

21/2/86
23



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Odontología

GENERALIDADES DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

T E S I S

Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

Martín Cruz Barrientos Berrios



México, D. F.

1986



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

PROLOGO

CAPITULO I.

Definición.

Etiología.

Patogenia.

Frecuencia.

CAPITULO II.

CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

Inferiores.

CAPITULO III.

IMPORTANCIA DE LA EVALUACION PREOPERATORIA.

Historia Clínica.

Estudio Radiográfico.

Estudios de Gabinete.

CAPITULO IV.

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS.

Complicaciones de la anestesia infiltrativa.

Ruptura de la aguja de inyección.

Hematoma.

Parálisis Facial.

Fractura y luxación de dientes adyacentes.

Dientes avulsionados.

Fractura del instrumental.

Fractura del maxilar inferior.

Fractura del borde alveolar.

CAPITULO V.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

Persistencia de la anestesia.

Infección en el lugar de la punción.

Hemorragia.

Lesiones a los nervios.

Osteítis alveolar.

Osteomielitis.

Equimosis.

Hematoma.

Edema.

Adenoflemones.

Trismus.

Infección.

Absceso subperióstico doseante.

Enfisema.

VOCABULARIO.

BIBLIOGRAFIA.

PROLOGO

Como nosotros sabemos la Cirugía de los Terceros Molares Retenidos es hoy en día una de las cirugías que con mayor regularidad el Cirujano Dentista lleva a cabo en su práctica general.

Mi objetivo al realizar ésta tesis es hacer un repase - sobre las generalidades con respecto a los Terceros Molares-Retenidos, también quiero resaltar la importancia que tiene una buena evaluación preoperatoria; ya que es obligación del Cirujano Dentista borrar de la mente del paciente la imagen-equívoca que ellos poseen con respecto a nuestra profesión, - ya que por lo general ellos piensan que el desempeño de nuestra labor dentro del consultorio sólo se refiere al tratamiento de los Organos Dentarios, siendo que el desempeño de nuestra profesión no nada más es el antes mencionado; sino - que el paciente debe sentir que ante él se encuentra un profesionalista que forma parte del equipo de salud, por lo que - es lo suficientemente capaz de Prevenir, Diagnosticar y Curar a tiempo cualquier tipo de alteración patológica que se encuentre no sólo en sus Organos Dentarios sino en todo su aparato Estomatognático.

Menciono también las complicaciones y accidentes trans- y postoperatorios que se pueden presentar al realizar dicha Cirugía, así como el tratamiento a seguir de cada uno de --- ellos.

Este trabajo lo hago esperando sirva como un recordatorio a mis colegas contemporáneos y esperando que a los futuros Cirujanos Dentistas los motive para que en cada Cirugía-

que realicen apliquen todos sus conocimientos, así como las técnicas más adecuadas para cada caso clínico que se les presente.

CAPITULO I

DEFINICION

Se denominan "Dientes Retenidos"¹ (Retinierte Zahne) -- (Dientes Incluidos, Impactados) aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro del maxilar y la mandíbula.

También la expresión Dientes Retenidos se usa para aquellos dientes cuya erupción normal es impedida por dientes -- adyacentes o hueso, y dientes en mal posición.

Cuando los dientes no toman su posición normal para funcionar en el arco dentario, se consideran Incluidos o Impactados.²

La "Retención Dentaria" puede presentarse en dos formas

a) El diente está completamente rodeado por tejido óseo (Retención Intraósea).

b) Cuando el diente está cubierto por la mucosa gingival (Retención Gingival).

¹ Cirugía Bucal. Ries Centeno. Pag. 221.

"Generalmente se ha utilizado la palabra inclusión para -- significar la retención parcial o total de un diente. Del análisis de las dos expresiones, hallamos que inclusión es la acción de encerrar o comprender una cosa dentro de otra y la de retención es la de suspender total o parcialmente una acción, por lo que se deduce que mientras inclusión -- tiene el significado de introducir totalmente, el de retención admite la detención total o parcial de una acción, de algún proceso, etc."

² Tratado de Cirugía Bucal Práctica. Daniel E. Waite. Pag 143

ETIOLOGIA

⁴¹ El problema de la retención dentaria es ante todo de -- índole mecánica, el diente que está destinado a hacer su normal erupción y aparecer en la arcada dentaria, como sus congéneres erupcionados, encuentra en su camino un obstáculo -- que impide la realización del normal trabajo que le está encomendado. La erupción dentaria se encuentra, en consecuencia impedida mecánicamente por ése obstáculo.

Se pueden clasificar las razones por las cuales el diente no hace erupción, de la siguiente manera:

Razones Embriológicas..- La ubicación especial de un germen dentario en sitio muy alejado del de normal erupción; -- por razones mecánicas, el diente originado por tal germen -- está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar. El -- germen dentario puede hallarse en su sitio, pero en una angulación tal, que al calcificarse el órgano dentario y empezar el trabajo eruptivo, su corona hace contacto con un diente -- vecino, retenido o erupcionado; este contacto constituye una verdadera fijación del órgano dentario en erupción en posición viciosa.

Su raíz o sus raíces se forman, pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un eje que le permita hacer su erupción normal.

⁴¹ Cirugía Bucal. Ries Centeno. Pag. 222.

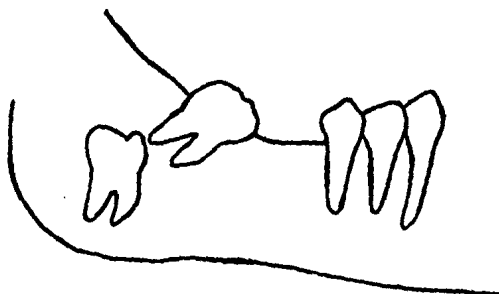
Razones Mecánicas.-

a) Falta de espacio.- El germen dentario del tercer molar inferior debe desarrollarse entre una pared inextensible (cara distal del segundo molar) y el ángulo que se forma en la zona donde termina el cuerpo mandibular y se inicia la rama ascendente de la mandíbula.

b) Se puede encontrar también hueso con una densidad tal que no puede ser vencido en el trabajo eruptivo (Enostosis, Osteítis condensante, Osteoesclerosis)- procesos óseos que radiográficamente se observan como una imagen "lechosa" o blanquecina.

c) Otro impedimento que se opone a la erupción normal puede ser: un órgano dentario; dientes vecinos, que por extracción prematura del diente adyacente (en este caso un primer molar inferior), entonces el segundo molar inferior por lo general se mesializa sufriendo por consecuencia sus raíces una distalización impidiendo estas mismas la secuencia eruptiva normal del tercer molar inferior.

La situación anterior podría evitarse si el paciente -- utilizara la prótesis necesaria, lo cual impediría esta causa de retención.



d) Elementos patológicos también pueden oponerse a la erupción dentaria: dientes supernumerarios tumores odontogénicos (Odontomas), son un impedimento mecánico para la erupción dentaria.

Los quistes dentígeros no permiten al diente cuya corona envuelven, hacer erupción. Un quiste puede incluir profundamente al diente que encuentre en su camino impidiendo su normal erupción.

*² Teoría Ortodóntica.- Es ésta teoría la que explica queya que el crecimiento normal de la mandíbula y el movimiento de los dientes, se hace en una dirección anterior; cualquier cosa que interfiera con este desarrollo causará inclusión dental. Por lo general el hueso denso es resultado de un retraso del movimiento anterior y muchas situaciones patológicas dan como resultado condensación del tejido óseo. Por --- ejemplo: infecciones agudas, fiebres, traumas severos, maloclusión y también en ocasiones la inflamación local de la --- membrana periodontal puede incrementar la densidad ósea.

*² Teoría Filogenética.- Esta teoría dice que la naturaleza tiende a eliminar aquello que no está en función y nuestra civilización con sus hábitos nutricionales cambiantes, - prácticamente ha eliminado la necesidad humana de poseer mandíbulas poderosas y grandes. El resultado de ésta funcionalidad alterada es que el tamaño de la maxila y la mandíbula -- han disminuído.

