

879522



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE ¹ Ley

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE DIENTES INCLUIDOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

BERTHA ELODIA AGUILAR PANDO



CHIHUAHUA, CHIH.,

TESIS CON
FALLA IE CR.GEN

1991



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.

Í N D I C E

P Á G.

INTRODUCCIÓN+++++		7
CAPÍTULO I		
ETIOLOGÍA+++++		9
CAPÍTULO II		
INSTRUMENTAL Y MATERIAL+++++		18
CAPÍTULO III		
PROGRAMACIÓN DEL ACTO		
QUIRÚRGICO+++++		33
CAPÍTULO IV		
PROBLEMAS ORIGINADOS POR		
LOS DIENTES RETENIDOS+++++		37
CAPÍTULO V		
TÉCNICA QUIRÚRGICA+++++		39
CAPÍTULO VI		
TERCEROS MOLARES MAXILARES		
INCLUIDOS+++++		46
CAPÍTULO VII		
CANINO INCLUIDO+++++		53

CAPÍTULO	VIII	SUPERNUMERARIOS+++++	59
CAPÍTULO	IX	CLASIFICACIÓN DE TERCEROS MOLARES+++++	63
CAPÍTULO	X	ACCIDENTES EN LA EXTRACCIÓN DEL - TERCER MOLAR IN- FERIOR+++++	73
CAPÍTULO	XI	ANATOMÍA DEL NERVIO MAXILAR INFERIOR+++++	81
CAPÍTULO	XII	TÉCNICAS DE SUTURA+++++	89
CAPÍTULO	XIII	CUIDADOS PRE-OPERATORIOS+++++	97
CONCLUSIONES+++++			108
BIBLIOGRAFÍA+++++			110

I N T R O D U C C I Ó N

LA EXTRACCIÓN DE LOS DIENTES RETENIDOS, DEBERÁ REALIZARSE PARA EVITAR POSIBLES PROBLEMAS EN LA CAVIDAD ORAL-- (DOLOR, MOVIMIENTO DENTAL, ETC.). EXCEPTO EN AQUELLAS-- OCASIONES EN QUE ESTO SEA POCO ACONSEJABLE O IMPOSIBLE.

YA QUE ESTOS DIENTES IMPACTADOS CREAN UNA DIVERSIDAD DE COMPLICACIONES TALES COMO DESARROLLO DE QUISTES FOLICULARES, DESPLAZAMIENTO DE LOS DIENTES, CON LA EROSIÓN DE-- LAS PIEZAS DENTARIAS ADYACENTES NORMALES.

COMO ES SABIDO CADA PACIENTE QUE VA A SER SOMETIDO A UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, SERÁ ANTES CONSIDERADO A UNA EVALUACIÓN GENERAL. DEBEMOS PRACTICAR DIFERENTES MÉTODOS DE EXPLORACIÓN, RADIOGRAFÍAS PARA VALORAR LA POSICIÓN TAMAÑO Y FORMA DE LA CORONA Y RAÍCES, TAMBIÉN SE VALORARÁ CONSIDERABLEMENTE LA CANTIDAD DE HUESO SUBYACENTE Y LA POSICIÓN DEL ARCO DENTAL, SE REALIZARÁ CUIDADOSO INTERROGATORIO PARA CONOCER EL ESTADO GENERAL DE NUESTRO PACIENTE-- TOMANDO EN CUENTA SU COOPERACIÓN Y ESTABILIDAD EMOCIONAL.

CUANDO LOS DIENTES NO TOMAN SUS POSICIONES NORMALES-
PARA FUNCIONAR EN EL ARCO DENTARIO, SE CONSIDERAN INCLUÍ-
DOS Y SALVO RARAS EXCEPCIONES DEBEN EXTRAERSE, EJEMPLO:

- 1) PACIENTES CUYO ESTADO DE SALUD ES TAN PRECARIO --
QUE TAL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO NO SERÍA CONVE--
NIENTE.

- 2) PACIENTES CUYA EDAD SEA TAL QUE EN PRESENCIA DE -
UN DIENTE ASINTOMÁTICO, ESTE PROCEDIMIENTO QUIRÚR-
GICO SERÍA INCONVENIENTE O POCO ACONSEJABLE.

CAPÍTULO I

ETIOLOGÍA

LA CAUSA DE LOS DIENTES INCLUIDOS ES MÁS TEÓRICA QUE REAL Y DE ACUERDO CON UN AUTOR DEBERÍA DISCUTIRSE, TOMANDO EN CUENTA TRES TEORÍAS SEPARADAMENTE.

A) TEORÍA ORTODÓNTICA.

EL CRECIMIENTO NORMAL DE LA MANDÍBULA Y EL MOVIMIENTO DE LOS DIENTES, SE HACEN EN UNA DIRECCIÓN ANTERIOR;--- CUALQUIER COSA QUE INTERFIERA CON EL DESARROLLO, CAUSARÁ-INCLUSIÓN DENTAL, GENERALMENTE EL HUESO DENSO RESULTA DE-UN RETARDO DE MOVIMIENTO HACIA ADELANTE Y MUCHAS SITUACIONES PATOLÓGICAS OCASIONARÁN CONSIDERACIÓN DE TEJIDO ÓSEO, POR EJEMPLO: INFECCIONES AGUDAS, FIEBRE, TRAUMA SEVERO,-- MALOCLUSIÓN, Y LA INFLAMACIÓN LOCAL DE LA MEMBRANA PERIODONTAL PUEDE INCREMENTAR LA DENSIDAD ÓSEA. LA RESPIRACIÓN LOCAL CONSTANTE, GENERALMENTE PROVOCA ARCADAS DENTARIAS DE MENOR TAMAÑO, Y, EN CONSECUENCIA AQUELLOS DIENTES QUE HACEN SU ERUPCIÓN AL ÚLTIMO, NO TIENEN ESPACIO. OCA

SIONALMENTE UNA PÉRDIDA TEMPRANA DE LOS DIENTES DECIDUA--
LES PUEDEN CAUSAR UNA DETENCIÓN DE DESARROLLO DE LA MANDÍ
BULA Y/O UNA MAL-POSICIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES, DAN
DO POR RESULTADO INCLUSIONES DENTARIAS.

B) TEORÍA FILOGENÉTICA:

LA NATURALEZA TRATA DE ELIMINAR A AQUELLO QUE NO SE-
USA Y NUESTRA CIVILIZACIÓN, CON SUS HÁBITOS NUTRICIONALES
CAMBIANTES, PRÁCTICAMENTE HA ELIMINADO LA NECESIDAD HUMANA
PARA TENER MANDÍBULAS GRANDES Y PODEROSAS. COMO RE--
SULTADO DE ESTA FUNCIÓN ALTERADA, EL TAMAÑO DE LA MANDÍBU
LA Y MAXILA HA DISMINUÍDO. EN MUCHOS CASOS, EL TERCER--
MOLAR OCUPA UNA POSICIÓN ANORMAL; ESTÁ MAL FORMADO Y PUE-
DE CONSIDERARSE COMO UN ÓRGANO VESTIGAL SIN PROPÓSITO O--
FUNCIÓN, ADEMÁS, ES FRECUENTE QUE HAYA AUSENCIA CONGÉNITA
DEL MISMO.

C) TEORÍA MENDELIANA:

PARECE PROBABLE QUE EN FORMA HEREDITARIA, TAL COMO -
LA TRANSMISIÓN DE MANDÍBULAS PEQUEÑAS DE UNO DE LOS PA---
DRES Y DIENTES DEL OTRO, PUEDE SER UN FACTOR ETIOLÓGICO -
IMPORTANTE EN LOS DIENTES INCLUIDOS. CIERTAMENTE ES PO-

SIBLE QUE SE PRODUZCAN, EN FORMA ARTIFICIAL EN ALGUNOS -- ANIMALES EN FORMA ARTIFICIAL, CIERTAS IRREGULARIDADES MEDIANTE MANIPULACIÓN GENÉTICA, ¿QUE NO PODRÍA OCURRIR LO-- MISMO ACCIDENTALMENTE EN LA POSICIÓN HUMANA?

DESAFORTUNADAMENTE, LAS INCLUSIONES NO SIGUEN UN PATRÓN; TIENEN DIVERSAS FORMAS Y TAMAÑOS Y CUALQUIER DIENTE PUEDE ESTAR INVOLUCRADO, TAMBIÉN VARÍAN AMPLIAMENTE EN EL GRADO DE INCLUSIÓN ALGUNOS DIENTES ESTÁN PARCIALMENTE ERUPCIÓN, MIENTRAS QUE OTROS SE ENCUENTRAN COMPLETAMENTE ENCERRADOS EN EL HUESO. LA LITERATURA REQUIERE MUCHOS-- CASOS EN LOS CUALES LOS DIENTES INCLUIDOS ESTÁN INACTIVOS EN LA MANDÍBULA MUCHO TIEMPO DESPUÉS DE LA PÉRDIDA DEL -- DIENTE ADYACENTE Y LUEGO, REPENTINAMENTE, EMPIEZAN A HACER ERUPCIÓN, PROVOCANDO INFLAMACIÓN Y DOLOR.

DIAGNÓSTICO:

EL DIAGNÓSTICO SE ESTABLECE, CUANDO MENOS PARCIALMENTE, POR MEDIO DEL EXAMEN CLÍNICO. ES IMPERATIVO TOMAR-- RADIOGRAFÍAS DETALLADAS DE TODA LA ZONA, SEGUIDAS DE UNA-- INTERPRETACIÓN MINUCIOSA, EL DENTISTA DEBE CONOCER LA VERDADERA RELACIÓN DE UN DIENTE CON RESPECTO A LA DE LOS --- OTROS; ESTA INFORMACIÓN ES DIFÍCIL DE OBTENER SI NO PUEDE

OBSERVARSE AL DIENTE CLINICAMENTE Y A TRAVÉS DEL ESTUDIO-RADIOGRÁFICO.

PARA HACER UNA INTERPRETACIÓN MINUCIOSA Y GLOBAL DE LA RADIOGRAFÍA, ES NECESARIO COMPARAR CONSTANTEMENTE CON LA IMAGEN RADIOGRÁFICA; POR EJEMPLO: SI EL EXAMEN CLÍNICO MUESTRA A LOS DIENTES EN SU POSICIÓN NORMAL, PERO EN LAS RADIOGRAFÍAS SE OBSERVA UNA SUPERPOSICIÓN DEL 3er. MOLAR SOBRE EL SEGUNDO; PODRÍA TRATARSE TEÓRICAMENTE DE UN DESPLAZAMIENTO VESTIBULAR, YA QUE LOS DESPLAZAMIENTOS BUCALES RARA VEZ OCURREN.

CUANDO LOS DIENTES SE ENCUENTRAN EN UNA POSICIÓN NORMAL SIN GIROVERSIÓN, EL ESMALTE PUEDE OBSERVARSE EN LA RADIOGRAFÍA COMO UN "CAPUCHÓN DE ESMALTE" Y SI LA RADIOGRAFÍA MUESTRA EL RESTO DE LOS DIENTES ALISADOS NORMALMENTE, SUS CAPUCHONES SERÁN SIMILARES EN APARIENCIA. SIN EMBARGO, SI UNO DE LOS DIENTES TIENE UN DESPLAZAMIENTO, PARTE DE SU SUPERFICIE OCLUSAL Y SU CAPUCHÓN, ESTARÁN DISTORSIONADOS. EL CONTORNO DE LA CAVIDAD PULPAR A LOS RAYOS "X" PUEDE INDICAR TORSIÓN O ROTACIÓN DEL DIENTE EN CUESTIÓN. OTROS GUÍAS EN LA LECTURA DE LAS RADIOGRAFÍAS EN GENERAL SON QUE:

- 1) EL ÁREA DEL ESTUDIO DEBE APARECER EN EL CENTRO DE LA RADIOGRAFÍA.
- 2) LOS PUNTOS DE CONTACTO DEBEN APARECER ABIERTOS, INDICANDO QUE EL CENTRO DEL RAYO HA PASADO EN UN ÁNGULO RECTO A TRAVÉS DEL ÁREA DE EXPOSICIÓN.
- 3) DEBE HABER CIERTA SUPERPOSICIÓN DE LAS CÚSPIDES DE LOS DIENTES POSTERIORES.
- 4) DEBE VERSE ALGO DE TEJIDO BLANDO.
- 5) TODAS LAS INTERPRETACIONES DEBEN DE APOYARSE EN HALLAZGOS CLÍNICOS.

DESPUÉS DE TENER EL ESTUDIO RADIOGRÁFICO SATISFACTORIO, EL OPERADOR DEBE ESTUDIARLO PARA INTERPRETAR CORRECTAMENTE CADA PUNTO DE DIAGNÓSTICO QUE PUEDA ESTAR PRESENTE. PRIMERO ES IMPORTANTE ESTUDIAR TERCER MOLAR, SIGUIENDO SEGUNDO Y PRIMER MOLAR.

CONTESTE USTED SUBRAYANDO LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1.- ¿SIENTE USTED DOLOR EN EL PECHO AL HACER EJERCICIO?

SI NO

- 2.- ¿SE LE DIFICULTA LA RESPIRACIÓN DESPUÉS DE ALGÚN EJERCICIO.LEVE? SI NO
- 3.- ¿SE LE INFLAMAN LOS TOBILLOS? SI NO
- 4.- ¿SE LE DIFICULTA LA RESPIRACIÓN CUANDO SE ACUESTA O NECESITA MÁS ALMOHADAS PARA DORMIR? SI NO
- 5.- ALERGIAS? SI NO
- 6.- ¿SINUSITIS? SI NO
- 7.- ¿ASMA O FIEBRE DE HENO? SI NO
- 8.- ¿RONCHAS O ERUPCIÓN EN LA PIEL? SI NO
- 9.- ¿DESMAYOS O ATAQUES? SI NO
10. ¿DIABETES? SI NO
11. ¿NECESITA USTED ORINAR MÁS DE 6 VECES AL DÍA? SI NO
12. ¿TIENE USTED SED EN EXCESO EN EL TRANSCURSO DEL DÍA? SI NO
13. ¿SE LE SECA LA BOCA CON FRECUENCIA? SI NO
14. ¿PADECE USTED HEPATITIS, ICTERICIA O ENFERMEDAD DEL HÍGADO? SI NO
15. ¿ARTRITIS? SI NO
16. ¿REUMATISMO INFLAMATORIO (ARTICULACIONES O ENFERMEDAD DEL HÍGADO)? SI NO
17. ¿ÚLCERAS ESTOMACALES? SI NO
18. ¿PROBLEMAS CON EL RIÑÓN? SI NO
19. ¿TUBERCULOSIS? SI NO

20. ¿TIENE USTED TOS PERSISTENTE O TOS CON SANGRE? SI NO
21. ¿BAJA LA PRESIÓN ARTERIAL? SI NO
22. ¿ENFERMEDAD VENÉREA? SI NO
23. ¿HA EXPERIMENTADO USTED SANGRADO ANORMAL RELACIONADO CON EXTRACCIONES ANTERIORES, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O TRAUMÁTICAS? SI NO
24. ¿SE LE HACEN MORETONES FÁCILMENTE? SI NO
25. ¿HA NECESITADO ALGUNA VEZ TRANSFUSIÓN DE SANGRE? SI ES ASÍ EXPLIQUE LAS CIRCUNSTANCIAS SI NO
26. ¿PADECE USTED ALGÚN TRASTORNO SANGUÍNEO, TAL COMO ANEMIA? SI NO
27. ¿HA RECIBIDO ALGUNA VEZ TRATAMIENTO QUIRÚRGICO O DE RADIACIÓN? SI NO
28. ¿SE ENCUENTRA USTED TOMANDO:
- a) ANTIBIÓTICOS O SULFAS SI NO
 - b) ANTICOAGULANTES (ADELGAZADORES DE SANGRE) SI NO
 - c) MEDICINA PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA SI NO
 - d) CORTISONA SI NO
 - e) TRANQUILIZANTES. SI NO
 - f) ANTIHISTAMÍNICOS SI NO
 - g) ASPIRINAS SI NO

- | | | |
|--|----|----|
| h) INSULINA, TOLBUTAMIDA (ORINOSA) | SI | NO |
| i) DIGITAL O DROGA PARA EL PROBLEMA
DEL CORAZÓN | SI | NO |
| j) NITROGLICERINA | SI | NO |

29. ¿ES USTED ALÉRGICO O HA REACCIONADO EN --

FORMA ADVERSA A:

- | | | |
|---|----|----|
| a) ANESTÉSICOS LOCALES | SI | NO |
| b) PENICILINA O ALGÚN OTRO ANTIBIÓTICO? | SI | NO |
| c) SULFAS? | SI | NO |
| d) BARBITÚRICOS, SEDANTES O PASTILLAS
PARA DORMIS? | SI | NO |
| e) ASPIRINAS? | SI | NO |
| f) YODO? | SI | NO |

30. ¿HA TENIDO USTED ALGUN PROBLEMA SERIO, RELACIONADO CON ALGÚN TRATAMIENTO DENTAL ANTERIOR?

SI NO

SI ES ASÍ, EXPLÍQUESE _____

31. ¿PADECE USTED ALGUNA ENFERMEDAD, AFECCIÓN, PROBLEMA, NO ANOTADO ANTERIORMENTE, QUE USTED --
CREE CONVENIENTE QUE DEBE SER ENTERADO. SI--
ES ASÍ FAVOR DE EXPLICARLO.

32. ¿ESTÁ USTED EMPLEADO EN ALGÚN SITIO QUE LO EXPONE A RADICACION O ALGÚN OTRO TIPO DE RADICACIÓN IONIZANTE?

SI NO

33. ¿USA USTED LENTES DE CONTACTO?

SI NO

34. ¿USA USTED ALGUNA PRÓTESIS REMOVIBLE?

SI NO

35. ¿ESTÁ USTED EMBARAZADA?

SI NO

36. ¿QUE TIEMPO LLEVA DE EMBARAZO?

SI NO

37. ¿TIENE USTED PROBLEMAS ASOCIADOS CON SU CICLO MENSTRUAL?

SI NO

SI ES ASÍ FAVOR DE EXPLICARSE _____

COMENTARIOS:

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

CAPÍTULO II

INSTRUMENTAL Y MATERIAL

MUCHOS ARTÍCULOS QUE SE USAN EN CIRUGÍA BUCAL, SE PUEDEN ADQUIRIR EMPACADOS PREVIAMENTE EN UNIDADES ESTÉRILES.

A.- JERINGA HIPODÉRMICA: SE USA EN CIRUGÍA PARA IRRIGAR.

B.- AGUJAS DE SUTURA: SE ADQUIEREN EN VARIEDAD DE TAMAÑOS Y FORMAS, ADEMÁS QUE LAS AGUJAS UNIDAS A DIVERSOS TIPOS DE MATERIAL DE SUTURA PUEDEN ADQUIRIRSE EN PAQUETES ESTÉRILES LISTOS PARA USARSE, LA AGUJA DE SUTURA SEMI-CIRCULAR, DE BORDE CORTANTE ES IDEAL PARA LA MAYOR PARTE DE LAS SUTURAS INTRA-ORALES, UNA SECCIÓN TRANSVERSAL CERCA DE LA PUNTA MUESTRA QUE ESTA AGUJA ES TRIANGULAR A ESE NIVEL, -- CON TRES BORDES AFILADOS QUE ABARCA UN TERCIO DEL LARGO DE LA AGUJA (TRAUMÁTICA), PERO TAMBIÉN HAY ATRAUMÁTICAS (REDONDAS).

ESTOS BORDES CORTAN EL TEJIDO, FACILITANDO EL PASO DE

LA AGUJA A TRAVÉS DE MUCO-PERIOSTIO, UN BORDE DE LA AGUJA- DE ESTE TIPO SE LOCALIZA CENTRALMENTE EN LA CURVATURA INTERNA DE LA AGUJA, DE MANERA QUE CUANDO ESTA AGUJA ESTÁ EN EL TEJIDO Y SE TIRA DE ELLA HACIA ARRIBA DURANTE EL PROCESO DE SUTURA, POR ESTA RAZÓN SE HA CREADO UNA AGUJA CON UN BORDE CORTANTE DE INVERSIÓN, QUE TAMBIÉN ES TRIANGULAR, PE RO CON EL LADO COMPLETAMENTE PLANO EN LA CURVA INTERNA, ES TO DESCARTA LA POSIBILIDAD DE QUE LA AGUJA DESGARRE EL TEJIDO.

