



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CIRUGIA DE TERCEROS
MOLARES IMPACTADOS

T E S I S

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a:

JOSE ARTURO GORDOVA REYES



México, D. F.

1988

Dr. B. G. Gordova Reyes



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.

INDICE

INTRODUCCION:

CAPITULO I. TERCEROS MOLARES IMPACTADOS

- 1). *Definición*
- 2). *Etiología*

CAPITULO II. ANATOMIA DE LOS MAXILARES

- 1). *Maxilar superior*
- 2). *Maxilar inferior*

CAPITULO III. ESTUDIOS PREOPERATORIAS

- 1). *Historia clínica*
- 2). *Estudio radiográfico*

CAPITULO IV. CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES DE ACUERDO A SU POSICION

- 1). *Posición del tercer molar superior*
- 2). *Posición del tercer molar inferior*

CAPITULO V. INSTRUMENTAL

CAPITULO VI. ANESTESIA

CAPITULO VII. EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES DE ACUERDO A SU POSICION

- 1). *Extracción del tercer molar superior*
- 2). *Extracción del tercer molar inferior*

CAPITULO IX. CUIDADOS POS-OPERATIVOS

CAPITULO X. COMPLICACIONES

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

En la incidencia de dientes impactados juega un papel importante la falta de crecimiento evolutivo del maxilar y la mandíbula, la causa de esta reducción puede ser la falta de estímulos provocada por la dieta moderna.

A raíz de la invención del fuego, el hombre lo empleo entre otras cosas, para ablandar sus alimentos y dando como consecuencia la paulatina falta de desarrollo de los maxilares.

Se han encontrado cráneos en los que hay hasta cuatro molares, actualmente la mayoría no da cabida a un tercer molar, dando como resultado los terceros molares impactados o retenidos.

La eliminación de los dientes impactados constituye un capítulo muy importante en la práctica de la Odontología.

THOMA propone el término "Odontectomia" para nombrar la eliminación de los dientes retenidos.

Este es un procedimiento que requiere una gran habilidad técnica y un claro raciocinio.

Los problemas que se asocian a dichas técnicas requieren unos cuidados absolutos hacia el paciente, una terapéutica antibiótica, anestesia, balance nutritivo, juicio quirúrgico y habilidad, que es lo más preciso para enfrentarnos a la cirugía del tercer molar. Este tipo de intervenciones pertenece únicamente a la cirugía oral y nunca han entrado a formar parte de los límites de las especialidades quirúrgicas, lo cual es un hecho que realiza positivamente la importancia de las intervenciones odontológicas.

En el ejercicio de la cirugía oral debe recordarse que la cavidad oral no es independiente sino que forma parte de un organismo.

la gran cantidad de descubrimientos conseguidos por nuestros colegas médicos en el campo del diagnóstico y la terapéutica, han permitido que los Cirujanos Orales puedan tratar muchas enfermedades más que en épocas pasadas.

Es necesario, en los Cirujanos Dentistas un profundo conocimiento tanto de los procesos patológicos básicos como de la valoración de los resultados que sus tratamientos puedan tener, sobre el paciente y su enfermedad.

El dentista deberá valorar el estado del enfermo y determinar - cuando utilizan anestesia local o general, decidir cuando el paciente deberá ser tratado en régimen ambulatorio y cuando ser hospitalizado.

Para poder conseguir todo ello, se necesita reunir la suficiente información que le permita lograr sus objetivos en forma adecuada y - practicándolo de acuerdo a su criterio y ante todo con una verdadera - ética profesional. Teniendo presente que se trata de un paciente el - cual viene ha depositar toda su confianza en nuestras manos con el - fin de darle salud.

Por todo esto, considero que es importante el contenido del presente trabajo, ya que en él trato las principales técnicas de extracción y tratamiento de los terceros molares retenidos, para el mejor - desarrollo del trabajo del Profesional como del Estudiante.

TERCEROS MOLARES IMPACTADOS.

1.- Definición

Se entiende por dientes retenidos o impactados aquellos que una vez llegada la época normal de erupción quedan dentro de los maxilares o de la mandíbula o bien en sus tejidos blandos y que han conservado íntegro su saco PERICORONARIO fisiológico.

2.- Etiología

Los terceros molares tanto superiores como inferiores, son susceptibles de ser clasificados de acuerdo a un fin quirúrgico.

Estos molares se impactan con mayor frecuencia en el maxilar inferior que en el superior. La retención del molar puede ser intrabsea o submucosa, en este último caso, puede estar total o parcialmente retenido.

Los agentes etiológicos son variados, pero los que se presentan en mayor número y de mayor importancia son:

- Falta de espacio
- Falta de desarrollo del hueso
- Estorbo mecánico de piezas
- Enfermedades endocrinas
- Tumores odontogénicos
- Quistes
- Mucosa extremadamente fibrosa

CAPÍTULO II

ANATOMIA DE LOS MAXILARES.

= OSTEOLOGIA =

1.- Maxilar superior.- Es un hueso par que forma parte de los huesos de la cara, es de forma cuadrangular aplanado de adelante hacia atrás por lo cual tiene dos caras, una interna y una externa, cuatro bordes; anterior, posterior, superior e inferior.

Cara interna.- En su cuarta parte inferior tiene una saliente horizontal llamada apófisis palatina, la cual presenta, una cara superior lisa que forma parte del piso de las fosas nasales y una cara inferior rugosa que forma parte de la bóveda palatina; su borde externo se une al resto del maxilar en tanto que el interno muy rugoso se adelgaza hacia atrás y se articula con el mismo borde de la apófisis palatina del maxilar opuesto.

Este borde en su parte anterior termina en prolongación en forma de semi-espina. Lo cual al articularse con la del otro maxilar forma la espina nasal anterior.

El borde anterior de la apófisis palatina que es cóncava por arriba forma parte del orificio anterior de las fosas nasales.

Su borde posterior se articula con la horizontal del palatino.

Por detrás de la espina nasal anterior en su borde interno existe un surco que con el otro maxilar forma el conducto palatino anterior por el cual pasa el nervio esfenopalatino.

La cara interna del maxilar superior está dividida en dos porciones por la apófisis palatina.

La inferior forma parte de la bóveda palatina, la superior se articula con la rama vertical del palatino, más adelante de esta apó-

fisis se encuentra el seno maxilar o antro de Haghmore; delante de este orificio está el canal nasal cuyo borde anterior se encuentra limitado por la apófisis ascendente del maxilar superior.

Cara externa.- En su parte anterior presenta la foseta mirtifor-me, donde se inserta el músculo del mismo nombre, la cual está llmitada posteriormente por la eminencia o giba canina, detrás y arriba es-tá la apófisis piramidal. La cara superior de está apófisis forma parte del piso de la órbita, lleva un canal en su parte anteroposterior-y penetra en la pared con el nombre de conducto suborbital.

La fosa canina está entre el agujero dentarios posteriores por - donde salen y pasan los nervios dentarios posteriores y las arterias-alveolares.

Bordes de la apófisis piramidal. El inferior vuelto hacia abajo-forma la parte superior de la prenidura vestibulo cigomática. El an-terior forma la parte interna e inferior del borde de la órbita. El - posterior corresponde con el ala mayor del esfenoides formando entre-ambas la hendidura esfenomaxilar.

Borde anterior.- Presenta abajo la parte anterior de la apófisis palatina con la espina nasal anterior y está el orificio anterior de-las fosas nasales y más arriba el borde anterior de la apófisis ascen-dente.

Borde posterior.- Es grueso y redondo, constituye la tuberosidad del maxilar, su parte superior lisa forma la pared anterior de la fo-sa pterigomaxilar, en su parte inferior el borde lleva rugosidades. - Se articula con la apófisis piramidal del palatino y con el borde an-terior de la apófisis pterigoidea, formando el conducto palatino pos-

terior por donde pasa el nervio palatino anterior.

Borde superior.- Forma el límite interno de la pared inferior de la órbita y se articula por delante con el unguis, después con el etmoides y con la apófisis orbitaria del palatino.

Borde inferior o Borde alveolar.- Presenta cavidades o alveolos dentarios donde se alojan las raíces dentarias, su ápice o vértice perforado da paso a su correspondiente paquete vasculonervioso separados por tabiques óseos y constituyen las apófisis interdientarias.

Estructuras.- Formada por tejido esponjoso y compacto las partes que están constituidas por tejido esponjoso son la parte anterior de la apófisis palatina, la base de la apófisis ascendente y el borde alveolar, mientras que el resto del hueso está constituido por tejido compacto.