En gran mayoría de los casos, el tercer molar ocupa una posición anormal; se encuentra con malformación y puede considerarse como un órgano vestigial sin ninguna funcionalidad y también es muy frecuente la ausencia congénita del mismo.

^{*2} Teoría Mendeliana.- Esta teoría explica que la herencia es un factor importante como causa de tal retención, como -- puede ser la transmisión de mandíbulas pequeñas de uno de los padres y dientes del otro.

^{*1} Causas Generales.- Las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endócrinas pueden producir alteraciones en la erupción dentaria, retenciones y ausencia - de dientes. Las enfermedades relacionadas con el metabolismo del calcio (raquitismo y las enfermedades que le son pro----pias) influyen sobre la retención dentaria.

^{*3} También se hace mención de que una respiración bucal -- constante, generalmente produce arcadas dentarias de menor - tamaño por lo que aquellos dientes que hacen su erupción al- final no tienen el suficiente espacio para lograrlo.

Desafortunadamente, las inclusiones no siguen un patrón. Tienen diferentes formas y tamaños, además cualquier diente- puede estar involucrado. Varían ampliamente en el grado de - inclusión; ya que algunos dientes se encuentran parcialmente erupcionados mientras que otros están completamente encerra- dos por el hueso.

^{*1} Cirugía Bucal. Ries Centeno. Pag. 224.

^{*2} Tratado de Cirugía Bucal Práctica. Daniel E. Waite. Pag.-- 145 y 147.

PATOGENIA

Todo diente retenido es susceptible de producir trastornos de diversa índole, a pesar de que muchas veces estos --- trastornos pasan inadvertidos, sin ocasionar ninguna molestia al paciente portador, estos accidentes se pueden clasificar de la siguiente manera.

Accidentes Mecánicos.- Los dientes retenidos actúan mecánicamente sobre los dientes adyacentes produciendo en ocasiones trastornos que se traducen sobre su normal colocación en los maxilares y en su integridad anatómica.

a) Alteraciones sobre la posición normal de los dientes. El trabajo mecánico del diente retenido en su intento de "desinclusión" produce alteraciones en la dirección de los dientes vecinos, y aún trastornos a distancia, como el que generalmente produce el tercer molar sobre el canino e incisivos, a los que desvía de su dirección normal, ocasionando por lo tanto estrechamientos de dientes y conglomerados antiestéticos.

b) Alteraciones sobre la integridad anatómica del diente. La persistente presión que el diente retenido o su saco pericoronario ejerce sobre el diente vecino, produce alteraciones en el cemento de éste mismo (rizálisis), en la dentina y aún en la pulpa de éstos dientes.- Como alguna alteración de la invasión pulpar puede haber procesos periodónticos de diversa índole, de diferente importancia e intensidad.

c) Trastornos protéticos. Así se denomina, de un modo significativo, a todas aquellas alteraciones de índole protética que originan en infinidad de oca-

siones los dientes retenidos. Hay la confirmación de estos - trastornos con innumerables casos, los cuales pueden concretarse de ésta manera: pacientes portadores de aparatos protésicos advierten que éstos mismos basculan en la boca y no se adaptan con la comodidad a que estaban acostumbrados. Por casualidad un examen clínico descubre una eminencia en la encía y radiográficamente se aclara el diagnóstico de una retención dentaria. El diente, en su trabajo eruptivo, cambió la arquitectura del maxilar o la mandíbula con las naturales molestias.

Accidentes Infecciosos.- Estos accidentes están dados, en los dientes retenidos, por la infección de su saco pericoronario. La infección del mismo puede originarse por distintos mecanismos y por diversas vías.

a) Al hacer erupción el diente retenido su saco ya mencionado se abre espontáneamente al ponerse en pleno contacto con el medio bucal.

b) El proceso infeccioso puede ser como una complicación apical o periodóntica de un diente adyacente.

c) La infección del saco puede ser por vía hemática. La infección del saco folicular se traduce por procesos de distinta índole: inflamación local, dolores, fiebre local, absceso, y fístula consiguiente, osteitis y osteomielitis, adenoflemones y estados sépticos generales.

Los procesos infecciosos del saco folicular, que se acaban de considerar, pueden actuar como "infección focal", produciendo trastornos de la más diversa índole y a distancia, sobre órganos vecinos (como por ejemplo: glándula submaxilar

y ganglios regionales). La presencia de un diente retenido - origina diversos trastornos.

Accidentes Mucosos. - Son las complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean el molar retenido. Su primer tipo es la pericoronitis. De ésta lesión inicial se derivan los procesos patológicos de la erupción del tercer molar

*1 Pericoronitis: Esta denominación se refiere a la inflamación de la encía que está en relación con la corona de un diente incompletamente erupcionado. Es más frecuente en la zona de terceros molares inferiores. La pericoronitis se clasifica como aguda, subaguda y crónica.

Características clínicas: los sitios más comunes de pericoronitis son los terceros molares inferiores parcialmente erupcionados o retenidos. El espacio entre la corona del --- diente y el capuchón de encía que lo cubre es una zona ideal para la acumulación de residuos de alimentos y proliferación bacteriana. Incluso en pacientes que no presentan signos o --- síntomas, éste capuchón suele estar inflamado e infectado y tiene ulceraciones de diferentes grados en su superficie interna. La inflamación aguda es una posibilidad inminente y --- constante.

La pericoronitis aguda se reconoce por los distintos --- grados de inflamación del capuchón pericoronario y las es--- tructuras adyacentes, así como por complicaciones sistémicas.

*1 Periodontología Clínica de Glickman. Dr. Fermin A. Carranza. Pag. 150.

La suma del líquido inflamatorio y el exudado celular origina un aumento de volumen del capuchón que impide el cierre completo de los maxilares. La encía es traumatizada por el contacto con el maxilar antagonista y la inflamación se agrava. El cuadro clínico es el de una lesión supurativa, hinchada, muy roja, exquisitamente sensible, con dolores irradiados al oído, garganta y piso de la boca. Además del dolor, el paciente está muy incómodo por el gusto desagradable y la incapacidad de cerrar la boca. La hinchazón de la mejilla en la región del ángulo mandibular y la linfadenitis son signos comunes. El paciente presenta complicaciones tóxicas sistémicas como son: fiebre, leucocitosis, hipertermia y malestar general.

Complicaciones: la lesión puede localizarse y adquirir la forma de absceso pericoronario. Puede propagarse hacia la zona buco-faríngea y medialmente a la base de la lengua, dificultando la deglución. Según la intensidad y la extensión de la infección se infartan los ganglios submaxilares, cervicales posteriores, cervicales profundos y retrofaríngeos. La formación de un absceso pre-amigdalino, celulitis y la angina de Ludwig son secuelas infrecuentes, pero potenciales, de la pericoronitis aguda.

*¹Tratamiento: el capuchón pericoronario inflamado se lavará profusamente con una solución antiséptica suave, agua oxigenada o perborato de sodio, para la limpieza de las secreciones.

*¹Cirugía Bucal. Ries Centeno. Pag. 264-265.

Es conveniente favorecer las condiciones de defensa locales, administrando enjuagatorios que actúen como emolientes y revulsivos.

También se puede administrar antibióticos de elección, que más adelante se mencionarán con más detalle.

El tratamiento quirúrgico será de la siguiente manera:-

a) Apertura de los focos de supuración.- En presencia de un absceso submucoso, debajo del capuchón, éste debe ser abierto quirúrgicamente a bisturí.

b) Extracción del molar causante.- El molar retenido y su saco pericoronario pueden ser extraídos para solucionar el problema que originan.

