y LA EXTRACCIÓN DE LAS DOS PARTES DE LA VÍA EN QUE ESTÁN UBICADOS, LA CORONA POR LINGUAL Y LA RAÍZ POR VESTIBULAR.

EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS INFERIORES EN DEDENTADOS

LA VÍA DE ACCESO ES SIEMPRE LA VESTIBULAR, LA INCISIÓN ANGULAR ES PREFERENCIAL. EL TRAMO HORIZONTAL DE ESTA INCISIÓN LLEGA HASTA LA PROXIMIDAD DEL BORDE LIBRE Y EL VERTICAL, SE TRAZA EN ÁNGULO RECTO CON EL PRIMERO.

LA INCISIÓN DE NEUMANN, TAMBIÉN PROVOCA UN ÚTIL Y EFICAZ COLGAJO, LA OPERACIÓN SIGUE LOS PASOS YA SEÑALADOS.

DIENTES SUPERNUMERARIOS

PROVIENEN DE UNA DESVIACIÓN EMBRIOLÓGICA DEL LISTÓN DENTARIO, SUELEN IR - ACOMPAÑADOS DE UN ODONTOMA O DE UN QUISTE DENTÍGERO.

PRINCIPALMENTE SE LOCALIZAN EN LA LÍNEA MEDIA DEL MAXILAR Y EN EL LADO PALATINO CON RELACIÓN A LOS INCISIVOS PERMANENTES, SE LES LLAMA MESIO-DENS. SU FORMA ES VARIABLE, POR LO GENERAL TIENEN ASPECTO PERIFORME O DE UN CANINO TEMPORARIO, TIENEN UN PEQUEÑO SACO PERICORONARIO, ORIGEN DE POSIBLE QUISTE DENTÍGERO.

POR SU CAUSA, LOS INCISIVOS PERMANENTES EN OCASIONES NO ERUPCIONAN NORMALMENTE. LA ÉPOCA DE LA ERUPCIÓN DE ESTAS PIEZAS ES LA MÁS INDICADA PARA LA EXTRACCIÓN DE LOS SUPERNUMERARIOS.

ESTOS DIENTES SUPERNUMERARIOS SON DESCUBIERTOS EN UN EXAMEN RADIOGRÁFICO AL OBSERVARSE QUE UNO O LOS DOS CENTRALES SUPERIORES NO SALEN A SU DEBIDO TIEMPO.

MUCHAS VECES RESULTA DIFÍCIL LA ANESTESIA LOCAL A LA EXODONCIA DE ESTAS PIEZAS, PORQUE ESTÁN MUY INCLUIDAS POR EL LADO PALATINO, MUY CERCA DEL SUELO NASAL Y CON UNA INTERVENCIÓN QUE EN PARTE DEPENDE DE RAMIFICACIONES DEL NERVIJO NASOPALATINO. LA ANESTESIA DEBE INCLUIR NO SOLAMENTE EL FORAMEN DE INCISIÓN SINO TAMBIÉN EL CANAL INCISIVO, INTRODUCIENDO LA AGUJA EN ÉL Y DEJANDO EN SU PARTE SUPERIOR UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE ANESTÉSICO. CUANDO EL CANAL ES DIFÍCIL DE LOCALIZAR, SE PUEDE ANESTESIAR ESTA ZONA DESPUÉS DE HABER DESECADO EL COLGAJO, YA QUE EN ESTE MOMENTO ES MÁS FÁCIL ENCONTRARLO O BIEN SE COLOCAN DOS ALGODONES EMBEBIDOS EN ANESTESIA TÍPICA A AMBOS LADOS DEL SEPTUM NASAL, PUESTO QUE EL NERVIJO NASOPALATINO ESTÁ SITUADO POSTERIORMENTE Y POR DEBAJO DE SU MUCOSA.

INCISIÓN. LA INCISIÓN ES MARGINAL PALATINA, SE DESECA UN COLGAJO MUCOPE-
RIÓSTICO Y SE LIBERA LA CORONA Y EL CUELLO DEL DIENTE SUPERNUMERARIO CON CUIDADO SU-
FICIENTE PARA NO LESIONAR LAS PIEZAS PERMANENTES, EN ESPECIAL SI ES ÁREA APICAL.

SI EL DIENTE SUPERNUMERARIO ES PEQUEÑO Y ESTÁ BIEN COLOCADO SE PUEDE EX-
TRAER CON BOTADOR, PERO SI ESTÁ INVERTIDO O COLOCADO ENTRE LOS INCISIVOS ES MEJOR
SECCIONARLO A NIVEL DE CUELLO, EXTRAYENDO POR SEPARADO LAS PARTES DEL DIENTE, COMO
EN EL CASO DE LOS CANINOS INCLUIDOS.

EN EL CASO DE PREMOLARES SUPERNUMERARIOS SON DIFÍCILES DE EXTRAER POR LA
PRESENCIA DE HUESO Y ESTRUCTURAS VITALES COMO EL CONTACTO DEL AGUJERO MENTONEANO
EN EL LADO BUCAL, LAS GLÁNDULAS SALIVALES Y ESTRUCTURAS NEUROVASCULARES EN EL LADO
LINGUAL.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD. SE EXTRAE EL SACO PERICORONARIO, SE LIMA LA
CAVIDAD CON UNA LIMA DE HUESO PARA EVITAR QUE QUEDEN ESQUIRILAS ÓSEAS Y SE LAVA A
PRESIÓN CON SUERO FISIOLÓGICO.

