



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

GENERALIDADES
DEL
TERCER MOLAR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

LETICIA HERRERA CORNEJO



MEXICO, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

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

Después de cuatro años de preparación académica, me encuentro en el final, al que se llega por medio de diferentes tramites y una tesis.

Tesis en la que he seleccionado el presente tema, porque considero que la retención de los terceros molares, son exceptuando otras afecciones, uno de los casos más comunes que afectan a ciertos pacientes.

Dicho tema también nace de un interes personal, el poder ampliar mis conocimientos, para tener la capacidad de determinar la situación clínica que en cierto momento presente el paciente, y poder clasificar, elegir acertadamente un tratamiento quirúrgico.

Además lo elaboré considerando que todo Cirujano Dentista debe tener conocimientos de lo que realmente es un tercer molar y nó únicamente considerarlo como una pieza dentaria más y extraerlo; sino tener presente la posición del mismo, medidas, cuidados, y enfatizar en el tratamiento quirúrgico, el cual debe ser apropiado para no traumatizar sin motivo -- al paciente.

Así teniendo el propósito de dar una visión amplia del tema; en cada capítulo que mencionaré, lo considero como un complemento para el Cirujano Dentista, ya que paso a paso -- mediante selecciones y cuidados, es como se podrá decidir -- realizar la intervención quirúrgica y como elaborarla; para satisfacción tanto del paciente como para el Cirujano.

Pongo a consideración del honorable jurado el presente -- trabajo de tesis, para así con su acertado criterio examine -- la misma.

CAPITULO I

ANATOMIA.

A) MAXILAR.

B) MANDIBULA.

A) Maxilar, es un hueso par situado en la porción ventro craneal del esqueleto de la cara.

Cara interna: En el limite de su parte inferior destaca una saliente horizontal de forma cuadrangular denominado apófisis palatina, más o menos plana, tiene una cara superior lisa, que forma parte del piso de las fosas nasales; y otra inferior rugosa con muchos pequeños orificios vasculares que forman gran parte de la bóveda palatina.

El borde externo de la apófisis está unido al resto del maxilar, en tanto que su borde interno, muy rugoso, se alcanza hacia atrás y se articula con el mismo borde de la apófisis palatina del maxilar opuesto. Este borde, hacia su parte anterior, se termina a favor de una prolongación que constituye una especie de semiespina, la cual al articularse con la del otro maxilar, forma la espina nasal anterior.

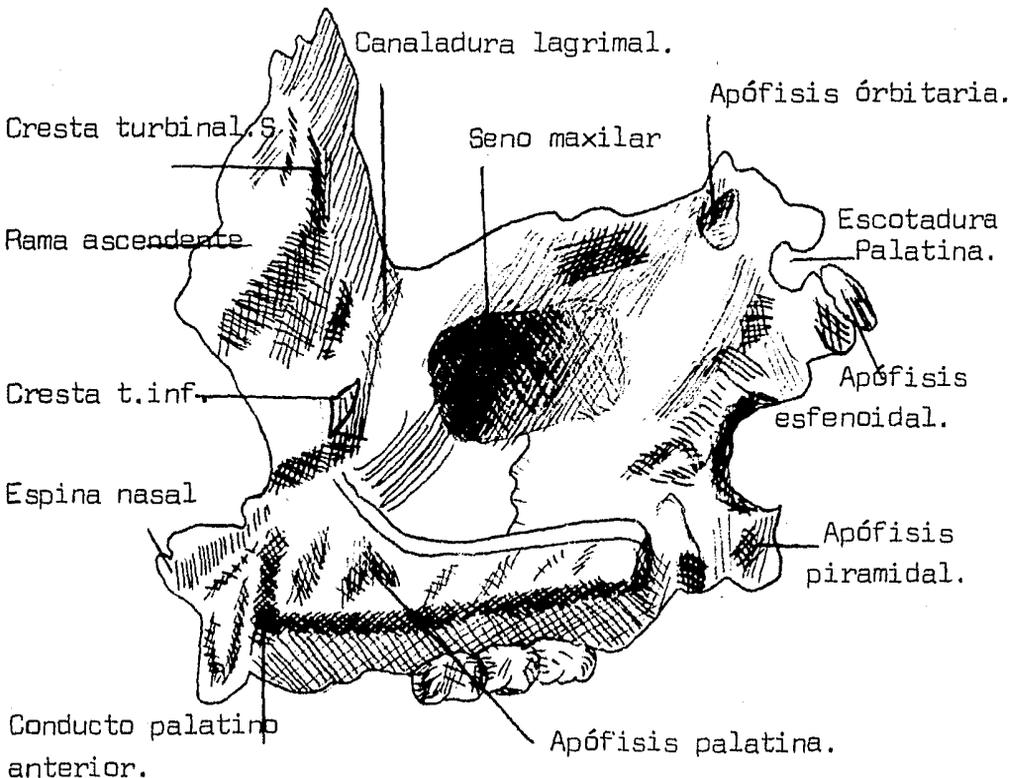
El borde anterior de la apófisis palatina, cóncava por arriba, forma parte del orificio anterior de las fosas nasales.

La apófisis palatina divide la cara interna del maxilar en dos porciones: La inferior forma parte de la bóveda palatina, es muy rugosa y está cubierta en estado fresco por la fibromucosa palatina; la superior más amplia presenta en su parte de atrás diversas rugosidades en la que se articula la rama vertical del palatino. Se encuentra más adelante el orificio del seno maxilar, articulado con el craneo queda --

dividido en virtud de la interposición de las masas laterales del etmoides por arriba, y del cornete inferior por abajo, del unguis por delante y de la rama vertical del palatino por detrás.

Por delante del seno maxilar existe un canal vertical ó canal nasal, cuyo borde anterior se halla limitado por la apófisis ascendente del maxilar superior, la cual sale del ángulo del hueso. Esta apófisis por su cara interna inferior tiene la cresta turbinal inferior, que se dirige de adelante atrás y se articula con el cornete inferior; por encima de ella se encuentra la cresta turbinal superior que se articula con el cornete medio.

CARA INTERNA DEL MAXILAR



Cara externa: Foseta mirtiforme.- se encuentra en la parte anterior por encima del lugar de implantación de los incisivos limitada posteriormente la foseta por la giba canina. Por detrás y arriba de esta eminencia destaca una saliente--transversa de forma piramidal ó apófisis piramidal.

Apófisis piramidal presenta una base, por la cual se une con el resto del hueso, un vertice truncado y rugoso que se articula con el malar.

El maxilar presenta tres caras: Cara superior u orbitaria es plana, forma parte del piso de la órbita y lleva un canal anteroposterior que penetra en la pared con el nombre de conducto suborbitario.

Cara anterior: se abre el agujero suborbitario que es -- la terminación del conducto suborbitario por donde salen dichos nervios. Entre dicho orificio y la giba canina existe-- una depresión canina llamada fosa canina.

En la pared inferior del canal suborbitario salen unos -- conductillos excavados que terminan en los alvéolos destinados al canino e incisivos, también llamados conductos dentarios anteriores.

Cara posterior de la apófisis piramidal es convexa, corresponde por dentro a la tuberosidad del maxilar y por fuera a la fosa cigomática exhibe diversos canales y orificios--o agujeros dentarios posteriores.

Los bordes de la apófisis piramidal son tres:

El inferior es cóncavo, forma la parte superior de la -- hendidura vestibulo cigomática.

El anterior forma la parte interna e inferior del borde--de la órbita.

El posterior se corresponde con el ala mayor del esfenoides, formandose entre ambos la hendidura esfenoidal maxilar.

Los bordes del maxilar son cuatro:

El borde anterior, se presenta abajo en la parte anterior de la apófisis palatina con la espina nasal anterior. Más arriba muestra una escotadura que con el lado opuesto, forma el orificio anterior de las fosas nasales, y más arriba, el borde anterior de la rama ó apófisis ascendente.

Borde posterior: es grueso redondeado, constituye la tuberosidad del maxilar. Su parte superior lisa, forma la pared anterior de la fosa pterigomaxilar y en su porción más alta presenta rugosidades para recibir a la apófisis orbitaria del palatino. En su parte baja, el borde lleva rugosidades articulandose con la apófisis piramidal del palatino con el borde anterior de la apófisis pterigoides; esta articulación está provista de un canal que forma el conducto palatino posterior.

El borde superior forma el limite interno de la pared inferior de la órbita y se articula por delante con el unguis, después con el etmoides y atrás con la apófisis orbitaria del palatino.

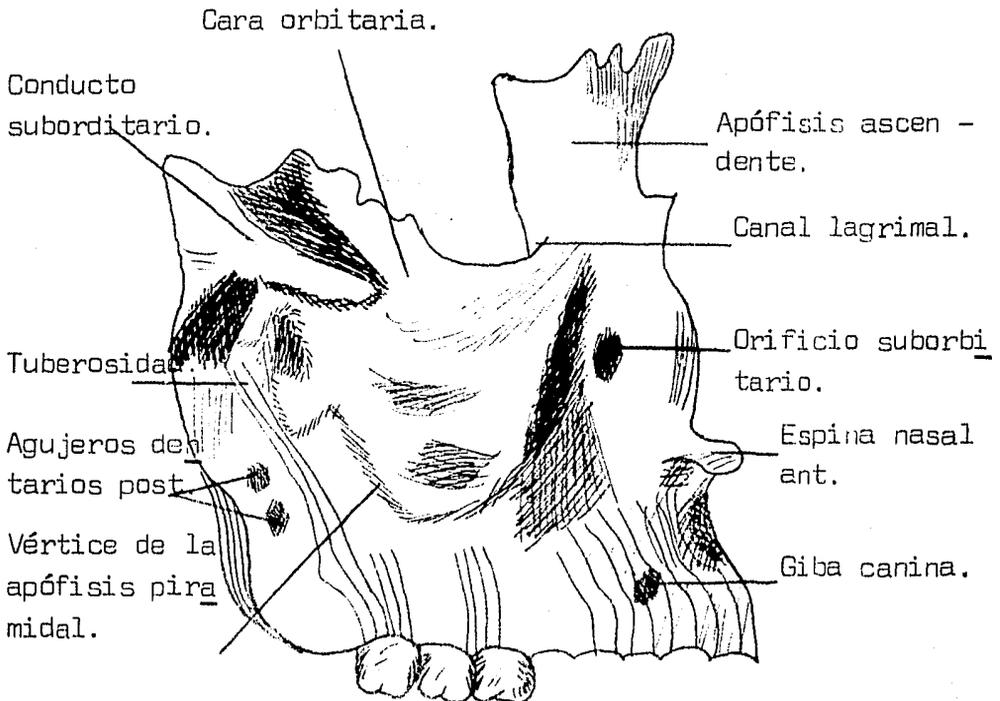
El borde inferior ó borde alveolar: presenta una serie de cavidades conicas ó alvéolos dentarios, donde se alojan las raíces de los dientes, los alvéolos son sencillos en la parte anterior, y en la posterior llevan dos ó más cavidades. Su vértice perforado deja paso a su correspondiente paquete-vasculo-nervioso del diente y de los diversos alvéolos se hallan separados por tabiques óseos, constituyendo la apófisis interdientaria.

En el maxilar encontramos cuatro ángulos, de ellos dos superiores y dos inferiores:

El ángulo anterosuperior se destaca la apófisis ascen -- dente del maxilar, de dirección vertical y ligeramente inclinada hacia atrás; aplanada en sitio transversal, está ensanchada en la base, su extremidad superior presenta rugosidades para articularse con la apófisis orbitaria interna delfrontal. La cara interna de esta apófisis ascendente formaparte de la pared externa de las fosas nasales, mientras sucara externa mas ó menos lisa y cuadrilátera, presenta una cresta vertical (cresta lagrimal anterior) por delante de la cresta forma la parte anterior del canal lagrimal.

Su borde anterior se articula con los huesos propios de la nariz y el labio superior, por detrás de la cresta forma la parte anterior del canal lagrimal; su borde posterior se articula con el unguis.

CARA EXTERNA DEL MAXILAR.



B) Mandíbula, es un hueso que está formado por un cuerpo y dos ramas:

Cuerpo.- tiene forma de herradura, cuya concavidad se halla vuelta hacia atrás; se distinguen dos caras y dos bordes.

Cara anterior.- Lleva en la línea media una cresta vertical resultado de la soldadura de las dos mitades del hueso-- (sínfisis mentoniana).

Su parte inferior, más saliente se denomina eminencia -- mentoniana. Hacia afuera y atrás de la cresta se encuentra-- el agujero mentoniano, por donde pasan nervios y vasos del -- mismo nombre.

Más atrás aún, se observa una línea saliente, dirigida -- hacia abajo y adelante, que partiendo del borde anterior de la rama vertical, va a terminar en el borde inferior del hueso, ésta línea se llama línea oblicua externa y sobre ella se insertan los músculos triangular de los labios, cutáneo del-cuello y cuadrangular de la barba.

Cara posterior.- Presenta cerca de la línea media cua -- tro tuberculos llamados apófisis geni de los cuales dos su -- periores sirven de inserción a los músculos genioglosos, -- mientras sobre los dos inferiores se insertan los geniohioi-- deos; partiendo del borde anterior de la rama vertical, se -- encuentra una línea saliente llamada línea oblicua interna-- ó milohioidea que se dirige hacia abajo y adelante terminando en el borde inferior de esta cara, sirve de inserción al -- músculo milohioideo.