2.- Maxilar inferior.- Está formado por un cuerpo y dos ramas. El cuerpo tiene forma de herradura y la concavidad tiene vuelta hacia atrás. Se distinguen en ésta dos caras y dos bordes.

Cara anterior.- Encontramos en la línea media una cresta vertical que resulta de la unión de las dos mitades del hueso llamada sínfisis mentoniana abajo en la misma dirección encontramos la eminencia mentoniana, hacia afuera y atrás de la cresta se encuentra el orificio mentoniano por donde salen los nervios y vasos del mismo nombre. Más atrás aún, se observa una saliente dirigida abajo y adelante que parte del borde anterior de la rama ascendente y termina en el borde inferior del hueso llamado línea oblicua externa donde se insertan los siguientes músculos: el triangular de los labios, el cuadrado de la barba y el cutáneo del cuello.

Cara posterior.- Presenta cerca de la línea media cuatro tubérculos llamados apófisis geni, en los dos superiores se insertan los músculos geniogloso y en los dos inferiores los geniohiodeos.

Partiendo del borde anterior de la rama ascendente se encuentra una saliente llamada línea oblicua interna o milohiodea, donde se inserta el músculo milohiideo. Se encuentra también, la foseta sublingual, que aloja a la glándula sublingual.

Más afuera aún por debajo de la línea oblicua interna y en la proximidad del borde inferior se localiza otra foseta más grande llamada foseta submaxilar que aloja a la glándula submaxilar.

Borde inferior.- Es romo y redondeado, se observan dos depresiones o fosetas digástricas, una a cada lado de la línea media en donde se inserta el músculo digástrico.

Borde superior o borde alveolar.- Presenta una serie de cavidades o alveolos dentarios, los anteriores son simples y los posteriores están compuestos de varias cavidades y todos ellos separados entre sí por apófisis interdientarias, donde se insertan los ligamentos interdentarios de los dientes.

Ramas.- Son dos, derecha e izquierda. Son aplanadas transversalmente y de forma cuadrangular, tiene por consiguiente dos caras y cuatro bordes.

Cara externa.- Es la parte media hacia la mitad de la línea diagonal que va del condilo hasta el borde alveolar, se encuentra un agujero amplio llamado conducto dentario por donde se introducen los nervios y vasos inferiores.

El borde anteroposterior de este orificio está formado por una saliente llamada espina de Spix sobre la cual se inserta el ligamento -

esfenomaxilar, en la parte posteroinferior de la cara interna presenta una serie de rugosidades bien marcadas que sirven de inserción al músculo pterioideo externo.

Borde anterior.- Está dirigido de abajo adelante, se haya en forma de caña, sus bordes divergentes se separan a nivel del borde alveolar continuándose sobre las caras internas y externas con las líneas oblicuas correspondientes; Este borde forma el lado externo de la hendidura vetíbulo cigomática.

Borde posterior.- Liso y oblicuo recibe el nombre de borde parotídeo por sus relaciones con la glándula parótida.

Borde superior.- Posee una escotadura amplia llamada sigmoidea situada entre dos grandes salientes: la apófisis coronoides por delante y el cóndilo del maxilar inferior por detrás

La apófisis coronoides de forma triangular con vértice superior sobre la cual se inserta el músculo temporal.

El cóndilo es de forma elipsoidal aplanado de adelante hacia atrás, convexo en las dos direcciones de sus ejes, el mayor dirigido oblicuamente hacia adelante y afuera, se articula con la cavidad glenoidea al temporal y se une al resto del hueso por el cuello del cóndilo.

En su cara interna presenta una depresión rugosa donde se inserta el músculo pterioideo externo.

La escotadura sigmoidea vuelta hacia arriba comunica la región masetérica con la fosa cigomática, dejando paso a los nervios y vasos masetéricos.

Borde inferior. - Se continúa con el borde inferior del cuerpo, por detrás al unirse al borde posterior forma el ángulo de la mandíbula o gonión.

Estructura. - Está formado de tejido esponjoso cubierto por una capa de tejido compacto, adelgazándose a nivel del cóndilo.

CAPITULO III

ESTUDIOS PREOPERATORIOS

Las circunstancias bajo las cuales se efectúa una intervención - será factor determinante en el éxito o en el fracaso de esta.

Se deberá tomar mayor atención el estado general del paciente, - condiciones físicas y preparación de la región sobre la cual se actuará, así como el medio en que tendrá que desarrollarse la intervención.

Los cuidados preoperatorios en realidad comienzan cuando se establece contacto con el paciente, el primer paso para proporcionar seguridad en el tratamiento y hacer un buen diagnóstico es el estudio y - exploración.

HISTORIA CLINICA.

Se insistirá en el valor de una historia clínica completa o detallada, tanto para el diagnóstico del proceso quirúrgico como para la - estimación del pronóstico operatorio. Se principiará por la relación - detallada del padecimiento actual.

Para valorar el estado actual del paciente y el riesgo operato - rio en cada caso, es indispensable disponer de los datos lo que pro - porcionará una revisión general de todos los aparatos y sistemas uti - lizando hojas impresas.

Debe tenerse muy en cuenta el resumen general del caso.

Es importante recabar los datos de intervenciones operatorias anteriores. Si es posible deberá obtenerse una copia del protocolo ope - ratorio, debe investigarse la aparición eventual de complicaciones - postoperatorias en caso de otra intervención.

Tienen valor los datos de cualquier enfermedad anterior. Se re - gistrarán cuidadosamente los hábitos y costumbres del paciente inclu -

yendo el tipo de dieta, la duración del sueño, el uso de alcohol, tabaco y demás .

Tiene valor particular para prevenir dificultades posoperatorias el tiempo de sangrado en el paciente o en algún miembro de su familia y la sensibilidad a determinados alimentos o medicamentos.

Análisis de laboratorio:

todos los pacientes quirúrgicos se someterán a ciertos exámenes y análisis antes de la intervención.

Los exámenes sistemáticos de laboratorio con frecuencia se considerarán como una identidad aparte, lo cual constituye un error. Los principales análisis de laboratorio que se pedirán al paciente son:

Tiempo de sangrado.- Es el lapso que tarda la sangre en detener su salida de la herida de una punción regular efectuada en el dedo o en el lóbulo de la oreja.

En los casos normales es de uno a cinco minutos. Sin embargo, el hecho de que el tiempo de sangrado sea normal, no quiere decir en forma alguna que no existirá hemorragia durante el acto quirúrgico, pues de llegar a seccionar algún vaso importante, este sangrará de acuerdo al calibre del mismo y esta hemorragia solo podrá ser detenida mediante la ligadura del vaso.

Tiempo de protrombina.- Es el lapso transcurrido entre el depósito de las gotas en el porta objetos y la formación de los hilos de fibrina. Los valores normales se encuentran entre los dos y tres minutos.

Tiempo de coagulación.- Es el tiempo que tarda en formarse el coágulo, el tiempo normal es aproximadamente de diez minutos.

Análisis de orina. - Se investigará la existencia de azúcar, ácido diacético y albúmina. Se procederá al examen microscópico del sedimento. Si se observa alguna anomalía, será necesario llevar a cabo exámenes más completos.

Así por ejemplo:

Si en la orina existe azúcar en cantidades superiores o indicios, se determinará cuantitativamente la glucosuria de las 24 horas, la clucemia en algunas y la curva de la glucemia.

Cuando el examen del sedimento urinario de un enfermo sugiere la existencia de infección urinaria será necesario obtener una muestra de orina por sonda pues la presencia de secreción en la primera orina puede ser causa de error.

Si la historia clínica por su parte y el resultado del análisis de orina por el otro, sugiere la existencia de lesión renal y siempre que exista hipertensión, deberá estudiarse el estado de la función renal con una prueba de concentración urinaria.

Estudios Radiográficos.

Para que el Cirujano pueda planear por adelantado los pasos a seguir para la eliminación de un tercer molar, debe establecer su posición anatómica por medio de un estudio radiográfico.

Para este estudio se utilizarán radiografías periapicales interproximales, oclusales y extraorales.

Radiografías periapicales. - En algunas radiografías periapicales resulta muchas veces imposible visualizar el tercer molar, por desviación hacia mesial de la placa por los tejidos blandos de la rama ascendente o por nduseas del paciente.

Por lo cual es necesario dirigir el rayo central en ángulo recto con el eje largo de la placa y nos dará una imagen acertada pero podremos determinar sus relaciones con el conducto dentario.

