

870122

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



ASPECTO ACTUAL PARA LA SELECCION DEL INSTRUMENTAL
EN LOS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA BUCAL

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

SILVIA MARGARITA IBARRA PERPULY

ASESOR: DR. MARIO GOMEZ DEL RIO

GUADALAJARA, JAL., 1988

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

" ASPECTO ACTUAL PARA LA SELECCION DEL INSTRUMENTAL EN
LOS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA BUCAL " .

I N D I C E

Introducción.

CAPITULO I Consideraciones breves sobre los procedi
mientos más comunes en cirugía bucal.
a).- Extracciones múltiples.
b).- Caninos retenidos.
c).- Extracciones de terceros molares.

CAPITULO II Instrumental en cirugía bucal.
a).- Para tejidos blandos.
b).- Para dierisis.
c).- Para tejidos duros.
d).- Material e instrumental de sutura.

CAPITULO III Esterilización y cuidados del instrumen-
tal.

Conclusiones.

Bibliografía.

INTRODUCCION.

El término de cirugía bucal se aplica a una especialidad de la práctica dentro de los amplios límites de la Odontología que se dedica al diagnóstico y tratamiento quirúrgico y auxiliar de las enfermedades, las lesiones, defectos de la mandíbula, maxilares y de los tejidos relacionados con ellos.

La evolución de la cirugía maxilofacial ha sido grande, todas las operaciones de cirugía bucal, así como de los maxilares ya son necesitados desde los tiempos de Hipócrates, pero no como operaciones de cirugía oral, sino de cirugía general.

Celsus, en Roma, hace las primeras aplicaciones del cauterio y Abulcasis en el siglo V cohibe las hemorragias también con el cauterio.

En ese entonces como ahora la habilidad manual es imprescindible del cirujano. En Griego "CIRUGAJO SIGNIFICA " OBRERO DE MANO " y su arte consiste en la sobriedad precisión en el gesto, el orden de los movimientos.

Se divide en dos partes:

1.- La técnica quirúrgica general estudia la ejecución reglada y sincrónica de las operaciones y de las maniobras operatorias, para lograr la mayor eficacia posible.

2.- La técnica quirúrgica especial; en cambio, estudia los tiempos operatorios de cada intervención en particular.

Dichos tiempos operatorios resultan de la reunión de muchas maniobras generales, ordenadas y ejecutadas de manera especial sobre una determinada región anatómica.

Así pues, el desafío que se le plantea a cada especialista quirúrgico, no es solo conocer los principios de la cirugía sino también saber como se aplican dichos principios a una zona particular de interés.

Es por eso que considero de vital importancia ilustrar acerca de unos instrumentos y procedimientos quirúrgicos comunes que encontramos más a menudo, proporcionando así una base de conocimientos profesionales relacionados con la habilidad quirúrgica para tratar en forma competente los procedimientos que se presentan en el tratamiento quirúrgico.

C A P I T U L O I

CONSIDERACIONES BREVES SOBRE PROCEDIMIENTOS MAS COMUNES EN CIRUGIA BUCAL.

Las técnicas quirúrgicas están regidas por procedimientos los cuales deben de desempeñarse con el orden y calidad si queremos alcanzar el éxito al finalizar el acto quirúrgico.

El primer procedimiento a emplear es la realización de una buena historia clínica, se prosigue con una serie de exámenes que son:

- a).- Examen visual
- b).- Examen de percusión
- c).- Examen de palpación
- d).- Examen radiográfico.

Si el clínico considera necesario, ordenar examen de laboratorio y así descartar posibles complicaciones.

Deberá estudiarse con cuidado la historia clínica. Tanto el operador como el paciente deben de estar sentados cómodamente, al extraer los dientes inferiores, es mejor que el plano oclusal se encuentre casi paralelo al piso, y para las extracciones superiores, el plano oclusal superior deberá estar en un ángulo de 45° con respecto al piso.(12)

El operador tomará la decisión con respecto a la anestesia que se usará, determinará si es necesario levantar un colgajo, o en su defecto eliminar hueso, además elegirá el instrumental adecuado para la operación a realizar.

En este capítulo solo trataré específicamente de extracciones múltiples, caninos retenidos, extracción de terceros molares, indicando en cada una las técnicas, pronósticos y posibles complicaciones.

EXTRACCIONES MÚLTIPLES.

Las extracciones múltiples consisten en la extracción de varias piezas dentales, además deberá darle el contorno necesario al hueso y a los tejidos. Esto es necesario para proporcionar a la cresta alveolar en forma adecuada sobre la cual descansará la dentadura artificial, y ésta funcione correctamente evitando molestias al paciente. (5)

El instrumental necesario deberá estar sobre la charola, el facultativo deberá establecer el hábito de reponer un instrumento sobre ésta en el mismo sitio de que se tomó.

Esto proporcionará una charola limpia y ordenada.

Instrumental necesario:

Jeringa, elevadores, el fórceps indicado, pinzas hemostáticas, curetas dobles, cizalla, lima para hueso, tijeras, retractores, cincel, martillo, sonda Gilmore, seda 4-0, hoja No. 15, mango Bard Parker No. 3, succionador y limpiador, pinzas para toallas, retractor, espejo, pinzas para algodón, torundas. (12)

Procedimiento:

- Administración del anestésico tóxico local.
- Se investigará el estado anestésico alrededor de las pie

zas a extraer por medio de una legra. (5)

- El acto quirúrgico se iniciará desde las piezas más posteriores para lograr una mayor visibilidad, puesto que la sangre se acumula en la región posterior dificultando las siguientes extracciones. (9)

La secuencia para hacer las extracciones son las siguientes:

Terceros molares, segundo molar, segundo premolar, primer molar, primer premolar, incisivo lateral, canino, incisivo central. (9)

- Después de haber extraído las piezas dentarias y recuperar los ápices.

Si es necesario se da contorno al hueso alveolar por medio de un alveolótomo y lima para hueso, alisando todos los bordes y asperezas del hueso. A este procedimiento se le llama alveolectomía.

- En seguida se realiza el lavado y aspiración y se coloca el mucoperiostio y se sutura.
- Sobre el sitio de la operación se coloca una compresa húmeda hecha con gasas y se solicita al paciente que muerda. (5)

Se le proporciona al paciente las indicaciones postoperatorias que son:

- Morder sobre la gasa durante 30 minutos, repetir la ma

niobra durante 30 minutos más, si prosigue la hemorragia, ya que de esta manera evitará el sangrado y fomentará la formación del coágulo.

- Colocará una compresa en la cara, sobre el sitio de la operación de 5 a 10 minutos, después de esta maniobra se iniciará conforme se pueda.

Las compresas frías ayudan a reducir la tumefacción quirúrgica, ya que la tumefacción excesiva puede retrasar la cicatrización y crear problemas estéticas al paciente.

- Evitar enjuagarse hasta el día siguiente, se permitirá pequeños sorbos de agua, después de retirar la gasa y se haya detenido la hemorragia.
- Al día siguiente de la operación, se permite el enjuague suave de la boca con un vaso de agua muy caliente de 240 ml. en la que se ha disuelto 1/2 cucharadita de sal.

El agua de sal es compatible con células puesto que es de naturaleza salina, siendo similar a la de los líquidos tisulares, el calor del enjuague permite la circulación en la cavidad bucal que a su vez fomenta la cicatrización.

- Se deben de cepillar los dientes remanentes con suavidad con un cepillo de cerdas blandas esto permite la eliminación y acumulación de placa bacteriana que aumentará la posibilidad de infección.
- Se limita a dieta, alimentos blandos durante 24 horas, -

prosigue así, si es necesario para la comodidad, beber líquidos en sorbos no usar popotes, puesto que al aspirar puede sacar el coágulo del alvéolo.

El consumo de líquidos ayuda a restituir lo que se ha perdido durante la cirugía y conserva el equilibrio corporal de líquidos y electrolitos.

- Tomar la medicación que se haya prescrito según las indicaciones. Prescribiendo medicamentos para el dolor y evitar la infección en algunos casos. (12)

El objetivo principal de los cuidados postoperatorios es la formación rápida y precisa del coágulo en el alvéolo y la limpieza necesaria. (5)

En una boca que contenga dientes difíciles de extraer los primeros molares y caninos se extraerán después de haber extraído los dientes adyacentes a manera de poder hacer palanca mejor con el diente y para sacar ventaja de la expansión de palanca anterior resultante de las extracciones adyacentes. (9)

Después de las extracciones se le dan unos puntos de sutura.

Tiene por objeto reunir los tejidos separados por la incisión. Esta maniobra tiende a realizar en dos tiempos:

- En la primera la aguja atraviesa el colgajo y aparece entre los labios de la incisión; de ahí se toma el porta agujas por el extremo divergente, y le hace terminar su

recorrido, el portaagujas vuelve a tomar la aguja y hace - recorrer un nuevo trayecto introduciéndose entre los la - bios de la herida.

Perforando el colgajo de adentro hacia afuera y siendo extraído por el portaagujas con la maniobra parecida a la anterior.

Objetivos de la sutura.

- Eliminación de espacios muertos donde podrían acumularse líquidos o sangre y sirve como medio de cultivos para los microorganismos.
- Restaurar los tejidos en su posición original o colocarlos en su posición adecuada.
- La superficie debe de establecer una superficie de cierre liso, eliminando superficies ásperas mediante contacto o sea borde a borde.
- Significa menor dolor postoperatorio. (3)

A continuación describiré los tipos de suturas:

Sutura de 8 para controlar el sangrado.

Este método resulta aceptable y es eficaz o se calculará el sitio posible del vaso sangrante, la aguja pasa a través de ambos bordes de la herida por delante del vaso sangrante.

Se tomará otra porción generosa de tejidos pasando la aguja por ambos labios de la herida por atrás del vaso sangrante. A continuación el punto de sutura es apretado y amarrando con un nudo de cirujano dicho nudo consiste en -

colocar una lazada extra en el primer paso, en el segundo se pasa una sola lazada de modo que acompleta un nudo cuadrado que permanecerá firmemente en su lugar. (12)

Puntos Separados.

Método más usado en cirugía bucal consiste en realizar puntos independientes uno de otro. Cada punto estará colocado a una distancia aproximada de 1 cm. (11)

Sutura de colchonero.

Empleado para reducir una ligera incisión de los labios de la herida o para proporcionar mejor a posiciones de superficies cruenta. Los márgenes de la herida se denominan orillas cercanas y lejanas. La aguja se separa a través de los márgenes en orden siguiente: cercano, lejano, lejano, cercano, a continuación la sutura será ligada con un nudo de cirujano. (11)

Sutura festoneada.