Para Ries Centeno la cirugía es su método de elección, aún en el período agudo de la pericoronitis, él recomienda valerse de dos poderosas terapéuticas: la anestesia general y los antibióticos. El recomienda la anestesia general para vencer el trismus (muy lentamente para evitar accidentes).-- Cuando las circunstancias sean desfavorables para la extracción del molar retenido, se procurará, mediante la antibiótico terapia y analgésicos e hipnóticos vencer la sintomatología dolorosa e inflamatoria y conseguir el descanso del paciente hasta que sea posible hacer la eliminación quirúrgica del molar.

Antibióticos y Antiinflamatorios: Estos se administran según indicaciones médicas y constituyen eficazmente a mejorar las condiciones generales y locales, dentro de éstos --- Ries Centeno recomienda los siguientes:

Penicilinas semisintéticas dentro de las cuales se encuentran: Ampicilina, Meticilina, Carbenicilina, Dicloxacilina

na sódica.

Posología: Ampicilina (Orbicilina comprimidos, de 250 y 500mg, 500mg c/12 hrs, o en su forma inyectable: frasco ampulla de 600mg, 300mg y 1200mg aplicado cada 24 hrs).

En caso de alergia a la penicilina podrá prescribirse - Eritromicina la cual es de mayor espectro antibacteriano --- ejemplo: Pantomicina, tabletas de 250 y 500mg: 500mg cada 12 hrs.

Si se sospecha la participación de germen gram-negativos o si la evolución a los dos días de terapéutica penicilínica no es satisfactorio, se recomienda la asociación sinérgica de antibióticos; por ejemplo: Ampicilina más Eritromicina (Centromicina), una cápsula c/6 hrs. Se recomienda también el uso de antiinflamatorios como el Flanax y el Naxen, o bien hay algunos antibióticos que lo traen asociado como - por ejemplo Papacine una cápsula c/6 hrs.

Eliminación quirúrgica del capuchón con fines pro-eruptivos:

Indicaciones: la resección del capuchón, que siempre se debe realizar en condiciones aflegmáticas (en frío), no es - un tratamiento de la pericoronitis. Debe instituirse solamente en los casos de retención en posición vertical, para lograr una vía expedita de erupción a este molar.

El capuchón que cubre el molar en erupción puede ser -- eliminado, cuando las condiciones anatómicas así lo indiquen como es el caso de dos puntos esenciales:

- a) Forma y límites del capuchón.
- b) Posición del tercer molar.
- a) La eliminación quirúrgica debe-

de ser muy considerada y en lo que respecta a las indicaciones, basadas en la forma y límites del capuchón, deben concretarse a las siguientes: sólo han de resecarse los capuchones que cubren, a manera de lengüetas, el molar en erupción. Los capuchones que están formados por una prolongación del pilar anterior no deben ser resecaados. Está sobreentendido que la eliminación del capuchón se hará en frío, fuera de los períodos agudos de infección, la apertura de éste saco o de la encía en un período agudo acarreará serios problemas.-

b) Los únicos casos que indican la eliminación quirúrgica del capuchón, con respecto a la posición de éste órgano dentario, son aquellos en que el tercer molar está en posición vertical y su corona a la misma altura de la corona del segundo molar.

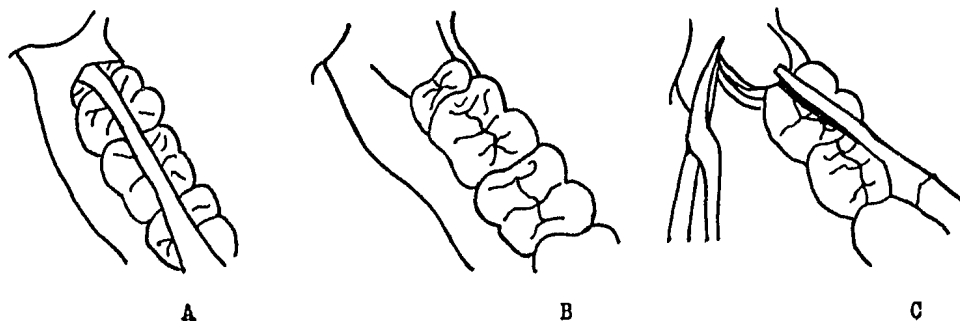
Métodos:

Quirúrgico.- Sus tiempos, practicada ya la anestesia regional (¡nunca anestesia local!), son los siguientes:

a) Separación.- Se introduce una espátula por debajo del capuchón, entre éste y la corona del molar.

b) Incisiones.- Con bisturí de hoja corta se practican dos incisiones a la altura de los bordes bucal y lingual de la cara triturante del molar retenido

c) Resección.- Se vuelve a colocar la espátula y se desprende el colgajo; traccionándolo con una pinza hacia adelante, y con una tijera curva o bisturí se hace el último corte a nivel de la cara distal del tercer molar.



La resección quirúrgica "en frío", del capuchón del tercer molar. A. Separación del capuchón de la cara oclusal del molar; con un periostótomo, se realiza la separación del elemento. B, Incisión; se trazan dos incisiones paralelas a la altura de los bordes bucal y lingual de la cara oclusal del molar retenido. C, Resección; se toma el capuchón con una pinza de Kocher, se secciona la base del capuchón con una tijera curva, a nivel de la cara distal del tercer molar.

También dentro de los accidentes mucosos encontramos -- las Gingivoestomatitis ulcerosas y ulcero membranosas. El capuchón del tercer molar inferior, sus regiones vecinas y los fondos de saco vecinos al diente retenido, pueden ser sitios propicios en la exacerbación de virulencia microbiana.

Por estas razones, el tercer molar en erupción, el saco pericoronario o la pericoronitis son el punto de iniciación de una gingivitis o gingivoestomatitis. Esta afección, que tiene generalmente amplia repercusión ganglionar y general, se caracteriza por su unilateralidad regional.

Las úlceras debajo del capuchón..- Las cúspides del tercer molar inferior por debajo, y las cúspides de los dientes inferiores, o la acción de los alimentos, producen en la cara inferior del capuchón, sobre un terreno inflamatorio, una ulceración traumática extremadamente dolorosa, que se acompaña en general de trismus como reacción antalgica. Los dolores pueden ser locales o irradiados.

Tratamiento de la gingivoestomatitis..- Los puntos ulcerativos deben ser tocados con una torunda mojada en solución de ácido crómico al 10%, en casos rebeldes, después de un "toque" con ácido crómico, puede aplicarse una solución de nitrato de plata al 20%, ésta da a la úlcera una coloración rojo ladrillo, se puede recomendar al paciente enjuagues bucales.

Se recomienda medicación antibiótica y antiflogística -- como en el caso de la pericoronitis.

Accidentes Celulares..- Estos accidentes pueden ser una secuela la cual deja una pericoronitis mal tratada, dentro de éstos primordialmente hay abscesos en los cuales la colec

ción purulenta suele tomar varias vías:

- a) Hacia adentro arriba y atrás. -
- b) Hacia atrás y arriba.
- c) Hacia adentro.
- d) Hacia afuera y atrás.
- e) Hacia afuera y adelante.

Tratamiento.- Los abscesos producidos como complicación celular de la pericoronitis deben ser incididos a bisturí ó electrocauterio.

Accidentes Oseos.- Estos como complicación de una pericoronitis son muy raros; más aún, excepcionales como en el caso de graves osteomielitis, con grandes secuestros, osteítis, osteoflemones.

El tratamiento de éstas complicaciones será estudiado con detalle en complicaciones postoperatorias.

Accidentes Linfáticos o Ganglionares.- La repercusión ganglionar en el curso de una pericoronitis es un hecho frecuente y común. Todas las infecciones del saco pericoronario se acompañan de un cortejo ganglionar.

Los ganglios tributarios de la región del tercer molar son los subangulomaxilares o submaxilares. Por lo general se trata de una adenitis que evoluciona de acuerdo con la marcha del proceso pericoronario la cual se elimina completamente una vez terminada la afección del saco pericoronario.