Radiografías oclusales.- Esta clase de radiografías nos podrá revelar la posición bucolingual de la corona del tercer molar inferior-incluido. Para este tipo de radiografías colocaremos la cabeza del paciente lo más atrás posible y el rayo central se dirige en ángulo recto a la placa, a través del borde inferior de la mandíbula.

Radiografías extraorales.- Una radiografía extraoral correctamente angulada nos permitirá observar los molares incluidos horizontalmente; esta radiografía se tomará de la siguiente manera: Se colocará una placa de 15 x 21 cm., en contacto con la cervical y horizontal de la mandíbula, en la cual se encuentra la pieza incluida, el rayo central se proyectará a través de la rama opuesta y en ángulo con la película.

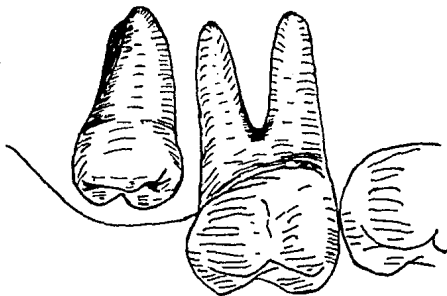
CAPITULO IV

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES DE ACUERDO A SU POSICION

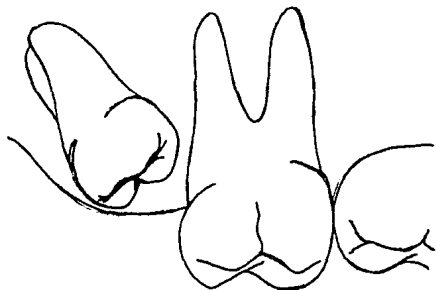
1.- Posición del tercer molar superior.

Las variaciones en la posición del tercer molar, son menores en el maxilar superior que en el inferior la retención del molar puede ser intrabósea o submucosa. En este término puede estar parcial o totalmente retenido.

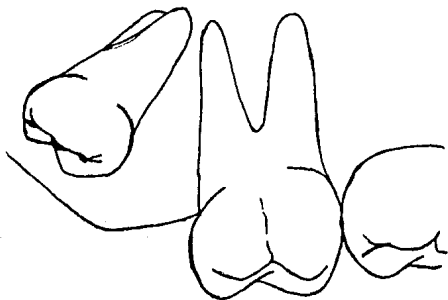
a1.- Posición vertical.- El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar. El diente puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso.



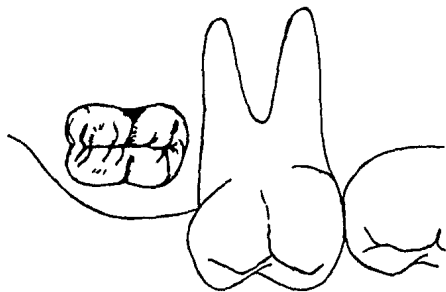
b).- Posición mesoangular.- El eje del tercer molar retenido está dirigido hacia adelante en esta posición, la raíz del molar está vecina a la apófisis pterigoidea. Esta posición no es frecuente.



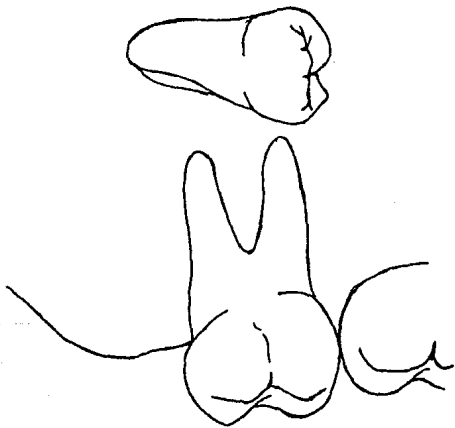
c).- Posición distoangular.- El eje del molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara triturante del tercer molar mira hacia la apófisis pterigoidea con la cual puede estar en contacto.



d).- Posición horizontal.- El tercer molar está dirigido hacia el carrillo, con el cual, la cara triturante puede ponerse en contacto; - esta cara triturante suele también dirigirse hacia la bóveda palatina - y el molar puede erupcionar en ella.



e).- Posición paranormal.- El molar retenido puede ocupar diversas posiciones que no se encuentran en la clasificación dada.

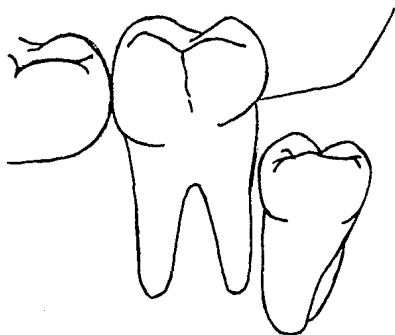


2.- Posición del tercer molar inferior.

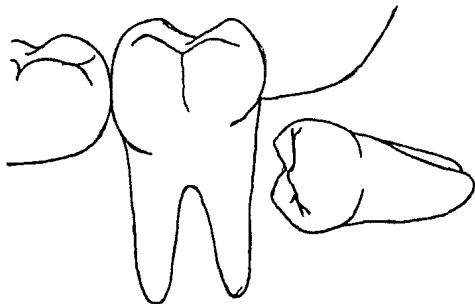
B. WINTER ha clasificado los distintos tipos de retenciones del tercer molar inferior, basándose en cuatro puntos esenciales:

- La posición de la corona -
- La forma radicular -
- La naturaleza de la base estructura que rodea al molar -
- La posición del tercer molar en relación al segundo -

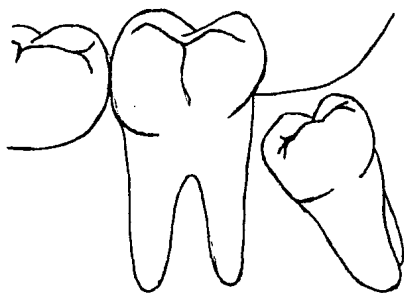
a).- Posición vertical.- En este tipo de retención el molar puede estar total o parcialmente cubierto por hueso; pero lo característico reside en que, su eje mayor es sensiblemente paralelo al eje mayor del segundo y primer molar.



b).- *Posición horizontal.*- En este caso el eje mayor del tercer molar es sensiblemente perpendicular a los ejes del primero y segundo molar.

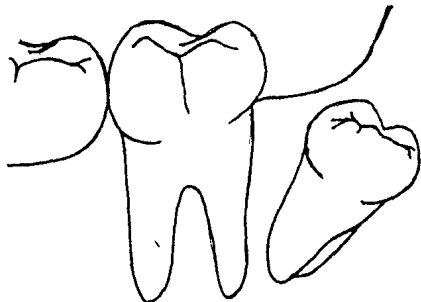


c).- *Posición mesioangular.*- El eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje del diente un ángulo de grado variable alrededor de 45° grados.

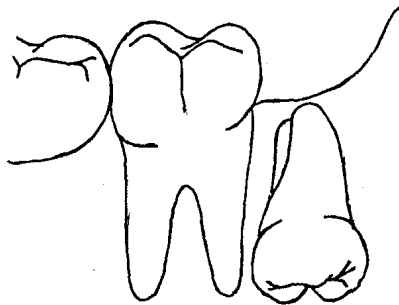


d1.- Posición distoangular.- Es una forma opuesta a la descrita anteriormente.

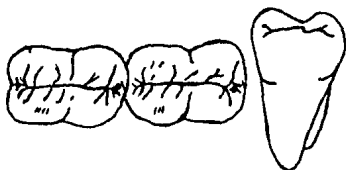
El tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama ascendente por lo tanto, la corona ocupa dentro de esta rama una posición variable de acuerdo con el ángulo que está desviado.



e1.- Posición invertida.- El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal. Es un tipo muy poco común de retención.



f).- *Posición bucoangular.*- En este tipo de retención el molar ya no ocupa como en los anteriores el mismo plano que el segundo y el primero sino que, su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados el segundo y el primero. La corona del molar retenido está dirigida hacia bucal.



g).- *Posición linguoangular.*- Como en la posición anterior, el eje del diente es perpendicular al plano en que están orientados los molares anteriores, pero la corona del molar retenido está dirigida hacia lingual.



CAPITULO V

INSTRUMENTAL

Para la realización de la extracción de terceros molares retenidos necesitamos valernos de instrumental y material quirúrgico apropiado.

Instrumentos para seccionar tejidos blandos:

Bisturi: consta de mango y hoja, puede tener distintas formas y tamaños que además son intercambiables.

En nuestra práctica son preferibles el tipo de bisturi Bard-Parker de hoja No. 15, también estará indicado el bisturi de Mead cuyas características son la curvatura de su hoja en forma de hoz y el filo, en sus bordes.