MATERIAL DE SUTURA:

LA SEDA NEGRA DE TAMAÑO 3-0 Y 4-0 ES SATISFACTORIA EN TRABAJOS INTRA-ORALES, EL DIÁMETRO DE 3-0 (000) ES SUFICIENTEMENTE FUERTE PARA NO ROMPERSE AL ESTAR SUTURANDO, NO ES TAN VOLUMINOSO PARA QUE AL PACIENTE LE RESULTE MOLESTO, SUS NUDOS SON DE TAMAÑO ADECUADO, EL TRENZADO TIENDE A IMPEDIR QUE EL HILO SE TUERZA Y ENREDE DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE SUTURA, LOS MATERIALES TRENZADOS O ENROLLADOS TIENEN ACCIÓN CAPILAR QUE TIENDEN A DRENAR SECRECIONES BUCALES DENTRO DE LOS TEJIDOS, Y SI NO HAN SIDO CUIDADOSAMENTE PREPARADOS LOS ESPACIOS, ENTRE CABOS TRENZADOS O ENROLLADOS PUEDEN ALBERGAR BACTERIAS.

LA SEDA NEGRA DE SUTRA DE TAMAÑO 6-0, SE USA PARA CERRAR ALGUNOS TIPOS DE INCISIONES CUTÁNEA, EL NÚMERO CRECIENTE DE CEROS DEL MATERIAL DE SUTURA INDICA UN DIÁMETRO DE CRECIMIENTO.

CLASIFICACIÓN DE MATERIAL DE SUTURA:

ABSORBIBLES Y NO ABSORBIBLES.

CATGUT SE ABSORBE EN UN TERMINO DE 8 A 10 DIAS, ES UN MATERIAL ÓRGANICO.

ENTRE LOS NO ABSORBIBLES TENEMOS DE ORIGEN:

VEGETAL: SUTURA A BASE DE ALGODÓN Y LINO.

ANIMAL: SEDA, CRIN DE FLORENCIA

MINERAL: ALAMBRE DE ACERO INOXIDABLE PLATA Y ORO.

SUTURA SINTÉTICA: NYLÓN Y DERMALÓN.

FIBRA TRENZADA, SE USA EN LOS MATERIALES MERSILENE -- (ETHICON, INC) Y TEVDEK (J.A DEKNATEL SON, INC.). ESTOS MATERIALES HAN SIDO TRATADOS DE MODO QUE PUEDAN USARSE COMO HILOS MONO-FILAMENTOS DE CATGUT, ES UN MATERIAL SE SUTURA SIN TRENZAR Y SIN ENROLLAR, NO TIENEN LA PROPIEDAD CAPILAR DE LA SEDA TRENZADA. EL CATGUT ES EL MÁS IRRITAN--

TE, Y EL CATGUT CRÓMICO EL MENOS IRRITANTE DE LOS HILOS -- CATGUT (CATGUT TEÑIDO PARA AUMENTAR LA RESISTENCIA Y RETARDAR SU ABSORCIÓN). EL CATGUT ES ABSORBIBLE, PERO EL TIEMPO NECESARIO PARA ABSORCIÓN NO PUEDE DECIRSE CON EXACTITUD EL CATGUT CRÓMICO 3-0 SE REABSORBE MÁS LENTAMENTE QUE EL-- CATGUT SIMPLE EN LAS MISMAS CONDICIONES.

LOS MATERIALES DE SUTURA ABSORBIBLES, GENERALMENTE SE USAN PARA CERRAR LOS PLANOS PROFUNDOS DE LOS TEJIDOS EN HERIDAS QUIRÚRGICAS Y EN LACERACIONES PROFUNDAS, UNA LACERACIÓN PROFUNDA DE LA LENGUA PUEDE CERRARSE MEJOR COLOCANDO-CATGUT 3-0 PARA LA SUPERFICIE.

EL ACERO INOXIDABLE, DE DIÁMETRO 4-0 ó 5-0 ES EL MENOS IRRITANTE DE LOS MATERIALES DE SUTURA MONO-FILAMENTOS, LA MAYOR DESVENTAJA DE ESTOS MATERIALES ES SU RIGIDEZ, QUE PUEDE CAUSAR ALGUNAS IRRITACIONES EN LA CAVIDAD BUCAL, POR QUE LOS CABOS CORTADOS PUEDEN PROYECTARSE A MEJILLAS Y LENGUA, Y SU USO ES LIMITADO.

APARATOS DE IRIGACIÓN:

LA CIRUGÍA BUCAL QUE INCLUYE EXPOSICIÓN Y PENETRACIÓN PROFUNDA DE HUESO, REQUIERE DE SUFICIENTE LÍQUIDO DE IRRI-

GACIÓN, EL CUAL DEBERÁ ESTAR ESTÉRIL.

UNA JERINGA GRANDE DE PERA O UNA JERINGA DE 10 ml. -- CON ESTUCHE DE LUERLOCK Y CÁNULA DE PLATA MALEABLE (SKLAR-#1015), SON ADECUADOS Y CONVENIENTES PARA APLICAR LA SOLUCIÓN SALINA NORMAL ESTERIL DIRECTAMENTE EN EL EXTREMO DEL INSTRUMENTO CORTANTE ROTATORIO DE BAJA VELOCIDAD, QUE ES -- EL ADECUADO, LA ALTA VELOCIDAD PRESENTA ALGUNAS COMPLICACIONES, LA IRRIGACIÓN TAMBIÉN LA PODEMOS APLICAR DENTRO DE DEFECTOS ÓSEOS O EN EL SURCO DEL COLGAJO REFLEJADO PARA -- ASEGURAR DEBRIDAMIENTO E IRRIGACIÓN COMPLETA DEL ÁREA QUIRÚRGICA, ESTE EQUIPO ES TAMBIÉN ÚTIL EN EL TRATAMIENTO POS OPERATORIO, DE ESTAS HERIDAS PROFUNDAS EL EXTREMO DE LA CÁ NULA PUEDE COLOCARSE DIRECTAMENTE DENTRO DE LAS PROFUNDIDADES DE LOS SITIOS QUE REQUIEREN IRRIGACIÓN.

COMPRESAS:

CON FRECUENCIA SE USAN COMPRESAS DE GASA ESTÉRILES DE 5 x 5 cms. DURANTE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS BUCALES, -- PARA RETIRAR PEQUEÑAS CANTIDADES DE SANGRE, PARA CONTROLAR EL SANGRADO EJERCIENDO PRESIÓN DIGITAL SOBRE UNA O DOS COMPRESAS SOSTENIDAS CONTRA EL PUNTO CORTANTE.

INSTRUMENTOS:

LOS INSTRUMENTOS NECESARIOS PARA EL DENTISTA GENERAL-- EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS BUCALES VARÍAN DEPENDIENDO-- DEL NÚMERO Y EL CARÁCTER DE LAS OPERACIONES QUE INTENTA -- REALIZAR, SIN EMBARGO, ALGUNOS TIPOS CLÁSICOS SE HAN GENERALIZADO MUCHO CON LOS AÑOS Y SON EMPLEADOS POR GRAN NÚMERO DE ODONTÓLOGOS.

LISTA DEL INVENTARIO MÍNIMO DE INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS.

- BISTURÍ - MANGO BARD-PARKER #13
- HOJA DE BISTURÍ BARD-PARKER #11, 12 y 15.
- TIJERAS TIPO DEAN, RECTAS O EN ANGULO Y LAS DE GOLD MAN FOX.
- TIJERAS DE SUTURA.
- JERINGAS
- FRESA DE BAJA VELOCIDAD DE FISURA Y DE BOLA.
- PINZAS GUBIA CLÁSICA O DE TIPO BLUMENTHAL (ALVEOLO- TOMO).
- LIMA DE HUESO DE DOS PUNTAS (HUFRIEDY #21).
- ELEVADOR DE PERIOSTIO MOBT #9 o HOPKINS.
- ELEVADORES RECTOS, DE BANDERA
- CURETAS DE DOBLE PUNTA, QUIRÚRGICAS DE MILLER #10,- 11, 12 (HUFRIEDY).

- PINZAS HEMOSTÁTICAS DE MOSQUITO, CURVAS O RECTAS.
- PORTA-AGUJAS GARDER, 12.5 ó 15 cms.

BISTURIES:

PUEDEN SER UNA UNIDAD INTEGRAL CON HOJA Y MANGO UNID--DOS, O PUEDE CONSTITUIRSE EN UN MANGO CON UNA HOJA DESMONTABLE Y DESECHABLE, EN UN MANGO #3 PUEDE MONTARSE UNA HOJA #11 (ES UNA HOJA RECTA Y PUNTEAGUDA), #12 (HOJA FLACIFORME CON UN BORDE CORTANTE CONVEXO, QUE SE VUELVE RECTO A MEDIDA QUE SE APROXIMA AL MANGO.

TIJERAS:

SON DE MÚLTIPLES FORMAS Y SIGUEN UN SISTEMA CLÁSICO--DE IDENTIFICACIÓN Y SUB-DIVISIÓN, LAS TIJERAS EMPLEADAS PARA CORTAR TEJIDOS BLANDOS NO DEBEN USARSE PARA CORTAR HI--LOS DE SUTURA NI OTRO MATERIAL, LOS EXTREMOS CORTANTES DE LOS INSTRUMENTOS PUEDEN SER PUNTIAGUDOS, Y POR ELLO AFILADOS O REDONDEADOS Y ROMOS, CADA PAR DE TIJERAS TIENE DOS--HOJAS, PUEDE IDENTIFICARSE COMO ROMAS, CUANDO LOS EXTREMOS DE AMBAS HOJAS PUNTIAGUDAS Y LA OTRA REDONDEADA, Y AFILADAS CUANDO AMBAS SON PUNTIAGUDAS.

LAS TIJERAS QUE SE EMPLEAN PARA CORTAR TEJIDOS BLAN--DOS, PUEDEN TENER UNA HOJA LIGERAMENTE ASERRADA PARA QUE -EL TEJIDO NO SE DESLIZE HACIA ADELANTE ENTRE LAS HOJAS, Y-DANDO LUGAR A BORDES ESCABROSOS, LOS MANGOS DE LAS TIJERAS PARA USO INTEGRAL-ORAL, PUEDEN SER LIGERAMENTE CURVOS Y --LAS HOJAS SON RECTAS O LIGERAMENTE CURVAS E INCLINADAS A--CUALQUIER ÁNGULO A PARTIR DEL PUNTO DE APOYO.

LAS TIJERAS DE DEAN, CON MANGO LIGERAMENTE CURVADO Y-HOJA ASERRADA, CON LAS QUE SE USAN MÁS COMÚNMENTE PARA CO-R-TAR GRANDES EXTENSIONES DE TEJIDO BLANDO, TANTO LAS DE ---DEAN Y LAS DE METZEBAUM PUEDEN EMPLEARSE PARA DISECCIÓN INSERTÁNDOLAS EN LOS TEJIDOS CON LAS HOJAS UNIDAS Y ABRIÉNDO LAS CUIDADOSAMENTE PARA SEPARAR LOS TEJIDOS QUE QUEDEN EN-CIMA.

CINCELES Y MARTILLOS:

LOS CINCELES PUEDEN ADQUIRIRSE EN VARIOS LARGOS Y AN-CHOS DE MANGOS, EL EXTREMO CORTANTE TIENE UN BISEL QUE PUE-DE SER SENCILLO PARA EXTRAER TEJIDO ÓSEO, EL HÁBIL EMPLEO-DE UN CINCEL DE BISEL SENCILLO SE COLOCA BAJO A LA PROFUN-DIDAD DEL HUESO A GOLPEAR, SI SE COLOCA CONTRA EL HUESO EL

CINCEL PASARÁ ROSANDO A LO LARGO DE LA SUPERFICIE.

LOS MANGOS DE ALTA VELOCIDAD Y LOS BURILES DE CARBURO, SON MÁS ÚTILES PARA SECCIONAR DIENTES Y CORTAR HUESO, SE TIENE UN BUEN CONTROL SOBRE ÉL, Y SE SIENTE SEGURO AL USARLO, LOS MARTILLOS PARA GOLPEAR CINCELES, VIENEN EN UN GRAN NÚMERO DE FORMAS Y MATERIALES, TIENEN CABEZA PESADA Y PUEDEN TENER PLOMO O NYLÓN EN LAS SUPERFICIES DE CONTACTO, PARA AMORTIGUAR EL RUIDO, SE RECOMIENDA EL USO DE FRESAS Y NO DE CINCELES EN ESTE TIPO DE CIRUGÍA, YA QUE LAS PRIMERAS SON MENOS TRAUMÁTICAS.

IMPACTADORES:

EXISTEN DOS TIPOS: (NO RECOMENDADOS)

- a.- LOS CINCELES DE RESORTE
- b.- LOS CINCELES DE MOTOR.

ALGUNOS DENTISTAS PREFEREN CONTROLAR, TANTO EL EXTREMO CORTANTE DEL INSTRUMENTO COMO EL DE DAR EL GOLPE CON UNA SOLA MANO, LO CUAL ES SOLO POSIBLE EMPLEANDO IMPACTADORES.

LAS HOJAS PUEDEN INSERTARSE EN TODO MODELO, SE PARECE A LOS ELEVADORES Y A LOS CINCELES, Y POR ELLO OFRECE UNA --

GRAN VARIEDAD DE USOS; LUXACIÓN Y PARTICIÓN DE DIENTES Y EX TRACCIÓN DE HUESO. EL IMPACTADOR DE CORREA DE TRANSMISIÓN NECESITA UN MOTOR PARA OPERARLO. (NO RECOMENDABLES).

PINZAS GUBIAS:

SE UTILIZAN PARA CORTAR HUESO, TIENEN UN RESORTE ENTRE LAS DOS HOJAS DEL MANGO, PUEDE CORTAR CON AMBOS LADOS DE -- LAS PINZAS, Y CON LA PUNTA CORTAR SOLAMENTE DE UN LADO, POR LO GENERAL SON ÚTILES DOS TIPOS:

EL QUE CORTA CON UN LADO Y EL QUE CORTA EN TRES SITIOS (TIPO BLUMENTHAL), EL BORDE DE ESTOS INSTRUMENTOS PUEDE AFI LARSE, PARA CORTAR HUESO CON MÁS FACILIDAD, SE COMPRIMEN -- LOS MANGOS DE LA PINZA CUANDO SE ENCUENTRA ENTRE LOS PICOS- DE UNA ESTRUCTURA DENTAL DURA, EMBOTARÁ EL BORDE AFILADO Y- DOBLARÁ LA PINZA, POR ESTO NO DEBE USARSE PARA EXTRAER RAÍ- CES O DIENTES FIRMEAMENTE INSERTADOS.

LIMAS PARA HUESO:

SON DE GRAN VARIEDAD DE FORMAS Y TAMAÑOS, LA LIMA DE - DOBLE PUNTA HUFRIEDY #21 ES LA MÁS RECOMENDABLE PARA CIRU-- GÍA BUCAL SISTEMÁTICA, SE USA PARA LIMPIAR Y PULIR BORDES -

DE HUESO QUE HAN SIDO MALTRATADOS O COMPRIMIDOS DURANTE LA-
EXTRACCIÓN DE DIENTES U OTRO TIPO DE CIRUGÍA.

LA LIMA CORTA SOLO CUANDO SE TIRA DE ELLA, POR ESTO DE
BE COLOCARSE Y CONTROLARSE CUIDADOSAMENTE, ES PREFERIBLE TE
NER UN PUNTO DE APOYO FIRMEMENTE Y MANEJARLA POR MEDIO DE -
MOVIMIENTOS DIGITALES, PARA EVITAR ARRANCAR Y LACERAR TEJI-
DOS BLANDOS ADYACENTES.

FRESAS:

LA FRESA REDONDA #8, Y LA FRESA DE FISURA #560, SON --
LAS MÁS COMÚNMENTE USADAS EN CIRUGÍA BUCAL, PARA SECCIONAR-
DIENTES Y CORTAR HUESO, PUEDEN OBTENERSE DE LONGITUD QUIRÚR
GICA Y USARSE CON MANGO RECTO O CON MANGO EN ÁNGULO, EL VÁS
TAGO PERMITE UNA VISIBILIDAD MEJOR CUANDO SE OPERA EN LA---
PARTE POSTERIOR DE LA BOCA Y EN LAS PROFUNDIDADES DE LOS AL
VÉOLOS.

AL USARSE LAS FRESAS, SE DEBE USAR SUFICIENTE SOLU---
CIÓN SALINA NORMAL, LIMPIARLA CONTINUAMENTE PARA EVITAR EL-
EMPAQUETAMIENTO DEL TEJIDO QUE SE ESTÁ CORTANDO Y ASÍ EVITA
MOS QUE NO SE PULA, SINO QUE SE CORTE.

ELEVADOR DE PERIOSTIO:

DE MOLT #9, ES UNO DE LOS MÁS COMÚNMENTE USADOS, PARA REFLEJAR TEJIDOS DE AREAS INTERPROXIMALES Y PARA EXTENDER-- LA REFLEXIÓN, PORQUE UNO DE SUS EXTREMOS ES ANGOSTO Y OTRO-- ANCHO, CUANDO EL ELEVADOR DE PERIOSTIO SE MUEVE SOBRE EL -- HUESO, TIENE UNA SENSACIÓN DIFERENTE A CUANDO ESTÁ SOBRE EL PERIOSTIO MÁS SUAVE, Y EL HUESO ES MÁS FIRME.

CURETAS:

SE EMPLEAN PARA QUITAR TEJIDO DE GRANULACIÓN DEL FONDO DE LOS ALVÉOLOS Y PARA EXTRAER MEMBRANAS QUÍSTICAS, A PESAR QUE LA CURETA TIENE FORMA DE CUCHARA NO SE UTILIZA PARA SACAR MATERIAL DEL ALVÉOLO A CUCHARADAS, SINO PARA REMOVER -- LAS MEMBRANAS O EL TEJIDO DE GRANULACIÓN DE LAS PAREDES.

PINZAS DE HEMOSTASIS:

SON DE VARIOS TAMAÑOS, PERO GENERALMENTE LAS PINZAS--- MOSQUITO, CURVAS Y LAS PINZAS DE KELLY, SON ÚTILES EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS BUCALES, PRINCIPALMENTE PINZAN PEQUEÑOS VASOS SANGRANTES DEBIDO A LA LONGITUD DE SUS PICOS Y ES TRÍAS DE LAS SUPERFICIES INTERNAS DE LOS MISMOS, SU PUNTO-- DE APOYO ESTÁ APROXIMADAMENTE A 2.5 cms. DE DISTANCIA, DE--

SUS EXTREMOS DE TRABAJO, LO QUE PERMITE ALCANZAR EL FONDO--
DEL ALVÉOLO.

PORTAAGUJAS:

EL EXTREMO DE TRABAJO DEL PORTAAGUJAS (DEL PUNTO DE --
APOYO A LA PUNTA), ES CORTO, MENOS DE 2.5 cms. NORMALMENTE--
ES ROMO Y LA SUPERFICIE INTERNA DE CONTACTO DEL PISO, TIENE
ESTRÍAS QUE SE ENTRECRUZAN, SUELE TENER UNA DEPRECIACIÓN---
ELÍPTICA EN LOS DOS BOCADOS, ESTA FORMA PERMITE COLOCAR LA-
AGUJA FIRMEMENTE SOSTENIDA POR LOS BOCADOS.

PINZAS DE DISECCIÓN:

ESTÁN AL ALCANCE DE UNA VARIEDAD DE ALICATES, PINZAS--
DE DIENTES DE RATÓN Y PINZAS DE DISECCIÓN ESPECIALES, ÉSTAS
SE EMPLEAN PARA ESTABILIZAR COLGAJOS, ESPECIALMENTE AL SUTU
RAR, PARA ACELERAR EL PROCESO DE SUTURA PARA UNA BUENA APRO
XIMACIÓN DE LOS BORDES DE LOS COLGAJOS.