Adenoflemón.- En las infecciones de gran virulencia, cuando el estado general del paciente está resentido, la adenitis simple puede transformarse en un verdadero flemón del ganglio con repercusión sobre el estado general. Así tenemos instalado el adenoflemón: en donde el ganglio está muy aumen

tado de volumen, hay dolor a la palpación y espontáneamente se encuentra con tendencia a la supuración, la cual se abre camino por sí misma o por intervención del cirujano.

Su marcha y evolución se han modificado favorablemente con los antibióticos.

Tratamiento.- Las adenitis simples mejoran con el tratamiento médico de la pericoronitis. Los adenoflemones deben ser tratados y abiertos por vía externa; lo cual favorecerá que haya una canalización por donde drene, haciéndose imprescindible la cirugía del tercer molar una vez desinflamado.

Accidentes Nerviosos.- Estos son producidos por los dientes retenidos y además son bastante frecuentes. La presión que el diente ejerce sobre los dientes vecinos, sobre sus nervios o sobre troncos mayores es posible que origine algias de tipo, intensidad y duración variables (neuralgias del trigémino).

La presión que el tercer molar en sus distintas formas de retención produce, a veces, sobre el nervio dentario inferior, puede ser causa de trastornos nerviosos de toda índole

El dolor puede ser reflejo no solamente en las zonas de distribución de los nervios interesados sino también en los plexos nerviosos asociados y regiones más alejadas; este dolor puede ser ligero y localizado en el área inmediata del diente retenido. Puede ser grave, y aún agudísimo e incluir todos los dientes inferiores o superiores en el lado afectado, el dolor se puede reflejar en el oído y en la zona postauricular. También se puede localizar reflejado hasta la zona temporal. Este puede ser intermitente, constante o periódico.

Entre los accidentes nerviosos debe considerarse el --- trismus como una verdadera reacción antálgica.

El trismus es un trastorno neurotrófico y nervioso que sólo termina con la eliminación de la causa. Este en ocasiones acompaña a la erupción del tercer molar y puede ser tratado por varios métodos.

a) Modificación del estado infeccioso. Desaparecidas la pericoronitis, la úlcera debajo del capuchón y el cortejo infeccioso que acompañan a la pericoronitis, el trismus, como reacción antálgica es dominado, si ello no sucede se recurrirá a otros métodos.

b) Mecáno-terapia. Este método para vencer el trismus se realiza con aparatos apropiados, los más sencillos son las cuñas de madera o de metal: cucharas o instrumentos de cualquier índole. La manera de actuar de estos instrumentos consiste en su acción de cuña entre las arcadas dentarias forzando las contracciones musculares que se oponen a la normal apertura de la boca, esta terapéutica es lenta y requiere paciencia por parte del enfermo. Se recomienda aplicar en el lado afectado compresas mojadas en agua caliente ya que el calor actúa como revulsivo y mejora las condiciones de tonicidad del músculo.

c) Anestesia. Puede aplicarse anestesia general con lo cual se consigue abrir la boca del paciente para poder efectuar la extracción del molar que provoca el trismus. La apertura de la boca en la anestesia general debe realizarse muy lentamente para evitar el síncope o lesiones articulares o musculares. La anestesia en el músculo mesetero consigue vencer el trismus.

También se mencionan algunas alteraciones que dan estos dientes retenidos como por ejemplo:

*¹ Ataques epileptiformes (Correa y Samengo) y trastornos mentales han sido comentados por varios autores.

Gläserman observó en un caso que ataques epilépticos -- que se repetían con frecuencia y que iban precedidos por dolores en la región nasal desaparecieron después de la extracción de un diente retenido.

*² También se han remitido varios casos de trastornos ---- mentales que eran originados por dientes retenidos.

*³ Trastornos tróficos por retenciones dentarias son frecuentes, como las peladas y calvicie (Ries Centeno describe la pelada dentaria como una zona alopécica localizada en --- cualquier región del cráneo).

Se menciona también un caso de ulceración persistente - de la córnea del globo ocular en relación con un tercer molar retenido, en el límite de la bóveda palatina, en la fosa pterigomaxilar.

Accidentes Tumorales.- Los terceros molares retenidos - originan tumores odontogénicos siendo éstos los quistes dentígeros y los queratoquistes. Lo que aquí comentaremos en relación con la cirugía de los terceros molares, es que tales quistes dentígeros pueden infectarse y dar procesos supurativos de gravedad variable, capaces de traducirse en osteitis y osteomielitis.

Tratamiento.- Generalmente es quirúrgico.

*¹ Aison "J. Am. Dent. A." 1926

*² Nodie A. (Aberrant Teeth, "Dent. Items of Int" 66:41, 1943)

*³ Cirugía Bucal. Ries Centeno. Pag. 228.

FRECUENCIA

Cualquiera de los dientes de la primera dentición, permanentes o supernumerarios pueden quedar retenidos en los maxilares. Pero hay un conjunto de ellos, los cuales tienen -- una mayor predisposición para quedar retenidos; tales como -- los terceros molares y caninos.

Raza.-- Los dientes retenidos son más frecuentes en individuos de raza blanca, en los cuales la falta de sitio juega un papel importante.

La raza negra está en general libre de retención dentaria, ya que poseen una gran mandíbula la cual permite la cómoda erupción de todos sus molares, inclusive en algunas ocasiones la del cuarto molar.

Sexo.-- Se encuentra un ligero predominio del sexo femenino en la incidencia de ésta afección.

Edad.-- La edad en que tiene lugar ésta afección varía -- entre los 18 y 28 años.

Según la estadística de Bertin-Czeszynski la frecuencia que corresponde a los dientes retenidos es la siguiente:

Tercer molar inferior	35%
Canino superior	34%
Tercer molar superior	9%
Segundo premolar inferior	5%
Caninos inferiores	4%
Incisivos centrales superiores	4%
Segundo premolar superior	3%
Primer premolar inferior	2%
Incisivo lateral superior	1.5%
Incisivo lateral inferior	0.8%

Primer premolar superior	0.8%
Primer molar inferior	0.5%
Segundo molar inferior	0.5%
Primer molar superior	0.4%
Incisivo central inferior	0.4%
Segundo molar superior	0.1%

CONCLUSIONES

En este primer capítulo, nos hemos dado cuenta que es de suma importancia para el cirujano dentista tener siempre presente la etiología de cualquier órgano dentario retenido, ya que como se vió anteriormente, una de las causas de retención puede ser un elemento patológico, por lo que debemos estar alertas en todo examen bucal para detectar la ausencia de algún órgano dentario y tomar de inmediato las medidas necesarias para tratar de elaborar un diagnóstico con respecto a la ausencia de ese o esos órganos dentarios, puesto que se ha visto que son muy numerosos los accidentes y las patologías que pueden ocasionar. Siendo obligación del cirujano dentista prevenir, o en su caso, si el accidente o la patología ya están declarados tratarlos o remitirlos con el especialista o la institución adecuada, si es que el cirujano dentista no se siente capaz para hacerse cargo de su paciente, pero éste nunca debe de tomar una actitud pasiva ante tales problemas.

CAPITULO II.

CLASIFICACION DE
TERCEROS MOLARES RETENIDOS

Inferiores

Ocupan dentro de la mandíbula posiciones diversas y éstas posiciones en que está colocado el molar, pueden ser encuadradas en una clasificación con fines quirúrgicos.

¹¹George, W. Winter, ha clasificado a los distintos tipos de retención del tercer molar, basándose en cuatro puntos -- esenciales: la posición de la corona, la forma radicular, la naturaleza de la osiestructura que rodea al molar retenido, -- la posición del tercer molar en relación con el segundo.