Es una forma de sutura continua se emplea para las alveolectomías se inicia como una sutura continua pero en vez de introducir nuevamente la aguja se desliza entre la primera vuelta de espiral y la encía, se traccionará el hilo de esta manera se continúa hasta el final terminando la sutura con un punto aislado. Esta técnica tiene la ventaja de mantener tenso el hilo. (11)

Sutura de tracción.

Este método es atraumático, antiderrapante, de obtener retracción. La aguja del borde cortante se pasa a través del margen del colgajo, a 1/2 cm. del borde. Los hilos de

material de sutura se tomarán con una pinza hemostática. -
(12)

El tiempo indicado para que las suturas intrabucales -
permanezcan colocados es un mínimo de 4 días y un máximo -
de 7 días. Este tiempo es suficiente para que se inicie la
curación y esterilización, pero no tan largo que llegue a-
formar una fistula sinuosa en los tejidos más profundos o-
se acumulen muchos desechos en los nudos o cabos de sutura.
(3)

Debe mencionarse que dentro de la cirugía bucal exis -
ten varias técnicas operatorias para la recuperación de -
las raíces que son:

Cuando el paciente se presenta con dientes cariados, -
con restos radiculares o fractura una raíz en el procedi -
miento quirúrgico, primero se recupera la raíz antes de -
proseguir a la siguiente extracción ya que el alvéolo adya -
cente no produce hemorragia que oscurezca el campo y no -
pierda la localización de la raíz. (9)

- Otra técnica es el procedimiento en las técnicas del ele -
vador, este método es útil para extraer las raíces de -
las piezas dentarias multirradiculares.

Primeramente seccionan la pieza a nivel de la bifurca -
ción o trifurcación de las raíces con una fresa quirúrgica
con cincel y martillo. Dicha técnica consiste en colocar -
el elevador en la zona cortada o en la región interdental,
se inclina para luxar y eliminar las raíces desde los al -
véolos.

- Técnica de la fresa.

Este método es útil en las áreas anteriores y premolares utilizando una pieza de mano de recta de alta velocidad con una fresa redonda No. 4 a 6 para perforar el conducto del fragmento de la raíz.

Se inserta la pieza de mano de modo que la fresa se trabee en el conducto, y se levante el fragmento desde el alvéolo con dicha pieza de mano.

Esta técnica está indicada exclusivamente para pequeños restos radiculares. (5)

Cuando el paciente no realiza las indicaciones postoperatorias antes mencionadas está expuesto a las siguientes complicaciones:

1.- Hemorragias prolongadas.

Complicación postoperatoria más común. Debe de tratarse al principio mediante la compresión, con una gasa doblada y húmeda sobre el sitio de la extracción, morderla firmemente durante 20 a 30 minutos. (5)

2.- Infección.

En algunos casos de cirugía hay posibilidades del desarrollo de infección en la herida, si se considera el ambiente cargado de bacterias dentro de la cavidad bucal, en un tanto sorprendente que no ocurra infección postoperatoria.

Las infecciones postquirúrgicas suelen desarrollarse de 2 a 4 días de la extracción. Las características de la infección bucal generalmente son: dolor, tumefacción, es :

- Técnica de la fresa.

Este método es útil en las áreas anteriores y premolares utilizando una pieza de mano de recta de alta velocidad con una fresa redonda No. 4 a 6 para perforar el conducto del fragmento de la raíz.

Se inserta la pieza de mano de modo que la fresa se trabee en el conducto, y se levante el fragmento desde al alvéolo con dicha pieza de mano.

Esta técnica está indicada exclusivamente para pequeños restos radiculares. (5)

Cuando el paciente no realiza las indicaciones postoperatorias antes mencionadas está expuesto a las siguientes complicaciones:

1.- Hemorragias prolongadas.

Complicación postoperatoria más común. Debe de tratarse al principio mediante la compresión, con una gasa doblada y húmeda sobre el sitio de la extracción, morderla firmemente durante 20 a 30 minutos. (5)

2.- Infección.

En algunos casos de cirugía hay posibilidades del desarrollo de infección en la herida, si se considera el ambiente cargado de bacterias dentro de la cavidad bucal, en un tanto sorprendente que no ocurra infección postoperatoria.

Las infecciones postquirúrgicas suelen desarrollarse de 2 a 4 días de la extracción. Las características de la infección bucal generalmente son: dolor, tumefacción, es :

pasmos musculares, aumento de la temperatura corporal, acumulación de pus en la herida quirúrgica.

El tratamiento puede ser catalogado de dos tipos:

a).- Tratamiento local.

- Se lava la herida con una solución tibia.
- Se instruye al paciente para que se lave cada hora con media cucharadita de sal disuelta en un vaso de 240 ml. de agua lo más caliente que el paciente tolere.
- Se aplican compresas, húmedas calientes sobre el sitio de la zona.
- Dichas compresas son recomendables durante 30 minutos en intervalos durante el día.
- Una vez que el pus se localice bajo la mucosa, se puede abrir para extraerla.

A menudo el pus saldrá de manera espontánea.

b).- El tratamiento general.

En este lo que se le da al paciente es:

- Reposo en cama.
- Se utiliza la ingestión de líquidos en abundancia para fomentar la recuperación.
- Administración de medicamentos, sedantes hipnóticos para tranquilizar al paciente. Antibióticos para la infección, analgésicos para el dolor.

Aunque no es clara la razón de este fenómeno parece haber varios factores causantes que son:

- Deficiencias anatómicas que dan por resultado abstinencia sanguínea, insuficiencia hacia el sitio quirúrgico.
- Trauma excesivo del alvéolo durante las extracciones.

- Vasoconstricción a consecuencia del anestésico local que disminuye el abstenimiento de sangre hacia el sitio operado.
- Descuido por parte del paciente, con desprendimiento de colgajo del alvéolo al anjuagarse vigorosamente o al succionar enérgicamente a través de un popote después de la operación.
- Deficiencias nutricionales del paciente.
- Desechos extraños que contaminan el alvéolo ya sea dentro de la cirugía o inmediatamente después. (5)

Al presentarse la complicación entre el 2 y 4 días, el paciente se queja de dolor sordo e intenso acompañado de mal olor y sabor de boca.

El clínico al inspeccionar la boca notará el alvéolo vacío con exposición de hueso, dicho hueso estará afectado por el ambiente bucal. En otras ocasiones se encuentra el alvéolo lleno de comida o residuos que son los que provocan el dolor. A esta complicación se le llama alveolitis.

El instrumental necesario para el tratamiento de esta alveolitis consiste en:

- Espejo bucal
- Pinzas de curación
- Tijeras
- Jeringas de lavado
- Solución salina tibia
- Gasas yodoformadas
- Solución dentalone
- Boquillas de aspiración bucal. (11)

A continuación describiré el procedimiento para la alveolitis:

- Se lava el alvéolo con suavidad utilizando solución salina y tibia y se seca de tal manera se eliminan desechos acumulados en él.
- Se coloca una gasa yodoformada a la longitud del alvéolo el yodo es un antiséptico que ayuda a prevenir la infección.
- La gasa se sumerge en la solución dentalone, ésta contiene medicamentos calmantes que adormecen las terminaciones nerviosas del hueso expuesto.
- La revisión periódica es muy importante ya que el paciente debe de conservar limpio el alvéolo. Se repite los medicamentos, cuyo efecto disminuye con rapidez. (12)

Al quinto o séptimo día ya que el operador considere necesario se deben de retirar los puntos de sutura.

El procedimiento es el siguiente:

- Se localizan y se recuentan todos los puntos colocados durante el procedimiento quirúrgico.
- Se levanta cada punta con las pinzas de curación, de manera que los puntos de los tejidos pueden deslizarse por debajo del hilo de sutura.
- Se corta el punto tan cerca de los tejidos como se pueda para que durante la tracción del hilo tenga que pasar el mínimo por los tejidos.
- Se sujeta el nudo del punto y se retira este para sacarlo de la herida.
- Se revisa la herida para garantizar que son retirados todos los puntos. (5)

Como siguiente paso trataré los caninos retenidos.

CANINOS RETENIDOS.

Cuando los dientes no toman sus posiciones normales - funcionales dentro de la arcada dentaria, se les considerarán incluidos o atrapados y salvo raras excepciones deberán ser extraídos.

Algunas de las excepciones son:

- Pacientes cuya salud general es tan mala que el procedimiento quirúrgico no es aconsejable.
- Pacientes cuya edad sea tal que en la presencia de un diente completamente asintomático, el mencionado procedimiento resultará innecesario y poco prudente. (12)
- Manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico. (11)

La retención de cualquier diente es más bien tipo mecánico, ya que en su camino recorrido de erupción se encuentra con obstáculo que impide al diente establecerse en su posición normal.

Las causas más comunes en la retención de los dientes son:

a).- La ubicación especial de un germen dentario en su sitio alejado de la normal erupción o sea que el germen dentario puede hallarse en su sitio, pero con una angulación tal, que al calcificarse el diente y al empezar el trabajo de erupción la corona toma contacto con un diente vecino, retenido o erupcionado.

Este contacto construye una verdadera fijación del - -
"Diente en Erupción" en posición viciosa. (11)

b).- Falta de espacio mesial.

Cuando el canino temporario debe mantenerse el espacio para su sucesor permanente, ya que el trayecto es muy angosto para el espacio mesialmente provocando dicha obstrucción.

c).- Cuando la presión mesial del segundo molar en su erupción es transmitida de un diente a otro, hasta el canino deciduo causando apiñamiento o retarda su erupción por un tiempo considerable, aún estando su raíz casi reabsorbida.

d).- Cuando el hueso presenta condensación obstruyendo el trabajo de erupción (osteítis condensante, osteoclerosis y enostosis) dichos procesos óseos originan una imagen lechosa o blanquecina. (11)

e).- Causada por elementos patológicos, el más común es el desarrollo de quistes foliculares, desplazamiento de dientes con inmersión de piezas dentarias adyacentes normales. (12)

Diagnóstico para detectar los caninos retenidos superiores.

- Inspección.

La ausencia del canino permanente en la arcada, la presencia del canino temporario. En la inspección se descubre una elevación o relieve en el paladar o por vestibular, la altura y forma de la bóveda palatina nos dará una indicación de probable ubicación de un diente retenido. (11)

- Palpación.

Por medio del dedo índice se confirma la existencia de esta elevación presentando la consistencia de la tabla ósea.

- Examen radiográfico.

Es necesario ubicar el diente según los tres planos del espacio; es imprescindible ver la cúspide y el ápice, además conocer las vecindades con senos y fosas nasales y otros dientes.