RETRACTORES:

HAY MUCHOS TIPOS DE RETRACTORES DE MEJILLAS Y DE TEJI-
DOS, PARA PROPORCIONAR UNA MEJOR VISIÓN, Y UN MEJOR ACCESO-
AL ÁREA QUIRÚRGICA, EL RETRACTOR DE TEJIDOS DE BLACK PARA--

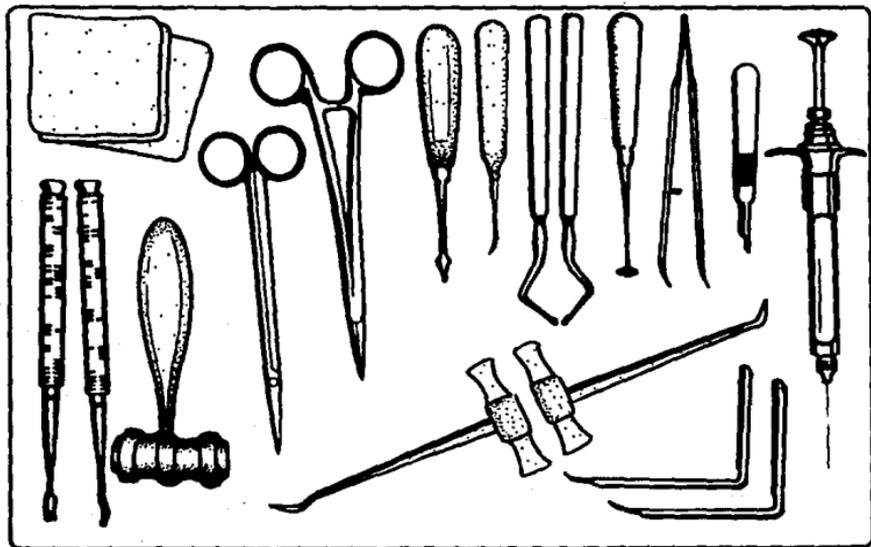
TERCEROS MOLARES Y MEJILLAS (HUFRIEDY), PARA MANTENER MEJILLA Y COLGAJO FUERA, DEL CAMPO OPERATORIO EN EL ÁREA DEL--
TERCER MOLAR, UN DEPRESOR METÁLICO DE LENGUA GUIEDER #2 ES ÚTIL COMO RETRACTOR DE MEJILLAS Y COMO DEPRESOR Y RETRAC--
TOR DE LENGUA.

PARA EXPONER PISO DE LA BOCA Y CARA, LINGUAL DEL BOR--
DE ALVEOLAR INFERIOR.

ORDEN DEL MÍNIMO DE INSTRUMENTAL UTILIZADO EN CIRUGÍA PARA
LA EXTRACCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES:

- a.- UNA MESA DE MAYO, LA BANDEJA SE CUBRE CON CAMPOS--
ESTÉRILES, SOBRE LOS CUALES SE COLOCAN LOS INSTRU--
MENTOS.
- b.- INSTRUMENTOS PARA LA EXTRACCIÓN, LA FORMA EN QUE--
PUEDE ORDENARSE LOS INSTRUMENTOS SOBRE LA BANDEJA.

A) UNA MESA DE MAYO, LA BANDEJA SE CUBRE CON CAMPOS ESTÉRILES SOBRE LOS CUALES SE COLOCAN LOS INSTRUMENTOS.



B) INSTRUMENTOS PARA LA EXTRACCIÓN, LA FORMA EN QUE PUEDE ORDENARSE LOS INSTRUMENTOS SOBRE LA BANDEJA.

CAPÍTULO III

PROGRAMACIÓN DEL ACTO QUIRÚRGICO.

TODO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, DEBERÁ PLANEARSE SIEMPRE, LA HISTORIA DEL PACIENTE, LOS RESULTADOS DE RAYOS X, Y EL DIAGNÓSTICO DEBERÁN REVISARSE ANTES DE OPERAR, PARA TENER SEGURIDAD DE QUE NO HA HABIDO CAMBIOS DE SUBSECUENTES EN EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE, DESDE QUE FUÉ VISITO POR PRIMERA VEZ Y ASÍ ELABORAR EL PLAN QUIRÚRGICO.

LA ASISTENTE DENTAL REvisa EL EQUIPO QUE SE NECESITA PARA LA OPERACIÓN, SI SE NECESITA EQUIPO O INSTRUMENTOS-- ESPECIALES, DEBERÁ ADVERTIRSE A LA ASISTENTE CON ANTICIPACIÓN, EL DENTISTA DEBERÁ PLANEAR LOS PROCEDIMIENTOS ELIGIDOS DE PREFERENCIA A UNA HORA TEMPRANA, PARA QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE DESCANSANDO, AL REALIZAR LA CIRUGÍA. ASÍ AL DENTISTA O ASISTENTE LE ES POSIBLE PONERSE EN CONTACTO CON EL PACIENTE AL FINAL DEL DÍA, PARA ASEGURARSE-- SI NO HAY NINGUNA COMPLICACIÓN.

EL DENTISTA NO DEBERÁ PLANEAR NINGUNA OPERACIÓN----
CUANDO ESTÁ A PUNTO DE ABANDONAR LA CIUDAD O SI LA REALI
ZA Y SALE DE VIAJE, LO DEBERÁ RECOMENDAR CON ALGUNO DE--
SUS COLEGAS PARA QUE LO REVISE, EL DENTISTA QUE REALIZÓ-
LA OPERACIÓN DEBE INFORMAR A SU COLEGA QUE TIPO DE CIRU-
GÍA HA REALIZADO.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

DEBE INFORMARSE AL PACIENTE EL TIEMPO QUE DURARÁ LA
OPERACIÓN, DE LA ASISTENCIA POSTOPERATORIA TEMPRANA, EL
PERÍODO DE CONVELESCENCIA, LA ALIMENTACIÓN POSTOPERATO--
RIA TEMPRANA, LA HIGIENE BUCAL, Y LOS HORARIOS DE SERVI-
CIO.

DEBE DE DARSE AL PACIENTE UNA RECETA ANTES DE LA --
OPERACIÓN PARA ANALGÉSICOS O NARCÓTICOS, DE MODO QUE PUE
DA ESTAR A SU DISPOSICIÓN Y NO COMPRAR LOS MEDICAMENTOS-
DESPUÉS DE LA OPERACIÓN, ALGUNOS PACIENTES DIABÉTICOS DE
BERÁN CONSULTAR CON SU MÉDICO RESPECTO A SUS NECESIDADES
INSULÍNICAS Y DIETÉTICAS, DURANTE EL PERÍODO POSTOPERATO
RIO INMEDIATO, LOS PACIENTES QUE TENGAN CUALQUIER PROBLE
MA MÉDICO, IMPORTANTE DEBERA ASEGURÁRSELE QUE EL DENTIS-
TA SEA ENTERADO DE ELLO.

PROBLEMAS ORIGINADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS:

LA RETENCIÓN DE CUALQUIER DIENTE, PRODUCE TRASTORNOS DE DIVERSA ÍNDOLE, ALGUNOS SON ASINTOMÁTICOS PARA EL PACIENTE, LOS POSIBLES PROBLEMAS SON:

1.- MECÁNICOS: LOS DIENTES RETENIDOS ACTÚAN MECANICAMENTE SOBRE EL DIENTE VECINO, PUEDE PRODUCIR TRASTORNOS EN SU NORMAL COLOCACIÓN EN LA MANDÍBULA Y EN SU INTEGRIDAD ANATÓMICA.

a.- TRASTORNOS SOBRE LA INTEGRIDAD ANATÓMICA DEL DIENTE:

LA CONSTANTE PRESIÓN DEL DIENTE RETENIDO O SU SACO DENTARIO SOBRE EL DIENTE VECINO, SE TRADUCE POR ALTERACIONES EN EL CEMENTO, PULPA O DENTINA DE ESTOS DIENTES, PROVOCANDO PROCESOS PERIODONTICOS DE ÍNDOLES E INTENSIDAD VARIABLE.

2.- INFECCIOSOS: ESTÁN DADOS POR DIENTES RETENIDOS, POR LA INFECCIÓN DE SU SACO PERICORONARIO, ESTA INFECCIÓN PUEDE SER POR DIVERSAS CAUSAS Y DISTINTAS VÍAS:

a.- EL PROCESO INFECCIOSO PUEDE PRODUCIRSE COMO UNA COMPLICACIÓN APICAL O PERIODÓNTICA DE UN DIENTE VECINO.

b.- LA INFECCIÓN DEL SACO PUEDE ORIGINARSE POR VÍA HEMÁTICA.

LA INFECCIÓN DEL SACO FOLICULAR SE TRADUCE POR DISTINTOS PROCESOS: INFLAMACIÓN LOCAL, CON DOLORES, AUMENTO DE LA TEMPERATURA, ABSCESO Y FÍSTULAS, OSTEITIS Y OSTEOMIELITIS Y ESTADO SÉPTICO GENERAL.

3.- NERVISA: ES FRECUENTE LA PRESIÓN QUE EJERCE EL DIENTE RETENIDO SOBRE LOS VECINOS, SOBRE SUS NERVIOS O TRONCOS MAYORES, PRINCIPALMENTE SOBRE EL DENTARIO INFERIOR, ORIGINANDO NEURALGIAS INTENSAS.

CAPÍTULO IV

PROBLEMAS ORIGINADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS

LA RETENCIÓN DE CUALQUIER DIENTE PRODUCE TRASTORNOS DE DIVERSOS ÍNDOLES, ALGUNOS SON ASINTOMÁTICOS PARA EL PACIENTE, LOS POSIBLES PROBLEMAS SON:

1.- MECÁNICOS: LOS DIENTES RETENIDOS ACTÚAN MECÁNICAMENTE SOBRE EL DIENTE VECINO, PUEDE PRODUCIR --- TRASTORNOS EN SU NORMAL COLOCACIÓN EN LA MANDÍBULA Y EN SU INTEGRIDAD ANATÓMICA.

a.- TRASTORNOS SOBRE LA INTEGRIDAD ANATÓMICA -- DEL DIENTE:

LA CONSTANTE PRESIÓN DEL DIENTE RETENIDO O SU SACO DENTARIO SOBRE EL DIENTE VECINO, SE TRADUCE POR ALTERACIONES EN EL CEMENTO, PULPA Y DENTINA DE ESTOS DIENTES PROVOCANDO -- PROCESOS PERIODÓNTICOS DE ÍNDOLE E INTENSIDAD VARIABLE.

2.- INFECCIOSOS: ESTÁN DADOS POR DIENTES RETENIDOS, POR LA INFECCIÓN DE SU SACO PERICORONARIO, ESTA INFECCIÓN PUEDE SER POR DIVERSAS CAUSAS Y DISTINTAS VÍAS.

a.- EL PROCESO INFECCIOSO PUEDE PRODUCIRSE COMO UNA COMPLICACIÓN APICAL O PERIODONTICA DE UN DIENTE VECINO.

b.- LA INFECCIÓN DEL SACO PUEDE ORIGINARSE POR VÍA HEMÁTICA.

LA INFECCIÓN DEL SACO FOLICULAR SE TRADUCE POR DISTINTOS PROCESOS: INFLAMACIÓN LOCAL, CON DOLORES, AUMENTO DE TEMPERATURA LOCAL, ABSCESO Y FISTULAS, OSTEITIS Y OSTEOMIELITIS Y ESTADO SÉPTICO GENERAL.

3.- NERVIOSO: ES FRECUENTE LA PRESIÓN QUE EJERCE EL DIENTE RETENIDO SOBRE LOS VECINOS, SOBRE SUS NERVIOS O TRONCOS MAYORES, PRINCIPALMENTE SOBRE EL DENTARIO INFERIOR, ORIGINANDO NEURALGIAS INTENSAS.

CAPÍTULO V

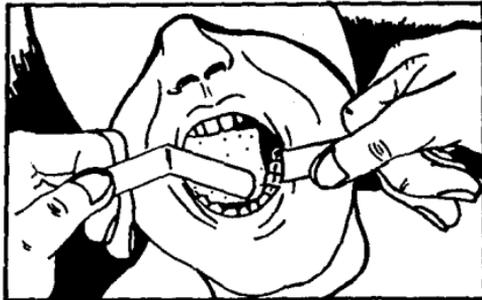
TÉCNICA QUIRÚRGICA

UNA VEZ QUE EL PACIENTE SE HA EVALUADO, LA HISTORIA-CLÍNICA REVISADA, LOS INSTRUMENTOS SELECCIONADOS Y LA --- ANESTESIA ESTABLECIDA, EL PACIENTE DEBERÁ SER PREPARADO Y CUBIERTO CON CAMPOS QUIRÚRGICOS PARA EL PROCEDIMIENTO, Y- CUANDO EL PACIENTE TENGA UNA MALA HIGIENE BUCAL, ANTES DE LA INTERVENCIÓN LE HAREMOS UNA PROFILAXIS.

PARA UN TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO, POR LO REGU- LAR LA INCISIÓN SE HACE PRIMERO EN LA ZONA RETROMOLAR, --- POSTERIORMENTE SE LLEGA AL SEGUNDO MOLAR, EL CUAL SE FES- TONEARA HASTA DONDE UNO CREA CONVENIENTE, ESTO SE HACE--- CON EL FIN DE TENER UN ADECUADO CAMPO PARA LA OPERACIÓN,- AL FESTONEAR ESTE MOLAR ES FRECUENTE UTILIZAR LA TÉCNICA- DE BISEL INVERTIDO.

LA HOJA #15, HACIENDO LA INCISIÓN A UN ÁNGULO DE 45-
ADELGAZANDO LA MUCOSA PARA CREAR UN BISEL INTERNO.

SE EMPLEA LA HOJA DE BISTURÍ BARD PARKER, #15 O A LA
ELECCIÓN DEL CIRUJANO DENTISTA, LA INCISIÓN DEBERÁ EXTEN-
DERSE HASTA EL HUESO, HACIÉNDOLA DE UNA SOLA INTENCIÓN SE
EMPLEARÁ UN ELEVADOR DE PERIOSTIO PARA LIBERAR EL TEJIDO-
INTERDENTARIO, Y EMPEZAMOS A LEVANTAR EL COLGAJO, AL TER-
MINARLO POR COMPLETO, SE SUJETA POR MEDIO DE UN RETRACTOR
COLOCADO SOBRE EL HUESO, SIN EJERCER DEMASIADA PRESIÓN,--
PARA EVITAR QUE EL COLGAJO SE DESGARRE.



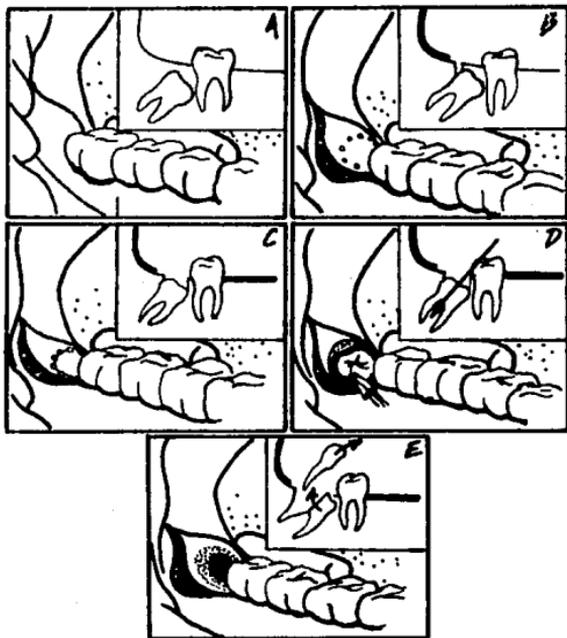
EXPOSICIÓN ADECUADA DEL SITIO DEL TERCER MOLAR PARA-
LA CIRUGÍA, LA GASA ES SUJETADA POR LOS DEDOS DEL CIRUJA-
NO, MIENTRAS QUE EL AYUDANTE RETRAE LOS CARRILLOS.

NOS FORMAREMOS UNA IMAGEN DEL SITIO DONDE SE ENCUENTRA EL DIENTE INCLUIDO, SU RELACIÓN CON EL HUESO ADYACENTE, LUEGO ELIMINAREMOS EL HUESO CON INSTRUMENTOS GIRATORIOS, YA SEA CON FRESA DE BAJA VELOCIDAD DE CARBURO DE BOLA O DE FISURA, AL HACER ESTO DEBEMOS PROPORCIONAR SUFICIENTE IRRIGACION ESTÉRIL.

ESTA ÁREA DEBERÁ SER LO MAS GRANDE POSIBLE, PARA NO PONER EN PELIGRO EL 2o. MOLAR Y EL PUENTE DISTAL DEL HUESO, LOS AGUJEROS HECHOS POR LA FRESA SON UNIDOS, LEVANTÁNDOSE LA TAPA DE HUESO LIBERADA, POSTERIORMENTE CREAMOS UN ESPACIO DE TRABAJO, PARA LA COLOCACIÓN DEL ELEVADOR O DE LA FRESA, PARA TRABAJO DIRECTO SOBRE EL DIENTE PARA FRACCIONARLO O ELEVARLO SI EL DIENTE LO REQUIERE PARA SU EXTRACCIÓN.

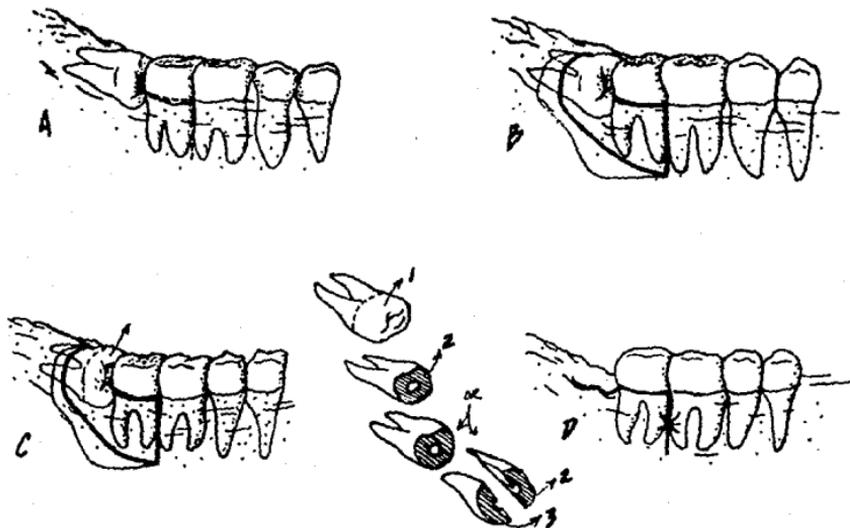
PODEMOS EMPLEAR DIFERENTES MÉTODOS ADICIONALES PARA EL CORTE DE LOS DIENTES INCLUIDOS, SEGÚN EL TIPO DE INCLUSIONES.

- A) DISEÑO DE COLGAJO PARA LA EXTRACCIÓN DE UNA INCLUSIÓN DE CLASE I.
- B) ELIMINACIÓN DE HUESO.



- C) EXPOSICIÓN DE LA CORONA, UTILIZANDO FRESA DE ALTA VELOCIDAD.
- D) SITIO PARA DESPLAZAMIENTO EN EL ASPECTO DISTAL DEL DIENTE INCLUIDO, EL DIENTE HA SIDO FRACCIONADO CON UNCINCEL BIANGULADO.
- E) SE HA EXTRAÍDO LA MITAD DISTAL DEL DIENTE.

PLAN PARA LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO EN FORMA HORIZONTAL.

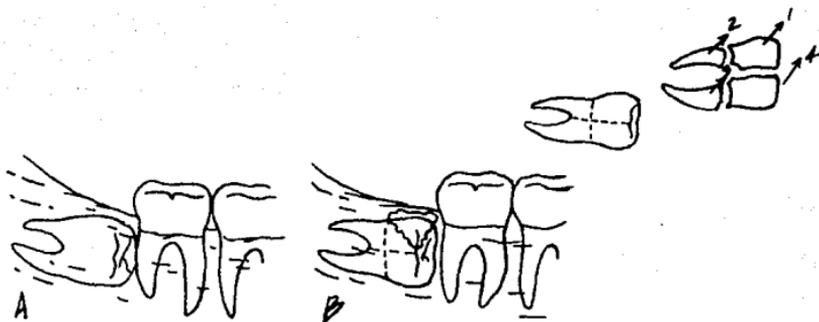


A.- ESBOZO DEL COLGAJO.

B.- COLGAJO LEVANTADO, CORONA EXPUESTA.

C.- SITIO DEL CORTE Y VÍA DE SALIDA DE LA CORONA.

D.- HERIDA SUTURADA Y APOSIITO COLOCADO.



PLAN PARA LA EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES MÁS PROFUN-
DAMENTE INCLUIDOS EN FORMA HORIZONTAL, LOS NÚMEROS INDICAN-
EL ORDEN EN QUE SON RETRAÍDAS LAS PIEZAS.