SUTURA. SE JUNTAN LOS COLGAJOS Y SE SUTURA CON PUNTOS AISLADOS INTERDEN-
TALES.

CAPITULO IX

POSOPERATORIO

SE ENTIENDE POR POSOPERATORIO AL CONJUNTO DE MEDIDAS O MANIOBRAS QUE SE REALIZAN DESPUÉS DE LA OPERACIÓN CON EL OBJETO DE MANTENER LOS FINES LOGRADOS POR LA INTERVENCIÓN, REPARAR LOS DAÑOS QUE SURJAN CON MOTIVO DEL ACTO QUIRÚRGICO, ES C) LABORAR CON LA NATURALEZA EN EL LOGRO DEL PERFECTO ESTADO DE SALUD.

UNA VEZ TERMINADA LA OPERACIÓN DEBE ADVERTIRSE AL PACIENTE QUE ES CASI SEGURO QUE TENDRÁ DOLOR, PROBABLEMENTE INTENSO DURANTE SEIS U OCHO HORAS DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN, AUNQUE EN ESE TIEMPO IRÁ DISMINUYENDO. ES NECESARIO ADMINISTRAR -- ANALGÉSICOS EN ESPECIAL DE TIPO NARCÓTICO DURANTE LAS 24 HORAS POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN.

ES PRUDENTE RECOMENDAR AL PACIENTE QUE TOMÉ EL ANALGÉSICO PRESCRITO, POR LO MENOS UNA HORA ANTES DE QUE PASE EL EFECTO DE LA ANESTESIA LOCAL.

SE DEBE ANTICIPAR AL PACIENTE LOS SIGNOS POSIBLES POSOPERATORIOS QUE SON: INFLAMACIÓN DE LA ZONA INTERVENIDA, DOLOR, HEMORRAGIA, CICATRIZACIÓN TARDÍA DE LA HERIDA, INFECCIÓN, SENSIBILIDAD A LAS DROGAS O ALERGIA. TAMBIÉN SE LE DIRÁ POR ESCRITO EN FORMA CLARA LAS INDICACIONES POSOPERATORIAS RESPECTO A MEDIDAS FÍSICAS Y DE ALIMENTACIÓN.

PRIMER DÍA. COMPRESAS DE AGUA FRÍA O HIELO EN EL LUGAR DE LA CIRUGÍA DURANTE DIEZ MINUTOS CADA HORA EL RESTO DEL DÍA DE LA INTERVENCIÓN, DIETA BLANDA Y LÍ

QUIDA, NO GRASA NI IRRITANTES (CHILE), DORMIR CON LA CABEZA EN ALTO Y TOMAR LOS MEDICAMENTOS A LA HORA SEÑALADA.

SEGUNDO DÍA. COMPRESAS DE AGUA CALIENTE POR LO MENOS CINCO MINUTOS CADA HORA Y DIETA BLANDA. CON UNA GASA LIMPIAR LA ZONA HERIDA Y SUGERIR LAVAR CON JERINGA HIPODÉRMICA Y AGUA HERVIDA O BIDESTILADA PARA QUE NO QUEDEN RESTOS DE ALIMENTOS QUE PUEDEN PROVOCAR INFECCIÓN.

LA EXTRACCIÓN DE LOS PUNTOS DE SUTURA SE HACE AL CUARTO O QUINTO DÍA. SE PASA SOBRE EL HILO A EXTRAERSE UN ALGODÓN MOJADO EN TINTURA DE YODÓ O DE MERTHIOLATE, CON EL OBJETO DE ESTERILIZAR LA PARTE DEL HILO QUE ESTANDO EN LA CAVIDAD BUCAL SE ENCUENTRA INFECTADA. SE TOMA CON UNA PINZA DE DISECCIÓN UN EXTREMO DEL NUDO QUE EMERGE SOBRE LOS LABIOS DE LA HERIDA Y SE TRACCIONA EL HILO PARA OBTENER UN TROZO DE ESE POR DEBAJO DEL NUDO Y PODER CORTARLO A ESTE NIVEL.

CON LA MANO IZQUIERDA SE TRACCIONA Y CON LA DERECHA SE CORTA. LA MANO IZQUIERDA SIGUE TRACCIONANDO EL HILO O LO VUELVE A TOMAR PRÓXIMO AL PUNTO QUE EMERGE POR EL EXTREMO OPUESTO AL DE LA SECCIÓN Y LO TRACCIONA PARA EXTRAERLO DEL INTERIOR DE LOS TEJIDOS.