El procedimiento más común y exacto por medio de tres películas (A.M.P.) anterior, medio y posterior.

Hay que tener en cuenta al tomar las radiografías que presente nitidez exacta, la forma de la corona, la existencia y dimensión del saco pericoronario, la distancia y relación de la cúspide del canino con los incisivos centrales y laterales y la distancia con el conducto palatino.

Es de suma importancia conocer la porción radicular del canino retenido. Por lo general presenta una pronunciada dilaceración, que debe de ser conocida antes de la operación.

Cuando el extremo radicular es muy grueso se sospecha de una dilaceración radicular, prácticamente se presenta en todos los casos de caninos retenidos.

Los caninos que se encuentran en el lado palatino pero cerca de la arcada dentaria y con un espacio entre el incisivo lateral y el primer premolar o entre el incisivo cen-

tral y el primer premolar (por ausencia del lateral) se abordan por vía vestibular.

Cuando la retención es franca por vestibular la vía de acceso es la vestibular. (11)

El diagnóstico para detectar caninos inferiores.

Son menos frecuentes que los superiores para su localización deberán de seguir los pasos siguientes:

a).- Inspección.

La inspección clínica o visual es de suma importancia; ya que la presencia del canino temporal dará la pauta a seguir la elevación o relieve por lingual o vestibular.

b).- Palpación.

Con el dedo índice se investiga y se confirma la existencia de esta elevación en la tabla ósea.

c).- Examen radiográfico.

Se toman radiografías locales periapicales y oclusales con el rayo central dirigido paralelamente al eje de los dientes vecinos, en ésta se verá la exactitud de la posición bucal o lingual.

Un gran número de caninos retenidos portadores de quistes dentígeros de volúmen y estado clínico variable. (11)

La clasificación de los caninos retenidos inferiores son:

Clase I Maxilar dentado.

Esta consideración es a nivel del diente retenido. Retención unilateral.

Dientes ubicados en el lado lingual.

- Posición lingual
- Posición horizontal

Clase II Maxilar dentado. Retención unilateral.

Diente ubicado en el lado bucal

- Posición horizontal
- Posición vertical

Clase III Maxilar dentado. Retención bilateral.

Dientes ubicados en el lado lingual

- Posición horizontal
- Posición vertical

Dientes ubicados en el lado bucal

- Posición horizontal
- Posición vertical.

Clase IV Maxilar dentado. Retención bilateral.

- Posición horizontal
- Posición vertical (11)

La técnica para la extracción de los caninos.

- Previamente se anestesia la zona a intervenir previendo que es una operación larga y molesta en la cual se tomará en cuenta el tiempo para dicha intervención quirúrgica.

Puede ser operado bajo anestesia general utilizando barbitúricos por vía endovenosa más peróxido de asoe, - oxígeno.

Otro método es la anestesia infiltrativa local, método preciso y más cómodo para el paciente ya que al terminar la intervención puede retirarse a su casa por su propio pie, no necesita de hospitalizar.

- Operación propiamente dicha.

a).- La incisión se hará de un solo trazo y precisa con base ancha y suficiente profundidad para no volver a hacer otro corte.

b).- Desprendimiento del colgajo.

Este se hace con un instrumento romo, este colgajo se mantiene inmóvil con un punto de sutura a nivel de la lengüeta gingival.

c).- Osteotomía.

Es la eliminación de hueso que cubre a los caninos retenidos, Se hace con una fresa quirúrgica de alta velocidad redonda No. 4 o 5, con un escoplo y martillo.

Deberá tener bastante irrigación con suero fisiológico limpio y esterilizado. (11)

d).- Tratamiento de la cavidad.

Ya extraído el canino debe de inspeccionarse cuidadosamente la cavidad ósea, eliminando las esquirlas de hueso o de diente y eliminar el saco pericoronario de dicho diente.

Los bordes óseos agudos prominentes deben ser alisados con una fresa redonda o lima para hueso.

e).- Sutura.

El colgajo debe ser devuelto a su sitio readaptándolo perfectamente, de tal manera que la lengüeta interdental ocupe su ubicación normal dándole los puntos necesarios.

h).- Tratamiento postoperatorio.

Se prescriben antibióticos para la infección.

Analgésicos para el dolor

Antiinflamatorios para desinflamar.(11)

EXTRACCIONES DE TERCEROS MOLARES.

Es más frecuente el superior y más común en el sexo femenino, la edad varía desde los 18 a 25 años.

Varían de forma, tamaño y posición, este mismo varía de grado de inclinación, algunos presentan erupción parcial mientras que otras se encuentran por completo atrapados por hueso. (12)

Los accidentes de erupción se deben a infección del saco pericoronario que presentan repercusión local, regional y a distancia.

Traumatismo sobre el " Capuchón " originada por las cúspides del diente en erupción, las cúspides de los dientes antagonistas o la acción conjunta. (11)

Puntos de diagnósticos del tercer molar inferior.

Tiene un orden siguiente: corona, cámara pulpar, hueso de soporte y conducto dentario. (12)

Corona.

Como punto principal se presenta una gran variedad - de formas, tamaños y posiciones, que se deben de tener - en cuenta antes de tener contacto quirúrgico.

La corona puede ser normal, pequeña o grande con un número normal de cúspides o sea trí, treta o multicuspídea y posee el lóbulo tubérculo o cúspides adicionales, - pueden presentar caries, obturaciones, resorciones, prótesis y fracturas.

Se deberá observar la relación con el capuchón del - esmalte, pulpa, superficie oclusal y desplazamiento vestibular. (12)

2.- La Cámara Pulpar.

La cámara pulpar puede ser pequeña o estar completamente obliterada, por lo que la cubierta del esmalte puede ser de contorno definido. El reconocimiento ayuda enla planeación del procedimiento operatorio reduciendo el trauma. (11)

3.- Raíces.

Varía de tamaño desde cortas hasta excesivamente largas o gigantes, su forma puede ser cónica, fusionadas - hasta 2 o 3 raíces divergentes pudiéndose extraer en - ; cualquier dirección anormal de las raíces. (11)

4.- Hueso alveolar.

Deberá ser examinado para determinar si interfiere en la extracción. La densidad del hueso debe determinarse para la evaluación del acto quirúrgico por medio de la radiografía. (11)

Clasificación de las posiciones del tercer molar retenido inferior:

1.- Posición vertical sin desviación.

Se encuentra el tercer molar alineado detrás del segundo molar sin desviación en sentido bucal y su cara mesial libre de hueso o sea accesible.

Incisión.

Es una incisión mínima de profundidad que el bisturí toque el molar, se inicia sobre el tejido gingival que cubre la cara oclusal del molar, detrás del ángulo disto oclusal de su corona y se sigue hasta la lengüeta del segundo y primer molar.

- Desprendimiento del colgajo.

Con el periostótomo se desprende el colgajo en toda su extensión, dejando libres las caras dentarias y las estructuras óseas para poder aplicar los instrumentos.

- Osteotomía.

Se inicia con fresa redonda número 8 de carburo de tungsteno o con escoplo recto, se quita la cantidad de hueso que sostiene al diente. Esta se ajusta a la conformación y disposición de las raíces.

- Operación propiamente dicha.

Con elevador número 2 derecho o izquierdo se aplica el principio de palanca con el espacio interdentario de tal modo que su cara plana se adapte a la cara mesial del diente retenido y se gire la mano, el elevador en sentido de las manecillas del reloj hacer las fuerzas suficientes se desarrollan para desplazar el molar hacia arriba y hacia distal.(11)

II Posición bucal con desviación bucal.

a).- Accesible su cara mesial.

El molar dirigido hacia afuera (lado bucal) y el hueso mesial se detiene a nivel del cuello del tercero y deja libre o accesible su cara mesial. Puede estar parcial o totalmente cubierta por mucosa.

b).- Cara mesial inaccesible.

La cara mesial del tercer molar está cubierta por hueso mesial y no existe hueso interdentario.

- Incisión. Desprendimiento del colgajo y osteotomía.

La incisión varía según le convenga, necesita un amplio colgajo que llegue hasta el primer molar.

La osteotomía mesial permitirá aplicar el elevador y a las otras caras, efectuar las maniobras quirúrgicas, con fresa o escoplo. La cantidad de hueso y la disposición radicular será sin fracturas.

b).- Operación propiamente dicha.

El elevador se aplica sobre la cara mesial accesible tomará su giro hacia la cara lado distal. (11)

III Posición vertical con desviación bucal.

a).- Cara mesial accesible.

Su cara dirigida hacia el lado bucal. El hueso mesial deja libre la cara respectiva. El hueso distal se comporta de manera distinta con respecto a la cara distal del molar retenido.

b).- Cara mesial inaccesible.

El hueso mesial cubriendo la cara homónima del molar, puede encontrarse en retención ósea, está cubierta por mucosa y no es visible.

a).- Cara mesial accesible

Incisión y desprendimiento del colgajo.

Igual que las anteriores.

- Osteotomía y odontosección.

Hay una encrucijada ósea formada por el hueso bucal y el distal y la proximidad con la línea oblicua externa. Se elimina la zona bucodistoclusal por odontosección, se separa el trazo distal de la corona.

- Operación propiamente dicha.

El elevador se aplica sobre la cima del hueso bucal y la relación con la cara mesial del retenido.

b).- Cara mesial inaccesible.

- Incisión.

Se hace coincidir con el centro de la cara oclusal.

- Desprendimiento del colgajo.

Se dejan visibles las caras óseas.

- Osteotomía y odontosección.

Las caras pueden estar cubiertas de hueso. Se empieza la osteotomía mesial, se sigue con la bucal necesaria, dejando al descubierto el mayor diámetro del molar retenido.

- Operación propiamente dicha.

Se aplica el elevador No. 2 R ó L debe iniciar con función de cuña para actuar después con palanca.

IV Posición mesial angular con desviación bucal.

a).- Cara mesial accesible.

Su masa está dirigida hacia bucal, el hueso mesial deja libre la cara respectiva. La retención del hueso distal del molar llega insensiblemente hasta su cuello y cubre la cara distal y se continúa en grado variable con el hueso oclusal. Clínicamente se observa cara oclusal libre de mucosa o bien cubierta su tercio distal.

a).- Cara mesial inaccesible.

El hueso mesial cubre la cara homónima del molar, puede encontrarse en completa retención y cubierta por mucosa.

- Incisión, desprendimiento del colgajo y osteotomía.
Igual que la anterior.

- Operación propiamente dicha.