¹¹Se puede encontrar en la mandíbula distintas posiciones:

a) Posición vertical.- En ella el eje mayor del tercer molar es paralelo al eje mayor del segundo molar.

b) Posición mesioangular.- El eje mayor del tercer molar forma con el eje mayor del segundo molar un ángulo agudo abierto hacia abajo.

c) Posición horizontal.- El eje mayor del tercer molar es perpendicular al eje mayor del segundo molar.

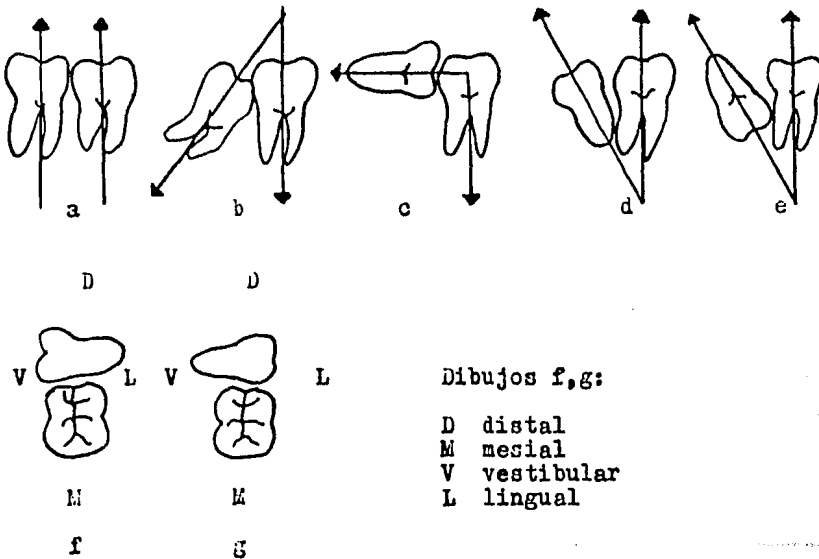
d) Posición distoangular.- La corona del tercer molar apunta en grado variable hacia la rama ascendente y el eje mayor forma con el eje mayor del segundo molar, un ángulo agudo abierto hacia arriba y atrás.

¹¹George, W. Winter. Impacted Mandibular Third Molar.
¹¹Cirugía Bucal. Ries Centeno. Pág. 277.

e) Posición invertida.- El tercer molar presenta su corona por regla general, dirigida hacia el borde inferior de la mandíbula y sus raíces hacia la cavidad bucal. Es un tipo muy poco común de retención, se denomina también retención paranormal.

f) Posición bucoangular.- La corona del tercer molar se dirige hacia la tabla externa de la mandíbula, y sus raíces hacia la tabla interna o lingual. Se trata de una presentación rara.

g) Posición linguoangular.- La corona del tercer molar se dirige hacia la lengua y sus ápices hacia la tabla externa.



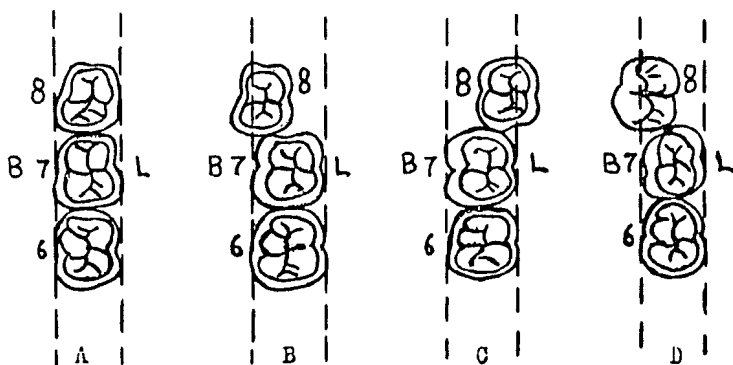
El tercer molar también puede presentar cuatro tipos de desviaciones en relación con la arcada:

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

b) Desviación bucal.- El molar está dirigido hacia afuera y sobrepasa el plano bucal.

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

d) Desviación bucolingual.- Es una de las formas más frecuentes de retención de los terceros molares. El molar está dirigido, naturalmente, hacia el lado bucal pero presenta además otro tipo de desviación, que hace que la corona esté inclinada hacia el lado interno o lingual.



Plano bucal, B, y plano lingual L.

A, tercer molar sin desviación (normal).

B, tercer molar con desviación bucal.

C, tercer molar con desviación lingual.

D, tercer molar con desviación bucolingual; corona hacia el lado bucal y cara oclusal dirigida hacia la lengua.

Otra buena clasificación de las inclusiones de los terceros molares es la dada por ^{*2}Pell y Gregory. Esta clasificación se basa en una evaluación de las relaciones del segundo molar con la rama ascendente de la mandíbula, con la profundidad relativa del tercer molar en el hueso y con la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal -- del segundo molar.

^{*2.1}1. Relación del diente con respecto a la rama de la mandíbula:

Clase I.- Existe suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar para acomodar todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase II.- El espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase III.- Todo, o casi todo, el tercer molar está dentro de la rama de la mandíbula.

2. Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

Posición A.- La porción más alta del diente se encuentra al nivel o por arriba, de la superficie oclusal del segundo molar.

^{*2}Pell, G. J; and Gregory, B. T. ; Impacted Mandibular Third Molars; Classification and modified technique for removal. Dental Digest, 39: 330/338, 1933.

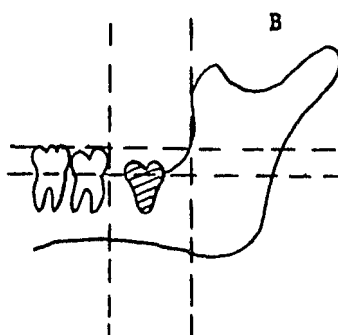
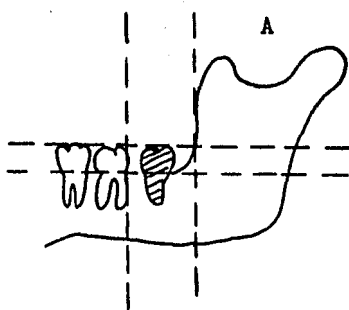
^{*2.1}Tratado de Cirugía Bucal Práctica. Daniel E. Waite. Pags.- 150-153.

Posición B.- La porción más alta del diente se encuentra por debajo de la línea oclusal pero por arriba de la línea cervical del segundo molar.

Posición C.- La porción más alta del diente está a nivel de, o debajo de, la línea cervical del segundo molar.

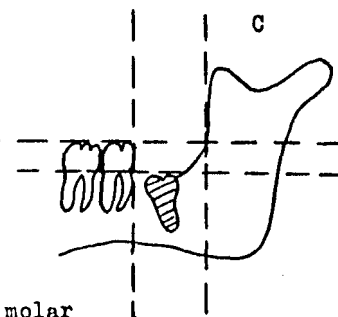
3. Posición del diente en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