Por fuera de la apófisis geni y por encima de la línea -- oblicua se encuentra la foseta sublingual (que aloja dicha -- glándula; más afuera y abajo de la línea en la proximidad -- del borde inferior hay otra foseta más grande que recibe el- nombre de foseta submaxilar.

Bordes: Borde inferior.- es romo y redondeado, lleva dos depresiones o fosetas digástricas situadas una a cada lado - de la línea media (en las inserciones del músculo digástrico).

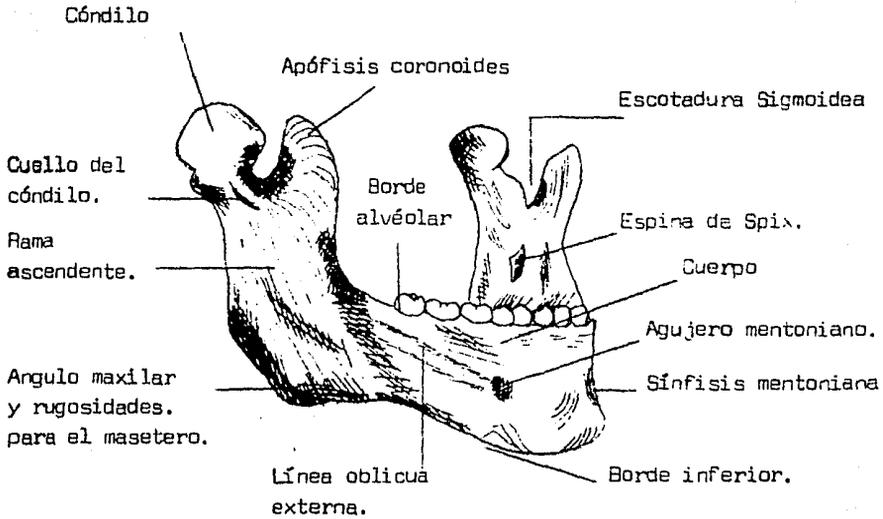
Borde superior ó alvéolar.- presenta alvéolos dentarios- anteriores simples y posteriores compuestos de varias cavi - dades, separados por apófisis interdientarias donde se inser - tan ligamentos coronarios de los dientes.

Ramas: son dos, derecha e izquierda; son aplanadas trans - versalmente y de forma cuadrangular, el plano definido por - cada una de ellas es vertical y su eje mayor está dirigido - oblicuamente hacia arriba y atrás.

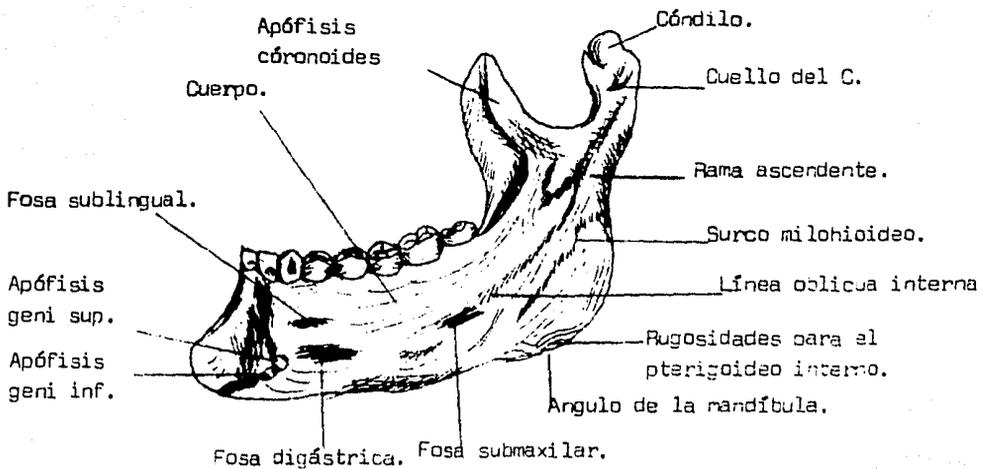
Cara interna: En la parte media de la cara hacia la mi - tad de la línea diagonal que va del condilo hasta el comien - zo del borde alvéolar, se encuentra un agujero amplio que es el conducto dentario, por el se introducen nervios y vasos - dentarios inferiores. Una saliente triangular ó espina de -- Spix, sobre el cual se inserta el ligamento esfenomaxilar, - forma el borde antero inferior de aquel orificio, éste borde como el posterior se continúan hacia abajo y adelante hasta - el cuerpo del hueso formando el canal milohioideo.

En la parte inferior de la cara interna, una serie de -- rugosidades bien marcadas sirven de inserción al músculo - pterigoideo interno.

VISTA ANTEROLATERALMENTE DE LA MANDIBULA



CARA INTERNA DE LA MANDIBULA.



C A P I T U L O I I

GENERALIDADES:

A) ETIOLOGIA.

B) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION.

A) Etiología: Se denomina dientes retenidos, incluidos ó impactados; aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

La retención dentaria puede presentarse en retención intraósea ó subgingival. Cualquiera de los dientes temporarios, permanentes ó supernumerarios pueden quedar retenidos en los maxilares; los caninos y los terceros molares son los dientes que comunmente quedan impactados.

El número de dientes retenidos en un mismo paciente es variable, el problema de la retención dentaria es fundamentalmente mecánico, que es cuando el diente a erupcionar se encuentra con un obstáculo que le impide dicha erupción.

La retención dentaria también puede ser por razones embriológicas, es decir la ubicación especial de un germen dentario en sitio muy alejado del de normal de erupción; por razones mecánicas, el diente originado por tal germen está imposibilitado para llegar hasta el borde alvéolar.

El germen dentario puede hallarse en su sitio, pero en una angulación tal que al calcificarse el diente y empezar su erupción, la corona toma contacto con un diente vecino retenido ó erupcionando; éste contacto constituye una fijación del diente en erupción, sus raíces se constituyen pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en su eje que le permita normalmente su erupción.

Algunos obstáculos mecánicos que se pueden presentar son:

1.- La falta de espacio, por ejemplo; el germen del tercer molar inferior debe desarrollarse entre la cara distal - del segundo molar y la rama de la mandíbula.

2.- Un obstáculo mecánico también es el hueso de tal condensación que no puede ser vencido en el trabajo de la erupción (enostosis).

3.- El impedimento que se opone a la normal erupción, - puede ser un órgano dentario, dientes vecinos que por erupción prematura del temporario han acercado sus coronas constituyendo un obstáculo mecánico a la erupción del permanente.

4.- Elementos patológicos pueden oponerse a la normal -- erupción dentaria: tumores odontogénicos, estos constituyen un impedimento mecánico, también un quiste puede provocar la retención dentaria.

Causas generales:

Las enfermedades generales en relación con glándulas endócrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción, retenciones y ausencia de dientes; las enfermedades ligadas al metabolismo de calcio tienen también influencia sobre dicha -- retención.

Otro factor etiológico es la raza.- En la raza blanca, - en esta por razones mecánicas, la falta de espacio juega un factor fundamental para la retención dentaria ya que los -- maxilares no son grandes.

En la raza negra no es común dicha retención ya que su -- gran mandíbula permite la cómoda erupción de todos sus molares.

Otro factor etiológico es la edad, en la que por lo general se presenta la erupción de los terceros molares entre los 18 y 28 años.

B) Indicaciones y contraindicaciones de la extracción:

Indicaciones:

1.- Cuando los dientes impactados o supernumerarios frecuentemente no toman su lugar en la línea de oclusión.

2.- Cuando algún traumatismo se presenta sobre el diente ó alvéolo, y no es posible la reparación entonces se indica el tratamiento quirúrgico.

3.- La enfermedad parodontal aguda ó crónica que no sea compatible con tratamiento puede ser causa de indicación.

4.- Para tratamiento de ortodoncia puede requerir la cirugía de dientes total ó parcialmente erupcionados y dientes caducos retenidos mucho tiempo.

5.- Los dientes mal colocados y terceros molares que han perdido su antagonista son de indicación para la extracción.

6.- Los dientes desvitalizados, negativos radiográficamente se extraen a veces como último recurso.

7.- Las consideraciones protéticas pueden requerir la extracción de uno ó más dientes, para lograr diseño o estabilidad de la prótesis.

8.- Puede existir patología en el hueso circundante que incluya al diente, ó el tratamiento de la patología puede requerir de la extracción, por ejemplo: quistes ó tumores.

9.- Los dientes en radiación terapéutica planeada en un

área cercana, se extraen para que la osteorredonecrosis del hueso que sobrevenga no se complique.

Contraindicaciones:

Contraindicaciones locales.- Se asocian principalmente a infección, y en menor grado a enfermedad maligna:

1.- La infección aguda con celulitis; debe controlarse - de manera que no se extienda aún más. El paciente puede presentar toxemia, que trae a consideración la complicación de factores generalizados; el diente que causó la infección es en este momento de importancia secundaria, sin embargo para controlar mayor la infección se extrae el diente siempre y - cuando no haga peligrar la vida del paciente.

2.- La pericoronitis aguda es otra infección local en la cual se encuentra flora bacteriana. El tercer molar tiene un acceso más directo a los planos aponeuróticos profundos del cuello, y al hecho de que la extracción de este diente es un procedimiento muy complicado que se requiere osisección.

3.- La estomatitis infecciosa aguda es una enfermedad de bilitante dolorosa complicada por la exodoncia.

4.- La enfermedad maligna alterada por la extracción de un diente incluido en el tumor, reaccionará con exacerbación del tumor y falta de curación de la herida.

5.- Los maxilares radiados pueden desarrollar radiosteomelitis aguda después de la extracción por falta de aporte - sanguíneo; la afección es muy dolorosa y puede terminar en - muerte.

Contraindicaciones generales:.- Cualquier enfermedad o - mal función generalizada puede complicar una extracción.

1.- La diabetes no controlada se caracteriza por infección de la herida y porque no hay curación normal; sin embargo si el paciente es controlado medicamente se le puede intervenir quirúrgicamente.

2.- Las cardiopatías, como hipertensión y descompensación cardiaca pueden complicar el tratamiento, pero bajo un control medico y previos analisis, es posible dicha intervención.

3.- Las discrasias sanguineas incluyen anemias simples y graves, enfermedades hemorrágicas como hemofilia y la leucemia, en estos casos está totalmente contraindicada toda intervención quirúrgica.

4.- Las enfermedades debilitantes de cualquier tipo hacen que los pacientes esten bajo alto riesgo si hay traumatismos ulteriores.

5.- En la enfermedad de Addison, o cualquier deficiencia de esteroides es extremadamente peligrosa. El paciente que haya sido tratado por cualquier enfermedad con terapéutica de esteroides, incluso si la enfermedad ha sido vencida y el paciente no ha tomado esteroides durante un año, puede no tener suficiente secreción de la corteza suprarrenal para soportar la situación de esfuerzo en una extracción, sin tomar esteroides adicionales.

6.- La fiebre de origen desconocido se cura rara vez y frecuentemente se agrava con una extracción. Una posibilidad seria una endocarditis bacteriana no diagnosticada.

7.- La nefritis que requiera tratamiento puede crear un problema al preparar al paciente para alguna intervención.

8.- El embarazo sin complicaciones no es un gran problema se ha considerado generalmente que las extracciones se realicen en el segundo trimestre del embarazo. La menstruación no representa una contraindicación, aunque el número de plaquetas se encuentre un poco disminuido.

9.- La senilidad es una contraindicación relativa que requiere de mayor cuidado para superar una reacción fisiológica, deficiente a la cirugía.

10.- La psicosis y neurosis reflejan inestabilidad nerviosa que complican cualquier tratamiento quirúrgico.

C A P I T U L O I I I

CLASIFICACION

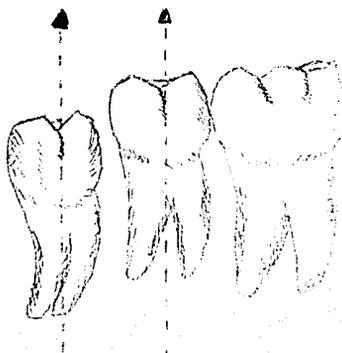
- A) CLASIFICACION DE WINTER.
B) CLASIFICACION DE PELL Y GREGORY.
A) CLASIFICACION DE WINTER:

Winter ha clasificado los distintos tipos de retención - del tercer molar basándose en cuatro puntos esenciales:

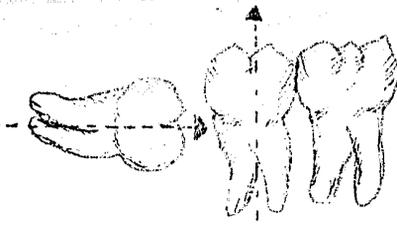
- 1.- La posición de la corona.
- 2.- La forma radicular.
- 3.- La naturaleza de la osiestructura que rodea el mo -- lar retenido.
- 4.- La posición del tercer molar en relación con el se - gundo.

El susodicho molar se puede encontrar en el maxilar infe rior en distintas posiciones:

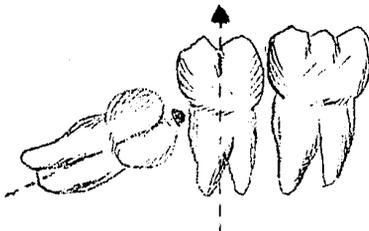
- a) Retención vertical.- En este tipo de retención puede estar total o parcialmente cubierto por hueso; su eje mayor es paralelo al eje mayor del segundo y primer molar.