UNA VEZ RETRAÍDO EL DIENTE, DEBEMOS REVISAR CUIDADOSA-
MENTE LA CAVIDAD, EMPLEANDO LA CURETA, PRIMERO COMO EXPLORA-
DOR PARA ASEGURARSE DE QUE EL ALVÉOLO SE ENCUENTRA LIMPIO, -
TAMBIÉN UTILIZAREMOS IRRIGACIÓN PARA RETIRAR LOS FRAGMENTOS
Y ESQUIRLAS DE HUESO, USAREMOS UNA LIMA DE HUESO PARA ALI--
SAR ÁREAS INTERCEPTALES U OTROS MÁRGENES ÓSEOS. SE CONTRO-
LARÁ EL SANGRADO Y SE COLOCARÁ EL COLGAJO EN SU LUGAR Y POS-
TERIORMENTE SE SUTURA LA HERIDA:

ANTES QUE APLIQUEMOS EL APÓSITO DE PRESIÓN, EL COLGAJO
DEBERÁ SER ALISADO HACIA ARRIBA, PARA QUE NO EXISTA ACUMULA

CIÓN O ESTANCAMIENTO DE SANGRE O SALIVA BAJO EL COLGAJO.

SUTURA: EL MÁS USADO PARA CERRAR INCISIONES INTRAORA--
LES ES EL HILO DE SEDA NEGRA, NO IRRITA LA LENGUA, SU COLOR
SE DISTINGUE MUY BIEN PARA PODERLO RETIRAR FÁCILMENTE PARA-
CERRAR INCISIONES INTRAORALES, ES PREFERIBLE LOS PUNTOS AIS-
LADOS A LA SUTURA CONTINUA, LA PRIMERA PUEDE QUITARSE CON -
FACILIDAD SIN PERTURBAR TODA LA LÍNEA DE SUTURA.

CAPÍTULO VI

TERCEROS MOLARES MAXILARES INCLUIDOS

LAS INDICACIONES PARA LA EXTRACCIÓN DE LOS TERCEROS-MOLARES MAXILARES SON SEMEJANTES A LAS QUE DETERMINAN LA-EXTRACCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES MANDIBULARES. ESTOS-COMPRENEN PROBLEMAS TALES COMO PERICORONITIS, PERIODONTÍ-TIS, CARIES, REABSORCION PATOLOGICA, QUISTES, NEOPLASIAS, Y DOLOR IDEOPÁTICO. SIN EMBARGO, LA FRECUENCIA DE TALES AFECCIONES ES MENOR QUE EN LOS TERCEROS MOLARES INFERIO--RES INCLUIDOS. ESTOS AL IGUAL QUE LOS MANDIBULARES, PUE-DEN ENCONTRARSE TAMBIÉN EN LA BOCA DESDENTADA, ESPECIAL--MENTE SI HAN OCURRIDO EXTRACCIONES MÚLTIPLES EN LA JUVEN-TUD DEL PACIENTE. EN TALES CASOS, EL TERCER MOLAR EN DE-SARROLLO PUEDE HABER SIDO DEJADO CON TODA INTENCIÓN EN SU LUGAR, YA SEA PARA DISMINUIR LA LESIÓN A LA TUBEROSIDAD O A LA ALMOHADILLA RETROMOLAR, SIENDO ESTO NECESARIO PARA -LA ESTABILIDAD Y RETENCIÓN DE LA PRÓTESIS.

LOS TERCEROS MOLARES MAXILARES SON EXTRAÍDOS CON ME-NOS DIFICULTAD QUIRÚRGICA QUE LOS MANDIBULARES DEBIDO A -

QUE EL HUESO DE LA ZONA ES MENOS DENSO, LO QUE PERMITE EL MOVIMIENTO DE LA PIEZA DENTARIA POR MEDIO DE LA TÉCNICA-- DEL ELEVADOR. LA REALIZACIÓN DEL COLGAJO GENERALMENTE-- ES DE TIPO ENVOLVENTE, PERO, CUANDO SEA NECESARIO PUEDE - HACER UNA INCISIÓN VERTICAL EN EL COLGAJO PARA AUMENTAR - LA EXPOSICIÓN EN EL CASO DE UNA INCLUSIÓN SEVERA.

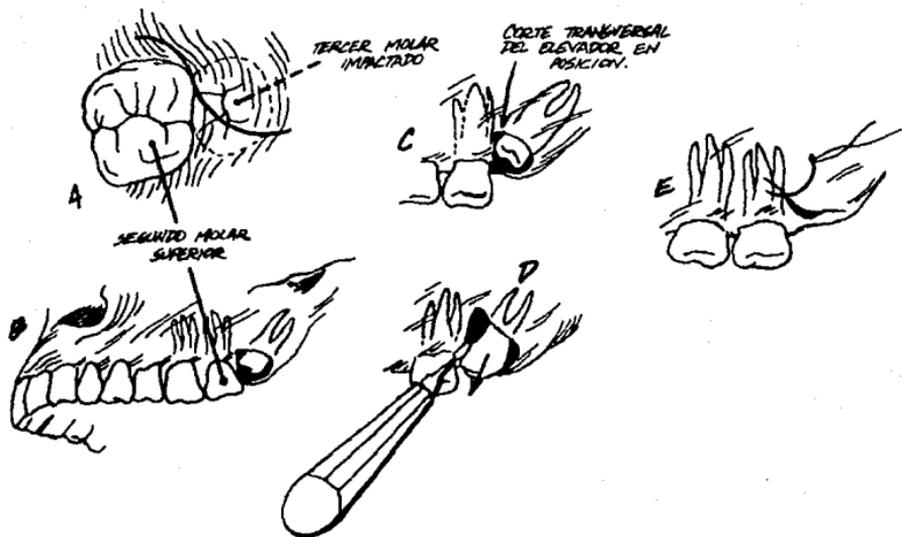
A) IMPACTACIÓN MESIOANGULAR:

LA INCISIÓN SE HACE SOBRE LA CRESTA DEL REBORDE, DES DE LA TUBEROSIDAD HASTA EL SEGUNDO MOLAR, Y SE AGREGA UN-- COMPONENTE VERTICAL EN FORMA OBLICUA HACIA ARRIBA Y HACIA ADELANTE, PARA TERMINAR SOBRE RAÍZ MESIOBUCAL DEL SEGUNDO MOLAR. EL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO SE ELEVA CON CURETA--- MOLT #4; SE COLOCA UN NUEVO CINCEL PARA HACER UN CORTE -- VERTICAL PARALELO A LA RAÍZ DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR. USANDO LIGERAMENTE EL MARTILLO, SE LOGRARA PENETRAR EL TE JIDO ESPONJOSO BLANDO Y LA CORONA DE ESMALTE, A MENUDO SE SIENTE POCO DESPUÉS DE PENETRAR. LA PLACA CORTICAL SE - ELEVA LENTAMENTE SOBRE EL LADO BUCAL DEL DIENTE, O EN CA- SO DE IMPACCIÓN CONSIDERABLE, DEBERÁ EXTRAERSE COMPLETA-- MENTE, SE USA UNA CURETA PEQUEÑA PARA ASEGURARSE DE QUE - HAY ACCESO ENTRE SEGUNDO Y TERCER MOLAR IMPACTADO.

SE EXTRAE EL DIENTE CON ELEVADOR EN PUNTA DE LANZA--
ELEVADOR #34 o 14. LA PUNTA DEL ELEVADOR SE FUERZA EN--
TRE LOS DIENTES, EN EL ÁREA DE OSESECCIÓN Y SE APLICA ---
FUERZA RECTA HACIA ABAJO Y BUCAL. LA PUNTA Y EL BORDE _
INFERIOR DEL ELEVADOR ENTRAN EN CONTACTO CON EL CUELLO---
ANATÓMICO DEL DIENTE Y LO ELEVAN HACIA ABAJO CON ESTOS --
PUNTOS DE VENTAJA. SE TIENE CUIDADO AL VOLTEAR DISTAL--
MENTE EL ELEVADOR (HACIA ATRÁS), PUESTO QUE ESTO AUMENTA--
LA POSIBILIDAD DE FRACTURAR LA TUBEROSIDAD.

EL ÁREA SE DEBRIVA DE MATERIAL TISULAR EXTRAÑO BLAN--
DO Y DURO, LOS BORDES OSEOS SE ALISAN CON LA CURETA. SE
COLOCA UN PUNTO DE SUTURA A TRAVÉS DE LA INCISIÓN DE LA--
CRESTA Y OTRO A TRAVÉS DE LA INCISIÓN VERTICAL.

SE COLOCA UNA COMPRESA LIGERAMENTE HUMEDECIDA EN ---
AGUA, SE INSTRUYE AL PACIENTE PARA QUE LA MUERDA CON FUER
ZA. SE RECETA UNA BOLSA DE HIELO A INTERVALOS DE 10 MI--
NUTOS DURANTE EL RESTO DEL DIA. SE ESTABLECE NIVEL TERA
PÉUTICO DE UN MEDICAMENTO ANALGÉSICO, ADMINISTRÁNDOSE LA--
PRIMERA DOSIS AL LLEGAR A CASA, ANTES DE HABER DESAPARECI
DO EL EFECTO DEL ANALGÉSICO LOCAL.



- A.- INCISIÓN SOBRE LA CRESTA ALVEOLAR EXTENDIDA A TEJIDOS BUCALES.
- B.- ELIMINACIÓN DE HUESO.
- C.- POSICIÓN DEL ELEVADOR EN LA UNIÓN DE CEMENTO Y ESMALTE
- D.- EL MANGO DEL ELEVADOR SE MUEVE HACIA ARRIBA Y HACIA ABAJO.
- E.- SUTURA DE CIERRE.

B) IMPACTACIÓN VERTICAL:

LA IMPACTACIÓN VERTICAL EN EL MAXILAR SUPERIOR, ESPECIALMENTE SI LA CORONA DESCANSA CERCA DEL CUELLO ANATÓMICO DEL SEGUNDO MOLAR, NO PERMITIRÁ ACCESO ENTRE LOS DIEN-

TES PARA OSISECCIÓN NI PARA HACER PLACA CON ALGÚN INSTRUMENTO.

SE HACE UN CORTE ÓSEO VERTICAL, PARALELO AL BORDE -- DEL DIENTE IMPACTADO. EL DELGADO HUESO QUE ESTÁ SOBRE LA SUPERFICIE BUCAL DEL DIENTE SE ELIMINA CUIDADOSAMENTE, O A VECES SE SEPARA DEL DIENTE Y SE DOBLA 1 a 2 mm, HACIA BUCAL. EL CINCEL SE INTRODUCE CUIDADOSAMENTE EN LA PARTE POSTERIOR DE LA SUPERFICIE DISTAL CON OBJETO DE CREAR ESPACIO PARA HACER MOVIMIENTO HACIA ATRÁS.

SE INTRODUCE ENTRE LOS DIENTES ALGUNO DE LOS INSTRUMENTOS DE HOJA DELGADA, DE CUALQUIER TIPO, COMO NO HA SIDO POSIBLE EXTIRPAR HUESO EN ESTE ESPACIO, SERÁ NECESARIO USAR FUERZA CONSIDERABLE. EN CUANTO AL INSTRUMENTO PUEDA EMPUJARSE EN ESE ESPACIO, EL DIENTE PODRÁ EXTRAERSE FÁCILMENTE Y PODRÁ SER DEGLUTIDO O ASPIRADO DE NO EXISTIR-- UNA CORTINA DE GASA ADECUADA QUE CUBRA LA BUCOFARINGE.



SE HACE UNA INCISIÓN LARGA, LA CÚSPIDE DISTAL SE EXTRAE PRIMERO, A LO QUE LE SIGUE ELEVACIÓN DEL DIENTE.

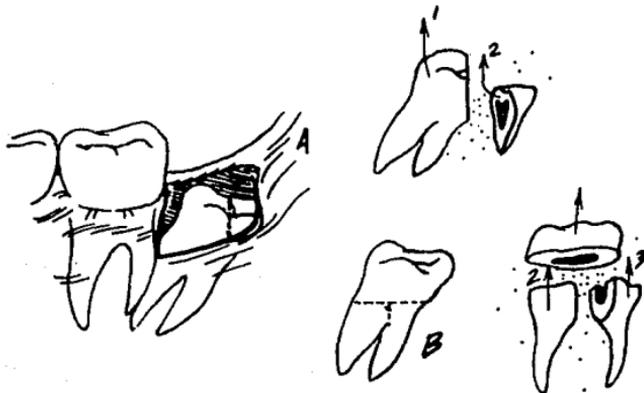
C) IMPACTACIÓN DISTOANGULAR:

SITUACIÓN MUY RARA, REQUIERE UN COLGAJO QUIRÚRGICO -- MAYOR Y ELIMINACIÓN EXTENSA DEL HUESO CIRCUNDANTE. SE-- HACE UNA INCISIÓN EN LA CRESTA MEDIA, EXTENDIÉNDOSE DESDE EL SEGUNDO MOLAR A LA CURVA DE LA TUBEROSIDAD, Y LAS EX-- TENSIONES VERTICALES A BUCAL Y LINGUAL SE HACEN DISTALES-- AL SEGUNDO MOLAR. ESTE COLGAJO EXPONE TODA LA TUBEROSI-- DAD ÓSEA.

SE HACE UNA INCISIÓN ÓSEA VERTICAL EN DISTAL AL SE-- GUNDO MOLAR HASTA EL ÁREA DE LA PUNTA. SE ELIMINA EL -- HUESO DE LA CRESTA ALVEOLAR Y BUCAL. EL ÁREA DISTAL A-- LA IMPACCIÓN SE EXPONE CUIDADOSAMENTE CON UN CINCEL, PRIN-- CIPALMENTE POR PRESIÓN MANUAL.

EL DIENTE SE ELEVA HACIENDO PALANCA SOBRE EL LADO ME-- SIAL, TAN CERCA DE LA PUNTA COMO LO PERMITE EL ACCESO. EL DIENTE PUEDE EMPUJARSE AL ANTRO O A LOS TEJIDOS QUE ESTÁN POR DETRÁS DE LA TUBEROSIDAD. EN OCASIONES, UN SEGUNDO-- INSTRUMENTO (CURETA MOL #15) SE COLOCA SIMULTÁNEAMENTE SO

BRE LA SUPERFICIE DISTAL PARA GUIAR EL DIENTE HACIA ABAJO PUEDEN USARSE VARIOS MÉTODOS DE ALTERNATIVA. SI EL DIENTE SUFRE POSICIÓN DISTOANGULAR GRAVE, PUEDE USARSE UN ELEVADOR #14 SOBRE LA SUPERFICIE CORONARIA DISTAL SUPERIOR - PARA LLEVAR EL DIENTE HACIA ABAJO Y HACIA ADELANTE. A - VECES EL DIENTE DEBERÁ DISECARSE EXTENSAMENTE Y EXTRAERSE CON PINZAS. PUEDE USARSE GELFOAM PARA LLENAR UN DEFECTO EXTENSO, Y LA HERIDA DEBERÁ CERRARSE EN FORMA EXTENSA CON PUNTOS SEPARADOS MÚLTIPLES.



- A) LA CÚSPIDE DISTAL SE DIVIDE. EL DIENTE SE ELEVA PRIMERO Y DESPUÉS SE EXTRAE LA CÚSPIDE DISTAL SECCIONADA.
- B) IMPACCIÓN DISTOANGULAR (VARIACIÓN). EL DIENTE SE SECCIONA EN EL CUELLO ANATÓMICO. LA CORONA SE EXTRAE Y -- LAS RAÍCES SE DIVIDEN Y EXTRAEN SEPARADAMENTE.

CAPÍTULO VII

CANINO INCLUIDO.

DESPUÉS DE LOS TERCEROS MOLARES, LOS CANINOS SON LOS DIENTES QUE CON MÁS FRECUENCIA PUEDEN ENCONTRARSE INCLUIDOS. ESTE SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EN SEXO FEMENINO. LA INCLUSIÓN PALATINA DE ESTOS DIENTES FUE TRES -- VECES MÁS FRECUENTE QUE LA VESTIBULAR, CASI SIEMPRE ES -- UNILATERAL Y EN MUY RARAS OCASIONES ES BILATERAL.

SE HAN PROPUESTO VARIAS CAUSAS EN RELACIÓN CON LOS -- CANINOS INCLUIDOS, TALES COMO CARENCIA DE ESPACIO DEBIDA -- A LA PÉRDIDA DE LOS MOLARES DECIDUALES.

LA IMPACTACIÓN DEL CANINO SUPERIOR SE CLASIFICA COMO LABIAL, PALATINA E INTERMEDIA. LA LOCALIZACIÓN ES MUY -- IMPORTANTE, PUESTO QUE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA ELI -- MINAR LOS TRES TIPOS VARÍAN TANTO QUE SON CASI OPERACIO -- NES TOTALMENTE DISTINTAS. PUEDEN EXAMINARSE RADIOGRA -- FÍAS INTRABUCALES PARA ESTIMAR LA FORMA DEL DIENTE, ASÍ -- COMO SU LOCALIZACIÓN.

LA AUTÉNTICA PROYECCIÓN OCLUSAL HECHA CON "CHASIS" - INTRABUCAL Y LAS PROYECCIONES EXTRABUCALES, FRECUENTEMENTE SON NECESARIAS. LA PALPACIÓN CLÍNICA SOBRE EL LADO-- LABIAL NO ES SEGURA, PUESTO QUE LA PROTUBERANCIA SENTIDA-- PUEDE SER EL DIENTE IMPACTADO O LA RAÍZ DEL INCISIVO O -- PREMOLAR DESPLAZADO LABIALMENTE.

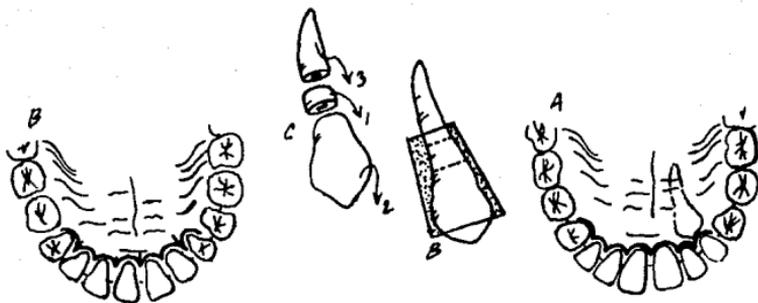
A) POSICIÓN PALATINA DEL CANINO:

LA POSICIÓN PALATINA ES LA MÁS FRECUENTE SITUACIÓN. SE HACE INCISIÓN EN LOS ESPACIOS INTERDENTALES PALATINOS. EMPEZANDO CON EL ESPACIO ENTRE PREMOLARES SOBRE UN LADO Y ALREDEDOR DE LAS FIBRAS GINGIVALES LIBRES PALATINAS Y ESPACIOS INTERDENTALES HASTA EL ÁREA DEL PREMOLAR EN EL --- OTRO LADO. EL PESADO COLGAJO MUCOPERIÓSTICO SE DESPRENDE DEL HUESO CON CURETA MOLT #4. LOS CONTENIDOS DEL AGUJERO INCISIVO SE DIVIDEN CON BISTURÍ EN EL LUGAR EN QUE-- ENTRAN AL COLGAJO.

SE ELIMINA HUESO CON EL CINCEL, EMPEZANDO CON UN PEQUEÑO RECTÁNGULO POR DETRÁS DEL INCISIVO QUE APARESCA MÁS CERCANO A LA IMPACCIÓN DE LA RADIOGRAFÍA. EL RECTÁNGULO TIENE LA MISMA ANCHURA QUE EL CINCEL AL PRINCIPIO Y SE -- AGRANDA EN CUANTO SE LOCALIZA LA CORONA DE ESMALTE. ---

DEBE TENERSE CUIDADO DISECAR ANTERIORMENTE EN LA REGIÓN - DE LOS INCISIVOS, Y DEBERÁ MANTENERSE UN MARGEN DE 1 a 2- mm. DE HUESO ALREDEDOR DE SUS ALVÉOLOS. CUANDO SE HA EX PUESTO LAMITAD O DOS TERCIOS DEL DIENTE, SE HACE UNA HEN- DIDURA EN EL CUELLO ANATÓMICO. SI LA CORONA SE ENCUEN-- TRA CERCA DE LOS INCISIVOS DE MANERA QUE SU PUNTA ESTÉ EN UN SOCAVADO, SE HACE INMEDIATAMENTE UNA SEGUNDA DIVISIÓN, 3mm. HACIA LA PUNTA, A PARTIR DEL PRIMER CORTE. SE RETI RA LA PIEZA PEQUEÑA, SE EMPUJA LA CORONA AL ESPACIO CREA- DO, Y SE EXTRAE, Y SE SACA LA RAÍZ CON ELEVADOR #34 O CU- RETA MOLT.