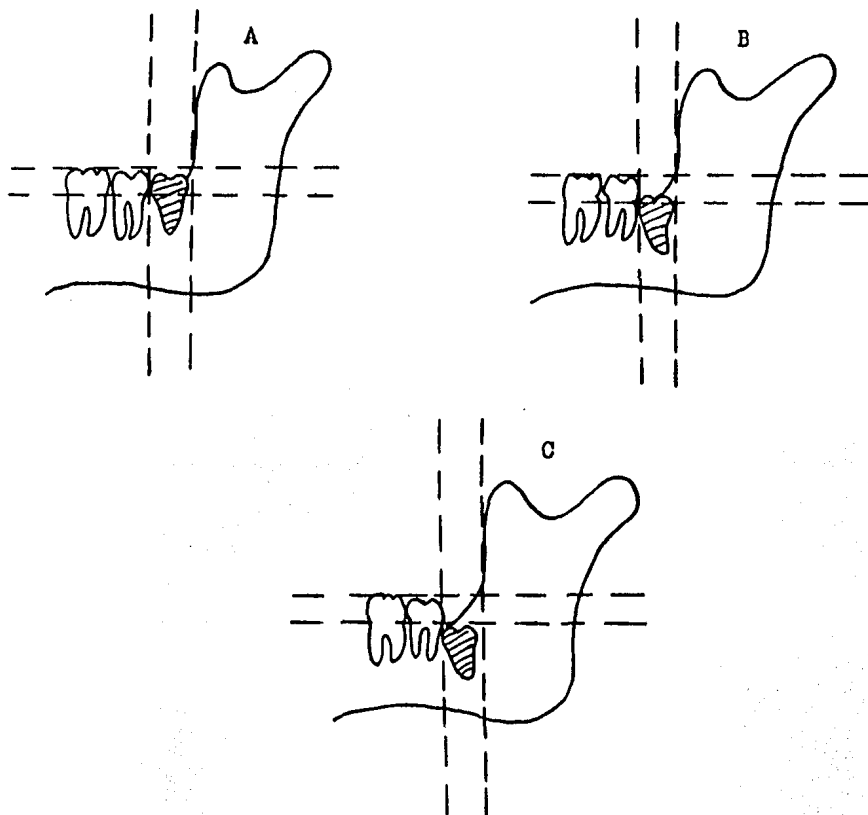
- a) Vertical
- b) Horizontal
- c) Invertido
- d) Mesioangular
- e) Distoangular



Clase I

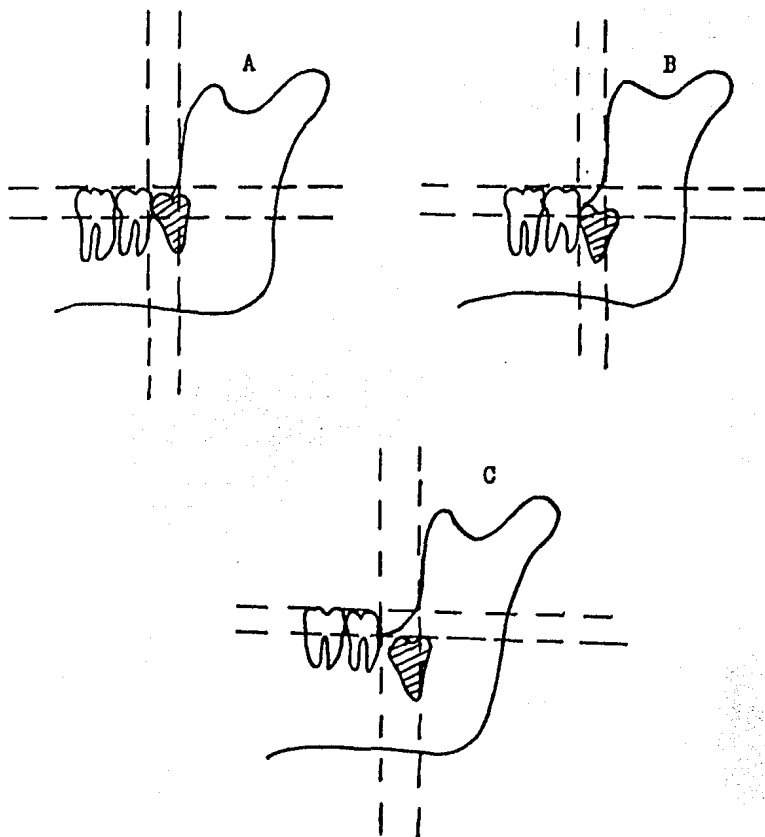
El espacio entre la porción distal del segundo molar y la rama mandibular es mayor que el diámetro mesio-distal del tercer molar





Clase II

El espacio entre-
la porción distal
del segundo molar
y la rama mandib-
lar es menor que-
el diámetro mesio-
distal del tercer
molar.



Clase III

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

CONCLUSIONES

Se han mencionado las clasificaciones más usuales y --- prácticas de las distintas posiciones de los terceros molares, ya que para el cirujano dentista es importante saber en que situación se encuentra el diente incluido para que a su vez aplique la técnica quirúrgica más apropiada para ese caso en particular y en consecuencia traumatizar lo menos posible al paciente.

CAPITULO III

IMPORTANCIA DE LA EVALUACION PREOPERATORIA

Para realizar una operación cualquiera en el organismo, salvo las operaciones de urgencia, se requiere en éste, una preparación previa, es decir, ponerlo en las mejores condiciones para soportar con éxito una intervención. Las operaciones de cirugía bucal no escapan a estas condiciones aunque indudablemente, por tratarse por lo general de un paciente con una afección local, la preparación que necesita es menor que las indicadas por la cirugía general.

El conocimiento de una técnica de evaluación efectiva es de suma importancia; ciertas enfermedades graves y otros accidentes menores pueden relacionarse directamente con la anestesia o con el tratamiento odontológico.

El objetivo del cirujano dentista en el examen previo, consiste simplemente en evaluar la capacidad física y emocional de un determinado paciente para tolerar un tratamiento odontológico específico.

La intervención del cirujano dentista es presentar factores de evaluación que permitan determinar si es posible -- proseguir un tratamiento con relativa seguridad o bien en caso contrario, que nos indiquen la conveniencia de una consulta médica previa.

La función del clínico es llegar a un diagnóstico y tratar el problema médico. Por tal razón cuando exista alguna duda con respecto al estado clínico de un paciente, éste deberá consultar a su médico.

El médico es un miembro vital del equipo sanitario, y estará dispuesto a discutir un plan de tratamiento odontoló-

gico en todo aquello que se relacione con los problemas específicos del paciente. El cirujano dentista es responsable ante su paciente de consultar al médico y de ser orientado, -- aunque no dirigido, por el consejo de éste. El cirujano dentista deberá recibir el consejo clínico con amplitud de criterio, analizando previamente el plan de tratamiento y los - problemas que pudieran seguir.

En la mayor parte de los casos la consulta con el médico alterará muy poco el plan de tratamiento. En algunos casos éste podrá experimentar cambios fundamentales e incluso en raras ocasiones, será necesario demorarlo o posponerlo indefinidamente. Tiene muy poco sentido rehabilitar la dentadura de un paciente canceroso, como tampoco lo tiene someter a un cardiópata delicado a una operación prolongada y riesgosa capaz de producir serias complicaciones.

El cirujano dentista tiene la obligación de someter a - un paciente a un examen riguroso, especialmente cuando planea llevar a cabo una anestesia general, incluso en la práctica odontológica general; ya que los riesgos de la anestesia local o de cualquier otro tratamiento pueden ser muy --- grandes en ciertos casos.

HISTORIA CLINICA

Para poder llevar a cabo lo anteriormente mencionado es necesario realizar una historia clínica completa, ya que sin esta pueden suceder complicaciones y accidentes indeseables tanto transoperatorios como postoperatorios.

La historia clínica se divide en:

Interrogatorio o Anamnesis.- Es la primera parte de la exploración clínica, que servirá para ponernos en contacto -

directo o indirectamente con el sujeto o terceras personas - para investigar la enfermedad actual, los antecedentes de él y sus familiares. El interrogatorio se efectúa mediante una serie de preguntas ordenadas, adecuadas, lógicas y dirigidas al paciente o a terceras personas para esclarecer cualquier causa que se relacione con la aparición o complicación que - tuviera la enfermedad actual.

El interrogatorio se divide, tomando en cuenta, exclusivamente a quien o quienes el clínico va a dirigir las preguntas para obtener el material informativo necesario para la - integración de la historia clínica y éste se divide en dos - grupos:

Interrogatorio Directo. Es aquel - en el que el clínico se dirige personalmente al enfermo para obtener de él los datos que considere necesarios para conocer lo referente al estado de la enfermedad actual, antecedentes de él y sus familiares.

Interrogatorio Indirecto. Las preguntas se dirigirán a sus familiares o terceras personas que vivan con el enfermo, por encontrar dificultades en la elaboración del interrogatorio directo, por ejemplo estado de Coma, Shock, Gravedad extrema, Trastornos psicológicos, Niños-etc.