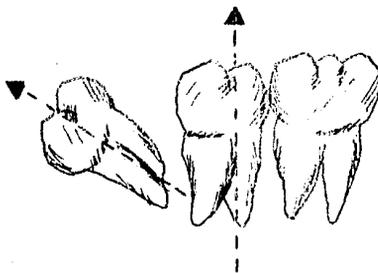
b) Retención horizontal.- El eje mayor del tercer molar es perpendicular a los ejes del segundo y primer molar.



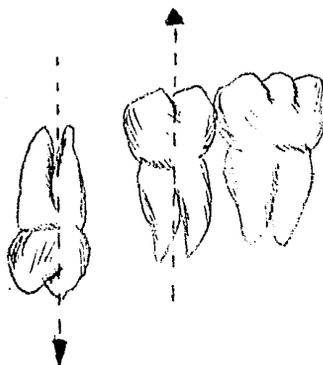
c) Retención mesioangular.- El eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar formando con este diente un ángulo.



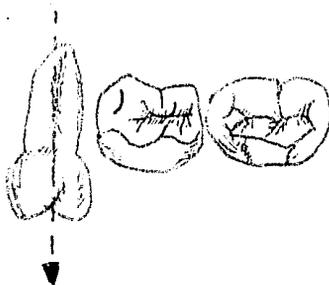
d) Retención distoangular.- El tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama ascendente, así la corona ocupa dentro de la rama una posición variable de acuerdo con el ángulo en que está desviado.



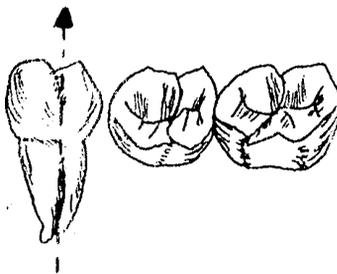
e). Retención invertida.- El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior de la mandíbula y sus raíces hacia la cavidad bucal. (ó bien denominada retención paranormal).



f) Retención bucoangular.- El eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados el segundo y primer molar. La corona del tercer molar retenido está dirigida hacia bucal.



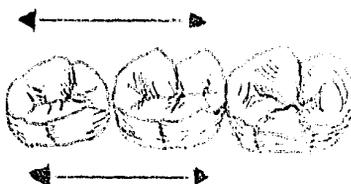
3 g) Retención linguoangular.- El eje del molar es perpendicular al plano en que están orientados el segundo y primer molar; la corona del tercer molar está dirigida hacia lingual.



Ubicación del tercer molar en la arcada:

El tercer molar puede presentar cuatro tipos de desviaciones en relación con la arcada:

a) Normal.- El tercer molar sigue la forma oval de la arcada.



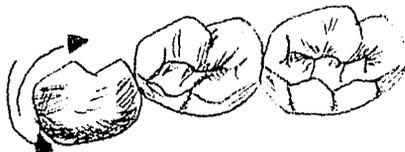
b) Desviación bucal.- El molar está dirigido hacia fuera del óvalo de la arcada.



c) Desviación lingual.- La desviación del molar tiene lugar hacia el lado lingual de la arcada.



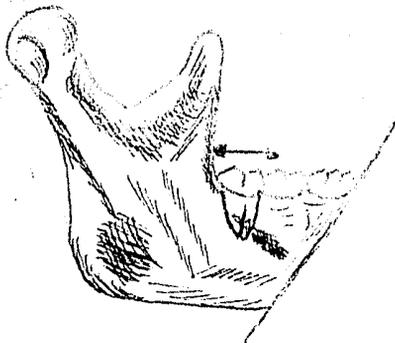
d) Desviación bucolingual.- El molar dirigido hacia el lado bucal y su cara oclusal desviada hacia la lengua.



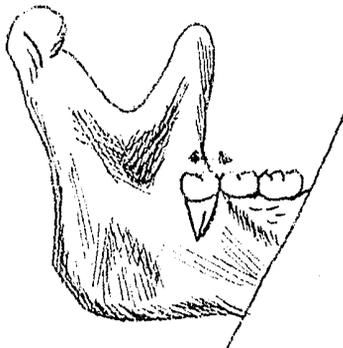
B) CLASIFICACION DE PELL Y GREGORY.

Clasificación en relación con el borde anterior de la rama de la mandíbula:

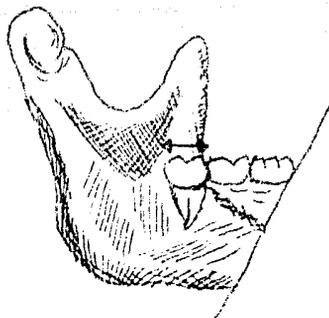
Clase 1a.- En esta clase, hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar.



Clase 2a.- El espacio que existe entre el borde anterior de la rama y la cara distal del segundo molar, es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.



Clase 3a.- En esta clase todo o la mayor parte del tercer molar se encuentra ubicado en la rama del maxilar.

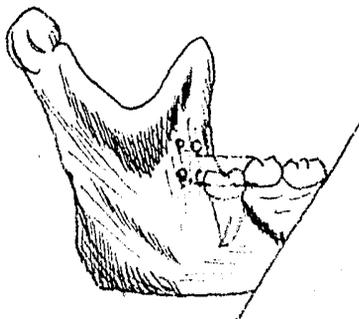


Clasificación en relación a la profundidad del molar en el hueso; ésta es en relación a la altura entre la cara oclusal del tercero y segundo molar:

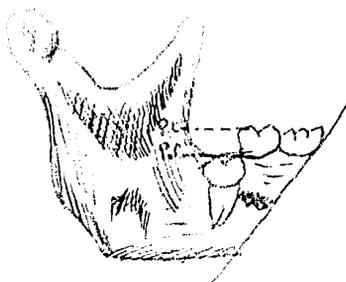
Posición A.- La porción más alta del tercer molar retenido se encuentra al mismo nivel o por encima de la línea oclusal.



Posición B.- La porción más alta del tercer molar se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar.

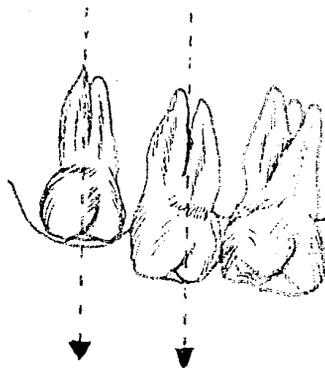


Posición C.- La parte más alta del diente se encuentra - al mismo nivel ó por debajo de la línea cervical del segundo molar.

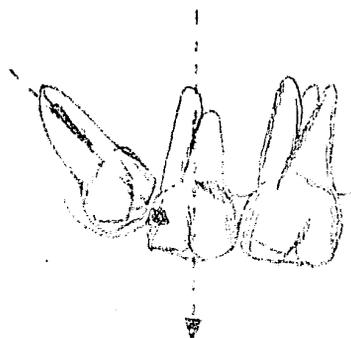


El tercer molar superior se puede encontrar en el maxilar en distintas posiciones, ya sea presentando una retención intra ósea o submucosa; así obteniendo la clasificación de Winter:

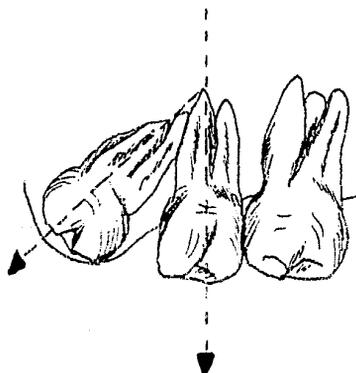
a) Posición vertical.- El eje mayor del tercer molar se encuentra paralelo al eje del segundo molar; el molar puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso.



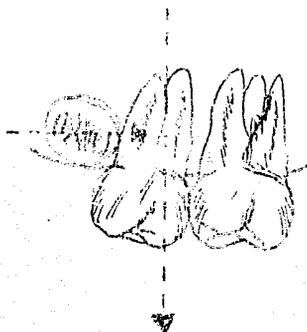
b) Posición mesioangular.- El eje del molar retenido está dirigido hacia adelante, en esta posición la raíz del molar está vecina a la apófisis pterigoides, las cúspides mesiales del molar retenido impiden su normal erupción.



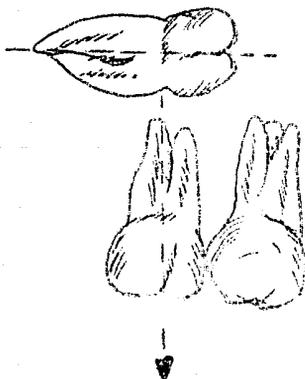
c) Posición distoangular.- El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar, la cara oclusal mira hacia la apófisis pterigoides con la cual puede estar en contacto.



d) Posición horizontal.- El molar está dirigido hacia el carrillo, con el cual la cara oclusal puede ponerse en contacto; ó bien la cara oclusal puede estar dirigida hacia la bóveda palatina.



e) Posición paranormal.- Es cuando el molar retenido puede ocupar diversas posiciones, que no se presentan en la clasificación.



CAPITULO IV.

ESTUDIO PREQUIRURGICO.

- A) HISTORIA CLINICA.
- B) ESTUDIOS DE LABORATORIO.
- C) CUIDADOS PREOPERATORIOS.

El Cirujano debe proceder a valorar el estado del paciente tanto física como emocionalmente, lo cual se hará mediante una historia clínica y exámenes de laboratorio; teniendo presente que dichos estudios deben ser lo más completos posibles.

A) HISTORIA CLINICA.

Partes de las que una historia clínica, consta:

I.- Ficha clínica administrativa:

- a) Nombre:
- b) Sexo:
- c) Edad:
- d) Estado Civil:
- e) Ocupación:
- f) Domicilio y teléfono:
- g) Lugar de procedencia:
- h) Fecha inicial de la historia clínica:

II.- Antecedentes Heredofamiliares:

- | | |
|------------------|-----------|
| a) Diatésicos | (+) ó (-) |
| b) Fímicos | (+) ó (-) |
| c) Alérgicos | (+) ó (-) |
| d) Psiquiátricos | (+) ó (-) |
| e) Luéticos | (+) ó (-) |
| f) Traumáticos | (+) ó (-) |
| g) Quirúrgicos | (+) ó (-) |

- h) Neoplásicos (+) ó (-)
- i) Infecciosos. (+) ó (-)
- j) Reumáticos (+) ó (-)
- k) Hemorrágicos. (+) ó (-)
- l) Embrionegénticos (fusura labial, palatina, etc.) (+) ó (-)

III.-- Antecedentes personales no Patológicos:

- a) Dieta:
- b) Horas de sueño:
- c) habitación, número de cuartos, ventilación, etc.
- d) Higiene personal:
- e) Hábitos: Tabaquismo (+) ó (-). Etilismo (+) ó (-).
- f) Inmunizaciones:
- g) Si ha sido donador ó receptor de sangre.

IV.-- Antecedentes personales Patológicos:

- a) Sarampión.
- b) Varicela.
- c) Parotiditis, etc.
- d) Se hacen las mismas preguntas de antecedentes heredofa --
miliares pero aplicandolo unicamente a la persona interesada;
en caso de que reporte una patología, entonces se menciona-
rá.

V.-- Padecimiento actual:

El paciente refiere: sintomatología.

- Biopsia: 1.- Localización.
- 2.- Tiempo de evolución.
- 3.- Consistencia.
- 4.- Pediculada o sesil.
- 5.- Sintomatología; si forma asimetría ó no.
- 6.- Tratamiento previo.

VI.- Interrogatorio por aparatos y sistemas, y exploración física:

a) Aparato respiratorio:

- respiración, dolor al infiltrar el aire.
- hemorragia nasal.
- al toser si es frecuente el dolor.
- de que características es la espectoración.
- antecedentes asmáticos.

b) Aparato digestivo:

- Problemas al deglutir.
- diarreas.
- estreñimientos.
- dolor epigástrico.
- sangre en las heces fecales.

c) Aparato cardiovascular:

- dolor precordial.
- disnea.
- edema de tobillos.
- cefaleas.
- cianosis.
- vertigos.
- palpitaciones.
- hipertensión.
- hipotensión.
- signos vitales: - pulso:
 - frecuencia respiratoria; normal de 18 a 20 veces por minutos.
 - tensión arterial, normal 80/120.

- temperatura axil, normal 36.5 °C.
- temperatura oral, normal 37 ° C.
- temperatura rectal, normal 37.5 °C

d) Sistema nervioso Central:

- cefaleas.
- neuralgias.
- amnesias.
- perdida de la conciencia.
- epilepsia, bajo tratamiento médico, cual?
- convulsiones.

e) Aparato genitourinario:

- situaciones hormonales de la mujer:
- poliuria.
- dolor al orinar.
- características de la orina.

f) Exploración física:

- Cabeza: - frente
 - ojos
 - cejas
 - pestañas
 - nariz
- Cavidad oral:
 - labios
 - encía
 - paladar
 - piso se la boca
 - región yugal.
- Cuello
- Exploración del torax.

- ruidos cardiacos.
- ruidos pulmonares.
- miembros superiores, inferiores (completos ó incapacidad)
- organos de los sentidos.

g) Diagnóstico: patología que presente en orden de importancia.

h) Plan de tratamiento: se realiza en orden de importancia -

i) Epicrisis: ésta se realizará después de la operación, -- en la cual se describirá el trasoperatorio, hasta el momento en que se da de alta al paciente.