Con un elevador 2 R ó L aplicando sobre la cara mesial y su apoyo sobre el borde óseo mesial o mesiobucal, se hacen los movimientos. Si se presentan raíces con anomalías diversas se hace odontosección y extracción de

cada uno de los fragmentos. (11)

V Posición mesioangular con desviación lingual.

a).- Cara mesial accesible.

Dirigida hacia lingual, la cúspide mesiobucal del molar está colocada a nivel del centro de la cara distal del segundo molar, el plano lingual de los molares vecinos corta al tercer molar a nivel de su tercio lingual. El hueso mesial deja libre la cara mesial, el extremo mesial del hueso bucal deja al descubierto esta cara. Clínicamente está cubierto por mucosa.

- Incisión y desprendimiento del colgajo.

Igual que las anteriores.

- Osteotomía.

Vigorosa osteotomía distal, para permitir al molar retenido desplazarlo hacia el lado distal y lingual.

- Operación propiamente dicha.

Con elevador 2 R ó L con su cara plana sobre la cara mesial, extraer el molar tras hacerle efectuar a este recorrido en consonancia con el tipo de retención y con la disposición radicular, el elevador se da un ligero giro y luego su elevación y dirección hacia el lado distal, hacia arriba y hacia lingual.

b).- Cara mesial inaccesible.

Cubierto por hueso bucal puede llegar en ángulo bucooclusal o rebasarlo, se continúa con hueso oclusal parcial o totalmente. El distal protege la totalidad de la cara distal del retenido. Clínicamente cubierto por mucosa.

- Incisión y desprendimiento del colgajo.
Igual que las anteriores.

- Osteotomía.

Eliminación suficiente de hueso mesial para dejar al descubierto y permitir la entrada del elevador, se continúa con la cara bucal, distal, lingual. Resección ósea que se ajusta al grado de profundidad del molar en el hueso y la disposición radicular.

- Operación propiamente dicha.

Igual que las anteriores. (11)

VI Posición mesioangular con desviación bucolingual.

a).- Cara mesial accesible.

Los mesioangulares y horizontales en desviación bucolingual, su cara mesial inaccesible, están dirigidos de atrás adelante, de abajo arriba y de afuera a dentro. Clínicamente cubiertos por mucosa o alguna cúspide al descubierto.

- Incisión y desprendimiento del colgajo.

Se dirige de atrás adelante y de afuera adentro y luego se festonea hacia bucal, la corona del retenido y de los otros molares. El colgajo deja libres las caras.

- Osteotomía.

Está dirigida a la profundidad del molar y la disposición radicular.

- Operación propiamente dicha.

El elevador aplicado sobre la cara mesial, cuando el diente presenta poco hueso pericoronario y disposición

radicular permite que la aplicación de la fuerza en la cara mesial, el molar sea dirigido hacia arriba y hacia lingual y hacia el lado distal.

b).- Cara mesial inaccesible.

El punto medio del ángulo mesiooclusal del tercer molar tiene fuerte contacto con un segundo molar, con el ángulo distobucal de la corona en el cuello por debajo de la curvatura de la cara distal o con el ángulo distobucal de la raíz distal con anclaje sólido.

- Incisión y desprendimiento del colgajo.

Igual que las anteriores.

- Osteotomía.

Deberá ser completa hasta que la corona esté visible para el acceso.

- Operación propiamente dicha.

Condiciones, relativa cantidad de hueso pericorona - rio y disposición radicular permite el desplazamiento - del molar retenido, se emplea el elevador, pero en la mayoría requiere de odontosección. (11)

VII Posición horizontal sin desviación.

a).- Cara mesial accesible.

Su eje mayor, formado con el segundo molar en ángulo recto hacia abajo y atrás. La cara bucal y la lingual no sobrepasa los planos de los molares vecinos.

- Incisión y desprendimiento del colgajo.

Igual que las anteriores.

- Osteotomía

Será la resección de hueso bucal.

- Operación propiamente dicha.

Colocando el elevador No. 2 por debajo de la cara mesial apoyándose en el hueso mesial. El giro elevará el molar hacia arriba y hacia el lado distal. Si hay raíces divergentes o cementosis, se seccionará el molar a nivel del cuello.

b).- Cara mesial inaccesible.

La cara mesial se encuentra por debajo de la línea cervical del segundo molar y sin presencia de hueso sobre esta cara. Los molares están cubiertos total o parcialmente de hueso.

- Incisión y desprendimiento del colgajo.

Igual que las anteriores solo que el colgajo debe de descubrir todas las regiones óseas o resacar.

- Osteotomía.

Igual que la mesioangular.

- Operación propiamente dicha.

Con elevadores es complicado. Se hace odontosección con el eje mayor solo cuando es posible colocar el escoplo sobre la cara oclusal del retenido. (11)

VIII Posición horizontal con desviación lingual.

a).- Cara mesial accesible.

El tercero y el segundo forma el ángulo, pero el eje mayor de aquel que se presenta dirigido de atrás adelante y de afuera adentro, que permite que su cara oclusal-

desviada hacia lingual.

- Incisión, desprendimiento del colgajo, osteotomía.
Igual que las anteriores.

- Operación propiamente dicha.

Con elevador, si hay abundante hueso distal y disposición radicular, si no es favorable se hace odontosección.

b).- Cara mesial inaccesible.

Su cara mesial cubierta por hueso.

- Incisión y desprendimiento del colgajo.

El desprendimiento del colgajo que se descubre la porción lingual con mayor extensión.

- Osteotomía.

Deberá ser amplia.

- Operación propiamente dicha.

Por medio de odontosección según el eje mayor del diente (11)

IX Posición horizontal con desviación bucolingual.

a).- Cara mesial accesible.

Con una angulación propia de su posición dirigida -- hacia el lado bucal y su cara oclusal, desviada hacia el lado lingual. Su cara oclusal se pone en contacto con el ángulo bucodistal del segundo molar.

- Incisión y desprendimiento del colgajo.

Incisión se traza de acuerdo con la dirección del mo

lar. de distal hacia mesial y de afuera adentro.

- Osteotomía.

Igual que las anteriores.

- Operación propiamente dicha.

Se hace odontosección o con elevadores.

b).- Cara mesial inaccesible.

Cubierta por hueso mesial hay retención intraósea total y está cubierta por mucosa. Su cara oclusal está en contacto con el ángulo distobucal del segundo, su cara distal está por debajo del plano oclusal de los molares-vecinos, y su cara mesial a la altura o debajo del ápice del distal del segundo molar.

- Incisión y desprendimiento del colgajo.

Hay problemas quirúrgicos por la mayor profundidad del molar retenido el factor resistencia es mayor. (11)

X Posición distoangular sin desviación.

a).- Cara mesial accesible.

El eje del tercero, forma con el segundo un ángulo agudo abierto hacia arriba y atrás. La corona del retenido se dirige hacia la rama ascendente. El hueso distal cubre la cara distal.

b).- Cara mesial inaccesible.

Toda la cara mesial en su mayoría hay retención intraósea tiene la forma de U ó V según el grado de desviación.

- Incisión y desprendimiento del colgajo.

Igual que la vertical, se prolonga hasta el primer mo

lar el colgajo tiene una fuerte adherencia con el saco pericoronario.

- Osteotomía.

Retenciones del hueso oclusal, cubre varias porciones de la cara oclusal, el distal continúa con el oclusal, se detiene a nivel de ángulo distoclusal del tercer molar y el hueso bucal es más sólido compacta resistencia, su vecindad con la línea oblicua externa.

XI Posición distoangular con desviación bucal.

a).- Cara mesial accesible.

Presenta doble inclinación en su eje mayor formado por el eje mayor del segundo, un ángulo abierto hacia arriba y atrás y se desvía hacia afuera.

- Incisión, desprendimiento del colgajo y osteotomía.
Igual que la anterior.

- Operación propiamente dicha.

Se divide según el eje menor del molar y se hace odontosección.

b).- Cara mesial inaccesible.

Falta de acceso a la cara mesial, cubierta por hueso-retección intraósea total.

XII Posición linguangular.

Sus dos caras con el eje mayor horizontal pero dirigido de fuera adentro de modo que la cara oclusal es vertical está dirigida hacia el lado lingual.

- Incisión y desprendimiento del colgajo.

Incisión desde distal en contacto con las profundidades del ángulo bucooclusal de la corona del retenido y sigue el contorno coronario del colgajo, se hace hasta que quede libres los huesos o resacar.

- Osteotomía.

Con escoplo o con fresa.

- Operación propiamente dicha.

Cara mesial accesible con elevador No.2 aplicando sobre su cara mesial. Las inaccesibles requieren de odontosección.

XIII Posición bucoangular.

a).- Cara mesial accesible.

Su eje mayor horizontal va dirigido de adentro afuera, permite que la cara oclusal esté dirigida hacia la cara externa o vestibular del maxilar, están en retención intraósea total con la cara mesial inaccesible. Tiene forma de disco o moneda,

- Incisión y desprendimiento del colgajo.

El recorrido paralelo y coincidente con la porción dentaria.

- Osteotomía.

Se hace acceso a las caras dentarias se hace odontosección.

- Operación propiamente dicha.

El primer termina el segmento medio con elevador No. 14 y el segundo fragmento o porción coronaria retenida con el hueso que la protege, se desplaza con elevador 14 y

aplicando contra la cara oclusal y el hueso oclusal, hacia el espacio libre. (1)

TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.

Menos frecuentes, erupcionan hacia el lado del carrillo, presentando buconversión. Su cara triturante en contacto con la mucosa del carrillo. Doble mecanismo; aumento de la erupción y movimiento masticatorio.

La cara triturante del molar las cúspides, terminan por ulcerar la mucosa del carrillo, lo cual inflama por el traumatismo y produce dolor, trismus y gánglios infartados y repercusión en el estado general.

La úlcera se cura con licor de Bonain y el dolor desaparece después de la extracción.

Clasificación:

- Posición vertical
- Posición mesioangular
- Posición distoangular

I. Posición vertical.

El eje mayor del tercero se encuentra paralelo al eje del segundo molar, puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso.

- Incisión.

Se hace de las dos ramas, la bucal y anteroposterior. Se hace la cara palatina del diente, paralelamente a la arca y una longitud de 1 cm. La 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 vestibular, debe de llegar la incisión en la profundidad hasta el hueso o corona del molar y su sentido anterior hasta el cuello del segundo molar.

- Desprendimiento del colgajo.

Se sostiene con un separador.

- Osteotomía del colgajo.

El hueso que cubre la cara triturante se elimina con un escoplo recto o fresa. Cuando el hueso es frágil se elimina con una cucharilla para hueso.