Tijeras: dentro de nuestra especialidad este instrumento tiene poco uso ya que sólo se utiliza para seccionar trozos de colgajos y para cortar los puntos de sutura.

Pinzas de disección: nos ayudarán en la preparación de los colgajos y otras maniobras. Las hay dentadas con las cuales se tomará la fibromucosa sin lesionarla. Para tal fin se utilizará la pinza de Kocher o la atraumática de Chaput.

Legras, Periostomos y Espátula Roma: Estos instrumentos de los cuales existen varios tipos, nos sirven para llevar a cabo el desprendimiento y separación de la fibromucosa primeramente iniciada por el bisturi, con el objeto de preparar el colgajo.

Separadores: los utilizaremos para mantener apartados los labios con el propósito de no herirlos o para no traumatizar los colgajos durante la intervención quirúrgica.

Escoplos: el uso de los escoplos en la extracción de los terceros molares retenidos es muy frecuente, en especial los de Barry para realizar la ostiotomía.

Pinzas gubias: las hay rectas y curvas y las utilizaremos para realizar, la resección de hueso, actúan extrayendo el hueso por mordiscos sobre este tejido previa preparación de una puerta de entrada con los escoplos.

Fresas: el empleo de fresas quirúrgicas, de preferencia de baja velocidad, serán de gran utilidad en este tipo de intervenciones ya que su finalidad es propiamente la de facilitar la maniobra de otros instrumentos.

Limas para Hueso: sirven para eliminar las puntas óseas y alisar bordes.

Pinzas: durante la intervención es necesario mantener el campo operatorio seco de sangre, que emana de los vasos vecinos para lo cual necesitaremos de las pinzas para algodón o pinzas con puntas de balloneta.

Pinzas de Kocher: es un instrumento usado para hacer hemostasis, aunque en este tipo de intervenciones su empleo es reducido.

Pinzas de extracción (Forceps): con ellas tomaremos las piezas dentarias imprimiendo movimientos apropiados por medio de los cuales eliminamos el órgano dentario retenido en el alveolo.

Elevadores: son los instrumentos que más frecuentemente serán utilizados en la extracción de los terceros molares impactados, ya que los hay con distinto trabajo, función y misión.

Instrumentos y materiales de sutura:

*Aguja para saturar: la sutura es una parte muy importante en la -
intervención quirúrgica, ya que sirve para sostener los finos y delica
dos tejidos gingivales, tan propicios a desgarrarse, es preciso el em-
pleo de agujas que estén en buen estado, hay agujas sencillas, curvas-
y rectas.*

*Porta Agujas: las agujas no pueden ser dirigidas a mano sino me-
diante el porta agujas que hace más práctico y preciso el uso.*

*Material de sutura: en este tipo de intervención quirúrgica su-
utilizand seda.*

ANESTESIA

Uno de los problemas antes del uso del anestésico son los pacientes nerviosos o excitados por lo cual debemos prepararlos debidamente.

Aunque no es necesario medicar a los pacientes en forma rutinaria existen casos en que la sedación preoperatoria es de gran valor. Cuando los pacientes presentan miedo exagerado a las operaciones dentales, la administración de un barbitúrico de corta duración o un atáxico - no solo moderara el temor, sino que facilitará la tarea del cirujano.

Las técnicas de anestesia más aceptadas dentro del campo de la cirugía oral y que el cirujano normalmente efectúa son:

Técnicas para anestesia en molares superiores:

Inyección Supraperióstica: en esta inyección el nervio que se anestesia es el alveolar superior, el cual inerva totalmente los dos últimos molares y parcialmente el primer molar. La punción es en el pliegue mucobucal sobre el segundo molar con la aguja dirigida hacia arriba y hacia atrás, se infiltra la solución anestésica, la cual se deposita sobre los ápices de las raíces del tercer molar. Para la extracción de las piezas impactadas es necesario además la inyección palatina posterior.

Inyección cigomática: aquí el nervio anestesiado es el alveolar posterior superior que se bloquea antes de que penetre en los canales óseos de la región cigomática por encima del tercer molar. La punción se hace en el punto más elevado del pliegue de la mucosa a nivel de la raíz distobucal del segundo molar, con la aguja dirigida hacia arriba y hacia adentro y atrás. Se penetra unos 20 mm., manteniendo la aguja-

cerca del periostio para evitar la punción del plexo venoso pterigoi -
deo. La solución se deposita lentamente gota a gota a esta inyección -
se completa con la palatina posterior.

Inyección palatina posterior: el nervio que se anestesia es el pa -
latino anterior que inerva los dos tercios posteriores del paladar. Se
anestesia los dos tercios posteriores de la mucosa palatina del lado -
inyectado, desde la tuberosidad hasta la región canina y desde la ll -
nea media hasta el borde gingival del lado inyectado. La punción se -
realiza en el punto medio de una línea imaginaria trazada desde el bor -
de gingival del tercer molar superior hasta la línea media, insertando
la aguja desde el lado opuesto de la boca. La aguja se dirige hacia -
arriba y ligeramente lateral; no es necesario penetrar con la aguja el
agujero palatino mayor puesto que el nervio palatino anterior ya ha -
traspasado dicho agujero.

TECNICAS DE ANESTESIA EN MOLARES INFERIORES

Inyección mandibular: se anestesia el nervio alveolar inferior, -
produce anestesia de todos los dientes del lado inyectado con excep -
ción de los incisivos centrales y laterales ya que estos reciben tam -
bién inervación de las fibras del lado opuesto. La punción se hace en
el vértice de las fibras del triangulo pterigomandibular.

Se palpa la fosa retromolar con el Índice y se coloca la uña so -
bre la línea milohiodea. Con el cuerpo de la jeringa descansada sobre
los premolares del lado opuesto, se introduce la aguja paralela al -
plano de oclusión de los dientes del maxilar inferior, en dirección a -
la rama del maxilar y al dedo Índice. La aguja se introduce entre el -
hueso, los músculos y ligamentos que lo cubren después de avanzar unos

15 milímetros la punta toca con la pared posterior del surco mandibular donde se deposita 1.5 ml., de solución anestésica al lado del nervio - alveolar inferior. La anestesia mandibular debe ser reforzada con la - inyección bucal.

Inyección Bucal: el nervio anestesiado es el bucinador o bucal - largo, la cara bucal de los molares inferiores esta parcialmente inervada por el bucinador que se separa del nervio maxilar poco después de su paso por el agujero oval, por lo que las intervenciones de estos molares obliga a practicar la inyección del nervio bucinador. La punción se lleva a cabo en el pliege mucobucal inmediatamente por detrás del - tercer molar; la aguja se dirige hacia atrás y ligeramente hacia abajo hasta que se halle por detrás de las raíces del diente. Contados son - los casos en que no se debe emplear anestesia local para evitar sínto- mas molestos o secuelas poco desagradables tales como:

- 1).- Cuando hay infección en el lugar de la punción o en el punto donde la solución deba depositarse.
- 2).- Cuando exista angina de Vincent u otras infecciones orales - generalizadas.
- 3).- Cuando el paciente sea poco cooperador con el cirujano den- tista.

Las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, obligan adminis- trar con precaución los anestésicos locales que contengan epinefrina - (vasoconstrictor). La anestesia por infiltración excesiva en pacientes diabéticos puede resultar peligrosa.

TECNICAS PARA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES

Dentro de los medios que la Medicina emplea para el tratamiento de las enfermedades [Terapéutica], existe uno caracterizado esencialmente por la utilización de procedimientos manuales. Se le distingue con el nombre de Cirugía o Terapéutica Quirúrgica.

Aquí sólo consideramos las diferentes técnicas conocidas para extracción de los terceros molares retenidos tomando en cuenta los tipos de retención que se presentan con más frecuencia.

Para este tipo, al igual que en toda intervención quirúrgica bucal es necesario llevar a cabo una serie de maniobras que son:

INCISION.- Es una maniobra mediante la cual se abren los tejidos para llegar a planos más profundos y va de acuerdo con el tipo de retención que tenga el tercer molar.

La incisión debe empezar por el trazo de izquierda a derecha y de base más ancha que el vértice.

OSTEOTOMIA.- Es la parte de la operación que consiste en abrir el hueso y se puede hacer con fresa, escoplo o pinzas gubias.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.- Puede denominarse así a la ejecución del tiempo objeto de la operación.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.- Algunas operaciones requieren un tratamiento particular de la cavidad ósea, ya sea por que el hueso está afectado o por que la índole de la operación así lo exige, para evitar hemorragia o dolores postoperatorios.