NOTA.- Dentro de este interrogatorio, también se debe disponer de radiografías de la región interesada.

B) ESTUDIOS DE LABORATORIO.

En dichos estudios mencionaré algunos valores clínicos - en cifras tradicionales, junto con ellas presenté su interpretación patológica en las cuales se encuentran elevadas o disminuidas; (la interpretación es someramente).

Acido úrico en suero o plasma:

Normal: Hombres 3 - 8 mg/100 ml. Mujeres 1.5 - 6 mg/100 ml.

Interpretación.-

Se encuentra elevado en la gota, toxemias del embarazo, leucemias, policitemias, terapéutica con agentes antileucémicos, insuficiencia renal, enfermedad de almacenamiento de glucógeno, Síndrome de Down.

Se encuentra disminuido en la hepatitis aguda (ocasionalmente) y en tratamientos con probencid.

Acido úrico en orina:

Normal: 350 a 600 mg/24 horas con una dieta estándar libre de purinas.

Interpretación.-

La excreción renal elevada ocurre en alrededor de 25-30% de pacientes con gota debido al aumento de síntesis de purina.

En exceso de síntesis de ácido úrico y su excreción elevada están asociadas a trastornos mieloproliferativos.

La disminución de la excreción renal se presenta en la insuficiencia renal, en algunos casos de enfermedad por al

cenamiento de glucógeno, y en cualquier defecto metabólico - que provoque lacticoacidemia. Los salicilatos en dosis --- 2.3 g/día producen a menudo retención de ácido úrico.

Normal: varia en el método, hombres 33 unidades, mujeres 19 unidades.

Interpretación.-

Cifras elevadas en suero, aparecen en el infarto de miocardio, distrofias musculares, anemia hemolítica, carcinoma metastásico de próstata, leucemia, pancreatitis aguda, hepatitis aguda; en la ictericia obstructiva o en la cirrosis hepática.

Amilasa en la orina:

Normal: varia en el método, 40 - 250 unidades Somogyi/hora.

por 7 días, después de que los niveles de amilasa sérica se han normalizado posteriormente a un ataque de pancreatitis, la amilasa sérica elevada con excreción urinaria normal ó baja puede presentarse en presencia de insuficiencia renal.

Amilasa en suero:

Normal: 80-180 unidades Somogyi/100 ml de suero (varia según el método).

Interpretación.-

Se encuentran cifras elevadas en pancreatitis aguda, obstrucción de los conductos pancreaticos (carinomas, cálculos, estenosis, espasmos esfinterismo del conducto, debido a la administración de morfina); parotiditis infecciosa, ocasionalmente en presencia de insuficiencia renal o de acidosis diabética, y en casos de inflamación pancreática consecuente a una úlcera péptica perforada.

Se encuentran cifras disminuidas en hepatitis aguda y cronica, insuficiencia pancreática y ocasionalmente en toxemias del embarazo.

Amoniaco en la sangre:

Normal: 80-110 mg/100 ml de sangre total.

Interpretación.-

Se encuentra elevado en la insuficiencia hepática ó en casos de derivación hepática en forma de anastomosis portacava, especialmente si la ingestión proteica es elevada ó si hay sangrado hacia la luz intestinal.

Bicarbonato en suero o plasma:

Normal.- 22- 28 mEq/lt.

Interpretación.-

Se encuentra elevado en la alcalosis metabólica debida a la ingestión exagerada de bicarbonato de sodio, vomitos prolongados de jugo gástrico ácido que acompaña a las deficiencias de potásio. En la acidosis respiratoria debida a la eliminación insuficiente de CO_2 , por enfisema pulmonar, - difusión defectuosa en la enfermedad de membrana alveolar, - insuficiencia cardiaca, congestión pulmonar ó edema, insuficiencia ventilatoria debida a cualquier causa, incluyendo -- exceso de sedación, narcóticos o respiración artificial insuficiente.

Se encuentra disminuido en acidosis metabólica, debida - acetosis diabética, inanición, diarrea persistente, insufi - ciencia renal.

Calcio sérico:

Normal: 8.5 - 10.5 mg/100 ml ó 4.2 -5.2 Eq/lt.

Interpretación.-

Se encuentra elevado en el hiperparatiroidismo, la secreción de una hormona parecida a la paratoroides por tumores - malignos, exceso de vitamina D, enfermedades osteolíticas -- como mieloma múltiple.

Se encuentra disminuido en el hipoparatiroidismo, raquitismo, osteomalacia, insuficiencia renal, insuficiencia pancreática.

Capacidad de fijación del hierro en suero:

Normal: 250 - 410 mg/100 ml.

Interpretación.-

Se encuentra elevada en casos de hierro sérico bajo ó anemias ferroprivas, pérdida de sangre aguda ó crónica, embarazo, hepatitis aguda, en la ingestión bucal de anticonceptivos.

Se encuentra disminuida en enfermedades hemolíticas, anemia perniciosa, infecciones agudas y crónicas, cirrosis hepática uremia y cancer.

Colesterol en plasma o suero:

Normal 150 a 280 mg/100 ml.

Interpretación.-

Se encuentra elevado en la hipercolesterolemia familias (xantomatosis), hipotiroidismo, diabetes mellitus mal controlada síndrome nefrotico, hepatitis crónica, cirrosis biliar ictericia obstructiva, hipoproteinemia, lipemia.

Se encuentra disminuido en la hepatitis aguda en hipertiroidismo, infecciones agudas, anemias y desnutrición.

Fósforo inorgánico en suero:

Normal: niños 4-7 mg/100 ml. Adultos 3-4. 5 mg/100 ml.

Interpretación.-

Se encuentra elevado en insuficiencia renal, el hipoparatiroidismo e hipervitaminosis D.

Se encuentra disminuido en el hiperparatiroidismo, hipo

vitaminosis D, síndrome de mal absorción, alcoholismo crónico, hiperalimentación con soluciones pobres en fosfatos, cetoacidosis diabética, ocasionalmente durante el embarazo.

Glucosa en plasma, en suero:

Normal: en ayuno 65-110 mg/100 ml.

Interpretación.-

Se encuentra elevada en la diabetes mellitus, hipertiroidismo, hiperactividad adrenocortical, hiperpituitarismo, hipertiroidismo, ocasionalmente en enfermedades hepáticas.

Se encuentra disminuida en el hiperinsulinismo, insuficiencia suprarrenal, hipopituitarismo, hipoglucemia funcional.

Hierro sérico:

Normal: 50-175 mg/100 ml.

Interpretación.-

Se encuentra elevado en la hemocromatosis, hemosiderosis (transfusiones múltiples), enfermedad hemolítica, anemia perniciosa, anemias hipoplásicas, y frecuentes hepatitis viral. Se eleva falsamente si el paciente ha recibido hierro parenteralmente durante los 2 ó 3 meses antes de la determinación.

Se encuentra disminuido en la deficiencia de hierro con infecciones, nefrosis e insuficiencia renal crónica.

Sodio en suero o plasma:

Normal: 136-145 mEq/lt.

Interpretación.-

Se encuentra elevado en la deshidratación, traumatismos del sistema nervioso central, por hiperaldosteronismo ó por exceso de corticosterona ó corticosteroides.

Se encuentra disminuido en insuficiencia suprarrenal, -- insuficiencia renal, acodisos tubulorrenal, como respuesta -- fisiológica a trauma ó quemaduras, diarreas, obstrucción intestinal, en casos de sudación excesiva.

Tiempo de sangrado:

El tiempo normal es alrededor de 3-4 minutos. Es más -- exacto con la técnica habitual (Duke) de 2-5 minutos; con la técnica de Ivy de 3-11 minutos.

Tiempo de coagulación:

El tiempo normal de coagulación es de 5 a 10 minutos; -- sólo por encima de 12 minutos puede considerarse patológico.

Tiempo de protombina:

Es un tiempo de coagulación en condiciones especiales, - cifras comprendidas entre el 85% y el 110% se consideran normales. Por debajo del 85% debe considerarse como patológico; cifras inferiores al 30% provoca síntomas clínicos.

Tiempo de tromboplastina:

Es un tiempo de coagulación en tubo; sirve para comprobar la existencia de todos los facotres de las vías intrinsecas-- así como de la vía común.

Prueba de torniquete:

La prueba de Rumpel, del brazal; si aparecen más de seis petequias la prueba es patológica.

Leucositos:

Normalmente de 6000 a 10 000 leucisitos Xmm³.

Eritrocitos:

Normal: 4-5 millones de 4-5.5 millones Xmm³.

Plaquetas:

Normal: 150 000 a 300 000 Xmm³.

C) CUIDADOS PREOPERATORIOS.

Las medidas preoperatorias pueden clasificarse en: generales, que son las que se refieren al organismo total. Las medidas locales, son las que se realizan en el campo operatorio, antes de nuestra intervención.

La antibiotoxicoterapia es una útil medida preventiva antes del tratamiento quirúrgico, que en determinadas ocasiones se emplea.

Medidas generales, son la realización de:

- 1.- Historia clínica
- 2.- Exámenes de laboratorio.
- 3.- Grupo sanguíneo, para tener disponible 2 unidades -- de sangre.
- 4.- Radiografía dental.
- 5.- Enjuagues de boca seleccionados empezando de la noche anterior a la intervención.

6.- Antibióticos (seleccionados por el Cirujano). En caso de que sea necesario para aquellos pacientes que corren el riesgo de infección debido a problemas sistémicos, como fiebre reumática; el paciente recibirá antibióticos tanto por vía IV como IM, hasta que el paciente tome líquidos sin dificultad, entonces se administran antibióticos orales y se continua hasta siete ó diez días.

Medidas locales:

Estado de la cavidad bucal.- para realizar una operación en la cavidad oral, se exige que ésta se encuentre en condiciones óptimas de limpieza, ya que no de esterilización.

Se debe retirar el tártaro, las raíces; y los dientes cariados deben ser obturados ó extraerlos. Se exceptúa de ésta medida, cuando la extracción de dichas piezas dentarias constituye el objeto principal de la operación.

Aún en estado normal la boca, antes de una operación en ella debe ser cuidadosamente lavada con una solución de agua oxigenada (en atomizador), o soluciones jabonosas que se preparan diluyendo jabón líquido y agua oxigenada en un volumen diez veces mayor de agua.

Hay que tomarle especial dedicación a los espacios interdentarios, lenguetas gingivales y a los capuchones de los terceros molares; estas regiones serán lavadas con una solución de agua oxigenada, o un antiséptico cualquiera y pintadas con tintura de merthiolato antes de la operación.

Estas medidas antisépticas preoperatorias, colocarán la cavidad bucal en una condición óptima, para realizar en ella una intervención y disminuir en un alto porcentaje los riesgos y las complicaciones postoperatorias.

C A P I T U L O V.

INSTRUMENTAL.

A) INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS BLANDOS.

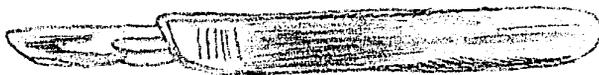
B) INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS DUROS.

Una operación de cirugía bucal se propone ; abrir la encía llegar hasta el hueso, practicar una ventana en él y por ella eliminar el objeto de la operación, (un diente, un proceso patológico).

Para realizar dichas intervenciones es menester de valerse de instrumentos y material quirúrgico apropiados.

A) INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS BLANDOS:

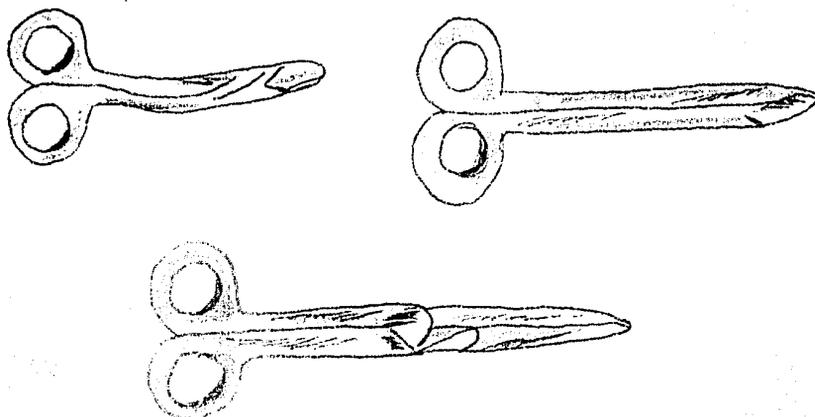
Bisturí.- En cirugía se emplea comúnmente un bisturí con hoja corta. Este instrumento consta de un mango y de una hoja la cual es intercambiable; estas hojas se eligen la clase de operación a la clase de operación a realizar.



Tijeras.- Se emplean para seccionar lenguetas y festones gingivales, trozos de encía en el tratamiento de la paradontosis.

También se pueden emplear tijeras curvas que se adaptan al trabajo que han de realizar, pudiendo alcanzar la región palatina y lingual, de difícil acceso.

Las tijeras rectas y curvas se emplean para seccionar --
bridas fibrosas, cicatrices u trozos de colgajo, también se--
emplean para cortar puntos de sutura.