LAS VIRUTAS ÓSEAS Y DESHECAS SE ELIMINAN, SE ALISAN-- LOS BORDES DE LA HERIDA OSEA CON UNA CURETA, SE COLOCA -- UNA PORCIÓN DE UNA TABLETA DE SULFONAMIDA EN EL DEFECTO, - Y SE CIERRA LA HERIDA CON TRES O CUATRO PUNTOS DE SUTURA- A TRAVÉS DE LOS ESPACIOS INTERDENTALES ANUDANDO SOBRE LA- BIAL. LA PRESIÓN SOBRE UN GRAN ROLLO DE GASA SOBRE EL - PALADAR DURANTE 15 MINUTOS, AYUDA A EVITAR LA FORMACIÓN - DE HEMATOMA MACROSCÓPICO. PARA SOSTENER EL COLGAJO PALA TINO CONTRA EL HUESO, ES ÚTIL UNA FÉRULA PALATINA PREFOR- MADA DE ACRÍLICO TRANSPARENTE. ALGUNOS OPERADORES USAN- UNA INCISIÓN CON TRANSFIXIÓN Y DRENAJE DE CAUCHO A TRAVÉS DE LA MUCOSA PALATINA PARA EVITAR FORMACIÓN DE HEMATOMA-- POR DECLIVE.



A) IMPACTACIÓN DEL CANINO, POSICIÓN PALATINA. DISEÑO DEL COLGAJO DE TEJIDO BLANDO.

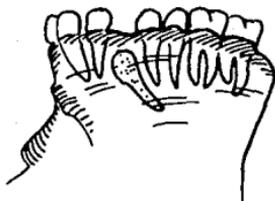
B) SECCIÓN DEL DIENTE.

C) LA SECCIÓN MEDIA SE EXTRAE PRIMERO.

D) CIERRE DEL COLGAJO.

B) POSICIÓN LABIAL DEL CANINO.

DESPUÉS DE HABER LOCALIZADO LA IMPACTACIÓN, SE HACE UNA INCISIÓN GRANDE, EN MEDIA LUNA, EXTENDIÉNDOSE DESDE EL FRENILLO LABIAL HASTA EL ÁREA DEL PREMOLAR, CON LA CURVATURA APUNTANDO HACIA EL BORDE GINGIVAL. SE ELIMINA HUESO LABIAL EN LA FORMA ACOSTUMBRADA. HASTA HABER LOCALIZADO EL DIENTE; PUEDE ESTAR ALTO, SOBRE LA SUPERFICIE FACIAL DEL MAXILAR SUPERIOR, SE LOGRA SUFICIENTE DISECCIÓN HASTA PODER ELEVAR EL DIENTE CON INSTRUMENTOS APROPIADOS.



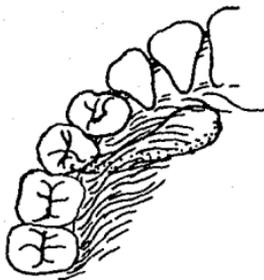
IMPACTACIÓN DEL CANINO, POSICIÓN LABIAL.

C) POSICIÓN INTERMEDIA DEL CANINO:

LA POSICIÓN CORRIENTE DE UNA IMPACTACIÓN INTERMEDIA ES CON LA CORONA SOBRE EL PALADAR Y LA RAÍZ SOBRE LAS PUNTAS DE LOS PREMOLARES, CERCA DE LA CORTEZA BUCAL. INCLUSO CUANDO NO SE FORMULA DIAGNÓSTICO DE LA AFECCIÓN ANTES DE LA AFECCIÓN ANTES DE OPERAR, DEBERÁ SOSPECHARSE SU --- EXISTENCIA AL PRESENTARSE DIFICULTADES PARA EXTRAER LA -- PORCIÓN RADICULAR DE CUALQUIER CANINO COLOCADO PALATINA-- MENTE.

LA EXPOSICIÓN PALATINA SE HACE DE LA MANERA ACOSTUMBRADA, Y SE EXTRAE LA CORONA. SE HACE UN COLGAJO BUCAL-SEPARADO EN LA REGIÓN SUGERIDA POR LOS HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS Y CLÍNICOS, GENERALMENTE POR ENCIMA Y ENTRE LOS PREMOLARES DEL MISMO LADO. LA EXTIRPACIÓN CUIDADOSA DE HUE

SO DESCUBRIRÁ LA EXTREMIDAD RADICULAR DE LA IMPACTACIÓN, -
QUE PUEDE EMPUJARSE DESDE LA ABERTURA BUCAL HASTA LA HERI
DA PALATINA. LOS DOS SITIOS QUIRÚRGICOS SE CIERRAN.



IMPACTACION DEL CANINO, POSICIÓN INTERMEDIA.

CAPÍTULO VIII

SUPERNUMERARIOS

IMPACTACIÓN DE DIENTES SUPERNUMERARIOS.

AUNQUE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS PUEDEN ENCONTRARSE IMPACTADOS EN CUALQUIER ÁREA DE LOS REBORDES ALVEOLARES, MÁS COMÚNMENTE APARECEN AISLADOS ENTRE LOS INCISIVOS CENTRALES (MESIODENS), O PUEDEN SER DOBLES (MESIODENTES).

EN CIRCUNSTANCIAS ORDINARIAS, NO SE PROGRAMA LA EXTRACCIÓN DE MESIODENTES HASTA QUE LAS PUNTAS DE INCISIVOS PERMANENTES HAYAN CERRADO, PORQUE ENTONCES HAY MENOS PELIGRO DE DAÑAR LA PORCIÓN MESENQUIMATOSA EN CRECIMIENTO DE LOS DIENTES PERMANENTES. A VECES LOS INCISIVOS PERMANENTES NO BROTA DEBIDO A INTERFERENCIAS CON LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS. LA OPERACIÓN SE VE COMPLICADA POR LA DIFICULTAD EN LOCALIZAR, IDENTIFICAR Y EXTRAER LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS SIN DAÑAR EL DIENTE PERMANENTE.

LOS DIENTES SUPERIORES ANTERIORES SUPERNUMERARIOS SE EXTRAEN POR LA VÍA PALATINA. CUANDO LAS RADIOGRAFÍAS NO

LOGRAN ESTABLECER CLARAMENTE LA LOCALIZACIÓN DE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS, YA SEA EN ANTERIOR O EN POSTERIOR A LOS DIENTES NORMALES, SE HACE UNA INTERVENCIÓN PALATINA, YA QUE POCOS ESTÁN LOCALIZADOS EN POSICIÓN ANTERIOR.

LA TÉCNICA PARA EXTRACCIÓN ES SIMILAR A LA USADA PARA EXTRAER EL CANINO IMPACTADO COLOCADO PALATINAMENTE. SE HACE UNA INCISIÓN ALREDEDOR DE LOS CUELLOS DE LOS DIENTES SOBRE EL PALADAR, DE PRIMER PREMOLAR A PRIMER PREMOLAR, SE ELEVA UN COLGAJO PALATINO. DE NO ENCONTRARSE PROTUBERANCIAS QUE SIRVAN DE IDENTIFICACIÓN SOBRE LA SUPERFICIE ÓSEA, SE INICIA LA OSISECCIÓN POR DETRÁS DEL INCISIVO CENTRAL, POSTERIOR AL AGUJERO INCISIVO. SE DEJA UN ANILLO DE HUESO ALREDEDOR DEL INCISIVO CENTRAL. SE LLEVA A BO LA DISECCIÓN HACIA ARRIBA Y HACIA ATRÁS, HASTA ENCONTRAR EL ESMALTE. SI LOS INCISIVOS CENTRALES PERMANENTES NO HAN BROTADO, EL DIENTE ENCONTRADO DEBERÁ, POR SU ANATOMÍA DIFERENCIARSE DEL INCISIVO CENTRAL PERMANENTE NO BROTADO, SE EXTIRPA SUFICIENTE HUESO PARA SACAR EL DIENTE. CUANDO SE PRODUCEN IMPACTACIONES BILATERALES, EL SEGUNDO-DIENTE SERÁ MENOS DIFÍCIL DE ENCONTRAR POR LA EXPERIENCIA OBTENIDA AL LOCALIZAR EL PRIMERO. LA HERIDA SE TRATA Y SE CIERRA EN LA FORMA ACOSTUMBRADA.

SI ESTÁ INDICADA LA INTERVENCIÓN LABIAL (GENERALMENTE PARA UN MESIODENS SENCILLO), SE HACE UNA INCISIÓN GRANDE EN MEDIA LUNA ENTRE LOS INCISIVOS LATERALES, Y SE ELEVA EL COLGAJO. SE EXTIRPA HUESO SEGÚN INDIQUE LA RADIOGRAFÍA, EMPEZANDO TAN ALTO SOBRE LA PLACA CORTICAL COMO SEA NECESARIO. SE IMPONE LOGRAR DISECCIÓN CUIDADOSA, DE MANERA QUE LAS RAÍCES PERMANENTES NO RESULTEN DAÑADAS, SE CIERRA SEGÚN EL MÉTODO ACOSTUMBRADO.

LOS PREMOLARES SUPERNUMERARIOS IMPACTADOS SON DIFÍCILES DE EXTRAER POR LA PRESENCIA DE HUESO COMPACTO Y ESTRUCTURAS VITALES, TALES COMO EL CONTENIDO DEL AGUJERO MENTONIANO EN EL LADO BUCAL Y GLÁNDULAS SALIVALES Y ESTRUCTURAS NEUROVASCULARES EN EL LADO LINGUAL.

LAS RADIOGRAFÍAS OCLUSALES LOCALIZARÁN EL DIENTE EN EL LADO BUCAL O LINGUAL, O TAMBIEN A MITAD DE CANINO ENTRE LAS PLACAS (ESTA ÚLTIMA POSICIÓN ES LA MENOS FRECUENTE).

SE HACE UN COLGAJO DOBLE SOBRE EL LADO BUCAL, QUE CONSISTE DE DOS COMPONENTES VERTICALES A CIERTA DISTANCIA ENTRE SÍ Y UNIDAS POR UNA INCISIÓN ALREDEDOR DE LOS CUELLOS DENTALES. A MENOS QUE EL DIENTE HAYA BROTADO A TRA-

VÉS DE LA PLACA LINGUAL, ES DIFÍCIL Y ARRIESGADO HACER UNA INTERVENCIÓN LINGUAL. EL HUESO BUCAL SOBRE EL DIENTE QUE VA A EXTRAERSE SE EXTIRPA A TRAVÉS DE UNA FENESTRACIÓN CUADRADA HASTA HABERLO DISECADO. EL DIENTE SUPERNUMERARIO - QUE NO ESTÁ COMPLETAMENTE FORMADO, ES MÁS FÁCIL DE EXTRAER (CON UNA CURETA) QUE EL QUE SI LO ESTÁ. DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN, SE COLOCA UN CONO DE SULFONAMIDA EN LA HERIDA, Y TODOS LOS BORDES DE LA INCISIÓN SE APROXIMAN CON PUNTOS DE SUTURA.

LOS MOLARES SUPERNUMERARIOS SE MANEJAN DE MANERA MUY-SINILAR A LOS TERCEROS MOLARES IMPACTADOS, PUESTO QUE EL--DIENTE SUPERNUMERARIO APARECE AL FINAL DE LA SERIE DE LOS-MOLARES.



DIENTES SUPERNUMERARIOS.

- A) LA LOCALIZACIÓN ANTERIOR O POSTERIOR A LOS INCISIVOS---CENTRALES PUEDE SER DIFÍCIL DE PRECISAR.
- B) INCISIÓN ALREDEDOR DE LOS CUELLOS PARA MESIODENTES LOCALIZADOS PALATINAMENTE.

CAPÍTULO IX

CLASIFICACIÓN DE TERCEROS MOLARES

LOS PUNTOS DE DIAGNÓSTICO DEL TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO, SE ESTUDIAN EN EL ORDEN SIGUIENTE:

A) CORONA:

SE OBSERVA EN RELACIÓN CON EL CAPUCHÓN DE ESMALTE,-- PULPA, SUPERFICIE OCLUSAL Y DESPLAZAMIENTO VESTIBULAR,-- LA LÍNEA IMAGINARIA QUE SE TRAZA SOBRE LA SUPERFICIE CON RESPECTO AL DIENTE INCLUIDO. COMPARANDO LAS CUBIERTAS- DE ESMALTE, CON OTRO MOLAR QUE OCUPE UNA POSICIÓN NORMAL LA CÁMARA PULPAR PUEDE SER PEQUEÑA O COMPLETAMENTE OBLI- TERADA, ESTO HACE QUE LA CUBIERTA DE ESMALTE PIERDA SU-- CONTORNO DEFINIDO.

B) RAÍCES:

VARIÁN EN TAMAÑO, DESDE CORTAS HASTA LARGAS, SU FOR- MA PUEDE SER CÓNICA, FUSIONADA, HASTA DOS O MAS RAÍCES - DIVERGENTES, Y SE EXTIENDEN A CUALQUIER DIRECCIÓN.

C) HUESO ALVEOLAR:

EXAMINARLO PARA DETERMINAR SI INTERFIERE CON LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE, DENSIDAD DEL HUESO PARA EVALUAR LA TÉCNICA QUIRÚRGICA, LA CANTIDAD DE HUESO QUE DEBERÁ ELIMINARSE, SE CALCULA EVALUANDO LA CORONA Y LAS RAÍCES EN RELACIÓN CON EL HUESO Y LA LÍNEA DE EXTRACCIÓN.

D) CONDUCTO DENTARIO INFERIOR:

ES IMPORTANTE CONOCER LA PROXIMIDAD DEL CONDUCTO -- DENTARIO INFERIOR, PARA EVITAR LESIONES DEL NERVIO Y LOS VASOS, RADIOGRÁFICAMENTE LA RAÍZ DEL DIENTE SE HACE MÁS-OBSCURA EN EL PUNTO EN DONDE TOQUE EL CONDUCTO.

PELL Y GREGORY: NOS OFRECEN UNA CLASIFICACIÓN DE -- TERCEROS MOLARES INFERIORES, ESTA SE BASA EN UNA POSI---CIÓN EN RELACIÓN DEL SEGUNDO MOLAR CON LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA Y LA RELATIVA PROFUNDIDAD DEL TERCER-MOLAR EN RELACIÓN CON EL EJE MAYOR DEL SEGUNDO MOLAR, ES TO ES:

A) RELACIÓN DEL DIENTE CON LA RAMA ASCENDENTE DE LA MAN-
-- DÍBULA.

CLASE 1.

CUANDO EXISTE SUFICIENTE ESPACIO ENTRE LA RAMA ASCENDE NTE Y LA PARTE DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR, PARA DAR CABIDA A TODO EL DIÁMETRO MEDIO-DISTAL DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR.

CLASE 2.

CUANDO EL ESPACIO ENTRE LA RAMA ASCENDENTE Y EL ESPACIO DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR, QUE EL DIÁMETRO MESIO-DISTAL DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR.

CLASE 3.

CUANDO TODO O LA MAYOR PARTE DEL TERCER MOLAR SE ENCUENTRA DENTRO DE LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA.

B) PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR DENTRO DEL HUESO

POSICIÓN A.- CUANDO LA PORCIÓN MÁS ALTA DEL DIENTE INCLUÍDO SE ENCUENTRA AL MISMO NIVEL OCLUSAL O POR ENCIMA DE LA SUPERFICIE OCLUSAL DEL 2o. MOLAR.

POSICIÓN B.- CUANDO LA PORCIÓN MÁS ALTA DEL DIENTE SE ENCUENTRA BAJO LA LÍNEA OCLUSAL, AUNQUE ENCIMA DE LA LÍNEA CERVICAL DEL SEGUNDO MOLAR.

POSICIÓN C.- CUANDO LA PORCIÓN MÁS ALTA DEL DIENTE SE EN-

CUENTRA AL MISMO NIVEL O POR DEBAJO DE LA
LÍNEA CERVICAL DEL SEGUNDO MOLAR.

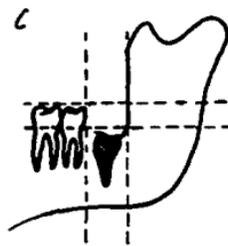
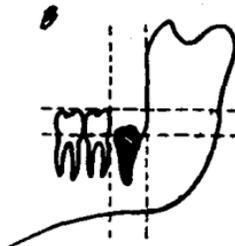
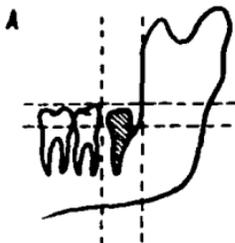
C) LA POSICIÓN DEL DIENTE EN RELACIÓN CON EL EJE MAYOR -
DEL SEGUNDO MOLAR.

- A.- VERTICAL
- B.- HORIZONTAL
- C.- INVERTIDO
- D.- MESIO-ANGULAR
- E.- DISTO-ANGULAR.

EL OBJETO DE ESTE SISTEMA, DE CLASIFICAR LOS TERCE-
ROS MOLARES ES PARA CREAR UNA TÉCNICA ORDENADA, PARA LA-
EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA QUE SE
VA A UTILIZAR, TAMBIÉN ES IMPORTANTE PARA EL ASISTENTE--
PARA QUE SEPA EL TIPO DE INSTRUMENTOS NECESARIOS, AL ---
IGUAL QUE EL TIEMPO QUE SE DEBERÁ APARTAR PARA LA OPERA-
CIÓN.

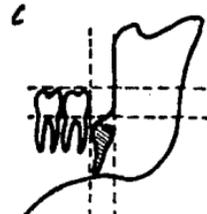
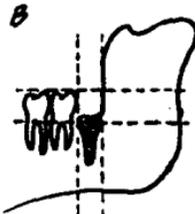
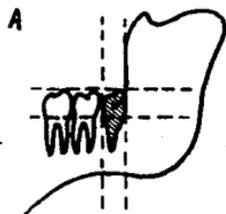
CLASE I

El espacio entre la porción distal del 2o. molar y la rama mandibular es mayor que el diámetro mesio-distal del 3er. molar.



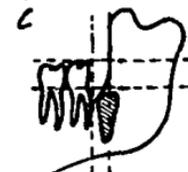
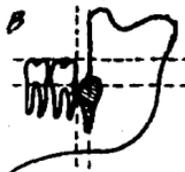
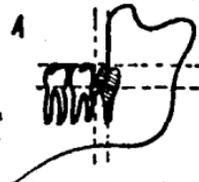
CLASE II

El espacio entre la porción distal del 2o. molar y la rama mandibular es menor que el diámetro mesio-distal del 3er. molar.



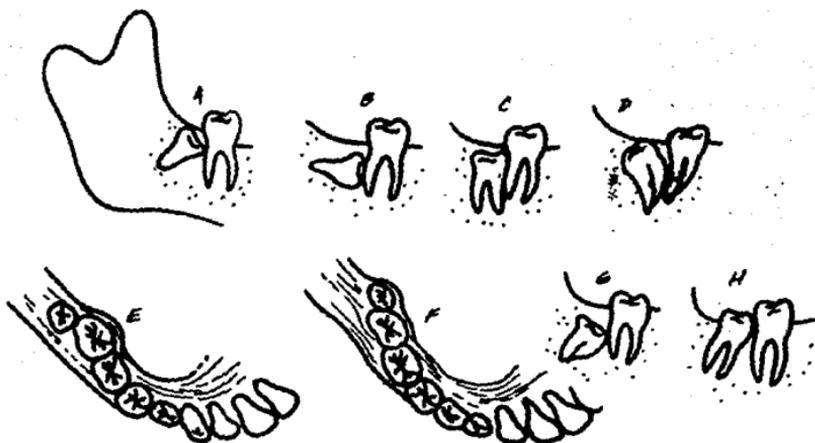
CLASE III

Todo o la mayor parte del 3er. molar se encuentra dentro de la rama mandibular.



CLASIFICACIÓN DE LA INCLUSIONES
DEL 3er. MOLAR.

CLASIFICACIÓN DE DIENTES IMPACTADOS.



A.- MESIO-ANGULAR.

B.- HORIZONTAL.

C.- VERTICAL.

D.- DISTO-ANGULAR.

E.- BUCOVERSIÓN.

F.- LINGUO-VERSIÓN.

G.- NIVEL BAJO.