EN ALGUNAS OCASIONES EL NUDO POR HIPERTROFÍA DE LAS PARTES VECINAS SE ENCUENTRA ALOJADO EN EL FONDO DE UN EMBUDO DEL CUAL ES DIFÍCIL DESALOJARLO. EN TALES CIRCUNSTANCIAS ES PREFERIBLE EXTIRPARLO CUANTO ANTES; DEMORAR SU EXTRACCIÓN SIGNIFICA MANTENER LA CAUSA IRRITATIVA DE LA HIPERTROFÍA (QUE ES EL HILO) Y LAS DIFICULTADES DE LA EXTIRPACIÓN AUMENTA CON EL TIEMPO.

CON CUIDADO Y DELICADEZA PUEDE ELIMINARSE EL PUNTO, SI NO ES POSIBLE UBICAR UNA TIJERA PARA SECCIONARLO SE RECURRE A LA APLICACIÓN DEL GALVANOCAUTERIO.

LAS SUTURAS FESTONEADAS O CONTINUAS SE ELIMINAN SI SE CORTAN POR SEPARADO CADA VUELTA DE ESPIRA Y EXTRAYÉNDOLAS CON LA PRECAUCIÓN ANTERIOR DE NO PASAR EL HILLO INFECTADO POR EL INTERIOR DE LOS TEJIDOS.

CAPITULO X

CONCLUSIONES

CONSIDERO QUE PARA TENER ÉXITO PROFESIONAL EN UNA CIRUGÍA DE DIENTES INCLUIDOS, ES DE VITAL IMPORTANCIA TENER LOS SUFICIENTES CONOCIMIENTOS ANATÓMICOS, ANESTÉSICOS, RADIOGRÁFICOS, UNIDOS AL TRATAMIENTO ADECUADO DE LAS PATOLOGÍAS QUE PUEDAN LLEGAR A PRESENTARSE.

COMO RESULTADO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS, LLEGUÉ A LA CONCLUSIÓN, QUE ES INDISPENSABLE REALIZAR LA CIRUGÍA DE DIENTES INCLUIDOS ANTES DE SUSCITARSE ALGUNA ALTERACIÓN, EVITANDO ASÍ TRASTORNOS PATOLÓGICOS QUE PROVOQUEN UNA GRAN DESTRUCCIÓN ÓSEA Y AFECTEN CONSIDERABLEMENTE LA SALUD DEL PACIENTE.

EN TALES CONDICIONES LA CIRUGÍA SERÁ MENOS TRAUMÁTICA Y EL TIEMPO DE LA INTERVENCIÓN MÁS CORTO.

ES IMPRESCINDIBLE HACER UN DIAGNÓSTICO LO MÁS COMPLETO POSIBLE DEL PACIENTE.

LA HISTORIA CLÍNICA DEBE EFECTUARSE CON PREGUNTAS CONCRETAS QUE NOS PERMITA OBTENER LOS DATOS NECESARIOS DEL PACIENTE CON OBJETO DE APRECIAR SU CORRECTO ESTADO DE SALUD. EN CASO DE EXISTIR ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO CARDIOVASCULAR, DIABETES, EPILEPSIA O DE OTRA ÍNDOLE QUE PUDIERA OCASIONARLE PROBLEMAS AL PACIENTE DURANTE LA INTERVENCIÓN, DEBERÁN HACERSE PREVIAMENTE LOS ESTUDIOS MÉDICOS CORRESPONDIENTES PARA QUE SEA CONTROLADO POR UN ESPECIALISTA.

SI SE REQUIERE HOSPITALIZACIÓN, DEBE ESTAR PRESENTE EL MÉDICO DE CABECERA O EL ESPECIALISTA POR SI SURGE ALGUNA COMPLICACIÓN. ADEMÁS EL PACIENTE SIEMPRE DEBE SABER CUAL ES SU SITUACIÓN, CÓMO SERÁ INTERVENIDO Y LOS RESULTADOS QUE SE LOGRARÁN. DADO QUE LA OPERACIÓN PUEDE SER TRAUMÁTICA, ES PERTINENTE QUE EL PACIENTE TOMÉ CONCIENCIA DE LAS COMPLICACIONES FACTIBLES SI NO SIGUE LAS INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS QUE IMPIDAN LOGRAR RESULTADOS SATISFATORIOS.

BIBLIOGRAFIA

CIRUGIA BUCAL CON PATOLOGIA CLINICA Y TERAPEUTICA

GUILLERMO ARIES CENTENO

EDITORIAL "EL ATENEO"

SÉPTIMA EDICIÓN

CIRUGIA BUCAL

W. HARRY ARCHER

EDITORIAL MUNDI, S. A. C. I. F.

SEGUNDA EDICIÓN CASTELLANA TOMO I

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

DR. GUSTAVO O. KRUGER

EDICIÓN INTERNAMERICANA

CUARTA EDICIÓN

CIRUGIA ESTOMATOLOGICA Y MAXILOFACIAL

GUSTAVO GINES TEST

ATLAS DE CIRUGIA ORAL

H. BIRN

JENS ERIC WINTHER

EDITORIAL SALVAT, S. A.

ANESTESIA ODONTOLOGICA

NIELS BJORN JORGENSEN

EDITORIAL INTERAMERICANA

ANESTESIA GENERAL EN LA PRACTICA DENTAL

EDITORIAL MUNDI ARGENTINA 1960