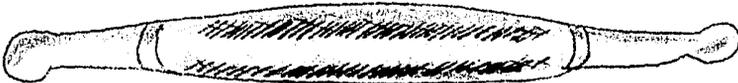
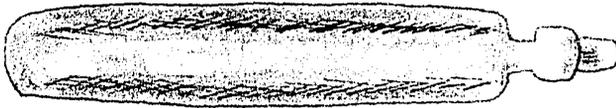


Pinzas de disección.- Se emplean para ayudarse en la pre
paración de los colgajos y de otras maniobras, el Cirujano--
puede valerse de las pinzas de disección dentadas con las -
cuales se toma la fibromucosa sin lesionarla, ó las pinzas de
dientes de ratón con tres pequeños dientes que se engranan y
permiten sostener el colgajo. Para el mismo objetivo también
se pueden emplear las pinzas de Kocher.

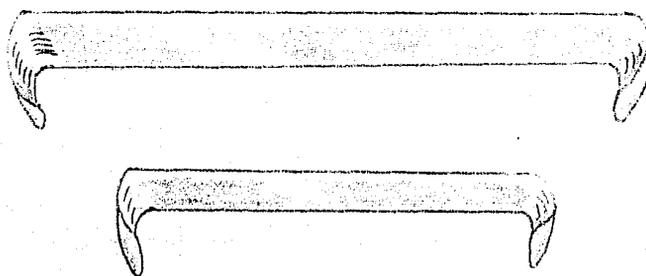




Legras y periostótomos, espátulas romas - Se utilizan - para levantar colgajos que se insinuarán entre los labios de la herida y entre mucoperiostio y el hueso, apartando aquel elemento hasta donde fuera necesario. Este objetivo también puede llevarse a cabo mediante el periostotomo de Mead ó -- bien con espátula de Freer.



Separadores.— Se emplean para mantener apartados los labios con el propósito de no herirlos, ó los colgajos para que no sean traumatizados. Se pueden emplear los separadores de Farabeuf, cuyos dos extremos están acodados; los separadores de Volkman, que constan de un mango y un tallo que termina en forma de dientes los cuales se insinúan debajo del colgajo al cual mantienen fijo.

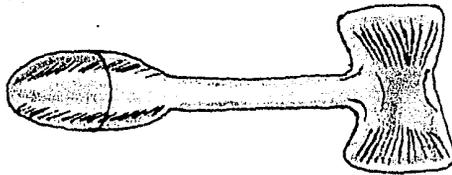
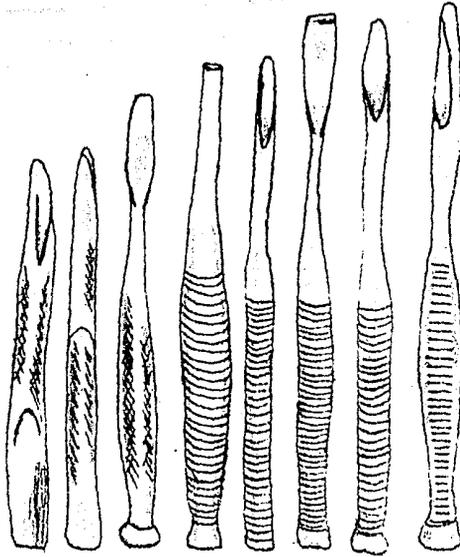


B) INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS DUROS:

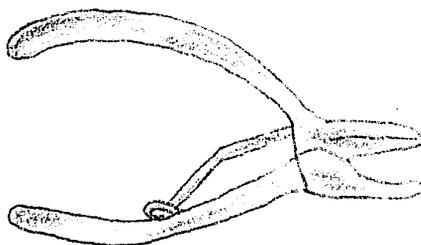
Escoplo y martillo.— El escoplo se usa para reseca el hueso que cubre el objeto de la intervención; el escoplo es una barra metálica, uno de cuyos extremos está cortado a bisel a expensas de una de sus caras y afilada, actúan a presión manual ó son accionados a golpes de martillo, este martillo consta de una masa y de un mango que permite esgrimirlo.

El escoplo puede ser también accionado por el torno dental así llamandose escoplo ó martillo automático. Hay varios tipos de escoplos que varían entre sí en detalles, la hoja del escoplo puede ser recta, ahuecada en media caña; los escoplos de Barry se emplean para realizar la osteotomía en la intervención del tercer molar retenido.

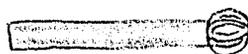
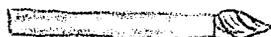
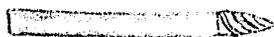
ESCOPLOS Y MARTILLO



Pinzas Gubias.- Se utilizan para la osteotomía, ya sea -
rectas o curva,s que actúan extrayendo el hueso, por mordis-
cos sobre este tejido; previa preparación de una puerta de -
entrada con escoplo, o directamente para eliminar crestas -
óseas o trozos óseos que emergen de las superficies del hue-
so.



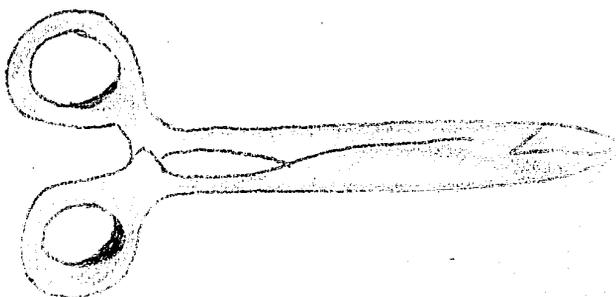
Fresas.- Se emplean en la osteotomía, la fresa puede sa-
car el hueso de por sí, o abrir camino a otros instrumentos.
Se pueden emplear las fresas redondas #5 al 8, ó de fisura -
560; también son útiles las fresas quirúrgicas de Schamberg
y las de Allport.



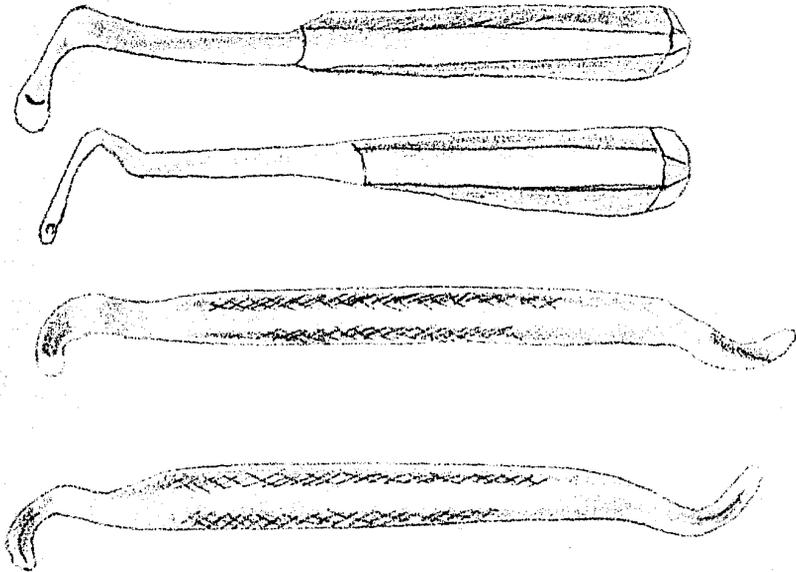
Pinzas para tomar algodón, gasa, etc.



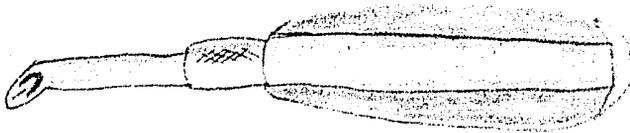
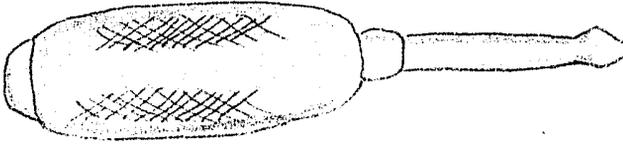
3 Pinzas de Kocher.- Se emplean para hacer hemostasis, -- comprimiendo una arteria o una vena que ha sido seccionada, una ligadura con catgut obtura el vaso que sangra, estas pinzas también se emplean como sostenedores de colgajos, o para tomar bolsas quísticas ó tejidos patológicos.



Cucharillas para hueso.- Sirven para eliminar granulomas, quistes etc; del interior de las cavidades óseas, empleandolas como curetas; las hay rectas y acodadas cuya parte activa puede tener formas y diámetros distintos.

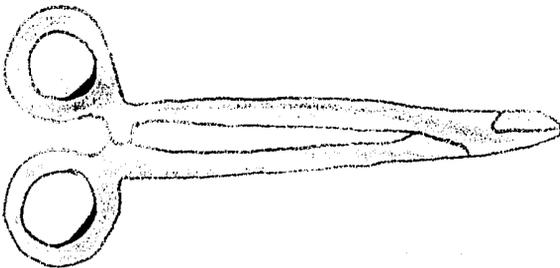


Elevadores.- Este instrumento consta de tres partes; el mango tallo y hoja; estos elevadores los podemos encontrar rectos y de bandera.



Agujas para sutura.- Se emplean propiamente en tejidos blandos; las hay sencillas, curvas o rectas de diferentes dimensiones.

Porta-agujas.- Es para el empleo de las agujas de sutura, tal instrumento es una pinza que toma la aguja en el sentido de su superficie plana y la guía en sus movimientos.



C A P I T U L O VI

ANESTESIA

Anestesia local es la supresión, por medios terapéuticos, de la sensibilidad de una zona de la cavidad bucal.

La anestesia local puede realizarse de distintas maneras, encaminadas todas a llevar la solución anestésica en presencia de las terminaciones nerviosas periféricas, para permitir así realizar sin dolor las intervenciones quirúrgicas. El líquido anestésico puede depositarse sobre la mucosa, por debajo de ella por debajo del periostio.

Anestesia mucosa:

La mucosa bucal y sus capas inmediatas pueden anestesiarse localmente, colocando sobre ellas sustancias anestésicas. Se emplean para abrir abscesos, para evitar el dolor -- que producen los pinchazos de una aguja, para la extracción de dientes temporarios o con movilidad.

Anestesia submucosa:

Hay dos tipos de anestesia submucosa, la que se realiza inmediatamente por debajo de la mucosa y la profunda o supraperióstica. La primera tiene escasa aplicación en la cirugía bucal; se realiza depositando las sustancias anestésicas en la vecindad de la mucosa bucal, el líquido anestésico en estas condiciones tarda mucho tiempo en ser reabsorbido y no llega a las terminaciones nerviosas periféricas; es una anestesia que sólo es útil para realizar intervenciones sobre la mucosa ó para el bloqueo de nervios superficiales.

La anestesia local ideal es la submucosa ó supraperiostíca que se realiza llevando el líquido anestésico a las capas profundas de la submucosa, en vecindad inmediata con el periostio.

La anestesia infiltrativa depende de la mayor ó menor -- permeabilidad del hueso; se realiza de preferencia en el maxilar, cuyo hueso siendo particularmente esponjoso y rico en foraminas, puede ser facilmente alcanzado por el líquido anestésico.

La inyección submucosa profunda debe ser realizada en el fondo del saco vestibular para bloquear así terminaciones -- nerviosas que llegan al ápice dentario, al hueso, al periostio y a la encía.

En la mandíbula este tipo de anestesia local sólo tiene aplicación para las intervenciones sobre la región incisiva-ó mentoniana; para las operaciones en otras zonas de la mandíbula es de preferencia la anestesia troncular.

Anestesia subperióstica:

Consiste el procedimiento en llevar la solución anestésica inmediatamente por debajo del periostio.

El sitio de punción debe ser elegido sobre la mucosa gingival, entre el borde de la encía y la línea de los ápices -- dentarios. Se realiza una pequeña anestesia submucosa para -- poder efectuar en forma indolora las intervenciones posteriores y se perfora el periostio perpendicularmente al hueso; -- el bisel de la aguja dirigido hacia la estructura ósea, perforando el periostio se inclina en ángulo recto la jeringa, -- haciéndola paralela a la tabla externa y se avanza entre el periostio y el hueso depositando el anestésico y se llega -- hasta el nivel del ápice dentario donde se deposita otra cantidad de anestésico.

Anestesia Troncular:

Es aquella que se realiza llevando a cabo la solución -- anestésica en contacto con un tronco o rama nerviosa; así --

privandola de la sensibilidad.

El nervio dentario inferior inerva el hueso mandibular, --superiostio y la encía, los dientes en cada hemiarcada, a --excepción de un trozo de encía y periostio que cubre la cara externa de la mandíbula entre el tercer y primer molar, zona inervada por el nervio bucal, rama que requiere de una anestesia aparte.

Para alcanzar el nervio dentario inferior es menester --llegar, con la aguja a las proximidades del orificio del con--ducto dentario.

Técnica de anestesia del nervio dentario inferior:

Posiciones. - Del paciente: sentado; su cabeza ligeramen--te inclinada hacia atrás, el maxilar inferior en posición --horizontal, la cavidad oral a la altura de nuestro hombro --derecho.

Posición del operador.- Inyección del lado derecho; el --operador debe colocarse a la derecha del paciente, los dedos de la mano izquierda sirven de guía y para la búsqueda de las líneas de referencia, la mano derecha esgrime la jeringa.