SUTURA.- Es la maniobra que tiene por objeto reunir los tejidos separados por la incisión y su uso estará considerado al criterio del Cirujano Dental.

EXTRACCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS

1).- Posición Vertical:

INCISION.- Esta abarca dos ramas a las cuales llamaremos bucal y anteroposterior. La rama anteroposterior, se traza próxima a la cara palatina del diente, en forma paralela a la arcada y con una longitud de 1 cm., la incisión bucal nace en el extremo anterior de la primera incisión y se dirige afuera y rodea la tuberosidad del maxilar y asciende hasta las proximidades del surco vertibular donde termina.

La incisión debe llegar hasta el hueso o corona del molar y en sentido anterior hasta el cuello del molar.

El colgajo se desprende con un periostomo y se sostiene con un separador para obtener mayor visibilidad.

OSTEOTOMIA.- El hueso que cubre la cara oclusal se elimina con escoplos rectos o fresas. En ciertos casos el hueso a nivel de cara oclusal es muy frágil, puede ser eliminado con una cucharilla para hueso o con el mismo elevador, durante estas maniobras es muy importante que sea visible la cara bucal y mesial de la pieza retenida.

Vía de acceso a la cara mesial: la cara mesial es la superficie sobre la cual se aplica el elevador para extraer el molar retenido. Si esta cara es accesible no se requiere ninguna maniobra previa, pero en caso contrario se necesita eliminar el hueso del tabique mesial, que es lo que impide la entrada del instrumento y esto se realiza con un escoplo recto o fresa redonda.

EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA [Empleo de elevadores]:

En este caso se puede emplear cualquier tipo de elevadores rectos, preferentemente los números 1, 2, ó 14 [R o L].

Técnica de empleo de elevadores: Se penetra la punta del elevador - en el espacio que existe entre la cara mesial del tercer molar y la distal del segundo molar imprimiendo un débil movimiento rotatorio para llegar a su punto de aplicación, así conseguir la luxación del tercer molar

Aplicación del elevador: El elevador se aplica con su cara plana sobre la cara anterior del diente.

Punto de Apoyo: Generalmente, Este punto de apoyo es la cara mesial del segundo molar o bien el tabique óseo en caso de existir.

Movimiento del elevador: Aplicado el elevador, separando el labio y los carrillos con un espejo, se inicia libremente el movimiento de luxación del molar retenido, para que el molar abandone su alveolo debiendo ser movilizado y dirigido hacia abajo, afuera y atrás, por lo tanto el mango del elevador debe desplazarse hacia arriba, adentro y adelante con punto de apoyo en la cara distal del segundo molar. Luxando el molar y si la fuerza aplicada no ha logrado extraerlo puede ser tomado con una pinza para extracciones y eliminarse con la misma técnica de un molar normal.

Sutura: Extraído el molar, revisados los bordes óseos, en especial el tabique externo y posterior, retirado el saco pericoronario, con una pinza gubia, se coloca el colgajo en su sitio y se practican uno o dos puntos de sutura.

2).- Posición Mesioangular:

La extracción de los terceros molares en esta posición estará condicionada por la dirección del molar y la cantidad de hueso distal.

Puede presentarse alguna dificultad durante la extracción pero el problema más importante en este tipo de retención reside en la osteotomía

de la cara mesial y triturante y en la preparación de la vía de acceso - para el elevador, lo cual necesita una mayor osteotomía del lado mesial - que en el caso de retención vertical por el punto de aplicación del elevador debe ser más alto y para que se logre éste es necesario eliminar - también parte de la tabla ósea vestibular que cubre la cara bucal del molar retenido.

Incisión: Es igual que en posición vertical.

Osteotomía: Es semejante al anterior requiriendo sólo una mayor eliminación de hueso en distal para descubrir el diente hasta nivel del cuello.

Empleo de Elevadores: El elevador se introduce profundamente hasta - llegar a aplicarlo sobre la cara mesial del diente, los movimientos son - los mismos que en la posición vertical.

A excepción de que el molar debe ser dirigido hacia distal para vencer el contacto mesial y posteriormente los movimientos son los de dirigir al diente hacia abajo y afuera.

3).- Posición Distoangular:

Incisión: Se efectúa el corte al igual que en las dos anteriores, - sólo que en la rama anteroposterior deberá ser dirigido hacia distal, para evitar desgarres de la encla.

Osteotomía: Generalmente no hay hueso sobre la cara oclusal ni acceso en el lado mesial.

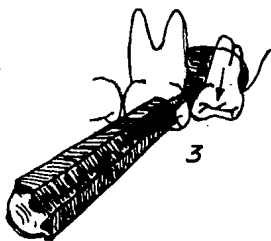
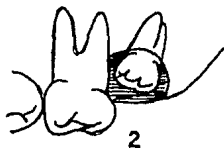
Empleo de elevadores: El elevador se coloca sobre la cara mesial - del tercer molar y se dirige hacia abajo y atrás, debemos tener cuidado - especial en este tipo de retención con la tuberosidad y la apófisis pterigoides ya que movimientos bruscos pueden fracturarla, los elevadores - que actuarán en función de cuña o palanca cumplirán sus objetivos si se-

introducen entre la cara distal del segundo molar y la cara mesial del tercero.

4).- Posición Paranormal:

Las distintas y variadas posiciones que puede presentar el tercer molar en posición paranormal no permiten fijar una regla para su extracción. La técnica estará dada por la disposición que presente el molar en el hueso y su relación con los dientes vecinos, en algunos casos está indicada la extracción del segundo molar y aún en ocasiones del primero.

Los molares colocados por encima de los ápices del segundo molar son mejor intervenidos practicando una incisión semejante a la que se emplea en la operación "Caldwell-Luc", ya que la intervención a realizarse tiene muchos puntos de contacto con la operación radical del seno maxilar.



EXTRACCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

1).- Posición Vertical

Incisión: Se extiende sobre la cara oclusal del molar retenido desde el borde mesial del festón gingival, llegando algunos milímetros por detrás del borde óseo distal a resecar.

Para proteger el festón gingival del tramo operatorio se realiza una perpendicular a la primera, sobre la lengüeta mesial del molar impactado.

Osteotomía: Todo el hueso que existe por el borde distal en contacto con el tercer molar impactado debe ser eliminado para que el diente pueda eliminar el alveolo en un arco de círculo.

Si existe un proceso patológico como focos de osteitis, granuloma posterior o el saco dentario de dimensiones eficientes, la osteotomía no es necesaria, pues el diente puede desplazarse a expensas del espacio creado por el proceso patológico. Winter dice que la cantidad de hueso a researse está indicado por la forma radicular, la relación del borde superior de la óseo estructura con la bifurcación de las raíces y la distancia que el diente puede ser dirigido hacia afuera de su alveolo hacia distal y hacia arriba por la aplicación de elevador en la superficie mesial o mesio bucal.

La cantidad de hueso por researse está indicado por el movimiento del molar y la forma de las raíces.

Ambas raíces hacia distal: La osteotomía debe ser suficiente para que el diente pueda describir el arco que le corresponda a su forma radicular y no encuentre hueso distal que se oponga a este movimiento.

La raíz mesial hacia distal y la raíz distal recta: La eliminación de hueso debe ser tal que el molar pueda dirigirse hacia atrás siguiendo

do el arco de su raíz mesial.

Raíz mesial hacia distal y raíz distal hacia mesial: El hueso debe ser resecado para que el diente pueda ser dirigido hacia distal y permita la fractura del septum.

Ralces rectas: Este caso no necesita gran eliminación de hueso, - basta aplicar el elevador en la cara mesial para que se dirija el diente hacia distal.

Odontosección: En este caso no es necesario seccionar el diente pa
ra llevar a cabo su extracción.

Extracción: Se elige el elevador según las dimensiones del espacio entre el segundo y tercer molar. Se introduce completamente la hoja del elevador, la parte plana de la hoja se aplica sobre la cara mesial del tercer molar y su borde sobre el borde superior de la estructura ósea.

Se hace girar el mango del elevador hacia mesial produciéndose una palanca de primer grado, con este movimiento el molar se eleva y desplaza hacia mesial permitiendo un mayor desplazamiento.

Si la luxación no se efectúa se aplica la hoja a un nivel más bajo y se repite el movimiento.

Luxado el molar se puede extraer con forceps o elevador.

Si es con elevador se levanta el molar hacia arriba y adentro.