- Extracción propiamente dicha.

Con el elevador recto No. 1, 2 ó 14.

- Aplicación del elevador.

Se aplican con su cara plana, sobre la cara anterior del diente. Debe de estar dirigido en sentido diagonal trazado sobre dicha cara.

- Punto de apoyo.

Es en la cara distal del segundo molar o tabique óseo.

- Movimiento del elevador.

Separando el labio y el carrillo con un espejo, se hace movimiento de luxación del molar retenido. Para desalojarlo del alvéolo se hacen movimientos: con dirección y fuerza el molar se dirige hacia abajo y hacia afuera y atrás. Se desplaza el mango hacia arriba, adentro adelante con punto de apoyo en la cara distal del segundo molar. Se extrae la pieza con pinzas.

II Posición mesioangular.

El eje del molar está dirigido hacia adelante, la raíz del molar es vecino a la apófisis pterigoides. El contacto con las cúspides mesiales del molar superior impiden su normal erupción. Son frecuentes las caries en la cara distal de la raíz o corona del segundo molar superior.

La cantidad de hueso distal y el contacto con el segundo hay elasticidad del hueso, permite movilizar el molar, sin necesidad de seccionar el diente.

La osteotomía es la vía de acceso en el lado mesial que en la retención vertical, que el punto de aplicación de elevador ha de ser más alto para lograr eliminar parte de la tabla ósea.

- Empleo del elevador.

Se pone en la cara mesial del diente, con movimiento hacia distal, para vencer el contacto mesial, luego hacia abajo y afuera. Los molares con raíces divergentes, con cementosis, dilaceración no se hacen movimientos bruscos por que pueden fracturar las raíces.

III Posición distoangular.

El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar, vestibular.

- Incisión.

Debe de llegar hasta la profundidad de hueso o corona en sentido anterior hasta los cuellos del segundo.

Colgajo.

Se desprende en su totalidad.

- Osteotomía.

Casi no hay hueso.

- Empleo de los elevadores.

Se ponen sobre la cara mesial del tercer molar y se dirige hacia abajo y atrás. En forma de cuña o de palanca. Hay que tener cuidado con el tipo de retención con la tuberosidad y la apófisis pterigoides con un movimiento brusco pueden fracturarse. Se juntan los labios de la herida y se le dan los 3 puntos de sutura y se retiran a los 4 ó 7 días.

C A P I T U L O I I

INSTRUMENTAL EN CIRUGIA BUCAL.

Es la condición esencial del cirujano dentista tener un amplio conocimiento del instrumental y material necesario para cada tipo de acto quirúrgico. Cada vez que un instrumento sea levantado, deberá, de hacerse todo el trabajo destinado al mismo; los movimientos desperdiciados son indicios de desorganización y falta de confianza o de conocimientos en cuanto a la forma de proceder.

a).- PARA TEJIDOS BLANDOS.

Es de suma importancia que el tejido que vamos a tratar no sea desgarrado, ni maltratado ya que implica problemas postoperatorios. (4)

1.- Bisturí.

Su hoja afilada permite al práctico hacer una incisión precisa en los tejidos blandos con traumatismos mínimos de la misma. El más usado es de hojas desechables intercambiables, esto hace que no haga contaminación a otro paciente.

Deben de colocarse y quitarse con un instrumento como portaagujas ya que es muy peligroso retirarla con los dedos.

Las hojas son Bar Parker No. 11, 12, 15 y mango 7 y 3.

- Las hojas No. 11 sirven para la incisión y drenaje.
- Las hojas No. 12 son para la incisión del margen gingival y se presenta para seguir las líneas cervicales de los dientes.
- La hoja No. 15 es para uso general. (12)

2.- Tijeras de Newman.

Su uso es para seccionar lengüetas y festones, trozos de encía en el tratamiento de la paradentosis. (11)

3.- Tijeras de mayo.

Las hay curvas y rectas, estas sirven para la disección y cortes de los márgenes gingivales de las heridas. También sirven para cortar hilo de los puntos de sutura. (12)

4.- Instrumentos criquirúrgicos.

La criocirugía es la destrucción del tejido por medio de congelación. El tejido congelado por el nitrógeno líquido se escarifica y la herida cura por granulación, el dolor es menos y el tejido es calcificado por esta técnica. (3)

5.- Electrocirugía.

La electrocirugía necesita un equipo especializado, con las formas de ondas eléctricas de voltajes y amperes apropiados.

Los efectos de la electrocirugía son:

- Pueden cortar al tejido blando limpiamente (electroseción).
- Pueden coagular el tejido superficial o profundo, según la manera de aplicación de la potencia (coagulación o de secación).
- Pueden chamuscar el tejido superficial o más profundo (fulguración).

Los beneficios de la electrocirugía:

- Velocidad, exactitud, acceso y visibilidad.

- Campo relativamente sin sangre, habitualmente hemostasia relativa.
- Falta de presión delicadeza de movimiento, ausencia de fatiga para el operador.
- Esterilización de la incisión y los electrodos nos dan movimientos ultraraídos en la forma de onda.
- Cicatrización sin escaras por primera intención.
- Secuelas postoperatorias desdeñables.
- Incisión indolora.
- Eliminación más segura del tejido enfermo. (7)

6.- Retractores.

Los hay de varios tipos de mejillas y tejidos, que proporcionan una visión mayor y un mejor acceso al área quirúrgica. (2)

7.- Abrebocas.

Se utiliza para la administración de anestesia, para separar las áreas dentales, pueden ser metálicos con dispositivos para requerir la abertura. (6)

8.- Bajalenguas.

Es una plancha metálica apenas acanalada rectas o acodado, con o sin mango, permite abatir la lengua de modo que no obstruya la visión del cirujano. (6)

9.- Separadores de Farabeut.

Láminas metálicas cuyos dos extremos están acodados terminando un borde romo; sirve para asir el instrumento. (6)

10.- Separador de Middeldorpf.

Su extremo activo está configurado con un arco de alambre para asir el instrumento.

b).- PARA DIERISIS.

Estos instrumentos deben ser especializados para no desgarrar la fibromucosa y así tener mayor acceso al objeto a tratar.

1.- Elevadores de periostio.

La legra No. 0 de Woodsony la No. 9, se utilizan para el levantamiento y retractor del mucoperiostio. Se sostiene con un ángulo de 45° con respecto a la superficie, la posición convexa de la legra se deberá colocar contra el colgajo.

El movimiento es de empuje, de levantamiento y de retirar. (12)

2.- Pinzas para disección.

Sirven para tomar con delicadeza la fibromucosa, bucal sin lesionarla.

Las pinzas de Kocher o la atraumática de Chaput permiten tomar la fibromucosa sin ocasionar daño alguno. También las pinzas de dientes de ratón, tienen dos dientes que engranan entre sí y permiten sostener firmemente el colgajo. (11)

c).- PARA TEJIDOS DUROS.

El instrumental necesario deberá ser fuerte y firme, ya que éste es hueso y muchas veces se encuentran impactados en la mandíbula o maxilar.

El número e instrumento necesario dependerá de la amplitud y conocimiento del operador.

1.- Pieza de mano y fresa quirúrgica.

Suele emplearse para la eliminación de hueso y el corte de los dientes. Tiene la desventaja de ser muy sucia.

La fresa más común es de fisura estriada y de carburo-redonda para eliminar hueso, y las de diamante para seccionar los dientes.

La irrigación con agua es esencial para reducir la generación de calor, como para conservar las áreas limpias a la vez, que se mejora de eficacia del corte. Siempre deberá estar lista para evitar tiempos muertos en el acto quirúrgico. (4)

2.- Escoplo y martillo.

El uso es frecuente, se emplea para la sección quirúrgica (osteotomía) y aún la resección (ostectomía) del hueso que cubre el objeto de la intervención.

El escoplo es una barra metálica con un extremo cortado a bisel actúa a presión manual o con golpes de martillo, las hojas pueden ser rectas o estar ahuecadas en media caña.

El martillo consta de una masa y un mango que permite esgrimirlo con facilidad, debe de ser dirigido por el mismo operador. (11)

3.- Cincel.

Se utiliza para la alineación de hueso, también recibe golpes del martillo, posee filo de navaja, por lo que es afilado. Otro uso es para cortar dientes, con un solo golpe fuerte con el cincel sin presionar después del golpe. (12)

4.- Pinzas gubias.

Se usa para la resección del hueso (osteotomía), son rectas o curvas que actúan extrayendo el hueso por mordiscos sobre el tejido cuando se desea eliminar bordes óseos cortantes, crestas óseas o trozos óseos que emergen de la superficie de hueso, regularización de hueso, extracciones de raíces o dientes. (11)

5.- Limas para hueso.

Son para el corte final del reborde óseo, después de hacer la eliminación de las piezas dentarias. La lima es colocada en lo alto de la cresta interseptal y utilizando movimientos de tracción que se llevará a la misma cresta, no deberá hacer un limado cruzado ya que tiende a fracturarse el pequeño hueso interseptal que carece de soporte. (12)

6.- Buriles.

El buril redondo No. 6 y el de fisura No. 703, sirven para cortar hueso y partir dientes. Tiene un mango recto o con mayor ángulo, el vástago es largo que permite mayor visibilidad, estos deben de mantenerse en solución salina. (3)

7.- Curetas o cucharillas para hueso.

Hay varios tipos rectos o acodados, la parte activa puede formar diámetros distintos. Su función es explorar el fondo de los alvéolos para enuclear granulomas, tumores de tejido blandos, quistes. (12)

8.- Piedras de Amolar.

El uso frecuente es para contornear hueso o alisar bordes, no tiende a desgarrar tejidos adyacentes, se necesita

una copiosa irrigación para quitar los desechos y el tejido que esté en contacto no se quemem. (3)

9.- La zonda de Gilmore.

Explorador quirúrgico, es muy delgada y puede fracturarse fácilmente es muy filoso y peligroso. Su uso es para la extracción de ápices radiculares cerca de estructuras como el conducto dentario inferior y la mucosa que cubre el antro maxilar. (12)

10.- Elevadores o botadores.

Están indicados para luxar o extraer los dientes retenidos que no pueden ser tomados con los mordientes de las pinzas de extracción, malposiciones, extraer raíces fracturadas, dientes cariados, para aflojar dientes antes de la aplicación de las pinzas.

Las contraindicaciones de los botadores son:

- Cuando las maniobras con el fórceps pueden realizarse correctamente.
- Cuando se trate de dientes retenidos sin adecuada liberación.
- Cuando el apoyo dentario sea débil y no puede ser perforado.
- Cuando no haya vaso de salida, sin odontosección previa.
- Cuando la ubicación del fragmento no pueda visualizarse sin sección previa.