Inyección del lado izquierdo.- La posición varia según --que el operador realice la inyección con la mano derecha o --la izquierda; se hace la palpación de las líneas de referen--cia con el dedo índice, se toma la jeringa, se lleva a la --boca del paciente hasta que la punta de la aguja con su bi--sel dirigido hacia afuera, coincida con el punto medio de la uña del operador. La jeringa, paralela a la arcada dentaria, se hace la punción se perfora la mucosa y penetrando entre--la cara interna y la rama ascendente, y la cara anteroexter--na del pterigoideo interno; se avanza descargando pequeñas --cantidades de solución anestésica con esto se logra la anes--tesia del nervio lingual; en ésta posición se dirige la je --ringa hacia el lado opuesto llegando hasta la altura de los--

premolares para llegar a la rama interna ascendente, se profundiza la aguja medio centímetro, puede tocar el hueso, se debe evitar lesionar el periostio, se inyecta lentamente el anestésico y se retira la jeringa.

Anestesia de los nervios incisivos inferiores:

La anestesia de estos puede hacerse a nivel del agujero mentoniano, la anestesia en dicho agujero sólo se emplea en operaciones sobre el labio.

El agujero mentoniano se ubica entre los dos premolares, para abordarlo será necesario dirigir la aguja en sentido -- contrario a la dirección del conducto, se separa el labio -- con los dedos y se dirige la jeringa de atrás a adelante y de arriba a abajo, hacia el hueso, en procura del orificio un -- centímetro por debajo del borde gingival; encontrado se penetra en el conducto y se depósita la anestesia.

Anestesia del nervio bucal:

El nervio bucal, rama del maxilar inferior, del cual se separa luego que éste atraviesa el agujero oval, pasa entre las dos porciones del pterigoideo externo y dirigiéndose hacia abajo, adelante y afuera, entre la apófisis coronoides y la tuberosidad del maxilar, corre por dentro del temporal -- hasta el músculo buccinador, al cual atraviesa dando inervación a la encía del lado bucal de la mandíbula.

Es necesario colocar anestésico en el nervio bucal aún -- cuando con la troncular del dentario inferior ocasionalmente se anestesia la porción bucal.

Técnica de anestesia del nervio bucal:

Cuando no hay ningún proceso inflamatorio a nivel del -- molar a extraer, se realiza una infiltración submucosa en el fondo del surco vestibular frente a la raíz distal.

En presencia de proceso inflamatorio, la punción se efectúa sobre el carrillo, un centímetro por detrás y debajo del conducto de Stenon, y se desliza la aguja en busca del borde anterior del maxilar y se inyecta solución anestésica.

Anestesia del nervio lingual:

El lingual inerva la lengua, suelo de la boca y cara interna, y encía de la mandíbula; por lo general se anestesia con el dentario inferior. Dicho nervio se separa del dentario en el espacio entre la rama ascendente y el pterigoideo-interno y transcurre a lo largo de la cara interna del hueso por debajo de la mucosa bucal, dando inervación a la mucosa-lingual en sus dos tercios anteriores, la glándula sublingual y la encía del lado lingual.

El sitio de la punción puede ser por debajo de la mucosa, un poco más atrás del sitio a operar; también puede ser por dentro de la línea oblicua interna, la infección a nivel de la encía en el lado interno es peligrosa porque sigue con frecuencia complicaciones infecciosas del suelo de la boca.

Anestesia del nervio maxilar:

El agujero redondo mayor está ubicado en el límite pósterior superior de la fosa y que el nervio al salir de este orificio recorre la fosa, sobre la bóveda de atrás a adelante y de adentro a afuera, y que va a introducirse, tomando la dirección ántero posterior en el conducto infraorbitario. La proyección de la hendidura ptérigomaxilar, en la cara está ubicada sobre la base de la apófisis cigomática del molar.

Para abordar el nervio maxilar puede ser por encima del hueso malar y apófisis cigomática, y por debajo de estos huesos.

La distancia del agujero redondo-cara externa del malar es aproximadamente de 4.5 centímetros; agregado el espesor de la piel y tejidos subyacentes, la aguja debe penetrar 5 centímetros desde el sitio de punción hasta su destino.

Técnica de anestesia (inframalar):

Con el dedo índice de la mano derecha se busca los reparos anatómicos que están dados por el borde anterior de la rama ascendente y el borde inferior del hueso malar; se marcan sobre la piel los lados del ángulo y se traza una bicectriz a este ángulo. A 1 cm por debajo del vertice y sobre la bicectriz trazada, se punza con la aguja y se lleva hacia arriba y atrás teniendo la tuberosidad del maxilar como guía; la aguja avanza 4 cm y se llega a la hendidura pterigomaxilar, se profundiza otro medio cm y se colocó la jeringa se inyecta lentamente la solución anestésica; en su avance la aguja a los 4 cm puede encontrarse con una pared ósea que es la cara externa de la apófisis pterigoides.

Anestesia de los nervios dentarios anteriores:

La anestesia de dichos nervios debe efectuarse a nivel del agujero infraorbitario, y por difusión la solución anestésica llega al nervio.

Los nervios dentarios anteriores se separan del nervio maxilar en el conducto infraorbitario que lo aloja, medio cm por detrás del agujero infraorbitario descendiendo por delante de la pared anterior del seno maxilar, y se divide en tres ramas que van a inervar el incisivo central, el lateral y canino; por su anastomosis con los nervios dentarios medios, puede tomar parte en la inervación de los premolares. Después de dar estos nervios dentarios anteriores, el maxilar superior sigue su recorrido por el conducto infraorbitario y al atravesar el orificio se abre en un penacho termi -

nal, inervando el párpado inferior, el ala de la nariz, el labio superior, con sus capas dérmicas, muscular y mucosa, y la cara bucal de la encía.

Técnica de anestesia de los nervios dentarios anteriores

El dedo índice de la mano izquierda reconoce los elementos anatómicos. El pulpejeo del dedo debe quedar fijo sobre el orificio suborbitario; con el dedo pulgar se levanta el labio, dejando al descubierto la región del ápice del canino; se punza en el fondo del surco vestibular, llevando la jeringa desde el canino en dirección a la pupila, sin tocar hueso, hasta llegar al orificio infraorbitario.

Cuando el dedo índice percibe la aguja, estamos en el sitio deseado, se inyectan unas gotas de anestesia, se levanta la jeringa buscando la dirección del conducto y por tacto se penetra en él sólo en una profundidad de medio cm se deposita la solución anestésica.

Anestesia de los nervios dentarios posteriores:

Los nervios dentarios posteriores nacen del nervio maxilar en la fosa pterigomaxilar, antes de la entrada del conducto infraorbitario, se dirige hacia abajo abandonando dicha fosa, recorre la tuberosidad del maxilar y penetran por orificios o agujeros dentarios que se hallan situados en la tuberosidad 2 ó 3 cm. por arriba del ángulo distocervical del tercer molar superior.

Los nervios dentarios posteriores se anastomosan con los nervios dentarios medios y anteriores; inervan el tercer, segundo y primer molar.

Técnica de anestesia:

El operador con un separador o espejo bucal, debe estirar la comisura bucal del lado a anestesiar, se aparta el carrillo tratando de poner a la vista la región del tercer molar, se toma la jeringa con la solución anestésica y se punza en el fondo del surco vestibular, y a nivel de la raíz distal - del segundo molar, después que la aguja ha atravesado, con su bisel hacia el hueso, la mucosa bucal y el buccinador, se deposita anestesia y se avanza en un ángulo de 45° con el plano oclusal de los molares superiores, llevando la punta de la aguja hacia arriba y atrás y adentro, en procura de los orificios dentarios, la aguja debe penetrar 2 cm después de que ha atravesado el surco.

Anestesia del nervio nasopalatino:

En la bóveda palatina, sobre la línea media y por detrás de los incisivos centrales, se encuentra el orificio externo del conducto palatino anterior, formado a su vez por la unión de los canales palatinos, perteneciente cada uno al borde interno de las apófisis palatinas del maxilar.

En el fondo del conducto aparecen dos orificios uno anterior y otro posterior, por donde emergen los nervios nasopalatinos izquierdo y derecho.

Estos nervios nasopalatinos anteriores, inervan la parte anterior del paladar hasta la altura del canino, el orificio coincide con la papila palatina.

Se punza en la base de la papila del lado izquierdo o derecho pero no en el cuerpo mismo de este elemento anatómico, después de atravesar la mucosa y llegado al conducto palatino se deposita lentamente la solución anestésica.

C A P I T U L O VII.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

Tratamiento quirúrgico del molar retenido en posición -- vertical; superior:

Incisión.- Puede emplearse de dos ramas, la cual va en -- sentido anteroposterior que se traza proxima a la cara palatina del diente, paralelamente a la arcada en una longitud -- de un centímetro; y una incisión bucal partiendo 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 donde termina.

La incisión debe llegar en profundidad hasta hueso ó corona del molar y en sentido anterior hasta el cuello del segundo molar, el colgajo se desprende con un periostótomo, y se sostiene con un separador.

Osteotomía.- El hueso que cubre la cara oclusal se elimina con escoplos rectos o bien utilizando fresas; en ocasiones se puede eliminar con una cucharilla para hueso o con el mismo elevador.

Vía de acceso a la cara mesial.- La cara mesial será la superficie sobre la cual se aplicará el elevador para extraer el molar retenido. Si es accesible; si no lo es, se necesitará eliminar el hueso del tabique mesial que impide la entrada del instrumento; la osteotomía a este nivel se realiza con un escoplo o con una fresa redonda.

Extracción propiamente dicha.- Se emplea la punta del -- elevador en el espacio existente entre la cara mesial del -- tercer y la distal del segundo molar; la introducción del -- instrumento se realiza con un débil movimiento rotatorio que se imprime al elevador actuando como cuña, así logrando lle-

gar a su punto de aplicación, el elevador consigue luxar el tercer molar.

Aplicación del elevador de Winter, o el elevador recto-- de Ash, se aplican, con su cara plana sobre, la cara ante - rior del diente; el instrumento debe estar dirigido en el -- sentido de una diagonal trazada sobre dicha cara.

Punto de apoyo.- En general el punto, es la cara distal- del segundo molar ó el tabique óseo en caso de existir.

Movimientos del elevador.- Aplicado ésta, separado el -- labio y el carrillo con un espejo, se inicia el movimiento - de luxación del molar retenido.

Para abandonar su alvéolo, el molar debe movilizarse en- tres direcciones; hacia abajo, afuera y atrás. Por tanto --- debe desplazarse el mango del elevador con un punto de apoyo en la cara distal del segundo molar; luxado el molar si la - fuerza aplicada no ha logrado extraerlo, puede ser tomado - con un forceps.

Sutura.- Extraído el molar, revisado los bordes óseos, - en especial el tabique externo y posterior, retirado el saco pericoronario con una pinza gubia; se aplica el colgajo en - su sitio y se practican uno ó dos puntos de sutura.

Tratamiento del molar en posición mesioangular; superior:

La incisión es igual a la anterior.

La vía de acceso necesita mayor osteotomía en el lado mesial que en la retención vertical, porque el punto de aplicación del elevador ha de ser más alto, también se debe eliminar parte de la tabla ósea vestibular que cubre la cara bucal del molar retenido.

La osteotomía se hace igual que en los otros tipos de molares retenidos, con escoplos ó fresas, requiriendo solo una mayor escisión del hueso es distal, para descubrir al diente hasta el nivel del cuello.

Empleo de elevadores.- Se introduce el elevador, hasta llegar a aplicarlo sobre la cara mesial del diente.

Movimientos del elevador.- Son los mismos, a excepción de que el molar debe ser dirigido primero hacia distal para vencer el contacto mesial, y luego los movimientos del elevador dirigen el diente hacia abajo y afuera.

En molares con raíces abiertas, con cementosis o dilataciones, este movimiento debe ser hecho con lentitud no bruscamente para evitar fracturas.

Una vez que el molar ha abandonado el alvéolo, se realiza el mismo procedimiento que en el anterior, para así poder practicar los puntos de sutura.

Tratamiento del molar en posición distoangular; superior:

Incisión.- La rama ánteroposterior debe dirigirse más distalmente que en los otros casos para evitar desgarros de la encía.

Osteotomía.- Generalmente no hay hueso sobre la cara oclusal, ni hacia distal; solamente es necesario preparar la vía de acceso en el lado mesial.

Empleo de los elevadores.- Se coloca el elevador sobre la cara mesial del tercer molar y éste dirige hacia abajo y atrás; los movimientos no deben ser bruscos para evitar fracturas en la tuberosidad y apófisis pterigoides.

Se emplearán elevadores de Winter, estos instrumentos tendrán la función de cuña o palanca, se deben introducir entre la cara distal del segundo molar y la cara mesial del tercero, se realizan los movimientos correspondientes para la luxación.

Una vez extraído el tercer molar de su alvéolo, se revisan los bordes óseos, se retira el saco pericoronario con una pinza gubia, se aplica el colgajo en su sitio, se sutura.

Tratamiento del molar en posición paranormal; superior:

Las distintas posiciones que se pueden presentar en ubicación paranormal, no permite fijar una regla para su extracción. La técnica estará dada por la posición que presenta el molar en el hueso y su relación con los molares vecinos.

Tratamiento de los terceros molares con sus raíces incompletamente formadas; (germenes del tercer molar superior);

La incisión, debe permitir un amplio colgajo, que descubra en gran extensión el hueso, para abordar el molar (su corona) que por lo general está ubicada muy alta, en algunas ocasiones a nivel de los ápices del segundo molar.