Las preguntas que el examinador dirigirá al enfermo serán sencillas y fáciles de entender. Estas servirán para facilitar las relaciones médico-enfermo y así obtener el mayor número de síntomas clínicos. Por lo tanto es recomendable -- que el examinador siga una a una las reglas del interrogatorio, el cual debe de ser ordenado, adecuado, prudente, ama--

ble y completo.

Para que el interrogatorio no sea deficiente, confuso - e incompleto se aconseja emplear un lenguaje breve, claro, - sencillo y de fácil comprensión, nunca se emplearán pregun-- tas afirmativas o negativas, porque fácilmente pueden ocasionar confusión en el sujeto. Se tratará de repetir diferentes frases con el mismo significado, sin molestar ni herir los - sentimientos personales, para evitar que el sujeto mienta o - tenga que cambiar el consultante.

Ficha de Identificación.- A cada enfermo se le abrirá - un expediente con sus datos personales, los cuales lo identi-- ficarán de los demás individuos. Con la ficha de identifica-- ción sabremos con precisión de que paciente se trata, fecha - de la primera visita y motivo de la consulta.

Antecedentes Heredofamiliares.- Los antecedentes heredo-- familiares servirán para investigar la relación que pueda -- existir entre la enfermedad actual del individuo y las enfer-- medades que tienen o han padecido sus antecesores.

Es importante también preguntar la causa de fallecimien-- to de parientes mas cercanos así como investigar si ellos -- mismos no han tenido antecedentes luéticos, neoplásicos, fí-- micos o diatésicos.

Antecedentes Personales no Patológicos.- Se tendrá que-- realizar un interrogatorio exhaustivo, breve y encaminado a-- poder determinar un conjunto de datos que nos orienten sobre su nivel de vida, costumbres alimenticias y vicios adquiri-- dos durante el transcurso de su vida.

Antecedentes Personales Patológicos.- Este tipo de ante-- cedentes se encuentran ligados íntimamente a las enfermeda--

des que ha padecido desde su nacimiento hasta el momento de elaborar la historia clínica.

A través de un lenguaje simple, sencillo de entender y fácil de aplicar a cualquier individuo, se podrán recoger -- las vivencias pasadas o presentes de la enfermedad actual.

Interrogatorio sobre el Padecimiento Actual.

a) Tribuna Libre.- Se dejará al enfermo que exprese libremente sus quejas o molestias que presenta desde el inicio de la enfermedad hasta el momento actual, y nosotros estaremos únicamente a la expectativa para ir recogiendo uno por uno los síntomas clínicos que hubiera ido refiriendo durante el transcurso de su plática.

b) Fecha de Principio.- Es indispensable tratar de precisar con la mayor exactitud posible, el inicio del padecimiento actual, ya que con solo este dato se podrá determinar si es una enfermedad aguda o crónica.

c) Noción de Sitio.- Se tendrá que precisar el segmento del organismo que se encuentra lesionado, porque una vez que se ha localizado éste, será más sencillo determinar y comprobar los signos clínicos que está refiriendo espontáneamente en el transcurso del interrogatorio.

d) Modo de Principio.- En pocas ocasiones se le da el valor tan importante a la forma de principio de cualquier enfermedad, ésta puede aparecer en forma insidiosa, confusa o aparatosa. La sintomatología puede ser escasa o presentarse en forma clara, abundante y encontrarse localizada en un determinado segmento del organismo.

e) Causa Desencadenante.- Es necesario saber los mecanismos que pudieran haber influido en la

pérdida de la salud y los cuales el individuo puede dejarlos pasar desapercibidos o darles un valor inapreciable. Muchos de éstos factores contribuyen directamente en la presentación de su padecimiento y otros, aunque relacionados con su padecimiento no tienen ninguna utilidad, por lo que el examinador estará alerta para poderles dar el valor adecuado a cada uno de ellos.

f) Evolución de Sintomatología.---

Se tomará uno por uno los síntomas clínicos recogidos durante el interrogatorio y se hará una semiología por separado de cada uno de ellos.

g) Factores que lo alivian o lo --
exacerban.- Se le preguntará al paciente con que causas nota él que su sintomatología se alivia o se agudiza.

Interrogatorio por Aparatos y Sistemas.- En este punto se efectuará un interrogatorio más detallado de cada aparato y sistema que integran el organismo. Esto se explica con mayor claridad en el formato de historia clínica que a continuación se presenta:

HISTORIA CLINICA

Ficha de identificación.

1) Nombre	No. de Exp.
2) Edad	Edo. Civil:
3) Sexo	
4) Ocupación	<u>C. S. V. D. UL.</u>
5) Lugar de nacimiento	
6) Lugar de residencia	
7) Fecha de estudio	
8) Fecha de ingreso	

Antecedentes heredofamiliares.

	Vivos o Muertos	Causa
1) Abuelos	_____	_____
2) Padres	_____	_____
3) Hijos	_____	_____
4) Cónyuge	_____	_____
5) Hermanos	_____	_____
6) Edad		
7) Estado aparente		
8) Antecedentes luéticos		
9) Antecedentes fímicos		
10) Antecedentes diatésicos		
11) Antecedentes neoplásicos		
12) Antecedentes neuropsiquiátricos		
13) Antecedentes alérgicos		
14) Antecedentes reumáticos		

Antecedentes personales no patológicos.

- 1) Habitación: tipo de construcción, ventilación, servicios sanitarios, etc.
- 2) Alimentación: número de tomas de alimentos an las 24 horas, horario, hábitos, cantidad y calidad de los alimentos ingeridos.
- 3) Hábitos: alcoholismo y tabaquismo, edad e inicio, -- frecuencia, cantidad tomada en las 24 horas tipo de bebidas ingeridas, higiene personal
- 4) Toxicomanías: marihuana, morfina, heroína, tranquilizantes y estimulantes, edad de inicio, frecuencia, vía de administración, cantidad tomada en las 24 horas, etc.
- 5) Inmunizaciones: BCG, antivariolosa DPT (polio), pruebas inmunológicas (tuberculosis y micóticas), VDRL, otras.

Antecedentes personales patológicos.

1) Enfermedades durante la infancia:

a) Enfermedades exantémicas (viruela, sarampion, escarlatina, rubeola, etc).

b) Enfermedades congénitas (persistencia del conducto arterio venoso, transposición de los grandes vasos).

- 2) Antecedentes fímicos
- 3) Antecedentes reumáticos
- 4) Antecedentes alérgicos
- 5) Antecedentes traumáticos
- 6) Antecedentes quirúrgicos
- 7) Antecedentes hemorrágicos
- 8) Antecedentes luéticos
- 9) Antecedentes endócrinos
- 10) Antecedentes neoplásicos
- 12) Antecedentes neuropsiquiátricos .

Estado actual.

- 1) Tribuna libre
- 2) Fecha de principio
- 3) Noción de tiempo
- 4) Noción de sitio
- 5) Modo de principio
- 6) Causas desencadenantes
- 7) Evolución de sintomatología
- 8) Factores que lo alivian o lo exacerban

Interrogatorio por aparatos y sistemas

- 1) Digestivo: polidipsia, sialorrea, xerostomía, halitosis, disartria, estomatalgia, gingivalgia

a) Esófago.- Disfagia, odinofagia
esofagorrea.

b) Estómago.- Hematemesis, piro--
sis, dispepsia, vómito, regurgitación, eructos, borborismo,-
apetito, hambre, náusea.

c) Intestino.- Diarrea, meteoris-
mo, melena, constipación, tenesmo rectal, rectorragia, cóli-
co.

2) Respiratorio: tos, expectoración, disnea, cianosis,-
disfonía, hemoptisis, hemoptoico, or--
topnea, estertores, epistaxis, rino--
rea, vómica.