Para el uso del elevador es necesario el principio de palanca. Una palanca con el fulcro (es el hueso alveolar); entre la resistencia (es el diente) y la fuerza (la mano del operador).

La palanca en cuña es la fuerza proporcionada por la mano del operador y la resistencia dada por el diente o punta de la raíz.

Estos botadores se deben de emplear con mucho cuidado ya que pueden causar la fractura del maxilar, fractura del proceso alveolar, rebotarse o introducirse la punta del instrumento en los tejidos blandos y perforar vasos sanguíneos y nervios que penetran en el seno maxilar o perforar raíces.

Los elevadores varían de número según el fabricante:

- 301, 46, 34 son para luxar dientes y raíces.
- 41 son para la bifurcación de molares inferiores, o dientes con un punto de apoyo preparado.
- 46, 34 es para dientes posteriores.
- 1, 2, 3, es para molares superiores.
- 190, 191 son para raíces de terceros molares inferiores.
- elevador apical de Miller No. 73, 74.
- elevador de barra cruzada ID, II, III, IIS, 14, 14D.
- elevador apical 4, 5.
- elevador apical recto No. 81. (1)

La posición del operador es de suma importancia para el manejo del elevador. Para la extracción de las raíces inferiores, el operador se coloca enfrente del paciente, la mandíbula se sostiene con el pulgar, el cual se coloca debajo de ella, el índice se coloca en el surco vestibular y el segundo dedo se coloca por lingual.

La extracción de raíces inferiores derechas, se pone al lado del paciente, el dedo pulgar por lingual, donde el índice en el fondo del surco vestibular, y el cuarto y quinto dedo sostiene la mandíbula.

11.- Fôrceps.

Son instrumentos para la exodoncia, hay diferentes tipos, tamaños, números.

Los fôrceps superiores son diseñados de tal forma que los bocados, se encuentran en línea o paralelos al eje mayor del mango, los inferiores su posición de bocados es en ángulo recto con respecto al mango. (12)

A continuación describiré el fôrceps para cada uno de los dientes:

a).- Superiores.

- Pinzas estandar No. 1 universales para incisivos y caninos.
- Pinzas estandar No. 150 Universal para premolares.
- Pinzas estandar No. 18R y 18L la letra significa el lado ya sea R el lado derecho y L para el lado izquierdo.
- Pinzas estandar No. 151 universal, el diseño es en forma de bayoneta ayuda a lograr un acceso a la región del tercer molar.

b).- Inferiores.

- Pinzas No. 151 para dientes anteriores y premolares.
- Pinzas estandar No. 15 y 16 para primer y segundo molar, el No. 16 es llamada comúnmente " cuerno de vaca " por que se desliza en la zona de la bifurcación, lo que permite sujetar bien la pieza dentaria y se levanta un poco

del alvéolo.

- Pinzas estandar No. 222 universal es para los terceros molares llamada " S Itálica ". (9)

La fuerza empleada para la extracción de los dientes es la siguiente:

a).- Superiores.

- Incisivo central presión labial con giro mesial.
- Incisivo lateral presión labial con giro mesial.
- Canino presión labial con giro mesial.
- Primer premolar, presión vestibular, presión lingual y extraer hacia vestibular.
- Segundo premolar, presión vestibular, presión lingual y extraer hacia lingual o vestibular.
- Primer molar, presión vestibular, presión lingual y extraer hacia vestibular.
- Segundo molar, presión vestibular, presión lingual y extraer hacia vestibular.
- Tercer molar, presión vestibular, presión lingual y extraer hacia vestibular.

b).- Inferiores:

- Incisivo central, presión labial, presión lingual, leve giro mesial y distal.
- Incisivo lateral, presión labial, presión lingual y leve giro mesial y distal retirar hacia labial.
- Caninos, presión labial, giro mesial.
- Primer premolar, presión vestibular, leve giro mesial y distal.
- Segundo premolar, presión vestibular, leve giro mesial y distal.

- Primer molar, presión vestibular, presión lingual y extraer hacia vestibular.
- Segundo molar, presión vestibular, presión lingual, retirar hacia vestibular.
- Tercer molar, presión vestibular, retirar hacia vestibular o lingual. (12)

La posición del práctico tiene que ver mucho para el éxito del acto quirúrgico. El operador se colocará para los dientes superiores enfrente del paciente, para los dientes inferiores se colocará atrás del paciente.

c).- MATERIAL E INSTRUMENTAL PARA SUTURA.

Los tejidos que fueron seccionados y separados durante la intervención como consecuencia de traumatismos, se protege la herida, evitando desgarros y se asegura una mayor cicatrización. (6)

1.- Material de sutura.

El material de sutura viene en varios tipos:

- La seda negra trenzada de tamaño 3-0, es bastante satisfactoria en trabajos intra y extraorales, Es fuerte para no romperse al estirar o suturar, no es tan voluminosa que resulte molesto para el paciente.

Estas sedas son tratadas a prueba de suero, en trenzado tiende a impedir que este se tuerza y se enrede durante el procedimiento de suturar. No son reabsorbibles en fechas posteriores deberán quitarse.

- Seda dental tipo B corte de 3-0 en largos de 40 cm. ésta es para suturar la mucosa bucal.

- El catgut es reabsorbible, se encuentra en la capa serosa de las ovejas, sirve para cerrar planos más profundos de tejidos en heridas quirúrgicas y laceraciones muy profundas. (3)
- La malla de alambre es para rellenar defectos óseos y para reconstruir contornos óseos perdidos. El mejor es el de titanio, éste es más tolerado por el paciente, cuando se sumerge a los tejidos blandos, es muy costoso. (9)

2.- Agujas para suturar.

Hay una gran variedad de tamaños y formas, vienen en unos paquetes estériles listos para usarse con el hilo.

Las agujas semicirculares en sentido de sus caras cóncavo-convexa, y cóncavo-convexa en sentido de sus bordes. (11)

La marca de anchor 1822-18 (grande) o 1822-20 (pequeño) o Hufriedy 3/8 de círculo, tamaño variable. La aguja redonda (no cortante) para hacer puntos de sutura o cerrar músculos y aponeurosis su marca de anchor es de 1833 No. 203. (12)

3.- Portaagujas.

El extremo de trabajo de éste (del punto de apoyo a la punta) es corto, de 2 cm. Este es romo y la superficie interna de contacto de los picos tienen estrías que se entre cruzan y esto permite colocar las agujas firmemente. (11)

3.- Pinzas hemostáticas.

Estas tienen múltiples usos, el más usual o importante es en el pinzado de los vasos sanguíneos que se seccionaron durante los procedimientos quirúrgicos.

Las puntas estrechas están aserradas y los mangos tienen dispositivos automáticos que hacen que las puntas se conserven en posición cerrada, sin que se aplique mucha fuerza sobre ellas. También se utilizan para suturar y retirar puntos de sutura. (9)

4.- Jeringas.

La jeringa de aspiración es la más utilizada ya que está diseñada de tal forma que tiene un estilete afilado como intensidad del mango, de manera que el cartucho conteniendo la solución anestésica salga por la aguja.

Las agujas que se le colocan en su extremo superior son desechables y deberán seleccionarse según la longitud, diámetro y bisel deseado. (7)

5.- Instrumentos para punción.

Su finalidad es de explorar con fines de diagnóstico o en el curso de la operación. Las agujas son de calibre suficiente como para permitir el paso de las colecciones líquidas muchas veces son de consistencia supurosa como la de los quistes.

La aguja de calibre 44 con jeringa de vidrio para el líquido mediante el vacío o líquido radiopaco para radiografías de contraste. (11)

6.- Instrumentos de drenaje.

Sirve para vaciar al exterior la colección purulenta o líquida por medio de tubos que son para drenaje de focos de osteomielitis, abscesos óseos, los más usados son los de caucho.

El drenaje por gasas es una tira con los bordes dobla-

dillos, puede ser simple o con medicamentos como yodoformo o xeroformo. (11)

7.- Apósitos.

Las más usadas son las gasas de algodón, pueden ser esterilizadas y conservarse en una bolsa de muselina.

El algodón y las gasas pueden dejarse al descubierto - después del segundo día, pero la ropa no debe de ponerse - en contacto con la región que se está interviniendo. (1)

8.- Ligaduras.

Estas ligaduras son para los vasos seccionados, se - hace una sutura con catgut sencillo. Los vasos pequeños - son ligados con catgut 2-0, los grandes, como las arterias facial externa, se ligan con catgut crómico. Para la proximidad de los músculos se utiliza el catgut 3-0.(1)

9.- Aspirador.

Es muy importante en todas las cirugías bucales. Tiene una punta de succión frazier y la punta de Hu.friedy.

Esta deberá ser sujeta la mano izquierda del práctico, librando la mano derecha para la retracción de la len- gua o labio. La utilidad de este aspirador es conservar - las áreas limpias de la cavidad bucal libres de sangre, saliva y detritus en todo momento.

La saliva se acumula en el piso de la boca y se debe - de aspirar con suavidad y cuidado para no provocar el re - flejo del vómito en el paciente.

Deberá de conocer el ruido del aspirador para detectar cuando se encuentre obstruido para su cambio inmediatamen-te. (12)

C A P I T U L O I I I

ESTERILIZACION Y CUIDADOS DEL INSTRUMENTAL.

Es de suma importancia la esterilización, ya que con esto evitamos riesgos innecesarios de infección al transportar microorganismos en los instrumentos, de un paciente a otro así como medio de protección para el práctico.

A continuación describiré los términos que significan medios de protección o esterilización.

- Esterilización.

Es la destrucción de todas las formas de vida, incluyendo las esporas de los microorganismos tales como la de *Clostridium tetani*, así como los seres patógenos.

- Desinfección.

Otros método de destruir organismos patógenos vegetativos o sin esporas. (2)

A continuación mencionaré los factores esenciales que influyen en la esterilización:

- La preparación adecuada, las superficies de los artículos que se van a esterilizar deberán de estar libres de sangre, tejido y suciedad, de tal forma que no interferirán en su proceso. Se hace un enjuague previo de los instrumentos con agua fría.
- Los goznes de las cajas y todas las zonas articuladas de los instrumentos deberán estar abiertas para que el agente a esterilizar penetre en todas las fisuras y surcos.
- Se deberán utilizar los materiales apropiados para que

se permita una esterilización y un almacenamiento adecuado.
(1)

Enlistaré los tipos de esterilización:

- Esterilización por vapor.
- Esterilización por ebullición.
- Esterilización por calor seco.
- Esterilización fría.
- Esterilización de gas de óxido de etileno.
- Agentes químicos.
- Aceite caliente.
- Esterilización a cuentas.