La osteotomía.- Debe hacerse con escoplo a presión manual o impulsado con martillo, en una extrusión suficiente como para descubrir las caras oclusales, mesial y bucal.

En la posición distoangular será necesario reseca también el hueso distal; la osteotomía de acceso a la cara mesial, debe ser extensa, como para permitir la introducción del elevador aplicandolo sobre la cara mesial del germen y girando vigorosamente el mango del instrumento, se logra desplazarlo hacia distal y abajo.

Los molares con sus raíces incompletas poseen, por lo general, un amplio saco pericoronario que es necesario reseca con pinza gubia y cucharilla para hueso. Así posteriormente realizar los puntos de sutura necesarios.

Tratamiento del tercer molar inferior, en posición vertical sin desviación, (cara mesial accesible):

Incisión.- Cuando sólo se necesita usar la cara mesial - del molar para aplicar el elevador, se realiza una incisión - que se extiende sobre la cara oclusal del molar retenido, -- desde el borde mesial del festón gingival, llegando en el - sentido distal unos milímetros por detrás del borde óseo distal a resecar. Después de la incisión, el colgajo es separa- do con un periostotomo.

Osteotomía.- La forma de las raíces indica el movimiento del molar y la cantidad de hueso a resecarse; ambas raíces - dirigidas hacia distal el hueso al resecarse debe ser sufi - ciente como para que el diente pueda describir el arco que-- corresponde a la forma radicular y no encuentre hueso distal que se oponga a este movimiento.

Raíz mesial dirigida hacia distal y raíz distal recta.- La cantidad de hueso a eliminarse debe ser tal, que permita al molar dirigirse hacia atrás siguiendo el arco de su raíz mesial.

Raíces rectas.- Este tipo no necesita una gran elimina-- ción de hueso distal, con la aplicación del elevador en la - cara mesial se dirige el diente en sentido distal.

Extracción propiamente dicha.- Se introduce completamen- te la hoja del elevador en el espacio interdentario, la parte plana de la hoja es aplicada contra la corona mesial del tercer molar y su borde sobre el borde superior de la estructu- ra ósea.

Movimientos del elevador.- Se aplican movimientos para - elevar el diente, se hace girar el mango del instrumento en- el sentido de las agujas del reloj para operar en el lado --

derecho; a la inversa del movimiento de las agujas, al actuar en el lado izquierdo.

Con este movimiento hacia distal, el molar se eleva y se desplaza hacia distal en la misma proporción con que fué girado, un movimiento más al mango del elevador hacia distal - permite un desplazamiento en un grado mayor del molar retenido en esa dirección.

Si la luxación no ha sido terminada con ese movimiento, entonces se aplica la hoja a un nivel más bajo y se vuelve a repetir el movimiento a distal.

Eliminación del molar.- Luxado el diente, este puede ser extraído del alvéolo con pinza para extracciones o con el mismo elevador.

Extracción por osteotomía a fresa.- En la osteotomía se requiere mayor visión por lo que se realiza la incisión siguiente:

La incisión se inicia un centímetro por detrás de la cara distal del segundo molar, llega hasta la cara ya mencionada y se prolonga hacia adelante cortorneando el cuello de los dientes, hasta el primer molar.

Separados los bordes de la incisión y apartados el carrillo y la lengua, se coloca la fresa sobre el borde óseo distal a resecarse. La fresa se introduce entre la cara distal del tercer molar y la porción ósea distal, realizando tanta osteotomía cuanto requiera la extensión del hueso y la disposición radicular.

Extracción propiamente dicha.- El elevador se introduce en el espacio interdentario y se mueve alrededor de su eje, en sentido distal, descansando el borde inferior de su hoja

sobre la estructura ósea del espacio entre segundo y tercermolar; el elevador recto dirige el diente retenido hacia -- arriba y atrás, logrando su desalojo del alvéolo, en el que se revisará detenidamente para no dejar ninguna esquirla - ósea, para proceder posteriormente a la sutura.

Tratamiento del tercer molar en posición de retención -- vertical sin desviación (cara mesial inaccesible); inferior;

Incisión.- Es de dos ramas: una bucal trazada en la lengüeta interdientaria bucal, trazada sobre el ángulo buco-oclusal del molar retenido.

Osteotomía.- Se practica como en la retención vertical -- con la cara mesial accesible; con los osteótomos se extirpa el hueso distal, para aplicación del elevador en la cara -- mesial del molar, es necesario resecar parte de la estructura mesial para poder emplear el osteótomo.

Extracción propiamente dicha.- El elevador recto se introduce en el espacio interdentario y se mueve, alrededor de su eje, en sentido distal, descansando el borde inferior de su sobre la estructura ósea del espacio entre segundo y tercer molar; el elevador recto dirige el diente retenido hacia arriba y atrás.

Extracción por osteotomía a fresa:- Con una fresa de fisure N° 560 se realiza la osteotomía en el lado distal del -- tercer molar llegando hasta la altura del cuello del diente, así a este nivel para poder desplazar hacia distal el molar.

Resección ósea en mesial: El objeto de esta resección -- mesial es obtener un espacio para introducir la hoja del elevador. Se realiza con una fresa redonda N° 5 montada en pieza de mano; hay que tratar de realizar esta osteotomía me -- sial a expensas de hueso vecino al molar a extraerse, dejando intacto en lo posible el hueso que cubre al segundo molar por el lado distal y bucal.

Extracción propiamente dicha.- El elevador debe penetrar a una angulación de 45° respecto al eje del molar, el elevador se abre camino en la vía ósea creada por la osteotomía --

mesial y va al encuentro de la cara mesial del tercer molar con apoyo en el borde óseo en la cara distal del segundo molar tratando de luxar el molar hacia distal con pequeños movimientos de torsión del instrumento hacia mesial y distal, así luxado se elimina del alvéolo. Posteriormente se revisará el alvéolo que este libre de todo elemento ajeno a el para poder suturar.

Tratamiento del molar en posición vertical (ausencia de dientes vecinos) inferior:

Incisión.- La rama longitudinal de esta es trazada a nivel o un poco más adentro del borde lingual del molar y sobrepasa los límites del borde mesial; la otra rama, la corta perpendicularmente y llega hasta las proximidades del surco vestibular.

Osteotomía.- El hueso que cubre el molar es reseado con escoplos o fresas; la osteotomía sigue las mismas reglas.

Extracción propiamente dicha.- Se introduce la hoja del elevador entre la cara mesial del molar y la pared mesial del alvéolo; se gira el mango del instrumento en sentido mesial, con lo cual se logra elevar el molar hacia arriba y a distal; y posteriormente tomando las medidas necesarias para suturar.

Tratamiento del molar retenido en posición mesioangular (cara mesial accesible o inaccesible); inferior:

Incisión.- Se practica partiendo de la cara distal del molar retenido, se extiende en sentido distal de una distancia aproximada de un centímetro. Si hay necesidad de usar los elevadores, aplicarlos a la cara mesial, se practica una incisión sobre el borde bucal del molar, también se traza una incisión bucal desde el borde de la encía hacia abajo y ligeramente adelante.

Osteotomía.- Se elimina tejido óseo distal con un osteótomo; el borde cortante del cincel se apoya en la superficie y bajo presión manual se elimina a pequeños trozos, todo el hueso necesario según el grado de versión del molar.

Extracción propiamente dicha.- El elevador se introduce en el espacio interdentario, dirigido hacia abajo y en sentido lingual; con ligeros movimientos giratorios del mango del instrumento dirigidos hacia mesial y distal, la parte plana del elevador es aplicada contra la cara mesial del tercer molar, su borde inferior sobre el borde superior del espacio interdentario. Se dirige el mango del instrumento en sentido mesial, de acuerdo con la disposición y forma radicular se emplea la fuerza necesaria para elevar el molar; la eliminación del molar se realiza una vez colocado el diente verticalmente y con ayuda de un forceps ó con el mismo elevador.

Extracción por osteotomía a fresa.- Con una fresa redonda se practican algunos pequeños orificios en el hueso los cuales deben llegar hasta el molar retenido.

La porción ósea limitada entre los puntos perforados por la fresa y el tercer molar, se elimina con un golpe de escoplo, este instrumento se coloca con su bisel dirigido hacia distal, tratando de introducirlo entre la cara distal del -

molar y el hueso a resecar, con un golpe de escoplo se hace saltar ésta porción ósea distal.

Extracción por osteotomía a escoplo.- Para realizarla en distal requerimos de un escoplo de media caña. Perpendicularmente dirigido hacia la superficie ósea y con golpes de martillo se reseca el hueso hasta descubrir lo necesario del molar; la extracción total se realiza con elevadores.

Tratamiento por odontosección.- Está muy indicado en la retención mesioangular, la odontosección puede aplicarse en dos distintas formas; se divide el diente según su eje mayor ó su eje menor.

La odontosección de los molares retenidos se realiza con discos, piedras de carburo, fresas, escoplos rectos, de media caña, el escoplo automático.

Técnica de empleo del disco de carburo: - Se utiliza cuando la profundidad del molar retenido lo permite; separando las partes blandas para no traumatizarlas, el disco secciona el diente a nivel de su cuello, también se emplea el disco para eliminar las cúspides mesiales.

Para seccionar el diente según su eje menor, se dirige el disco en sentido perpendicular al eje mayor del diente. El disco debe ser humedecido constantemente con agua ó suero fisiológico.

Para seccionar las cúspides mesiobucal y mesiolingual el disco se coloca perpendicularmente a la arcada, inmediatamente por detrás de la cara distal del segundo molar, dirigiéndolo de bucal a lingual; así logrando separar el macizo formado por las cúspides mesiobucal y mesiolingual, este macizo se retira antes de la extracción propiamente dicha con un escoplo ó cucharilla.

Una vez eliminado el punto de contacto, se procede a la osteotomía eliminando la cantidad de hueso necesario y posteriormente se hace la extracción propiamente dicha.

Extracción del molar según su eje menor.- La extracción de la corona después de seccionar el diente, se realiza introduciendo el elevador en el espacio creado, así desplazándolo hacia mesial y luego a distal, se introduce el elevador por debajo de la corona entre su cara mesial y el borde óseo, y se eleva la corona.

Extracción de la raíz.- Se puede realizar por medio de elevadores rectos, curvos o con los de Winter. Una vez extraídos los restos radiculares, se retiran las esquirlas, se adaptan los labios del colgajo y se practican dos o tres puntos de sutura.

Extracción del molar según su eje mayor.- Una vez seccionado el diente en dos porciones; la porción mesial y la distal, cada una debe ser eliminada por separado.

Extracción de la porción distal.- Se introduce un elevador recto entre las dos porciones del molar dividido, este elevador actuando como cuña luxa ligeramente la porción distal. La aplicación del elevador es a 2 cm por debajo de la línea cervical girando el mango del instrumento hacia mesial, dirigiendo la raíz hacia arriba y atrás.

Extracción de la porción mesial.- Eliminada la porción distal, se introduce el elevador entre la cara mesial del molar y el borde óseo; el elevador se apoya como si se tratara de un molar entero, con los movimientos logrando su extracción.

Tratamiento del molar en posición mesioangular (ausencia de dientes vecinos); inferior:

Incisión.- Es por bucal en la papila interdientaria, otra trazada sobre el ángulo buco-oclusal del molar retenido.

Osteotomía.- A escoplo: Con un escoplo fino o de media caña se reseca el hueso distal para dejar descubierta por lo menos la cara distal de la corona.

A fresa.- El lado distal se opera con una fresa de fisura en el ángulo recto; la osteotomía mesial puede realizarse con una fresa redonda N° 7 montada en pieza de mano.

Extracción propiamente dicha.- Puede efectuarse con los elevadores de Winter, o los elevadores angulares de Ash, todos ellos de aplicación mesial; se coloca la hoja del instrumento entre la cara mesial del molar y la superficie anterior del alvéolo, se gira el mango del instrumento hacia mesial con lo que se consigue elevar el molar hacia atrás y arriba.

Los elevadores rectos ó los angulares pueden ser colocados entre la cara bucal y la pared externa del hueso; por movimientos rotatorios del mango del instrumento de derecha a izquierda consiguiendo luxar el molar desalojandolo del alvéolo el cual posteriormente se suturará.

Tratamiento del molar en posición distoangular; inferior:

Incisión.- Si el molar está parcialmente erupcionado se efectua el mismo tipo de incisión que la anterior.

Osteotomía.- Con el osteotomo se llega hasta la porción ósea que cubre la cara oclusal y distal del molar retenido. Para reseca el hueso de la cara oclusal se utiliza el instrumento realizando unos orificios que alcanzan a descubrir la cara del diente retenido. El hueso de la cara bucal debe también ser eliminado para permitir la colocación de los elevadores.

Extracción propiamente dicha.- El instrumento es aplicado sobre la cara mesial cerca del borde bucal introduciendolo - como si fuera una cuña, entre el molar y el hueso logrando - elevar el molar.

Y procediendo a finalizar el tratamiento se revisa el alvéolo que quede libre de esquirlas o saco pericoronario, - para suturar.

Tratamiento del tercer molar en posición horizontal; inferior:

La incisión debe ser apropiada para proporcionar un colgajo amplio.

Osteotomía.- Con los osteotomos se elimina la cantidad de hueso distal necesaria.