H.- NIVEL ALTO.

INDICACIONES Y CONTRA-INDICACIONES PARA LA EXTRACCIÓN DE
DIENTES RETENIDOS.

- a.- INDICACIONES: LA EXTRACCIÓN DEL 3er.MOLAR INFERIOR-
ESTÁ INDICADA CUANDO ÉSTE SE ENCUEN--
TRE RETENIDO PARA EVITAR ALGUNA INFECCION,
FORMACIÓN QUÍSTICA O PERICORONITIS.

CLASIFICACIÓN DE LAS INCLUSIONES:

- 1.- RETENCIÓN INTRA-ÓSEA: EL MOLAR ESTÁ COMPLETA O PAR--
CIALMENTE RODEADO DE TEJIDO __
ÓSEO.
- 2.- RETENCIÓN SUB-LINGUAL: EL MOLAR ESTÁ CUBIERTO POR LA
MUCOSA GINGIVAL.

PATOGENIA:

LA RETENCIÓN ES UN PROBLEMA MECÁNICO, EL DIENTE QUE
ESTÁ DESTINADO A HACER SU NORMAL ERUPCIÓN Y ENCUENTRA EN
SU CAMINO UN OBSTÁCULO, OBSTRUYE SU ERUPCIÓN, ORIGINANDO
LA RETENCIÓN, PODEMOS CLASIFICAR EL MOTIVO POR EL CUAL -
UN DIENTE NO ERUPCIONA EN:

a.- RAZONES EMBRIOLÓGICAS: LA ESPECIAL UBICACIÓN DE UN GÉR MEN DENTARIO EN SENTIDO MUY ALEJADO DEL NORMAL--- ERUPCIÓN POR RAZONES MECÁNICAS, ESTO HACE LA IMPOSIBILIDAD DE LLEGAR HASTA EL BORDE ALVEOLAR, EL GÉR MEN DENTAL PUEDE LLEGAR HASTA SU SITIO, PERO NO CON ADECUADA ANGULACIÓN, EL CUAL AL CALCIFICARSE EL DIENTE Y EMPEZAR A ERUPCIONAR LA CORONA TOMA CONTACTO CON-- EL DIENTE VECINO PROVOCÁNDOSE LA RETENCIÓN, LA RAÍZ SE FORMA, PERO SU FUERZA IMPULSIVA NO COLOCA AL DIEN TE EN SU RESPECTIVO EJE PARA QUE ÉSTE ERUPCIONE NOR MALMENTE.

b.- OBSTÁCULOS MECÁNICOS: SON VARIOS LOS OBSTÁCULOS QUE SE PUEDEN INTERPONER A LA ERUPCIÓN NORMAL.

1.- FALTA DE ESPACIO: COMO ES SABIDO EL GÉR MEN DEL-- 3er.MOLAR SE FORMA ENTRE LA PARED DISTAL DEL 2o. MOLAR Y LA PARTE ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA.

CUANDO ESTE ESPACIO ES PEQUEÑO PERMITE LA FORMA CIÓN DEL 3er.MOLAR INFERIOR, PERO NO SU ERUPCIÓN

2.- FORMACIÓN ABUNDANTE DE HUESO, DE TAL MANERA QUE NO PERMITA QUE EL DIENTE ERUPCIONE.

CONTRAINDICACIONES: CUANDO EL 3er.MOLAR INFERIOR HA ERUPCIONADO EN DIRECCIÓN ADECUADA, NO PRESENTA NINGÚN -- PROBLEMA, Y NOS PERMITE LA POSIBILIDAD DE OBTENER PROVECHO PARA FINES PROTÉSICOS.

HISTORIA CLÍNICA.

FECHA _____
NOMBRE _____
DIRECCION _____ ZONA POSTAL _____
TELÉFONO _____ EDAD _____ SEXO _____
ESTATURA _____ PESO _____ PROFESIÓN _____
ESTADO CIVIL _____ PARIENTE MÁS CERCANO _____
TELÉFONO _____

SUBRAYE SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- 1.- ¿HA HABIDO ALGÚN CAMBIO EN SU ESTADO GENERAL DURANTE EL ÚLTIMO AÑO? SI NO
- 2.- ¿EL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO FUÉ? _____
- 3.- ¿ESTÁ USTED BAJO LA ATENCIÓN DE ALGÚN MÉDICO? SI NO
- 4.- SI ES ASÍ, ¿CUAL ES LA NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD QUE ESTÁ SIENDO TRATADA? _____
- 5.- ¿NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO QUE LA ATIENDE? _____
- 6.- ¿HA PADECIDO USTED ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE? SI NO
- 7.- ¿HA SIDO USTED INTERNADO EN ALGÚN HOSPITAL O SANATORIO? SI NO
- 8.- ¿PADECE USTED O HA PADECIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O PROBLEMAS?

- | | | |
|---|----|----|
| a.- FIEBRE REUMÁTICA O ENFERMEDAD CARDIOSA REUMÁTICA? | SI | NO |
| b.- LESIONES CONGÉNITAS CARDIACAS? | SI | NO |
| c.- ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES? | SI | NO |
| d.- OTROS | SI | NO |

CAPÍTULO X

ACCIDENTES EN LA EXTRACCIÓN
DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

SON MÚLTIPLES Y DE DISTINTAS CATEGORÍAS:

A) FRACTURA DEL TERCER MOLAR INFERIOR:

CUANDO NO SE HA PLANEADO ADECUADAMENTE LA INTERVENCIÓN, ES POSIBLE QUE SE NOS FRACTURE LA CORONA DEL MOLAR O LA RAÍZ, ESTO ES POCO FRECUENTE PERO POSIBLE, ES DE IMPORTANCIA EFECTUAR UN ESTUDIO RADIOGRÁFICO DEL MOLAR QUE SE VA A EXTRAER PARA EVITAR LA FRACTURA.

SI ESTO OCURRE, DEBEMOS DE PLANEAR ADECUADAMENTE UN BUEN PLAN DE EXTRACCIÓN, PARA EXTRAER LA PORCIÓN QUE SE NOS QUEDÓ, DE NUEVO NOS AYUDAREMOS DE LOS RAYOS X, PARA SABER EN QUE SITIO SE ENCUENTRA EL RESTO DEL MOLAR, EL--TRATAMIENTO DE FRACTURA DEL MOLAR, ES LA ADECUADA PREPARACIÓN DEL CAMPO OPERATORIO PARA TENER UNA BUENA VISIBILIDAD Y CAMPO PARA TRABAJAR Y DE ESA MANERA EFECTUAMOS -

LA EXTRACCIÓN DE LA PORCIÓN QUE SE NOS QUEDÓ.

B) FRACTURA Y LUXACIÓN DE LOS DIENTES VECINOS:

EL USO DE UNA MALA TÉCNICA NOS ORIGINA ESTE ACCIDENTE, SON POCO FRECUENTES, Y SI ESTO OCURRE SON POR EL MANEJO INADECUADO DE LOS INSTRUMENTOS, POR NO CONTROLAR LA PRESIÓN QUE EJERCEMOS EN EL MOLAR Y ESTA ES TRANSMITIDA A LOS DIENTES VECINOS, PROVOCANDO DE ESA MANERA, LA FRACTURA DE ÉSTOS, ÉSTOS SON LOS FACTORES MÁS COMUNES EN ESTE TIPO DE ACCIDENTES.

C) FRACTURA DE LOS INSTRUMENTOS AL EFETUAR LA EXTRACCIÓN

OCURRE POR LA EXCESIVA FUERZA QUE APLICAMOS SOBRE ELLOS, OCACIONANDO LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS U ÓSEAS, LA FRACTURA DE LA FRESA QUIRÚRGICA ES LA MÁS "COMÚN", AL REALIZAR LA ODONTO-SECCIÓN.

D) FRACTURA DEL BORDE ALVEOLAR:

ES FRECUENTE, NO ES DE MUCHA IMPORTANCIA, POR LO REGULAR EL TROZO DEL HUESO SE ELIMINA CON EL TERCER MOLAR-INFERIOR O QUEDA RELEGADO AL ALVÉOLO, CUANDO ESTO SUCEDE SE DEBE ELIMINAR EL TROZO FRACTURADO, PORQUE DE LO CON--

TRARIO EL SECUESTRO ORIGINA PROCESOS INFLAMATORIOS (OS--
TEITIS, ABSCESOS) QUE NO TERMINAN HASTA LA EXTIRPACIÓN -
DEL HUESO.

E) FRACTURA TOTAL DE LA MANDÍBULA:

ES POCO FRECUENTE, PERO POSIBLE, ESTO OCURRE POR LA
APLICACIÓN INADECUADA DE LAS FUERZAS, LA FRACTURA DE LA-
MANDÍBULA POR LA EXTRACCIÓN DE UN TERCER MOLAR INFERIOR-
RETENIDO, CASI NO SE PRESENTA Y SI SE PRESENTARA ES EN -
EL ÁNGULO O EN LA RAMA.



POSIBLE TIPO DE FRACTURA EN LA EXTRACCIÓN DEL TER--
CER MOLAR RETENIDO.

F) PENETRACIÓN DEL TERCER MOLAR EN REGIONES VECINAS:

DEBIDA A LA APLICACIÓN INCONTROLABLE DE LAS FUERZAS
APLICADAS O DEBILITAMIENTO DE LA TABLA ÓSEA, PUEDE FUGAR
SE A PISO DE BOCA O LUGARES VECINOS, ESTE TIPO DE ACCI--
DENTES ES RARO.

G) LUXACIÓN DE LA MANDÍBULA:

LA SALIDA DEL CÓNDILO DE SU CAVIDAD GLENOIDEA ES PO
CO FRECUENTE, PUEDE SER UNI O BILATERAL, SU TRATAMIENTO-
ES COLOCAR LOS DEDOS PULGARES ENVUELTOS CON GASAS SOBRE-
LA ARCADA DE LA MANDÍBULA, LOS DEDOS RESTANTES SOSTIENEN
LA MANDÍBULA, SE HACE UN MOVIMIENTO FUERTE HACIA ABAJO Y
OTRO HACIA ATRÁS Y ARRIBA.

H) LESIONES DE LAS PARTES BLANDAS:

DESGARRO DE LA MUCOSA GINGIVAL, LENGUA, CARRILLOS,-
LABIOS, ETC., SON FRECUENTES CUANDO NO SE TIENE LA EXPE
RIENCIA NECESARIA Y MAL MANEJO DE LOS INSTRUMENTOS, SI--
ESTO SUCEDE AL TERMINAR LA EXTRACCIÓN, LAS PARTES BLAN--
DAS DESGARRADAS SERÁN UNIDAS POR MEDIO DE SUTURAS.

I) TRAUMA DE LOS LABIOS:

SON FRECUENTES, PORQUE MUCHAS OCASIONES LA RETEN---
CIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR ES COMPLICADA Y SI TENE--
MOS POCA PRÁCTICA, POR LO REGULAR NOS APOYAMOS SOBRE ÉS-
TOS.

J) LESIONES DE LOS TRONCOS NERVIOSOS:

AL EFECTUAR LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR, PUEDE SER LESIONADO EL NERVIIO DENTARIO INFERIOR, ESTO OCURRE CUANDO NO TENEMOS UN ADECUADO ESTUDIO RADIOGRÁFICO, UNA INADECUADA TÉCNICA QUIRÚRGICA, EL NERVIIO PUEDE SECCIONARSE, DESCARRARSE O APLASTARSE CONSTANTEMENTE, POSTERIORMENTE ORIGINA UNA NEURITIS, NEURALGIAS, PARESTESIA EN DIVERSAS ZONAS.

ES IMPORTANTE CONOCER EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE DURANTE LA OPERACIÓN, PORQUE MUCHAS DE LAS VECES ES POSIBLE NO CONOCER UNA LIPOTIMIA Y CONFUNDIRLA CON ALGÚN TIPO DE SHOCK, EN ESTE TIPO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SE TRATA POR LO COMÚN DE LIPOTIMIAS DE VARIABLE INTENSIDAD, LA MÁS FRECUENTE ES DEBIDA AL MIEDO QUE EL PACIENTE PRESENTA A LA OPERACIÓN, SU CUADRO ES: PACIENTE PÁLIDO, FRENTE CON SUDOR PERLADO, RESPIRACIÓN ANSIOSA, MIRADA FIJA, PULSO BAJO, ESTO SE PRESENTA POR POCOS MINUTOS, EL TRATAMIENTO ES: COLOCACIÓN DEL PACIENTE HORIZONTAL CON LA CABEZA MÁS ABAJO QUE EL CUERPO, (POSICIÓN DE TREN DE LEMBURG).

APLICACIÓN DE OXÍGENO DE 4 a 6 LITROS POR MINUTO, TRANQUILIZAR AL PACIENTE, ESPERAR A QUE SE RECUPERE,---

POSTERIORMENTE SI EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN ESTADO --
ADECUADO PROSEGUIMOS LA OPERACIÓN, DE LO CONTRARIO SUS-
PENDEMOS LA OPERACIÓN Y SE LE CITA PARA OTRO DÍA.

DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, ES IMPORTANTE-
CONOCER SI EL SANGRADO ES NORMAL O ANORMAL, DE ACUERDO-
A LA CLASIFICACIÓN DE HEMORRAGIAS:

- a) HIPERTENSIÓN ARTERIAL.- SANGRADO INTERMI--
TENTE EN EL CABO CENTRAL, ES UN SANGRADO--
PROFUNDO, EL CABO PERIFÉRICO EL SANGRADO--
ES CONTINUO Y DE MENOR GRADO.
- b) HIPERTENSIÓN VENOSA.- EL SANGRADO DEL CABO
PERIFÉRICO ES CON MÁS ENERGÍA QUE EL CABO-
CENTRAL, EL SANGRADO ES CONTINUO PORQUE NO
HAY MOVIMIENTOS DE SÍSTOLE Y DIÁSTOLE.
- c) HIPERTENSIÓN CAPILAR.- EL SANGRADO ES CONS-
TANTE, POR EJEMPLO EN UNA EXTRACCIÓN, PERO
SI ESTE SANGRADO NO ES CONTROLADO ADECUADA-
MENTE, SE COMPLICA Y PASA A SER HEMORRAGIA
SECUNDARIA QUE SE PRESENTA 24 HORAS POSTE-
RIORMENTE A LA INTERVENCIÓN.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

LA HEMORRAGIA PRIMARIA O INMEDIATA, SE PRESENTA EN EL MOMENTO EN QUE HACEMOS LA INCISIÓN, EN EL TRANSCURSO DE LA OPERACIÓN, ANTES DE LA FORMACIÓN DEL COÁGULO.

ASÍ MISMO, ES IMPORTANTE TENER UN CONOCIMIENTO ADECUADO DE LOS TIPOS DE SHOCKS, PARA SABER INTERPRETAR -- SUS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ESTOS Y DAR EL TRATAMIENTO ADECUADO Y PRECISO, EN ESTE TIPO DE INTERVENCIONES NO ES-- FRECUENTE PERO SI POSIBLE, ENTRE LOS POSIBLES TENEMOS:

- 1.- SHOCK QUIRÚRGICO.- SE OCASIONA DEBIDO A -- LA REACCIÓN INTENSA DE LA INTERVENCIÓN -- QUIRÚRGICA.
- 2.- SHOCK CARDIOGÉNICO.- CUANDO UNA PERSONA-- TIENE PROBLEMAS CARDÍACOS Y NO ESTÁ BAJO-- TRATAMIENTO MÉDICO Y SE LE APLICA UN ANES-- TÉSICO CON VASO CONSTRICTOR.
- 3.- SHOCK NERVISO.- SE PRESENTA PRINCIPALMEN-- TE EN PACIENTES APRESIVOS.
- 4.- SHOCK ANAFILÁCTICO.- SE PRESENTA EN PA--- CIENTES ALÉRGICOS A LOS ANESTÉSICOS.

EN CASO QUE SE NOS OCURRIERA UN ACCIDENTE DE ESTE-
TIPO, ES RECOMENDABLE COLOCAR AL PACIENTE EN POSICIÓN--
DE TREN DE LEMBURG, OXIGENARLO, AFLOJAR LA ROPA PARA --
QUE HALLA UNA BUENA CIRCULAIÓN DE ANTI-HISTAMÍNICOS, --
POR EJEMPLO: COLOROTRIMETON, ADRENALINA, DEPOMEDRO, ---
APLICARLE A NIVEL DE BISEP.

CAPÍTULO XI

ANATOMÍA DEL NERVIOS DEL MAXILAR INFERIOR.

EL NERVIOS DE LA MANDÍBULA ES MIXTO, PRINCIPALMENTE SENSITIVO, SALE DEL CRÁNEO A TRAVÉS DEL AGUJERO OVAL, -- LLEGANDO A LA FOSA INFRATEMPORAL, DANDO SUS PRIMERAS RAMAS MOTORAS PARA LOS MUSCULOS MASTICATORIOS Y UNA RAMA-SENSITIVA, EL NERVIOS BUCAL SIGUE UN TRAYECTO HACIA ABAJO POR LA CARA EXTERNA DEL MÚSCULO BUCINADOR, EL CUAL--LOS ATRAVIEZA CON NUMEROSAS RAMAS QUE VAN A INERVAR LA-ENCIA ENTRE EL SEGUNDO MOLAR Y EL SEGUNDO PREMOLAR.

A) NERVIOS AURICULOTEMPORAL:

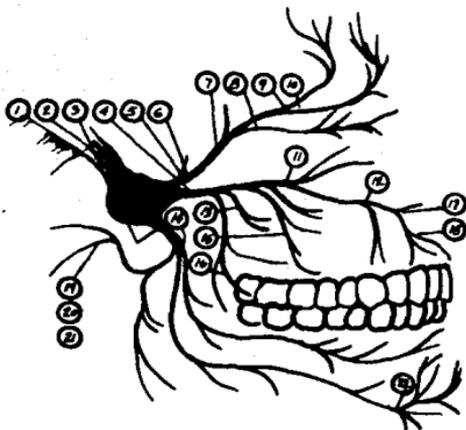
QUE EN UN PRINCIPIO SE LOCALIZA POR DENTRO DEL CUELLO DEL CÓNDILO, SE DIRIGE HACIA ARRIBA PARA SEGUIR POR ADELANTE DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y PARTE DE LA -- CONCHA.

B) NERVIO LINGUAL:

AL PRINCIPIO SE DIRIGE HACIA ABAJO, ENTRE LA RAMA--
DE LA MANDÍBULA Y EL MUSCULO PTERIGOIDEO INTERNO, LUEGO
SE DOBLA EN UN ARCO CONVEXO HACIA ABAJO Y ATRÁS, PENE--
TRA EN LA LENGUA DESDE ABAJO E INERVA SU PORCIÓN CORPO--
RAL.

C) NERVIO ALVEOLRA:

INFERIOR, CORRE PRINCIPALMENTE PEGADO DETRÁS DEL--
NERVIO LINGUAL, LUEGO SE INTRODUCE EN EL ORIFICIO DEL--
CONDUCTO DENTARIO INFERIOR, PARA SEGUIR EN EL CONDUCTO--
DEL MISMO NOMBRE, Y DAR RAMAS QUE INERVAN A LOS DIENTES
Y ENCÍA DE LA MANDÍBULA.



- | | |
|---|---|
| 1.- NERVIO TRIGÉMINO. | 12.- RAMOS ALVEOLARES ANTE-
ROSUPERIORES. |
| 2.- GANGLIO DE GASSER. | 13.- RAMOS ALVEOLARES POSTE-
ROSUPERIORES. |
| 3.- NERVIO MAXILAR INFERIOR
Y AGUJERO OVAL. | 14.- NERVIO BUCAL. |
| 4.- NERVIO MAXILAR SUPERIOR
Y AGUJERO REDONDO MAYOR. | 15.- RAMAS NAALES POSTERIO-
RES. |
| 5.- NERVIO OPTÁLMIICO Y HENDI
DURA ESFENOIDAL. | 16.- NERVIO PALATINO ANTE--
RIOR. |
| 6.- NERVIO NASAL. | 17.- NERVIO INFRAORVITARIO. |
| 7.- NERVIO FRONTAL. | 18.- NERVIO NASOPALATINO. |
| 8.- NERVIO LAGRIMAL. | 19.- NERVIO AURICULOTEMPORAL. |
| 9.- NERVIO FRONTAL EXTERNO. | 20.- NERVIO LINGUAL. |
| 10. NERVIO ORBITARIO INTERNO. | 21.- NERVIO ALVEOLAR INFERIOR |
| 11. NERVIO ORBITARIO. | 22.- NERVIO MENTONIANO. |



- 1.- NERVIO TRIGÉMINO.
- 2.- GANGLIO DE GASSER.
- 3.- NERVIO MAXILAR INFERIOR.
- 4.- NERVIO BUCAL.
- 5.- NERVIO MAXILAR SUPERIOR.
- 6.- NERVIO OFTÁLMICO.
- 7.- NERVIO AURÍCULOTEMPORAL.
- 8.- NERVIO ALVEOLAR INFERIOR.
- 9.- NERVIO LINGUAL.
- 10.- NERVIO MENTONIANO.