2). - Posición mesio-angular:

Incisión: Cuando no se necesita aplicar elevadores en la cara me
sial se practica una incisión que partiendo de la cara distal del molar retenido se extiende en sentido distal en una distancia aproximada de - un centímetro. Si los elevadores se van a aplicar en la cara mesial la incisión será sobre el borde bucal del molar impactado.

Para evitar traumas y lacerar el rodete gingival interdentario - se traza una incisión bucal desde el borde de la encla hacia abajo y ligeramente adelante.

Osteotomía: El triángulo óseo distal se elimina ya sea con osteotómo o con fresa. La cantidad de hueso a eliminarse está indicada por el grado de versión del molar, a mayor inclinación mesial mayor cantidad de hueso distal y por lo tanto mayor osteotomía, también influye la forma radicular.

Odontosección: En este caso es muy indicada, puede aplicarse a - dos diferentes formas: divide el diente según su eje mayor o según su eje menor.

La odontosección se realiza con discos de carburo, fresas y escoplos automáticos.

Para seccionar el diente según su eje menor se dirige el disco o la fresa todo lo perpendicularmente que sea posible al eje mayor del diente.

Para seccionar las cúspides mesio-bucal y mesio-lingual, el instrumento seccionador se coloca perpendicularmente a la arcada, por detrás de la cara distal del segundo molar dirigiéndolo de bucal a lingual - separando el macizo se extrae antes de la extracción propiamente dicha.

Si se va a seccionar el eje mayor del diente debe quedar dividido en dos secciones, la mesial y la distal y posteriormente eliminar primero la porción distal para facilitar la extracción de la porción mesial.

Extracción del molar seccionado por su eje menor:

Extracción de la corona: Se realiza con elevadores finos, se introduce en el espacio realizado por la fresa, a sus expensas se desplaza la corona hacia mesial y luego hacia distal, hay que considerarse si la cara mesial de la corona es accesible o no a los elevadores. Si es accesible se introduce el elevador por debajo de la corona entre la cara mesial y el borde óseo y se eleva la corona.

El elevador se introduce entre la porción radicular y el tejido óseo subyacente, se hace girar el mango del instrumento hacia bucal. Si hay divergencia radicular o cementosis se puede separar las dos raíces con fresa de fisura. Cada raíz se extrae por separado con elevadores rectos.

Extracción del molar seccionado por su eje mayor:

Extracción de la porción distal: Se introduce entre las dos porciones del molar dividido, actuando como cuña se luxa ligeramente la porción distal. Hay que introducir el elevador lo más profundo posible para evitar fracturas de la porción distal.

El punto ideal de la aplicación del elevador es unos milímetros por debajo de la línea cervical. Aplicando a este nivel se gira hacia mesial el mango del instrumento dirigiendo la raíz hacia arriba y atrás.

Extracción de la porción mesial: Habiendo eliminado la porción distal, se introduce el elevador entre la cara mesial del molar y el borde óseo. El elevador se apoya sobre la cara mesial y se realizan movimientos parecidos a los de una extracción de un molar entero. Si se presenta gran resistencia a la elevación, ya sea por curvaturas, cementosis o encaje de la superficie triturante de la porción mesial por debajo del cuello del segundo molar puede practicarse una sección que divide a la porción mesial a nivel cervical.

3).- Posición distoangular:

Esta posición no es frecuente. Su extracción es laboriosa pues el molar debe ser dirigido hacia la rama ascendente y la cantidad de hueso que hay se elimina para vencer el contacto del tercer molar con la rama.

Esta impactación está cubierta por una gran cantidad de hueso en su cara distal y oclusal. Es difícil aplicar el elevador cuando se consigue luxar el molar. Este se dirige hacia la rama montante donde tiende a inclinarse.

Incisión: Parte de dos centímetros para atrás de la cara distal del segundo molar y corre próxima a la cara interna del maxilar. Llegando la incisión a la cara distal del segundo molar, rodea a esta cara y a la bucal, desde la lengüeta interdientaria entre el segundo y primer molar se dirige hacia abajo, afuera y adelante.

Osteotomía: La resección del hueso distal debe ser toda la existente entre una perpendicular trazada desde el punto más distal del molar y la cara mesial del molar.

Con la fresa redonda puede aumentarse con dirección distal, el nicho óseo que el escoplo crea.

Osteotomía mesial: Con fresa redonda se reseca el hueso que cubre la cara mesial de la corona y el tercio superior de la raíz del tercer molar o sea el tabique interdentario.

Odontosección: La sección de la corona debe ser con fresa de fisura dirigida 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, es necesario desgastar el esmalte hasta hacer una muesca para poder introducir bien la fresa.

Extracción de la corona: Se introduce una cucharilla en el espacio creado por la fresa para separar la corona de la raíz.

Se proyecta la corona hacia distal. Con un elevador angular buscando la vía de menor resistencia, se eleva la corona del molar.

Extracción de la raíz: Lo más sencillo es desplazar las raíces hacia distal, siguiendo las curvaturas de las raíces.

Si esto no es posible se hace una osteotomía en el espacio interdentario.

4).- Posición horizontal:

Incisión: Con fresa redonda se reseca el hueso distal hasta dejar descubierta la mitad de la raíz. Si la cara mesial no es accesible hay que hacer la osteotomía de la cara bucal para permitir el uso del elevador.

Odontosección: Esta puede ser en su eje menor o en su eje mayor cuando la corona está desviada hacia bucal.

Extracción según su eje menor: En el espacio creado por la fresa se introduce un elevador.

Extracción según su eje mayor: Extracción de la cara mesial.

En algunos casos la sección mesial está sólidamente retenida por debajo de cervical del segundo molar.

En estos casos es útil separar en dos la porción mesial seccionándola con fresa de fisura.

La raíz mesial se elimina realizando un pequeño orificio sobre su cara distal.

Aquí se introduce un instrumento y se elimina la raíz traccionándola hacia mesial.

5).- Posición Lingual:

Su cara triturante está dirigida con grado de inclinación variable hacia la tabla lingual del maxilar.

Incisión: La rama anteroposterior de la incisión se traza al mismo nivel que la tabla interna del hueso. La rama vertical separa la anclaque cubre el molar retenido de la cara distal del segundo molar y se continúa hacia afuera, adelante y abajo.

Osteotomía: Se elimina el hueso con fresa redonda. El hueso de la tabla lingual se elimina con fresa de fisura.

Odontosección: El molar se puede seccionar según su eje mayor o menor.

Extracción: Eliminando el hueso que cubre el molar se introduce un elevador entre la cara mesial y el hueso y se trata de elevar el molar hacia arriba y atrás.

6).- Posición Bucal:

La cara triturante se haya dirigida hacia la mejilla. En una radiografía aparece como un disco.

Su extracción sigue los principios de los terceros molares impactados de las diferentes posiciones antes descritas.

La sección del diente se hace con fresa de fisura en su eje menor de mesial a distal, simplificando con esto el problema. Las partes se extraen por separado.

7).- Posición invertida:

La profundidad del molar en el hueso y su accesibilidad a la cara mesial, nos da la pauta a seguir con la técnica que emplearemos para lograr la extracción del tercer molar inferior retenido en posición invertida.

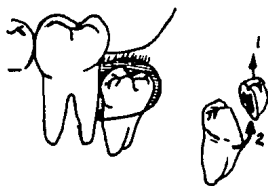
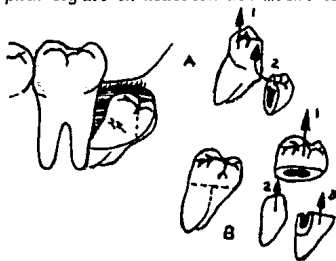
Cuando los molares se localizan relativamente superficiales, se logran extraer con sólo realizar la resección de la cara distal, que es la más próxima al borde alveolar.

La odontosección la efectuamos con una fresa de fisura, según el eje mayor del diente y dividiéndolo en dos segmentos.

Según la localización y posición del molar puede extraerse primero la raíz, o la corona y a expensas del espacio creado, se elimina la porción que queda.

Los molares que se localizan más profundamente constituyen un problema muy serio para su extracción.

Una osteotomía amplia y una cuidadosa sección del molar, nos ayudarán a emplear los elevadores ya enunciados en ordenada conducta para lograr la abulsión del molar retenido.



CAPITULO VIII

SUTURA.

Material de Sutura.

Catgut.- Es un material reabsorbible que se obtiene del intestino de oveja. Químicamente está formado por sustancias proteicas, fácilmente digeribles por los elementos proteolíticos de los tejidos. Resulta un poco duro, lo cual no está de acuerdo con la delicadeza del tejido gingival.