Describiré cada una de las técnicas de esterilización:

1.- Esterilización por vapor.

La mayoría de los esterilizadores trabajan sobre el ciclo controlado automático, porque la temperatura de drenaje o de simulador que asegure que funcionen correctamente.
(2)

El autoclave es la más común de vapor en la que se colocan los instrumentos o material que serán esterilizados. Pasa agua hirviendo hacia la cámara que es calentada hasta el punto de ebullición para que se cree el vapor (100°C).

Como la cámara está sellada, la presión aumenta a 1.055 kg/cm² (15 lb/pulg²), y el vapor aumenta a 120°C. El metal expuesto a este vapor supercalentado, ocurre la esterilización en 15 min. (5)

El vapor tiene efectos corrosivos en los instrumentos de metal, se oxidan con bastante rapidez, se tienen que pasar en una emulsión de aceite para cubrir los instrumentos

antes de ser esterilizados y esto evita la corrosión. (2)

2.- Esterilización por ebullición.

Este método se hace con un hervidor. Que es una cubeta resistente a la acción del fuego, se vierte agua y se pone a calentar colocándole los instrumentos dentro de ella.

Cuando esta agua esté en ebullición (hirviendo a borbotones) se pone en marcha el reloj, a los 30 min. de acción del agua hirviendo cumple con los requisitos de esterilización.

Es una forma indispensable que el agua cubra totalmente los instrumentos durante este tiempo. El agua a utilizar deberá de ser destilada o agua de lluvia. Con el tiempo estos hervidores se les adhiere concreciones de sarro en el fondo y las paredes del recipiente, para removerlas se le echará vinagre blanco, y se deja hervir durante 30 minutos, luego se lava con un cepillo, se enjuaga y se seca. (6)

Se hace emplear sustancias para aumentar el punto de ebullición y se aumenta más su punto de poder bactericida p/e solución al 2% de bicarbonato de sodio y éste reduce su poder corrosivo de los instrumentos. (12)

Materiales a esterilizar son los espejos bucales, pinzas de curación o algodonerías, boquillas metálicas o eyector de saliva, jeringas de vidrio. (6)

3.- Esterilización por calor seco:

Es empleado para materiales que no se pueden someter a calor de presión P/e aceites, polvos, grasas, piezas de mano, materiales delicados, jeringas de vidrio. La desventa-

ja que necesitan mayor tiempo de exposición y temperaturas mucho más altas para tener la seguridad de obtener resultados bactericidas. (2)

- Hornos de aire caliente.

Estos hornos están provistos de un ventilador que asegure un flujo forzado de aire en la cámara. El calor se debe de controlar con un termostato sensible o con una sonda colocada en un artículo representativo.

Los instrumentos a esterilizar deben de estar empaquetados flojamente y estos empaques se pongan separados para que el calor penetre dentro de ellos.

- Horno de cinta transportadora.

Se utiliza en las centrales de suministros para esterilizar. Se usa para jeringas de vidrio y sus recipientes que son colocados sobre una cinta transportadora circulante bajo una serie de calentadores de rayos infrarrojos trabajando a 180°C a 20 minutos. (2)

- Flameado.

Esta esterilización es de uso limitado en cirugía bucal se utiliza el flameado de calor seco directo e indirecto.

Flameado directo, se emplea únicamente en casos de urgencias excepcionales, deteriora el instrumental p/e las pinzas de curación se ponen directamente en la flama del mechero de bunsen o lámpara de alcohol.

El flameado indirecto se ponen los instrumentos en una bandeja metálica, cubriéndolos con alcohol e inflamándolos que la llama cubra todos los instrumentos. (6)

4.- Esterilización fría.

No es muy conveniente pero probablemente matan todas las bacterias vegetativas.

El alcohol es muy caro y se evapora rápidamente, este oxida los instrumentos. El cloruro de benzalconio (zefiran) al 1/1000 requiere un aditivo antioxidante (Nitrato de sodio) y largos periodos de inmersión (18 horas), otro es hexaclorafeno. (9)

5.- Gas de oxido de etileno.

Tiene propiedades o condiciones de ser bactericida, es esporocida y viricida, e incluso a temperaturas ambientales, aunque cuando ésta se eleva se reduce el tiempo requerido para lograr la esterilización.

Es soluble en agua y absorbible por la goma y muchos plásticos, y sus residuos pueden ser tóxicos. Este es capaz de penetrar en el papel, tejidos y algunos plásticos. (2)

6.- Agentes químicos.

Otro de los métodos más usados en la práctica diaria ya que es satisfactorio para los materiales termolábiles, cuando el vapor se combina con el formaldehído puede lograrse una muy buena esterilización.

Hay una solución efectiva es el glutaraldehído (cidex) se ha demostrado que una concentración al 2% es capaz de matar hongos, bacterias, incluyendo *microbacterium tuberculosis*, después de una inmersión de 10 minutos. También es capaz de matar esporas, bacterias resistentes, después de una inmersión de 10 horas. (8)

El formaldehído en tratamientos repetidos es capaz de producir irritación en el operador y su ayudante. En la piel produce pequeñas asperezas y abrasiones y son sensibles de infectarse crónicamente con organismos patógenos.

El hexaclorafeno y clorohexidina, que son más activos contra organismos gram positivos y contra gram negativo, estos se usan en jabones y lociones cutáneas y así proporcionan protección por su acción acumulativa. (4)

La desinfección es otro método usado en cirugía bucal. se utiliza para la desinfección de la piel del paciente antes de la inyección o incisión (asepsia) puede eliminar la suciedad visible y destruir la flora bacteriana en las superficies. (2)

La tintura de yodo es bactericida, destruye los gérmenes que están en contacto con la mucosa. Origina un intenso y resistente ardor, especialmente tratándose de una solución no fresca o reciente, lo que se debe a que se transforma en ácido yodhídrico, fuertemente irritante.

El mertiolate, se usa en forma de tintura, es antiséptico, su uso es frecuente en cirugía bucal. Otro es el Hetorgan, tiene parecida acción pero es incolora.

El espadolesté al diluirlo con el agua adquiere aspecto de líquido lechoso. Tiene aplicaciones en el lavado de heridas. Diluido al 30% con alcohol se le utiliza como desinfectante sobre la piel. (6)

El ácido fénico, tiene ligeras propiedades anestésicas se emplea en solución alcohólica para esterilizar el punto de punción. (11)

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

También se usa el alcohol de 70% y el yodo en el paciente que es sensible, tiene acción rápida. La desinfección de la membrana mucosa antes de la instrumentación, se puede lograr también con aplicación tópica del alcohol isopropílico del 60 al 90% bien combinados. (2)

7.- Esterilización de cuentas.

Es solo para uso terapéutico en endodoncia, para esterilizar limas, ensanchadores conforme se usen.

Es un aparato de calentamiento que consiste en una base pequeña con cuentas de vidrio pequeñísimas que se calientan con una temperatura de 230°C a 15 ó 20 segundos. (5)

8.- Baño de aceite caliente.

Se usa muy poco solo para las piezas de mano de baja velocidad, para tijeras, e instrumentos que contengan bisagras o tornillos. En un recipiente a 145 ó 150°C durante 10 minutos. Este no garantiza la destrucción de los organismos con esporas. (2)

El operador seleccionará el método más adecuado o que le convenga para que él se sienta agusto al realizar el acto quirúrgico, prevenirse de infecciones para él como para el paciente o el ayudante.

Antes de cualquier esterilización es indispensable lavar quirúrgicamente el instrumental.

Debe de prepararse mediante un buen lavado minucioso, enjuagado y secado antes de sumergirlos a los procesos químicos o térmicos que matarán los microorganismos que albergan.

Estos se lavan lo más pronto posible, después de haber sido utilizados para acelerar la eliminación de sangre y residuos. Si no son lavados rápidamente se deberán dejar remojados en agua fría o soluciones desinfectantes.

El lavado puede ser con cepillos manuales que necesitan detergentes (no jabón) para aflojar la sangre; los limpiadores ultrasónicos, es más efectivo porque reduce el manejo de los instrumentos contaminados.

Todas las partes removibles deben de desarmarse y los instrumentos con bisagras como tijeras deben de abrirse para asegurar que todas las superficies estén limpias.

El enjuague final deberá ser con agua tibia o caliente para eliminar el detergente residuo. Los instrumentos para evitar la corrosión y oxidación deberán ser sumergidos en alguna solución cuando se someten al vapor.

El secado es importante antes de esterilizar o desinfectar por medios químicos ya que el exceso de agua diluye las soluciones químicas en que se colocan los instrumentos.
(12)

- Las cajas para instrumental.

Después de estar limpios y secos se colocan en las cajas metálicas y se meten a esterilizar, no se abren hasta el momento de ser usados.

- Las cajas para instrumental de sutura.

Se colocan hilos, agujas, tijeras, pinzas, gasas y algodón y se meten a esterilizar.

- La caja metálica para colocar todo tipo de fresas y jeringas de vidrio.

- Las cajas de exodoncia. Donde se colocan todo el instrumental de este como bisturí, pinzas de curación, espejos, separadores de exodoncia, portaagujas, tijeras, separadores de labios y mejillas y todo. (11)

Después de lavado y secado de los instrumentos algunos deben de ser envueltos para poder ser utilizados y así poder guardarlos hasta el día de ser ocupados.

Envoltura.

Las bolsas de papel o plástico, están indicadas para envolver el instrumental y puedan resistir las condiciones de esterilización. (8)

Las bolsas de papel para autoclave se doblan por la parte de arriba y se engrapan, se le pone cinta testigo con el nombre para identificar que es lo que contiene cada paquete y así saber que ya está esterilizado porque la cinta cambia de color. (5)

También se colocan en bandejas metálicas cubiertas y preparadas se envuelven con una toalla, se ponen todo el instrumental quirúrgico, se les pone una cinta adhesiva para colocarlos en el autoclave, la cinta testigo cambia de color durante el proceso de esterilización. (8)

- Pinzas de campo.

Con ellas se tomará y se fijarán las compresas esterilizadas que se emplean en la protección del campo operatorio. (11)

- Pinzas portarropa.

Se utiliza para retirar con técnicas asépticas elementos de lencería quirúrgica del interior de los tambores, - también transportan instrumental esterilizado hasta la mesa quirúrgica. (10)

- Tambores de cirugía.