TÉCNICAS DE ANESTESIA DEL NERVIJO DEL MAXILAR INFERIOR--
EN LA EXTRACCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES:

1.- TÉCNICA DE ANESTESIA DEL GANGLIO DE GASSER.

SE ENCUENTRA SITUADO EN LA FOSA MEDIA, CERCA DE LA LÍNEA MEDIA, LOCALIZADO POR FUERA DE LA ARTERIA CARÓTI-- DA INTERNA Y EL SENJO CAVERNOSO, UN POCO POR DETRÁS Y -- POR ENCIMA DEL AGUJERO OVAL, SE UTILIZA UNA AGUJA QUE -- INTRODUCIDA A TRAVÉS DEL AGUJERO OVAL PENETRE EN LA CA-- VIDAD DE MECKEL, QUE ESTÁ SITUADO ENTRE LAS DOS CAPAS-- DE LA DURAMADRE QUE ENVUELVE EL GANGLIO, EL AGUJERO --- OVAL ES APROXIMADAMENTE DE 5mm. DE LONGITUD Y 8mm. DE-- DIÁMETRO. EL GANGLIO DE GASSER SE LOCALIZA HACIA ---- ATRÁS, EN LA SUPERFICIE INFRATEMPORAL, POR ATRÁS Y POR-- FUERA DE LA BASE DE LA APÓFISIS PTERIGOIDES, ESTE TIPO-- DE ANESTESIA USUALMENTE NO SE REQUIERE EN LA EXTRACCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES.

INDICACIONES:

CUANDO SE VA A INTERVENIR EN UNA FRACTURA DEL ARCO CIGOMÁTICO, PUESTO COMO LO MENCIONAMOS ANTERIORMENTE, - EN LA EXTRACCIÓN DE UN TERCER MOLAR, POR LO REGULAR NO-- SE USA, PERO ESTO NO DESCARTA LA POSIBILIDAD DE USARSE.

COMPLICACIONES:

SON FRECUENTES LOS HEMATOMAS EN LA MEJILLA.

2.- BLOQUEO DE LAS RAMAS DEL NERVIIO MAXILAR INFERIOR.

TÉCNICA:

(BLOQUEO DEL NERVIIO DENTARIO INFERIOR), CON EL DEDO ÍNDICE SE LOCALIZA LA LÍNEA OBLICUA, (BORDE INTERNO-DE LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA), SE HACE UNA PUNCIÓN POR DENTRO DE ESE PUNTO A 1 cm. POR ENCIMA DEL PLANO OCLUSAL DEL TERCER MOLAR, LA JERINGA SE MANTIENE PARALELA AL CUERPO DE LA MANDÍBULA Y PARALELA AL PLANO --MASTICATORIO DE LOS DIENTES.

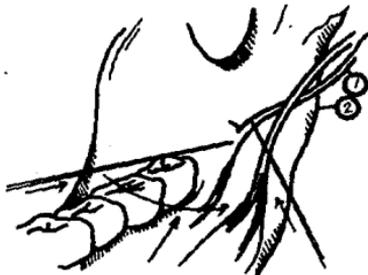
DESDE ESTE PUNTO, LA PUNTA DE LA AGUJA SE INTRODUCE 2cm. PEGADA A LA RAMA INTERNA DE LA MANDÍBULA, AL --MISMO TIEMPO SE DIRIGE LA AGUJA HACIA LOS PREMOLARES---DEL LADO OPUESTO, MANTENIENDO SIEMPRE EL MISMO PLANO HO RIZONTAL, LA PUNTA DE LA AGUJA SE MANTENDRA DURANTE LA-MANIOBRA EN CONTACTO CON LA RAMA, EL PACIENTE DEBE TE--NER BIEN ABIERTA LA BOCA, PARA TENER MAYOR SEGURIDAD EN EL BLOQUEO.

SI ES NECESARIO BLOQUEAR EL NERVIO LINGUAL, SE INYECTA--
UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE ANESTESIA, CUANDO LA AGUJA REBASE LA
LÍNEA MILOHIOIDEA, AUNQUE POR LO GENERAL ESTE NERVIO QUEDA--
BLOQUEADO INDIRECTAMENTE, UNA VEZ QUE SE HAYA ALCANZADO EL--
PUNTO DESEADO, CON LA PUNTA DE LA AGUJA SE INYECTA 1.5 a----
2ml.

ESTE BLOQUEO TAMBIÉN SE PUEDE EFECTUAR INSERTANDO, DES-
DE UN PRINCIPIO LA AGUJA CON LA JERINGA EN LA POSICIÓN FINAL
DESCRITA ANTERIORMENTE Y HACIÉNDOLA AVANZAR DIRECTAMENTE HA-
CIA LA RAMA, CUANDO SE TRATA DE PACIENTES EDENTULOS, DEBEMOS
CONOCER BIEN LAS REFERENCIAS ANATÓMICAS MENCIONADAS, MANTE--
NER LA JERINGA EN EL PLANO HORIZONTAL ADECUADO.

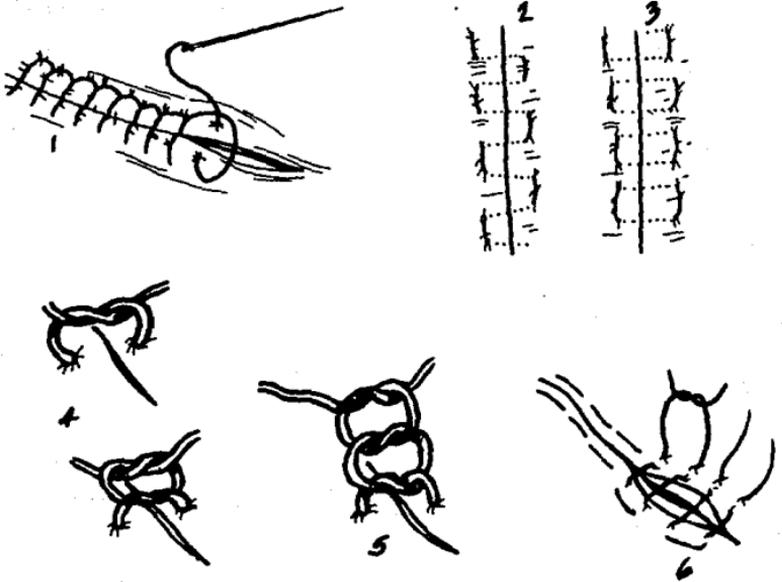
ANESTESIA DEL NERVIO BUCAL LARGO: REFORZAMOS POR BUCAL,
SI ES NECESARIO PARA COMPLETARLA, INFILTRACIÓN DEL PERIOSTIO
Y MUCOSA BUCALMENTE, INYECTANDO EN LA MEJILLA 5 a 1ml. DE --
NESTÉSICO, INMEDIATAMENTE POR ENCIMA DEL PLIEGUE MUCOSO CO--
RRESPONDIENTE AL 3er. MOLAR Y ASÍ ANESTESIAMOS EL NERVIO BU-
CAL.

BLOQUEO DE LAS RAMAS DEL NERVIO MAXILAR INFERIOR.

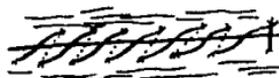


CAPÍTULO XII

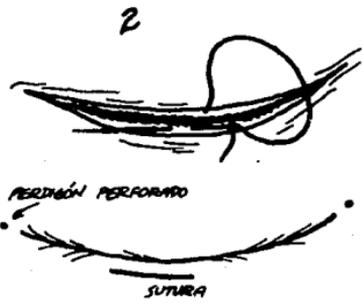
TÉCNICAS DE SUTURA.



- 1.- LA SUTURA DE MANTA O NUDO CONTINUO.
- 2.- LA SUTURA CONTINUA.
- 3.- PUNTOS DE COLCHONERO INTERRUPTIDOS.
- 4.- MÉTODO DE COLOCAR EL PRIMERO Y SEGUNDO MEDIO NUDO--
CUADRADO O AUTÉNTICO.
- 5.- NUDO CUADRADO REFORZADO POR UN TERCER MEDIO NUDO.
- 6.- SUTURA DE COLCHONERO INTERRUPTIDA TIPO HALSTED.



1

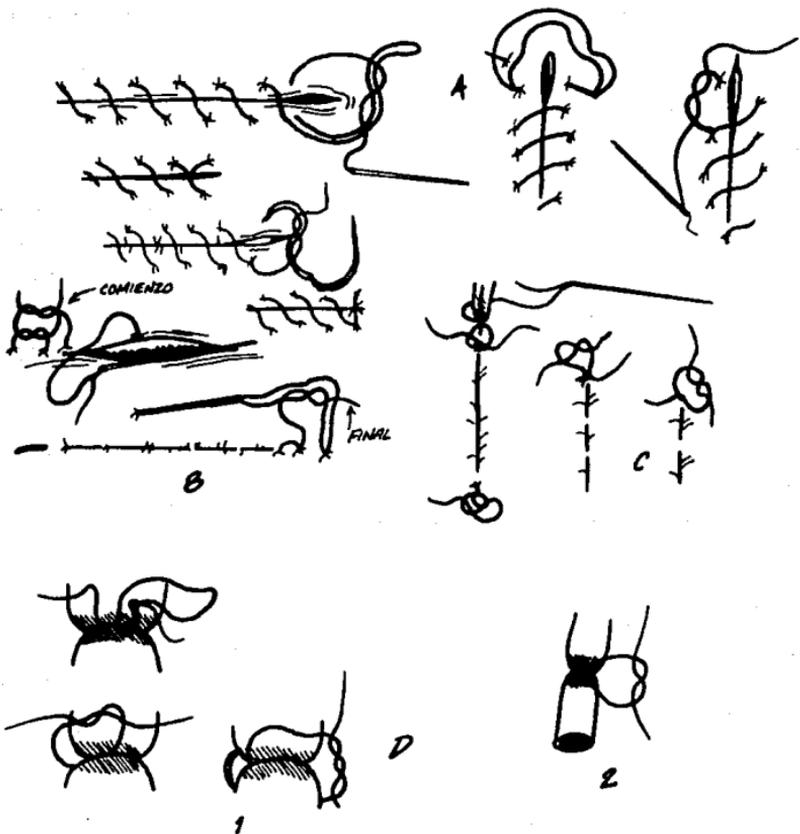


2

1.- DOS MÉTODOS DE SUTURA PARA CERRAR EXTERNAS Y CONTINUAS.

2.- SUTURA INTERADÉRMICA PARA CIERRE DE INCISIÓN EN --- PIEL.

SE USA BALIN PERFORADO PARA ANCLAR LA SUTURA.



A.- MÉTODO PARA REMATAR LAS SUTURAS CONTINUAS, SE DEMUESTRÁ EN EL GRABADO DE MANERA DE ASEGURAR LAS SUTURAS SENCILLAS Y DOBLES.

B.- MANERA DE INICIAR LA SUTURA INTRADÉRMICA COLOCANDO UN NUDO DE CIRUJANO A UN LADO DE LA INCISIÓN.

C.- MÉTODO PARA TERMINAR LA SUTURA INTRADÉRMICA -- CONTINUA POR MEDIO DE UN NUDO DE SOSTÉN ALREDEDOR DEL EXTREMO DEL MISMO HILO DE SUTURA.

D.- LIGADURAS DE TRANSFIXIÓN PARA EVITAR EL DESPLAZAMIENTO.

1.- LIGADURA DE TRANSFIXIÓN DE UN PEDÍCULO.

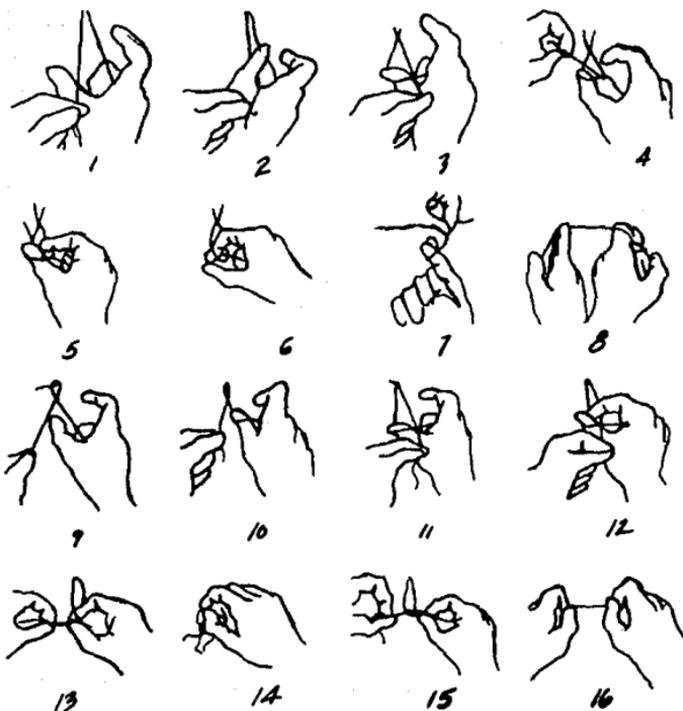
2.- MÉTODO PARA COLOCAR UNA LIGADURA DE TRANSFIXIÓN EN UN VASO.

LIGADURA:

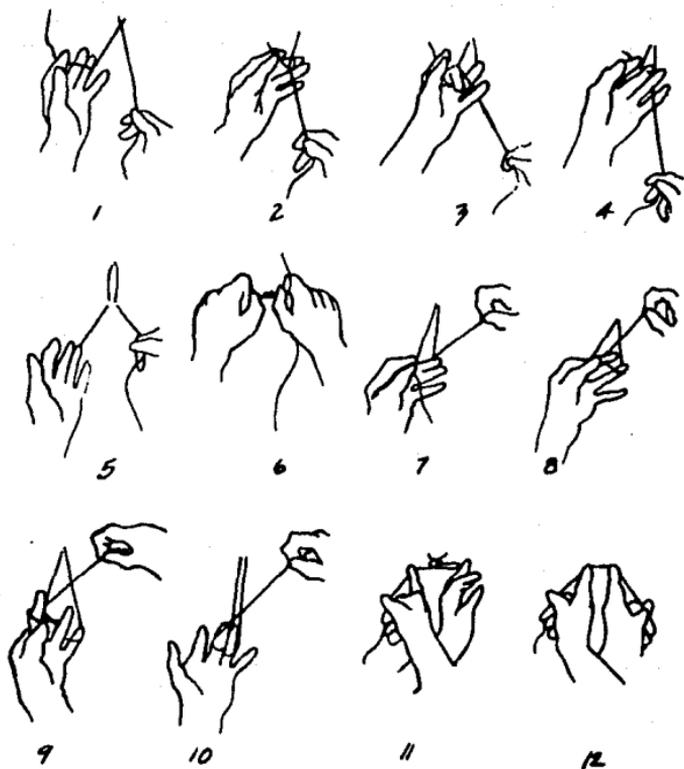
LA LIGADURA DE LOS VASOS SECCIONADOS, POR LO GENERAL SE HACE CON CATGUT, EL GROSOR DEL CATGUT DEPENDERÁ DEL CALIBRE DEL VASO A LIGAR. POR EJEMPLO: VASOS PEQUEÑOS SE PUEDEN LIGAR CON CATGUR #4-0.

VASOS MÁS GRANDES COMO FACIAL - EXTERNA SON CATGUT CRÓNICO.

MÚSCULOS SECCIONADOS PUEDEN UTILIZARSE CATGUT #3-0

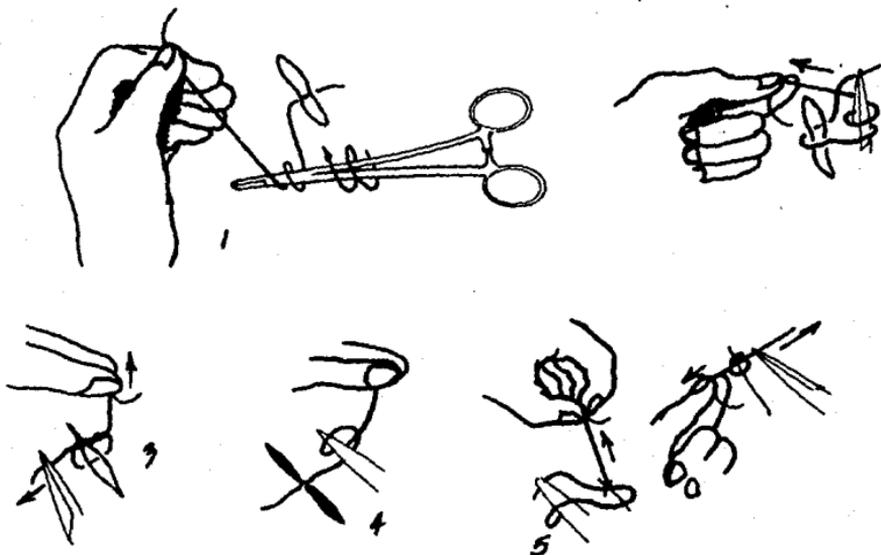


NUDOS UTILIZANDO AMBAS MANOS, PUEDE EMPEZARSE CON CUAL-
QUIERA DE LAS MANOS.



NUDO CON UNA MANO, SE MUESTRA LA MANO IZQUIERDA EMPEZANDO
CON EL EXTREMO CORTO DE LA LIGADURA.

SE PUEDE UTILIZAR CUALQUIERA DE LAS MANOS PARA ESTE PRI-
MER PASO.



TÉCNICA DE NUDO INSTRUMENTAL:

1.- LA AGUJA, EN EL CABO LARGO DEL HILO, SE MANTIENE EN LA MANO IZQUIERDA, MIENTRAS QUE EL PORTAAGUJAS DA DOS VUELTAS EN DIRECCIÓN DE LAS MANECILLAS DEL RELOJ, PARA FORMAR UNA LAZADA.

2.- EL PORTAAGUJAS SE HA CRUZADO PARA ASIR EL CABO CORTO DEL HILO.

3.- LA MANO Y EL PORTAAGUJAS HAN INVERTIDO POSICIONES PARA AJUSTAR EL NUDO.

EL NUDO DEBERÁ QUEDAR A UN LADO DE LA HERIDA.

4.- EL PORTAAGUJAS DA UNA VUELTA EN DIRECCIÓN CONTRARIA A LAS MANECILLAS DEL REJOJ, A LO LARGO DEL EJE -- LONGITUDINAL DEL HILO DE SUTURA PARA FORMAR UN NUDO CUADRADO.

5.- EL INSTRUMENTO HACE EL CABO CORTO DEL HILO AL-- OTRO LADO DE LA HERIDA.

6.- EL NUDO SE AJUSTA EN EL MISMO LADO DE LA HERIDA.

CAPÍTULO XIII

CUIDADOS PRE-OPERATORIOS.

AUNQUE LOS EFECTOS COLATERALES DEBIDO A LA TOXICIDAD DE LOS AGENTES BLOQUEADORES SON POCO COMUNES, HAY UNA SERIE DE PRECAUSIONES QUE EL ODONTÓLOGO DEBE TOMAR, PARA EVITAR QUE SU PACIENTE AMBULATORIO PRESENTA DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL, TRASTORNOS RELACIONADOS CON ALGÚN PADECIMIENTO ORGÁNICO O FUNCIONAL CONCOMITANTE, ASÍ COMO REACCIONES ATRIBUIBLES A DIVERSAS DROGAS BAJO CUYA ACCIÓN FARMACOLÓGICA SE ENCUENTRA EL PACIENTE EN EL MOMENTO DE VISITAR A SU DENTISTA.