Hilos de Seda.- Muy empleada como material de sutura.

Hilos de Lino.- Empleamos en gran escala el hilo negro de lino, - que tiene la ventaja de su fácil hallazgo sobre la mucosa cubierta de fibrina, después de tres o cuatro días de la operación.

DIFERENTES PUNTOS DE SUTURA

Punto de Aislado:

Es el clásico y de él derivan todos los demás. Se principia atravesando con la aguja el borde de la herida opuesto al operador perpendicularmente a la línea de sutura y a unos dos o tres milímetros, sosteniendo fijos los tejidos con la pieza de disección para pasar todo el tercio libre del extremo de la aguja, se suelta ésta para volver a tomarla por el lado profundo del borde, se atraviesa en la misma dirección el borde opuesto de la profundidad a la superficie para salir a unos dos o tres milímetros distantes del borde.

Se acostumbra ejecutar las suturas de izquierda a derecha.

Cuando se sutura con puntos aislados es conveniente tener cuidado que los nudos queden fuera de la línea de sutura, para evitar la retención de exudado o de cuerpos extraños sobre el trazo de sutura y faci-

litar la cicatrización.

Punto en "U" :

Es la sucesión de los puntos aislados y paralelos entre sí. Este punto comienza pasando la aguja por los bordes de la herida como para un punto aislado, regresando en sentido inverso, dejando un puente entre la salida de la aguja y la nueva penetración, éste varía de longitud según el caso y la estructura de los tejidos. Al salir el hilo por el borde donde se principió se anudan los cabos en la forma habitual, se corta el excedente y el punto quedará terminado.

Punto en "X" :

Se comienza igual que el punto aislado, pasando los bordes para repetir la punción en el mismo sentido y a corta distancia de la primera, de tal manera que la de regreso quede diagonalmente a la línea de sutura, como en el surgete continuo, para que queden cruzadas por encima de la gasa de regreso.

El cruce puede quedar por dentro de los tejidos, pasando los dos puntos diagonales con relación al trazo de sutura para que la gasa de regreso quede paralelamente a éste, así como los cabos anudados.

Puntos de oclusión:

Son puntos continuos como el surgete, practicados en un área circular en forma de jareta que sirve para ocluir una perforación o cerrar el extremo de un pedículo.

Para retirar un punto, debe cortarse por un extremo más próximo a la piel.

CAPITULO IX

CUIDADOS POSTOPERATORIOS :

A cada paciente se le deben dar instrucciones escritas a mano como a continuación se indica:

Después de la intervención quirúrgica se requiere un tratamiento local y general para prevenir una posible infección o para controlar la infección ya presente.

La limpieza de la boca y dientes y la atención de los detalles que siguen son absolutamente necesarios para lograr dicho fin.

En cumplimiento fiel de estas instrucciones evitara complicaciones postoperatorias, le dara mayor comodidad y apresurara su restablecimiento.

Hemorragias. - Se le indicara al paciente que sostenga una gasa con firmeza entre los maxilares y sobre el lugar de la operacion durante media hora despues de la intervencion.

No utilice enjuagatorios hasta despues de seis horas de realizada la intervencion. Enjuagatorios muy vigorosos estimularan la hemorragia si se usan antes de que el coagulo este formado.

Si hay hemorragia pequena mantenga un buche de solucion fisiologica caliente en la boca, hasta que se enfria a la temperatura del cuerpo, vueltase a llenar otra vez la boca con solucion fisiologica caliente y repita el procedimiento hasta que haya usado unos 500 cc. de solucion.

Entre tanto, colóquese sobre el área afectada unas compresas con hielo o agua fría, el tiempo suficiente en el cual no se produce un dolor muscular, aproximadamente 13 minutos con intervalos de una hora.

Cubra con una gasa o algodón el área hemorrágica y mordiendo fi -

nalmente por un lapso de 20 minutos, Una vez transcurrido este procedimiento retire la gasa o algodón y si persiste la hemorragia repita cuantas veces sea necesario hasta conseguir parar el sangrado totalmente.

Decoloración:

Después de los procedimientos quirúrgicos realizados en la boca. Los tejidos blandos han sido colocados en su sitio y suturados. Estas suturas son necesarias para una buena cicatrización y para controlar las hemorragias.

Por lo general, se proviene la hemorragia dentro de la cavidad bucal, pero continúa por un tiempo debajo de los tejidos y da lugar a una hinchazón de los tejidos blandos de la cara. Esta hinchazón es seguida de una decoloración. Esto es un resultado postoperatorio perfectamente normal y no debe preocupar.

La coloración púrpura es la misma que se observa en los hematomas de otras partes del organismo. El color púrpura se transforma en amarillo verdoso, amarillo y después adquiere su color normal. La decoloración se extenderá entre las capas de los tejidos a medida que las capas musculares en sus movimientos extienden los elementos sanguíneos que causan la decoloración.

El color debe aplicarse a la cara de cualquier forma, por medio de lámparas, mantas eléctricas, botellas de agua caliente, etcétera. Para ayudar a que desaparezca la decoloración.

Dolor:

De las operaciones quirúrgicas en zona tan sensible como es la cavidad bucal se puede esperar que produzcan algunos dolores postoperatorios.

A veces se presentan fuertes dolores en el maxilar, la cara o los oídos entre días y dos semanas después de la operación.

El dolor va acompañado de halitosis.

En la mayoría de los casos esto indica que el coágulo sanguíneo se ha descompuesto exponiendo las paredes óseas del alveolo.

Tumefacción y rigidez:

La inflamación de los tejidos blandos faciales puede deberse a hemorragias dentro de tejidos bucales, su causa puede ser la invasión de los tejidos por los líquidos y elementos sanguíneos relacionados con la cicatrización o eliminación de la infección.

Para disminuir la inflamación postoperatoria inmediatamente coloque sobre la cara durante poco tiempo o intermitentemente una bolsa de hielo o toallas empapadas en agua helada, solamente durante el primer día.

El día siguiente de la operación aplique calor sobre la cara de cualquier forma que fuera conveniente.

Por lo menos debe aplicarse calor durante cuatro horas diarias.

Para prevenir la rigidez y estimular la circulación, mastique con vigor y tan a menudo como sea posible, goma de mascar mientras persistan la rigidez y la tumefacción.

Higiene Bucal:

Una escrupulosa higiene bucal es esencial para acelerar la cicatrización, se le recomienda al paciente que se enjuague cuatro veces al día con una solución sódica en agua tibia.

Esto acelerará la cicatrización y eliminará el dolor y gusto desagradable.

También se le recomendará al paciente que quite con cuidado la película blanca de la encla con un isopo de algodón o una gasa sumergida en una solución antiséptica descrita antes para calentorios.

Frotándose las enclas limpie sus dientes con dentífricos evitando la zona operada.

Dieta:

Evite durante unos días alimentos, carnes difíciles de masticar, coma bastante fruta y beba diariamente de ocho a diez vasos de agua, jugo de frutas u otros líquidos.

Suplemente su dieta en cada comida tomando dos cápsulas multivitamínicas inmediatamente después de las comidas. Estas cápsulas contienen vitaminas B y C necesarias para reparación tisular.

Fisiología del frío:

La aplicación local del frío produce disminución del flujo sanguíneo capilar; el número de capilares abiertos disminuye el metabolismo tisular se reduce y la proporción normal de intercambio entre la sangre y los tejidos decrece.

A la aplicación del frío le sigue una hiperemia reactiva con dilatación compensativa de los vasos cutáneos.

La aplicación del frío sobre la piel causan primero la contracción de los tejidos, produciendo un efecto blanqueante.

Esto se debe a la concentración de las fibras elásticas y musculares de los tejidos que presionan la sangre dentro de los capilares.

Esta constricción de los vasos sanguíneos afecta la vascularidad de los tejidos adyacentes al sitio de aplicación. La aplicación de frío quita calor de la zona de aplicación y disminuye la sensibilidad de las terminaciones nerviosas periféricas, eliminando así el dolor.

Terapéutica con dolor:

La inflamación es una respuesta de la naturaleza a las heridas y una línea de defensa primordial para combatir la invasión bacteriana y el traumatismo.

Los leucocitos de la sangre son los elementos importantes en esta línea de defensa mientras que los macrófagos, linfa y exudados inflamatorios son los refuerzos secundarios.

Las aplicaciones de calor aumentan las vascularizaciones de la zona produciendo hiperemia ósea, la línea de defensa de la naturaleza aflojan los tejidos, ayudan en la absorción, localizan la infección, apresuran la normalización y la supuración en presencia de infección patógena, la supuración local no puede considerarse como maligna en la infección séptica.