En estos se guarda el instrumental de lencería quirúrgica, o sea material textil como campos, compresas, gasas, algodón, ropa quirúrgica. (6)

Como se puede esterilizar cada elemento de trabajo.

- Esponjeros.

Terminando el tratamiento endodóntico, se lavan las li^umas con un cepillo y agua jabonosa, se enjuagan y se secan, se colocan en el esponjero y se impregna con antiséptico - como Espadol. (11)

- Fresas.

Se sumergen dentro de un recipiente con líquido espe- cial, tiene la finalidad de mantener blando el residuo - - adherido. Se esteriliza en calor seco o con solución de Es padol. (6)

- Gasas.

Se esterilizan en autoclave o estufa de calor seco, se ponen envueltas, o en cajas metálicas. (11)

- Dique de goma.

Se pueden lavar con agua jabonosa para la limpieza, - se enjuagan y se secan. Se esterilizan en estufa de formol, se pasa en frío, luego calentándola, evitar su efecto irri tante. (6)

- Guantes de goma.

Se lavan estando las manos dentro, luego se los quitan y se lavan con agua jabonosa fría para quitarles los restos de sangre o restos de suciedad, se enjuagan, se secan. Se les echa talco por dentro y por fuera para que cuando se los vuelva a poner no tenga problemas al colocárselos, se meten en unos sobres con cinta testigo y se meten en el autoclave a 127°C en 20 minutos. (11)

- Bisturí.

Estos se sumergen con sustancias químicas como el cloruro de benzalconio al 1/1000, también se pueden esterilizar escoplos, pinzas gubias y cinceles.

- Boquillas para la bomba de saliva.

Son de plástico y se lavan con un cepillo y agua jabonosa, por fuera y se sumergen en solución Espadol por 30 minutos. Las boquillas de metal y de vidrio se esterilizan en estufa de calor seco o también por ebullición. (6)

- Cepillos.

Se ponen en ebullición durante 20 minutos. Se conservan en cajas esterilizadas o en tambores. (11)

- Conos de gutapercha.

Se utilizan pastillas de formalina dejándolas encerradas dentro de una caja.

- Conos o puntas de papel.

Se esterilizan en la estufa de calor seco dentro de la caja de instrumental.

- Jeringa para inyección.

Tipo carpule se esterilizan en estufa de calor seco o en ebullición sin ponerles ningún tipo de sales.

- Limas, escariadores, léntulos, en la caja para endodon -
cia se meten en el autoclave o en esterilización de cuen -
tas.

- Loseta.

En estufa de calor seco, o de urgencia en flameado di -
recto o indirecto. (6)

- Hilos de seda y lino se ponen a ebullición de 20 a 30 mi -
nutos, se retiran con una pinza estéril y se colocan en -
frascos estériles de boca ancha y se le pone una solución -
antiséptica (ácido fénico al 5%) y se tapan.

- Nylon. Se esterilizan por ebullición o al formol. (6)

- Torundas de algodón y rollos de algodón.

Se usa estufa de calor seco disponiéndolas directamen -
te en una cápsula de petri o una caja a 120°C por 90 minu -
tos. (4)

- Ropa, compresas y gasas.

Se esterilizan en autoclave y se guardan en tambores o
vitrinas especiales. (11)

Para que el acto quirúrgico se lleve a cabo correcta -
mente es necesario que el práctico se lave las manos bajo -
un orden y los puntos importantes que se deben de tener en
cuenta son los siguientes:

- La piel de las manos y brazos deberán de estar libres de
cortadas o quemaduras.

- Las uñas de los dedos de las manos deberán estar limpias y cortas, libres de barniz.
- Se colocarán las manos más altas que los codos de tal manera que el agua no se escurra hacia abajo sobre ellas.

Después de colocarse el cubrebocas o la mascarilla, ésta limpia pero no estéril, ésta se encuentra en la zona de lavado, la mayoría son desechables, tienen una pieza nasal de metal flexible, se ajusta con facilidad a la nariz y boca.

- Se ajusta el agua a una temperatura agradable.
- Las manos y brazos deben tener 5 cm. arriba de los codos, se lavan con buena espuma de jabón que contenga hexaclorofeno y después se enjuaga.
- Las manos y los brazos se enjabonan una vez más y se dejan cubiertas de jabón en tanto que los dedos y la cutícula, se sostienen debajo del agua, bajo ésta misma se lavan exhaustivamente con un limpia uñas, el cual puede estar separado o unido al cepillo.
- Las manos y brazos se enjuagan y se vuelven a enjabonar, el propósito de la espuma jabonosa durante el lavado es debido al aumento de efectividad que resulta de la expansión prolongada e iterativa al hexaclorofeno.
- Se toma un cepillo quirúrgico o una esponja y se comienza a cepillar cada superficie de los cuatro dedos, las cuatro superficies de las manos y brazos.
- Es importante trabajar desde las puntas de los dedos hacia los codos sin regresarse a ellos una vez que se ha

terminado.

- Después del enjabonado se prosigue al enjuagado de los dedos hacia los brazos y codos.
- El grifo del agua se cierra ya sea con el codo o cepillo antes de desecharlo.
- Se mantienen las manos hacia arriba y pasan al cuarto de operaciones y se empieza a colocar la bata y los guantes.
(4)

A continuación describiré el procedimiento para la colocación de la bata.

- Al tomar la toalla para secarse las manos, la persona se asegura de no gotear el agua en la bata, ni en el paquete donde está la bata.
- Al secarse las manos, se evitará hacer contacto entre la toalla y la bata de cepillado o cualquier otra cosa dentro del campo.
- Las manos se secarán, primero y después se mueve la toalla hacia arriba de los brazos. Una vez que los brazos estén secos, no se regresa la toalla sobre las manos. Se vuelve el interior de la toalla hacia afuera, se toma por el otro extremo y se seca la otra mano y brazo.
- Se desecha la toalla ya sea en una bolsa de lavandería o en cesto de basura y la persona se retira de la mesa.
- La bata se toca sólo de la superficie interna con las manos. Esta se encuentra doblada con el interior hacia afuera, de tal manera que se pueda tomar con una de las

manos y, no contaminarla. Las manos no están estériles.

- La persona colocó los brazos en los agujeros de las mangas de la bata y se voltea de tal manera que le ayuden a anudar la bata.

Los puntos importantes que se deben de recordar.

- La porción estéril de la bata es sólo las mangas y el -- frente de la bata, desde la cintura hasta aproximadamente 10 cms. por debajo del cuello.
- El cuello no se considera estéril porque entra en contacto con el cubrebocas.
- Por debajo de la cintura no se considera estéril, no se debe de bajar las manos más abajo de la cintura. (4)

Para el enguantado del cirujano se efectúa de dos formas:

1.- Método abierto.

- Los guantes se guardan con las mangas dobladas a la mitad sobre el guante.
- El primer guante a usar es el izquierdo, se levanta por la porción doblada con la mano derecha.
- La mano enguantada se coloca por debajo del dobléz del -- otro guante (de tal manera que la parte externa de un -- guante, esté tocando el interior de otro), y se introduce sobre la otra mano, asegurándose que la manga del -- guante sea colocado correctamente sobre las puntas de la bata.

- Hay que asegurarse de no tocar la porción del puño de este guante, la cual ya fue previamente tocada por la mano, o será contaminada.

2.- Método cerrado.

La principal ventaja es que el guante descansa sobre el puño de la bata. Es importante debido a que los guantes frecuentemente se enrollan, exponiendo la superficie interna del guante.

- Las manos no deben salir de las mangas de la bata y los dedos deberán mantenerse por encima de la costura que une el puño de la bata.
- Con la mano protegida con el puño de la bata, se recoge el guante y se jala hacia el codo.
- La mano enguantada toma el otro guante y lo coloca sobre el puño de la otra manga, se hace de igual forma. (4)

C O N C L U S I O N E S .

Es importante para cualquier odontólogo de la práctica general, el conocimiento del aspecto actual de la selección del instrumental de los procedimientos de cirugía bucal.

Las consideraciones breves sobre los procedimientos más comunes en cirugía bucal, son las extracciones múltiples caninos retenidos y extracciones de los terceros molares, siendo las técnicas que se practican día con día.

Para el éxito de estos procedimientos es menester que el clínico esté familiarizado con el instrumental, pues parte del fracaso se debe al poco conocimiento del manejo oportuno de este.

No debemos dejar mencionar que la esterilización es otro de los factores esenciales del éxito de estas técnicas y tener así un buen tratamiento.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Archer William Harry
Cirugía Bucal
Editorial Mundi
2a. Edición, Buenos Aires 1965
p.p. 7, 8, 77, 87

- 2.- Cihen Bertram
Ivor H. Kramer
Fundamentos Científicos de Odontología
Editorial Salvat
1a. Edición 1981
p.p. 231 a 240

- 3.- Costh R. Emmett
White P. Raymond
Cirugía Interamericana
Editorial 1974
p.p. 3, 24, 25, 30, 35, 52, 69, 70, 73

- 4.- Dunm J. Martin
Farmacología, Analgesia, Técnicas de Esterilización
en Cirugía Bucal en la Práctica Dental.
Editorial Manual Moderna, S. A.
1a. Edición 1980
p.p. 89 a 107

- 5.- Echasteen Joseph
Principios de Clínica Odontológica
Editorial Manual Moderna

- 1a. Edición 1981
p.p. 146 a 149, 216 a 220, 409 a 418
- 6.- Frendethal Marcelo
La Asistente Dental en la Técnica a Cuatro Manos
Editorial Panamericana
1a. Edición 1978
p.p. 30 a 40, 213 a 240
- 7.- Harris H. Herman D.D.S. y FACD.
Electrocirugía en la Práctica Dental
Editorial Mundi
1a. Edición 1979
p.p. 11 a 19
- 8.- Ir Wodall B. L. Weed Fonner
B.R. Dafor S.L. Yankel
N.S. Young
Odontología Preventiva
Editorial Interamericana
1a. Edición 1979
p.p. 35 a 41
- 9.- Kruger Gustavo O.
Cirugía Bucomaxilofacial
Editorial Panamericana
5a. Edición 1984
p.p. 17, 41, 62, 248, 389 a 393
- 10.- Pastori Ernesto
Cirugía Bucal

Editorial Mundi

1a. Edición

p.p. 230 a 241

11.- Ries Centeno Guillermo

Cirugía Bucal

Editorial Ateneo, Buenos Aires

8a. Edición 1968

p.p. 30 a 70, 90 a 161, 221 a 236

12.- Waite E. Daniel

Cirugía Bucal Práctica

Editorial Continental

1a. Edición 1978

p.p. 96 a 138, 143 a 173