DEBE CONOCERSE EL ESTADO PSÍQUICO DE SU PACIENTE, PARA CALMAR SU INQUIETUD, TANTO PSICOLÓGICAMENTE, COMO MEDIO DE UNA MEDICACIÓN PREOPERATORIA, (SEDANTE), UN PACIENTE NERVIOSO PUEDE LLEGAR A TENER UN SÍNCOPE DE ETIOLOGÍA NEUROGÉNICA EN EL MOMENTO DE LA INYECCIÓN DEL ANESTÉSICO Y CONFUNDIRSE FÁCILMENTE LA SIGNOLOGÍA Y SIM

TOMATOLOGÍA CON LOS EFECTOS INDESEABLES DE LAS DROGAS--
ANESTÉSICAS.

EL PROCEDIMIENTO ANALGÉSICO, DEPENDE EN GRAN PARTE DE LA PREPARACIÓN PSICOLÓGICA DEL PACIENTE, DEBE HABLÁRSELE CON SUAVIDAD Y EXPLICARLE PASO A PASO LO QUE VA A SENTIR, SUPPLICÁNDOLE COLABORACIÓN Y GANÁNDOSE SU CONFIANZA.

TENER ESPECIAL CUIDADO EN LOS PACIENTES MUY EXCITABLES O NEURÓTICOS, EN ESTOS CASOS DEBERÁ ADMINISTRARSE UNA MEDICACIÓN PRE-ANESTÉSICA ADECUADA O BIEN ATENDERLOS BAJO ANESTESIA GENERAL EN UN MEDIO HOSPITALARIO Y CON LA COLABORACIÓN DEL ANESTESIÓLOGO.

POSIBLES ACCIDENTES PREOPERATORIOS Y TRATAMIENTO.

DEBERÁN RECONOCERSE A TIEMPO Y SABER DIFERENCIARLOS PRINCIPALES ACCIDENTES.

- 1.- ACCIDENTES RALACIONADOS CON LOS ANESTÉSICOS.
- 2.- ACCIDENTES POR PATOLOGÍA PRE-EXISTENTE INDEPENDIENTEMENTE DE LAS SOLUCIONES BLANQUEADORAS.

3.- ACCIDENTES POR SOBREDOSIFICACIÓN O MALA INDICACIÓN DE LOS VASODEPRESORES.

4.- TOXICIDAD DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES.

AUNQUE LA DOSIS QUE GENERALMENTE USA EL CIRUJANO--DENTISTA PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE RUTINA ES MUY PEQUEÑA (20-39mg), LA REGIÓN GINGIVODENTAL ES RICAMENTE VASCULARIZADO, PUEDE HABER UNA ABSORCIÓN RÁPIDA DE LA DROGA Y DAR MANIFESTACIONES DE TOXICIDAD SOBRE EL SISTEMA-NERVIOSO CENTRAL, POR EJEMPLO: ESCALOFRIO, TEMBLORES, -VISIÓN BORROSA, ETC., OTRAS VECES MÁS RARAS AÚN, SE PRESENTAN REACCIONES POR SENSIBILIDAD INMUNOLÓGICA, QUE --PUEDEN OCASIONAR TRASTORNOS RESPIRATORIOS, TALES COMO:-ESPASMO BRONQUIAL, DISNEA Y ESTADO ASMÁTICO.

ESTOS TRASTORNOS SE ACOMPAÑAN DE ALTERACIONES CUTÁNEAS O DE LAS MUCOSAS, TALES COMO URTICARIA, ERITEMA Y-EDEMA ANGIONEUROTICA, ASÍ COMO DE ESTADO DE SHOCK ANAFILÁCTICO. SON LOS ACCIDENTES MENOS FRECUENTES, SIN EMBARGO, UN PACIENTE MUY NERVIOSO, UN ANCIANO HIPERTENSO-O CON TIROTOXICOSIS PUEDEN SER CASOS CUYA PATOLOGÍA PREEXISTENTE SEA UN FACTOR PREDISPONIBLE A ALGÚN ACCIDENTE POR ACCIÓN DE LOS VASOS-CONSTRICTORES SOBRE TODO DE LAS AMINAS VASO PRESORAS.

EL TRATAMIENTO ADECUADO EN TODOS LOS TIPOS DE ACCI
DENTES QUE HEMOS CITADO, SE REDUCE A MANTENER LAS FUN--
CIONES VITALES RESPIRATORIAS CARDIOVASCULARES.

POSICIÓN DE TREN DE LENBURG (LA CABEZA EN UN PLANO
INFERIOR AL RESTO DEL CUERPO), MANTENER VÍAS RESPIRATO--
RIAS LIBRES, DEBE DE COLOCARSE LA CABEZA EN UN PLANO SA
GITAL EN LIGERA EXTENSIÓN Y LEVANTANDO EL MAXILAR INFE--
RIOR, ASPIRAR LAS SECRECIONES O REGUNGITACIONES.

COLOCAR UNA CÁNULA FARINGE CUANDO LA LENGUA OBS---
TRUCCIONA EL JUEGO RESPIRATORIO, LA ENTUBACIÓN ENDOTRA--
QUEAL SERÍA IDEAL PARA LOS CASOS DE APNEA O CIANOSIS IN
TENSAS, PERO LA TÉCNICA REQUIERE HABILIDAD Y ESTAR FAMI
LIARIZADO CON ELLA.

LA OXIGENACIÓN, CUANDO HAY FUERTE DEPRESIÓN RESPI--
RATORIA, EL ESPASMO LARÍNGEO Y LA OBSTRUCCIÓN RESPIRATO
RIA DAN LUGAR A LA HIPOXIA QUE DEBE SER TRATADA DE INME
DIATO, LA OXIGENACIÓN PUEDE REALIZARSE DE ACUERDO CON -
LA URGENCIA Y CON EL GRADO DE HIPOXIA CON LAS SIGUIEN--
TES MEDIDAS.

CUANDO HAY RESPIRACIÓN EXPONTÁNEA, BASTA COLOCAR--

UN CATÉTER NASAL, ADMINISTRADO DE 2 a 3 LITROS DE OXÍGENO--
POR MINUTO.

SI NO HAY RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA, COLOCAR EL DISPOSITI
VO DE MASCARILLA Y BOLSA PARA OXIGENAR A PRESIÓN, MANTENIEN
DO LA RESPIRACIÓN ARTIFICIAL HASTA QUE APAREZCA LA RESPIRA
RACION ESPONTÁNEA.

EL CIRUJANO DENTISTA, DEBE TENER EN SU GABINETE UN APA
RATO DE OXIGENACIÓN, DE LOS CUALES EL MAS SENCILLO Y ECONÓ
MICO CONSISTE EN UNA FUENTE DE OXIGENACIÓN CONSTITUIDA POR
UN TANQUE PORTÁTIL, UN REGULADOR DE PRESIÓN, QUE CONSTA DE
UNA MASCARILLA DE CAUCHO UNIDA A UNA BOLSA DE REINHALACIÓN.

CUANDO NO SE CUENTA CON ESTO EN EL MOMENTO DADO, NO --
HAY QUE PERDER EL TIEMPO EN UN PARO RESPIRATORIO, DEBIÉNDO
SE ADMINISTRAR DE INMEDIATO RESPIRACIÓN BOCA A BOCA. EXIS
TE EN EL MERCADO UNAS CÁNULAS ESPECIALES, (CÁNULAS DE BROOK)
PARA QUE EL CONTACTO BOCA A BOCA NO SEA DIRECTO.

PARO CARDÍACO:

ESTE SE TRADUCE CLÍNICAMENTE POR EL PARO DE LA DINÁMI
CA CIRCULATORIA, NO HAY PULSO, NO HAY TENSIÓN ARTERIAL, NO
SE ENCAUCHAN RUIDOS CARDÍACOS, EL CALOR DEL TEGUMENTO SE --

VUELVE PÁLIDO Y CIANÓTICO Y LA PUPILA SE DILATA INMEDIATAMENTE DEBE ACOSTARSE AL PACIENTE SOBRE UN PLANO DURO, DARLE RESPIRACIÓN ARTIFICIAL Y PRACTICARLE MASAJE CARDÍACO EXTERNO, ES INDISPENSABLE QUE AL MISMO TIEMPO QUE SE HACE EL MASAJE SE ESTÉ DANDO OXÍGENO AL PACIENTE, UNA VEZ QUE SE HA RECUPERADO, CONTINUAR OXIGENÁNDOLO Y PEDIR LOS SERVICIOS DE UN MÉDICO ESPECIALISTA QUE EL NORMARÁ LA CONDUCTA TERAPÉUTICA POSTERIOR.

OTRAS OBSERVACIONES:

EXISTEN ALGUNOS CASOS EN QUE NO SE OBTIENE ANALGESIA O LA PROFUNDIDAD DE ESTA NO ES SATISFACTORIA, ES FÁCIL ATRIBUIR ESTE FENÓMENO A LA SOLUCIÓN USADA QUE NO SIEMPRE ES RESPONSABLE, EXISTEN MUCHOS FACTORES QUE IMPIDEN EL BLOQUEO DE LAS RAÍCES NERVIOSAS, ENTRE LOS CUALES PODEMOS CITAR LOS SIGUIENTES:

- 1.- ANOMALÍAS ANATÓMICAS, DIFERENTE INERVACIÓN Y ESTRUCTURAS ÓSEAS Y COMPACTAS.
- 2.- ALVÉOLO SECO.
- 3.- ACIDEZ DE LOS TEJIDOS POR INFLAMACIÓN.
- 4.- ELEVACIÓN DEL UMBRAL DEL DOLOR EN UN PACIENTE EXCITABLE.
- 5.- DÓSIS INSUFICIENTE DE LA DROGA.

6.- DEFECTO DE TÉCNICA.

7.- FALTA DE OBSERVACIÓN AL TIEMPO DE LATENCIA---
PROPIA DE CADA DROGA.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS:

CONJUNTO DE ACCIDENTES QUE REALIZAMOS DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, PARA MANTENER LOS FINES LOGRADOS EN LA OPERACIÓN, EL POSTOPERATORIO ES MUY IMPORTANTE, LA VIGILANCIA, CUIDADO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE UNA VEZ QUE HE--
MOS TERMINADO LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, PARA ASEGURAR UNA BUENA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE, LOS CUIDADOS POSTOPERATO--
RIOS SE REFIEREN A LA HERIDA MISMA, AL CAMPO OPERATORIO Y -
AL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE.

1.- TRATAMIENTO LOCAL POSTOPERATORIO:

a.- HIGIENE DE LA CAVIDAD BUCAL:

UNA VEZ TERMINADA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, DEBE ---
IRRIGARSE PERFECTAMENTE CON SUERO FISIOLÓGICO LA CAVIDAD BU
CAL, CON EL FIN DE ELIMINAR LA SANGRE, SALIVA, RESTOS QUE--
POR LO REGULAR SE DEPOSITAN EN LOS SURCOS VESTIBULARES, DE--
BAJO DE LA LENGUA, BÓVEDA PALATINA Y ESPACIOS INTERDENTA---
RIOS.

ESTO SE HACE PARA EVITAR QUE NO ENTREN PUTREFACCIÓN Y COLABOREN AL AUMENTO DE LA FLORA MICROBIANA BUCAL, UNA VEZ QUE HEMOS FORMADO EL COÁGULO, SE LE INDICA AL PACIENTE HACER ENJUAGUES SUAVES DE SU BOCA CUATRO HORAS DESPUÉS DE LA OPERACIÓN CON UNA SOLUCIÓN ANTISÉPTICA.

b.- FISIOTERAPIA POSTOPERATORIA:

ES FRECUENTE EL USO DE AGENTES FÍSICOS PARA MEJORAR Y MODIFICAR LAS CONDICIONES DE LA HERIDA, EL MÁS COMÚN ES EL FRÍO.

FRÍO.- SE RECOMIENDA BOLSAS DE HIELO O TOALLAS MOJADAS DE AGUA HELADA, COLOCADAS SOBRE LA CARA FRENTE AL SITIO DE LA OPERACIÓN, EL FRÍO EVITA EL CONGESTIONAMIENTO E INHIBE AL PROCESO INFLAMATORIO EN SUS INICIOS, PREVIENE HEMATOMAS, HEMORRAGIAS, DISMINUYE Y CONCRETA LOS HEMATOMAS, EL USO DEL FRÍO ES POR PERÍODOS 10 MINUTOS CADA MEDIA HORA, DURANTE LAS PRIMERAS 12 HORAS DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

2.- ELIMINACIÓN DE LOS PUNTOS DE SUTURA:

POR LO GENERAL ESTO OCURRE DE 8 a 10 DÍAS DESPUÉS DE LA OPERACIÓN, CON UNA PINZA DE ALGODÓN O DE DISECCIÓN TOMAMOS UN EXTREMO DEL NUDO, HACEMOS TRACCIÓN Y EXTRAEMOS EL HILO, SIEMPRE DEBEMOS DE PROCURAR QUE PASE LA MENOR CANTIDAD-

DE HILO INFECTADO POR EL INTERIOR DE LOS TEJIDOS, Y ASÍ SUCESIVAMENTE ELIMINAMOS TODOS LOS PUNTOS DE SUTURA RESTANTES.

3.- HEMATOMA:

ES POCO FRECUENTE, SE DEBE A LA ENTRADA, DIFUSIÓN Y DEPÓSITO DE SANGRE EN LOS TEJIDOS VECINOS AL SITIO DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, EL TAMAÑO DEL HEMATOMA ES VARIABLE, LA TENCÍA SE PONE TURGENTE Y DOLOROSA, CUANDO ESTE SUPURA REPERCUTE EN LOS GANGLIOS, DANDO ESCALOFRÍOS Y FIEBRE, DESPUÉS DE UN TIEMPO VARIABLE Y CON LA LENTITUD EL HEMATOMA SE REABSORBE, CUANDO ÉSTE SUPURA SE DEBE DE TRATAR COMO UN ABSCESO, EL HEMATOMA PUEDE ORIGINARSE POR DESCARRO O RUPTURA DE UN VASO--AL ANESTESIAS O DURANTE LA CIRUGÍA.

4.- INFECCIÓN:

ES POCO COMÚN, EN ESTE TIPO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, AL ELABORAR NUESTRA HISTORIA CLÍNICA, NOS DAMOS CUENTA DEL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE EN QUE SE ENCUENTRA Y DE ÉSTA FORMA TRATARLO ANTES O DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN PARA --EVITAR LA INFECCIÓN, MUCHAS OCASIONES SE PUEDE PRESENTAR LA INFECCIÓN DEBIDO A UNA MALA ASEPCIA, OCASIONALMENTE FEEMÓN--DIFUSO DEL PISO DE LA BOCA, PERO COMO ES SABIDO, EL PROCESO-POSTOPERATORIO MÁS FRECUENTE ES LA ALVEOLITIS.

5.- DOLOR:

AL PRESENTARSE UN DOLOR PROFUNDO, SE DEBE DE CALMAR CON ANALGÉSICO, LOS MÁS USADOS EN ESTE TIPO DE INTERVENCIÓN SON-
LOS NO NARCÓTICOS:

- a.- SALICILATOS, POR EJEMPLO LA ASPIRINA.
- b.- DERIVADOS DE PARA-AMINO-FENOL.
- c.- DERIVADOS DE LA PIRAZOLONA.
- d.- INDOMETACINA.

INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS PARA EL PACIENTE.

DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, ES RECOMENDABLE-
QUE EL PACIENTE GUARDE REPOSO POR UNAS HORAS, CON LA CABEZA--
EN ALTO.

COLOCARLE UNA BOLSA DE HIELO SOBRE LA REGIÓN OPERADA CA
DA DIEZ MINUTOS POR MEDIA HORA DE DESCANSO, DURANTE LAS PRI-
MERAS 12 HORAS.

REALIZAR ENJUAGUES BUCALES 'SUAVES, CUATRO HORAS DESPUÉS
DE LA OPERACIÓN CON ANTISÉPTICOS, Y SI HEMOS DEJADO ALGUNA -
GASA PROTECTORA, ESTA DEBE SER RETIRADA MEDIA HORA DESPUÉS--
DE LA OPERACIÓN.

TOMAR ANALGÉSICOS EN CASO DE UN DOLOR PROFUNDO, EN CASO QUE SE PRESENTARA INFLAMACIÓN TOMAR ANTI-INFLAMATORIOS Y SI EL DENTISTA CREE CONVENIENTE EN QUE ÉSTE TOMA ALGÚN TIPO DE ANTIBIÓTICO SE DEBE ANOTAR AL PACIENTE PARA EVITAR LA INFECCIÓN POR DESCUIDO.

SI EL PACIENTE PRESENTA TRISMIS, ES RECOMENDABLE QUE TOME RELAJANTES MUSCULARES (ROBAXIL).

EN LAS PRIMERAS HORAS DEBERÁ DE TOMAR ALIMENTOS LÍQUIDOS POSTERIORMENTE SEMILÍQUIDOS, HASTA NORMALIZAR SU ALIMENTACIÓN.

RECOMENDAR AL PACIENTE QUE SE ABSTENGA DE COMER GRASAS, IRRITANTES, PICANTES, CARNE DE CERDO, EN LAS PRIMERAS 36 HORAS.

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

ESTE TRABAJO HA SIDO REALIZADO CON EL FIN DE MENCIONAR-
LA IMPORTANCIA Y LA RESPONSABILIDAD DEL CIRUJANO DENTISTA AL
VALORAR LA DIFICULTAD DE LA PIEZA ANTES DE REALIZAR LA INTER-
VENCION QUIRURGICA. ES IMPORTANTE AL PRESENTARSE UN CASO--
COMPLICADO ASESORARSE POR UN ESPECIALISTA Y EN CASOS DIFICI-
LES NO REALIZARLA NOSOTROS COMO CIRUJANO DENTISTA GENERAL PA-
RA EVITAR LOS PROBLEMAS QUE SE LE PODRIAN OCASIONAR AL PA---
CIENTE. EN EL CASO QUE EL PACIENTE REQUIERA HOSPITALIZA---
CION O ALGUN TRATAMIENTO ESPECIAL, DEBERA REALIZARSE PARA --
QUE EL ACTO QUIRURGICO SE EFECTUE CON EXITO.

ES DE SUMA IMPORTANCIA LA ELABORACION DE UNA ADECUADA Y
COMPLETA HISTORIA CLINICA, RADIOGRAFIAS Y ANALISIS DE LABORA-
TORIO. SI EL CIRUJANO DENTISTA TIENE ALGUNA DUDA DE LA SA-
LUD DEL PACIENTE, ES NECESARIO SE PONGA EN CONTACTO CON EL -
MEDICO DE CABECERA DEL PACIENTE.

UNA VEZ QUE HEMOS REALIZADO ESTOS PASOS, EL ACTO QUIRUR-
GICO SE REALIZARA A NUESTRO CRITERIO.

EL INSTRUMENTAL Y MATERIAL QUE SE USA PARA CIRUGÍA BUCAL DEBE ENCONTRARSE EN PERFECTO ESTADO SÉPTICO PARA EVITAR INFECCIONES A NUESTRO PACIENTE, ASÍ COMO TODO EL INSTRUMENTAL DEBERÁ ORDENARSE ADECUADAMENTE PARA EVITAR CONFUSIONES Y CONTRATIEMPOS.

ES NECESARIO CONTAR CON TODO LO INDISPENSABLE PARA UN CASO DE EMERGENCIA O ACCIDENTES, ASÍ COMO OXÍGENO Y MEDICAMENTOS Y LA INFORMACIÓN ADECUADA DE PRIMEROS AUXILIOS.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- AVELLANAL CIRO DURANTE
DICCIONARIO ODONTOLÓGICO.
EDITORIAL MUNDI, S.A.
ARGENTINA 1964
178 PÁGINAS.

- 2.- CENTENO G.A. RIES
CIRUGÍA BUCAL.
EDITORIAL EL ATENEO, S.A.
ARGENTINA 1968
846 PÁGINAS.

- 3.- CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMERICA.
ANESTESIA Y ANALGESIA.
EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A.
1973
270 PÁGINAS.

- 4.- COSTIH/WHITE
CIRUGÍA BUCAL.
EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A.
MÉXICO, D.F., 1979
607 PÁGINAS.

5.- KRUGER GUSTAVO

TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL.

EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A.

MÉXICO, D.F., 1979

607 PÁGINAS.

6.- MORRIS ALVIN L. Y OTROS

LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA GENERAL

EDITORIAL LABOR S.A.

BARCELONA, 1974

804 PÁGINAS.

7.- OTRAS OBRAS

MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGÍA.

EDITORIAL ASTRA

MÉXICO, D.F., 1967

38 PÁGINAS.

8.- WHITE DANIEL E.

TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL PRÁCTICA.

EDITORIAL CONTINENTAL, S.A.

MÉXICO, D.F., 1984

584 PÁGINAS.