Si se registra necrosis inflamatoria no hay proceso más rápido para librarse de los tejidos muertos que la licuefacción supurativa y la eliminación de pus por la incisión quirúrgica y el drenaje.

Agentes Inflamatorios:

Ha dado gran resultado la absorción del aumento y disminución del interés en los efectos biológicos anti inflamatorios de los antihistamínicos, agentes esteroides y enzimas proteolíticas que componen los tejidos vecinos a la cavidad bucal.

CAPITULO X

COMPLICACIONES:

Alveolitis. - La mayoría de estos procesos se presentan después de la extracción ocurriendo frecuentemente en la región del tercer molar. La alveolitis es una osteomielitis focal que se manifiesta en un alveolo cuyas paredes óseas no están recubiertas por tejido de granulación ni coágulo organizado, con dolor pulsátil muy intenso e irradiado que se inicia entre las 48 y 72 horas después de haberse efectuado la extracción.

Para Orleans, las causas de dolor postoperatorios se deben a las siguientes causas:

- a) Irritación debida de bordes contantes de hueso
- b) Trozos de hueso que irritan e inflaman el alveolo (secuestros)
- c) Traumatismos en el alveolo debido a raspado con cucharilla - que pulen el hueso para el mismo mecanismo, extracciones laboriosas bruñen la superficie interna del alveolo.
- d) Permanencia en los alveolos de ralces, cuerpos extraños, restos de granulomas, quistes, etcétera.
- e) Estados generales que condicionan dificultad en la cicatrización: (Diabetes, fiebres, etc.)
- f) La anestesia local,

Sobre la localización de la alveolitis se puede decir que en el maxilar inferior es mucho más frecuente que en el superior.

Los alveolos más atacados son de los molares.

Tratamiento de la Alveolitis. - La primera preocupación del profesional debe ser calmar el dolor.

Los medicamentos generales antiélgicos son de pobre valor terapéutico, el éxito está en la medicación local.

a).- Exámenes radiográficos para investigar el estado del hueso y de los bordes óseos, la presencia de cuerpos extraños, rales o sequestros óseos.

b).- Lavado de la cavidad con un chorro de suero fisiológico caliente, ésta maniobra debe realizarse en abundante cantidad de suero.

Es necesario lavar el alveolo con el contenido de un vaso de agua común, este lavado tiene por objeto retirar las posibles esquirras, restos de coágulo, fungicidades y detritus, debe ser realizado con suma delicadeza, pues el alveolo está sumamente sensible a la columna de agua proyectada con fuerza suele ser insoportable.

c).- Suave secamiento de la cavidad con gasa estéril.

Se colocan rollos de algodón y eyector de saliva para aislar el campo operatorio (esta maniobra es imprescindible ya que la saliva además de diluir los medicamentos infecta el alveolo).

d).- Se coloca una mecha de gasa con cemento quirúrgico.

Esta gasa con medicamento se remueve a las doce horas, en las cavidades bialveolares, se ubicará una mecha en cada alveolo.

El cemento quirúrgico puede dejarse varios días en curas sucesivas se va expandiendo el tiempo entre cada curación hasta que el alveolo empiece a granular y sangrar.

Inflamación: La inflamación es una respuesta de los mecanismos de defensa del organismo frente a diversos tipos de agresión.

Se define como la sucesión de fenómenos bioquímicos y morfológicos que afectan a vasos, células y sustancias intercelulares del te-

jido conjuntivo laxo ordinario, ocasionando cambios entre el torrente sanguíneo y en la actividad de los órganos hematopoyéticos.

Con ellas el organismo pretende limitar o circunscribir el daño al área afectada, neutralizar o destruir el agente lesivo y preparar la región para su reparación, que incluye la reparación de células y tejidos muertos.

Los síntomas clásicos de la inflamación son:

Rubor.- Debido al aumento del volumen sanguíneo [vaso dilatación], extasis subsecuente.

Calor.- Ocasionando por la mayor afluencia sanguínea.

Dolor.- Provocado por la compensación y el cambio en el pH de los elementos que tocan a los filetes nerviosos.

Tumor.- Es un aumento de volumen debido al incremento en la cantidad de líquido tisular y disminución funcional del organismo pues comúnmente la función del órgano, tejido o membrana se halla disminuido o abolido, lo cual se atribuye en algunos casos al dolor y en otros a la incapacidad celular para efectuar sus funciones en un medio inadecuado.

Debe destacarse que muchos factores comunes pueden modificar esta noción generalizada tales como el carácter y la intensidad de la lesión, la reactividad del huésped y el tejido u órgano atacado así como, el período durante el cual actúa el agente agresor.

Debido a la diversidad de agentes causales que pueden originar un proceso inflamatorio este puede ser séptico o aseptico, haremos notar por lo tanto, que todo proceso infeccioso presenta reacción inflamatoria aunque no siempre implica un proceso infeccioso.

Hemorragia. Muchos pacientes explican que sangran durante mucho tiempo después de la extracción.

Después de la extracción se provoca una hemorragia de una duración aproximada de cinco a veinte minutos que incluso, en forma intermitente puede persistir durante algunas horas.

Existen enfermos que presentan manchas sanguíneas en la saliva durante 24 horas e incluso a veces durante dos días deben evitar los enjuagues violentos después de las extracciones durante las primeras ocho o doce horas, de esta forma el coágulo tendrá tiempo suficiente para retraerse y mantenerse firme empezando rápidamente el período de curación de la herida.

La hemostasia normal se basa sobre todo en la integridad de muchos componentes vitales generalizados.

Además, de la existencia de varios factores de carácter hereditario, existe cierto número de alteraciones adquiridas que pueden interferir en la normal formación de los factores constituyentes del mecanismo de coagulación.

A no ser que exista una indicación específica para la administración de vitamina K, ésta se considera contraindicada.

Coincidencia de la hemorragia normal. Como norma para la extracción dentaria daremos algunos consejos:

- 1.- Eliminar todos los fragmentos dentarios y espéculas óseas que puedan actuar como cuerpos extraños.
- 2.- Aproximar los bordes de la herida para reducir el orificio alveolar y facilitar de este modo la formación del coágulo sanguíneo.

3. Si se realiza la extracción de dientes contiguos, puede quedar en la zona bucal de la herida un gran coágulo mucoperibóntico que deberá ser aproximado mediante sutura.

Una de las ayudas de más valor para cohibir las hemorragias es la compresión local. Muchas veces de asegurar la hemostasis colocando en el alveolo una esponja de gasa impregnada en adrenalina al 1:1000 o bien gelfoam introducido en el interior del alveolo y ejerciendo una presión moderada manteniendo la boca cerrada y en posición de oclusión.

En muchas ocasiones cuando se presenta una hemorragia postoperatoria persistente da buenos resultados el anestesiar la zona sangrante y luego infiltrar alrededor del alveolo anestésico local que contenga adrenalina.

Entonces el coágulo que suele estar necrótico se elimina, se irriga con solución salina y se observa detenidamente con el fin de detectar los puntos sangrantes.

Estas medidas bastan en muchas ocasiones para obtener un nuevo coágulo resistente.

Debe evitar el introducir materiales no reabsorbibles dentro de los alveolos, puesto que da lugar a la formación de tejido de granulación impidiendo la curación de la herida retrasándola y algunas veces provoca la aparición de sépsis.

Hematomas: Es un accidente que se caracteriza por un aumento de volumen a nivel del sitio operado y un cambio de color en la piel vecina, este cambio de color sigue las variaciones de la transformación sanguínea y de la descomposición de la hemoglobina tomando un color primeramente rojo vinoso que se hace más tarde violeta, amarillo vio-

leta y violeta, el cambio de color de la piel dura varios días y termina generalmente por resolución al octavo o noveno día.

La colección sanguínea puede infectarse produciendo dolor local, rubor, fiebre interna, reacción ganglionar, todo este cortejo dura aproximadamente una semana, su tratamiento consiste en sulfas y antibióticos.

BIBLIOGRAFIA:

Burket Lester W.
Medicina Bucal Diagnóstico y Tratamiento
Editorial Interamericana

Guralnick Walter C.
Tratado de Cirugía Oral
Salvat Editores
1971

Kruger Gustav. O.
Tratado de Cirugía Oral
Primera Edición

Ries Centeno Guillermo A. .
Cirugía Bucal
Editorial El Ateneo
Quinta Edición

Ries Centeno Guillermo A.
El Tercer Molar Inferior Retenido
Editorial El Ateneo
1960