Extracción propiamente dicha.- Empleo de los elevadores; se introduce entre la cara mesial y el borde óseo del molar, es desplazado hacia arriba y en sentido distal. La dirección y fuerza ejercida sobre el elevador está en relación con la forma y disposición radicular.

Osteotomía distal.- La resección del hueso que cubre la cara distal, es por el mismo procedimiento anterior, realizando unos orificios sobre la cubierta ósea.

Extracción propiamente dicha.- En el espacio creado por los osteotomos se introduce el elevador de preferencia en la cara mesial del molar; se dirige el mango del instrumento hacia abajo y el molar se desplaza hacia arriba y a distal.

Extracción por odontosección.- Extracción del molar seccionado según su eje menor; se corta el diente a la altura del cuello con una fresa de fisura, montada en un ángulo recto. La extracción de las dos partes seccionadas se efectúa como en otros casos anteriores.

Extracción del molar seccionado según su eje mayor; cuando la corona está ligeramente desviada a bucal, se practica la sección con un escoplo de hoja ancha, este se aplica sobre el centro de la cara triturante, así dividido el molar en dos porciones mesial y distal, se extraen ambas por separado.

Extracción de la parte mesial.- La porción mesial puede estar retenida por debajo de la línea cervical del segundo molar siendo así, es útil separar esta porción en dos partes; seccionandola con una fresa de fisura, la raíz mesial se elimina realizando un pequeño orificio, se introduce un instrumento y se elimina la raíz traccionandola hacia mesial.

Logrando desalojar al alvéolo de el molar completamente, se revisa y se coloca en su sitio el colgajo para asi poder suturar.

Tratamiento del molar en posición horizontal (ausencia - de dientes vecinos); inferior:

El molar puede encontrarse en total retención ósea o ser esta subgingival; la accesibilidad de la cara mesial determinará la cantidad de osteotomía necesaria.

No existiendo el segundo molar, la aplicación del elevador puede hacerse sobre la cara mesial con un punto de apoyo en el hueso mesial y el molar puede dirigirse hacia arriba - y a distal, el tercer molar en ocasiones puede extraerse sin ser seccionado; aplicando el tratamiento empleado en la re - tención mesioangular, con las variantes que impone la hori - zontalidad del molar.

Tratamiento del molar en posición linguangular; inferior:

Incisión.- La rama ánteroposterior de la incisión debe - ser trazada al mismo nivel que la tabla interna del hueso; - la rama vertical separa la encía que cubre el molar retenido de la cara distal del segundo molar, y se continua hacia - afuera, adelante y abajo.

Osteotomía.- Se reseca el hueso que cubre la cara supe - rior y la cara triturante, con un osteotomo se elimina el - hueso de la cara lingual que cubre la cara superior.

Extracción propiamente dicha.- Se introduce el elevador - entre la cara mesial y el hueso, se trata de elevar el molar hacia arriba y atrás.

Extracción por odontosección.- Seccionado con fresa re - donda a nivel de su cuello (cuando poseen raíces) o dividida la corona, con el escoplo sobre una cara oclusal sin raíces, se elimina cada fragmento con un elevador o pinza de Kocher.

Finalmente, ya que permanece el alvéolo limpio, se sutura.

Tratamiento del tercer molar en posición bucal; inferior:

La cara triturante se halla dirigida hacia la mejilla, - el molar aparece en la radiografía como un disco.

La extracción sigue los mismos principios de la sección del diente, en el sentido de su eje menor, dividiéndolo con una fresa de fisura, de mesial a distal; las partes se extraen por separado hasta dejar el alvéolo completamente limpio de esquirlas y retirando su saco pericoronario, para poder llevar a su sitio el colgajo y suturar.

Tratamiento del molar en posición invertida; inferior:

La técnica a emplearse varía de acuerdo con la profundidad del molar en el hueso y su accesibilidad a la cara mesial.

Los molares relativamente superficiales se extraen con - previa resección del hueso que cubre la cara más cercana al borde alveolar, que el distal.

La odontosección se realiza con una fresa de fisura, -- según el eje mayor del diente; según la posición del molar - se puede extraer primero la raíz o la corona.

Una vez extraído se siguen los pasos correspondientes -- para finalizar con la sutura.

Tratamiento del molar con sus raíces incompletas (gérmen dentario del molar inferior):

La técnica de la extracción por regla general hay que -- eliminar tanto hueso, como el mayor diámetro de la corona del molar, es preferible resecar hueso en mayor cantidad que la necesaria, disminuyendo la resistencia; y empleando los elevadores, también se puede eliminar el molar dividiéndolo en-

dos porciones con fresa redonda o con escoplo, y extraer cada parte por separado, con elevadores o pinzas de Kocher.

Aquí debe ser cuidadosamente retirado el saco pericoronario, una vez ya realizado se llevan a su sitio los bordes del colgajo, practicando algunos puntos de sutura.

CAPITULO VIII

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Dichos cuidados los llevan a cabo el Cirujano y el paciente; ya que el Cirujano le dará al paciente las instrucciones por escrito, que deberá llevar a cabo en su casa.

Tratamiento local.- El paciente en su domicilio, ya realizada la formación del coágulo, realizará colutorios suaves, cuatro horas después de la operación.

Fisioterapia:- Se emplean agentes físicos:

Frío.- Se aconseja bajo la forma de bolsas de hielo o toallas mojadas en agua helada, que se coloquen sobre la cara frente al sitio de la intervención. El frío evita la congestión y el dolor postoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias y concreta los edemas postoperatorios.

El frío se emplea por período de 15 minutos seguidos de un período de descanso de otros 15 minutos; ésta terapéutica sólo se aplica en el primer día después de la operación.

Calor.- Se emplea con el objeto de mejorar el estado del paciente, el calor actúa como vasodilatador; se emplea mediante compresas tibias en la mejilla 5 a 6 veces al día.

Terapia farmacológica.- Mandar analgésico ampolleta 5 ml prodolina (efecto de 6,8 a 12 horas). Es de prescripción para determinados casos.

Si la inflamación es por trauma y no por infección, se manda un antiinflamatorio suave.

En caso de presentarse trismus, se manda un relajante muscular como Robaxisal 1 a 2 tabletas 3 veces al día, acompañado de alimentos.

Dieta.- La primera comida la debe ingerir seis horas después de la operación, consistirá en una taza de té, leche -- tibia.

Seis horas después podrá tomar una dieta blanda (sin -- irritantes como el chile), la dieta blanda será durante tres días o hasta que el cirujano lo indique.

Cuidados de la cavidad.- Después del segundo día, la herida será suavemente irrigada con suero fisiológico, si hay que extraer los puntos de sutura esto se hará al cuarto día o quinto, se hace la excepción en las suturas sobre el alvéolo del tercer molar o aún más posteriores; en estos sitios -- después del segundo día ésta sutura actúa como cuerpo extraño, provocando inflamaciones localizadas y supuraciones, estos puntos se pueden retirar a las 24 ó 48 horas después de la operación.

Extracción de los puntos de sutura.- La técnica es la -- siguiente:

Se pasa sobre el hilo a extraerse, una gasa mojada en -- tintura de yodo o de merthiolato, con el objeto de esterilizar la parte del hilo que estando en la cavidad bucal se encuentra contaminado. Se toma con una pinza de disección ó -- de curación (manejada con la mano izquierda) un extremo que emerge sobre los labios de la herida, y se tracciona el hilo como para permitir obtener un trozo de este por debajo del -- nudo para poder cortarlo a ese nivel, y retirarlo de la cavi-- dad.

Una vez retirado los puntos de sutura, y al no haber -- ningún contratiempo de infección o edema, etc; el Cirujano, -- acertadamente da de alta al paciente; así finalizando su -- tratamiento.

COMENTARIOS

Realicé la descripción anatómica del maxilar y mandíbula ya que es indispensable su conocimiento para evitar lesionar puntos anatómicos importantes, ya sea durante el tratamiento quirúrgico ó bien para poder obtener un buen diagnóstico clínico y radiográfico respecto a la región que ocupa el molar retenido dentro de los maxilares.

Cité factores etiológicos ya que nos ayudan a obtener una mejor valoración de nuestro examen clínico, e ir formando un diagnóstico paso a paso conforme se realizan diferentes estudios como la historia clínica, siendo indispensable, ya que en ella el paciente nos proporciona datos clínicos -- que tendremos presentes, puesto que en gran parte dependiendo de la misma, se tomará como un factor para indicación o contraindicación de la intervención quirúrgica; así observé que los estudios de laboratorio adquieren el mismo valor.

Consideré necesario mencionar la clasificación de posición, siendo ésta necesaria para una ubicación en el examen clínico y radiográfico ya sea maxilar-molar ó mandíbula-molar.

Los cuidados preoperatorios se deben realizar, no como una exageración por parte del Cirujano, sino como medidas, las que se realizan con la cooperación del paciente, medidas para beneficio del mismo.

El instrumental, lo incluí en el desarrollo del tema, además mostrando imagenes de estos, porque desgraciadamente en muchas ocasiones sabemos el nombre del instrumento y para que se emplea pero no los conocemos porque nunca los hemos visto. Existen numerosos instrumentos y debemos conocerlos para poder seleccionarlos adecuadamente para determinada técnica quirúrgica a seguir.

Dentro de la anestesia; existen diferentes puntos anatómicos para un bloqueo, por lo que debemos saber localizarlos para un bloqueo sensitivo adecuado, así favoreciendo al paciente evitando el dolor, y al Cirujano permitiéndole mayor actividad en menor tiempo durante el transoperatorio.

Como lo mostré en páginas anteriores, hay diferentes tratamientos para cada tipo de retención por ello es menor el conocimiento del tratamiento quirúrgico, que únicamente depende del operador.

En los cuidados postoperatorios se puede decir que es la culminación del tratamiento, no obstante aún no debemos darlo por terminado, ya que en este período el paciente se encontrará en convalecencia, y este terminará su tratamiento hasta que el Cirujano lo considere pertinente dándolo de alta.

Así concluyendo en la elaboración de la presente siendo útil para mi, espero que lo sea también para quien la consulte.

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

- 1.- BALCELLS GORINA ALFONSO.
"LA CLINICA Y EL LABORATORIO"
EDICION DUODECIMA; MEXICO 1978.
EDITORIAL MARIN S.A.
- 2.- BASMAJIAN. V. JOHN.
" ANATOMIA HUMANA "
EDICION SEXTA; MEXICO 1972.
EDITORIAL INTERAMERICANA.
- 3.- Dr. COSTICH EMMETT. R., Y, Dr. RAYMOND. R. WHITE. JR.
" CIRUGIA BUCAL "
EDICION PRIMERA; MEXICO 1974.
EDITORIAL INTERAMERICANA.
- 4.- Dr. DUNN. J. MARTIN, Dr. BOTH DONALD., Y, CLANCY MARIE
"FARMACOLOGIA, ANALGESIA, TECNICAS DE ESTERILIZACION, Y
CIRUGIA BUCAL EN LA PRACTICA DENTAL"
EDICION PRIMERA; MEXICO 1980.
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO S.A.
- 5.- GURALNICK. C. WALTER.
" TRATADO DE CIRUGIA ORAL "
BARCELONA 1971.
EDITORIAL SALVAT S.A.
- 6.- KURT. H. THOMA.
" CIRUGIA BUCAL "
EDICION SEGUNDA, TOMO I; MEXICO 1955.
EDITORIAL UNION TIPOGRAFICA HISPANO AMERICA.
- 7.- KRUGER. O. GUSTAV.
" TRATADO DE CIRUGIA ORAL "
EDICION CUARTA; MEXICO 1982.
EDITORIAL INTERAMERICANA.

8.- RIES CENTENO GUILLERMO,
" CIRUGIA BUCAL "
EDICION CUARTA; MEXICO 1978.

9.- Dr. SOLDANO. A. HUMBERTO.
" CIRUGIA ESTOMATOLOGICA "
EDICION PRIMERA; BUENOS AIRES 1949.
EDITORIAL EXLIBRIS.

10.- SPALTEHOLZ WERNER.
" ATLAS DE ANATOMIA HUMANA "
EDICION OCTAVA, TOMO I; MEXICO 1975.
EDITORIAL LABOR S.A.

11.- WAITE DANIEL E.
" CIRUGIA BUCAL PRACTICA "
EDICION PRIMERA; MEXICO 1978.
EDITORIAL CONTINENTAL S.A.

I N D I C E

CAPITULO I.- ANATOMIA:.....	1
A) MAXILAR	
B) MANDIBULA	
CAPITULO II.- GENERALIDADES.....	9
A) ETIOLOGIA	
B) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION.	
CAPITULO III.- CLASIFICACION:.....	15
A) CLASIFICACION DE WINTER	
B) CLASIFICACION DE PELL Y GREGORY	
CAPITULO IV.- ESTUDIO PREQUIRURGICO:.....	24
A) HISTORIA CLINICA	
B) ESTUDIO DE LABORATORIO	
C) CUIDADOS PREOPERATORIOS	
CAPITULO V.- INSTRUMENTAL:.....	38
A) INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS BLANDOS	
B) INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS DUROS	
CAPITULO VI.- ANESTESIA.....	47
CAPITULO VII.- TRATAMIENTO QUIRURGICO.....	55
CAPITULO VIII.- CUIDADOS POSTOPERATORIOS.....	75
COMENTARIOS.	77
BIBLIOGRAFIA.	79