3) Cardiovascular: disnea, palpitaciones, cianosis, es-
pasmos musculares, edema, dolor pre-
cordial, tos, lipotimias, parestesia
mareos, cefaleas, acúfenos, fosfenos

4) Genital femenino: dismenorrea, odinomenorrea, leuco-
rrhea, ovaralgia, polimenorrea, ova-
ritis, menosta, amenorrea, metro--
rragia, hipermenorrea, hipomeno--
rrhea, prurito, menopausia.

5) Gineco-obstétricos: vida sexual activa (VSA), número
de embarazos, número de abortos,
partos normales, cesáreas.

6) Genital masculino: orquitis, pìoceles, pìospermia, --
eyaculación precoz, dispaurreia,
orquialgia, polusión, espermato--
rrhea, criptorquidea, espìspadia,-
hipospadia, líbido.

7) Urinario: edema de miembros inferiores (MI), edema -
palpebral, odinuria, hematuria, disuria, -
pollaquìuria, oliguria, nicturia, anuria,-
poliuria, piuria, quialuria, neumotìria,-
tenesmo vesical, incontinencia, enuresis,
lumbalgia.

8) Nervioso: hipotonia, hipertonia miastenia, ataxia, -
bradicinesia, paraplejia, cuadraplejia, --
opoplejia, apoplejia, parestesia, hìpòestè-
sia, hiperestesia, temblores, tics, convul-
siones, abulia, bradicardia, dislalia, hì-
porreflexia, hiperreflexia, amnesia, insom-
nio, alucinaciones, tónico, clónico, neu--
algia, ataraxia, parabulia.

- 9) Organos de los sentidos: nervios craneales.
- 10) Hemático: púrpura, equimosis, hemorragias, adenopatias, linforrea, escrófula, linfadenitis, petequias.
- 11) Osteomuscular: atrofia, deformidades articulares, movimientos, marchas, mialgias, artralgias.
- 12) Endócrino: polifagia, polidipsia, hirsutismo, adiposidad, exoftalmus.
- 13) Piel y anexos: hiperchromia, ictericia, cianótica, -- lívida.

Síntomas generales.

- 1) Adinamia
- 2) Astenia
- 3) Anorexia
- 4) Perdida de peso
- 5) Fiebre

Terapéutica previa.

- 1) Tratamientos empíricos
- 2) Medicamentos
- 3) Vía
- 4) Dosis
- 5) Regularidad
- 6) Cantidad
- 7) Otras medidas terapéuticas
- 8) Fechas
- 9) Resultados

Signos vitales.

- 1) Temperatura
- 2) Respiración

3) Tensión arterial

4) Pulso

Inspección general: sexo, edad aparente, constitución, conformación, actitud, facie, marcha, movimientos anormales, estado de conciencia.

1) Cabeza:

a) Cráneo.- Forma, volúmen, implantación del pelo, consistencia, cantidad, color, fontanelas - (niños), exostosis, hundimientos, perímetro cefálico.

b) Cara.- Frente, estado de la superficie, forma y movimientos, simetría, tono muscular, temperatura.

c) Párpados.- Apertura, movimientos implantación, ubicación, volúmen, simetría, forma, coloración, signo de la fovea.

d) Cejas.- Implantación, simetría, cantidad.

e) Pestañas.- Implantación, cantidad, simetría.

f) Globos oculares.- Pupila, tamaño simetría, ubicación, movimientos, reflejos, : fotomotor, consensual, hippus fisiológico, acomodación, campo visual, fondo de ojo.

g) Conjuntivas.- Coloración, fondo de saco conjuntival, estado de la superficie.

h) Naríz.- Implantación, forma, volúmen, estado de la superficie, narinas, cornetes, vellosidades.

BOCA:

a) Labios.- Forma, volúmen, coloración, hidratación, consistencia, dolor, temperatura, movimientos.

b) Paladar blando.- Coloración, hidratación, movimientos.

c) Paladar duro.- Coloración, forma, hidratación, consistencia, dolor.

d) Lengua.- Forma, volúmen, coloración, hidratación, movimientos, consistencia, induraciones

e) Piso de boca.- Coloración, hidratación, consistencia, induraciones, permeabilidad de conductos.

f) Mucosa yugal.- Coloración, hidratación, consistencia, induraciones, permeabilidad de conductos.

g) O.D.- Forma, número, estado de la superficie, coloración, movilidad, dolor, sonido, olor. -

h) Encía.- Color, forma, volúmen-hidratación, estado de la superficie, consistencia, sangrado dolor.

2) Cuello: forma, volúmen, estado de la superficie, movimientos, consistencia, dolor, temperatura.

a) Tiroides.- Forma, volúmen, movimientos, dolor.

b) Tráquea.- Ubicación, movimientos.

c) Laringe.- Coloración, hidratación, estado de la superficie.

d) Venas y arterias.- Movimientos.

e) Ganglios: Submaxilares, Suboccipitales, Mastoideos, Supraclaviculares, Cadena Ganglionar -- Cervical Superficial y Profunda.- Consistencia, movilidad, - dolor, número.

3) Torax: forma, volúmen, estado de la superficie, movimientos, sonoridad, ruidos respiratorios, fenómenos agregados.

a) Glándulas mamarias.- Consistencia, tamaño, induraciones, simetría.

b) Area precordial.- Movimientos, - ruidos cardíacos (ritmo, frecuencia, alteraciones), soplos.-

4) Abdomen: forma, volúmen, estado de la superficie, --- consistencia, dolor, temperatura.

5) Genitales:

6) Sistema nervioso:

7) Extremidades: forma, volúmen, estado de la superficie movimientos.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

El estudio radiográfico del tercer molar inferior retenido exige que sean considerados una serie de puntos de vital importancia en relación con la cirugía. El primer detalle de interés se refiere a su posición en el hueso, su relación con los molares vecinos, forma coronaria y radicular, - relación con el conducto dentario inferior, osiestructura.

Posición y desviación del tercer molar.- La radiografía nos dá con perfecta claridad, la posición o sea el eje del - tercer molar con relación al segundo y el tipo de desviación

que presenta.

Posición del segundo molar.- La dirección de este molar es de interés en el acto quirúrgico; siendo como es, la cara distal del segundo molar un punto útil en la aplicación de la fuerza.

Relación del molar retenido con el borde anterior de la rama ascendente.- Se debe de tomar en cuenta la relación del tercer molar con el borde anterior de la rama y las posibilidades de ubicación de la corona en el espacio existente entre el borde y la cara distal del segundo molar.

Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.- Será considerada la profundidad relativa del tercer molar respecto a dos líneas, la oclusal y la cervical. El grado de profundidad tiene importancia porque de ello depende la aplicación de una técnica y la osteotomía a realizarse.

Estudio de la corona del tercer molar.

a) Forma de la corona.- La corona del molar retenido puede tener distintas formas, apartándose en grado variable de la forma normal anatómica.

b) Tamaño de la corona.- Puede ser variable. Existen molares con gran corona y molares con corona muy pequeña, entre los dos tipos extremos caben todos los intermedios.

c) Estado de la corona.- La corona del tercer molar puede estar afectada por caries o procesos patológicos que hagan variar la resistencia y solides del órgano dentario.

1) Caries de la corona.- La corona del tercer molar debe considerarse en el acto quirúrgico, el

punto útil para la aplicación de la fuerza; la cara mesial - en especial, es el lugar en donde se apoya el elevador en el trabajo mecánico de la extracción. Si la corona está afectada por caries, la resistencia que presenta a la fuerza que se aplica puede estar disminuída; en tal caso, la corona se fractura, originando una complicación para la extracción. Este problema debe ser considerado antes de la intervención, - para planear el tratamiento y aplicar la técnica conveniente.

2) Fractura de la corona.- La corona del molar retenido puede presentar fracturas de grado variable, con exposición de cámara pulpar, originadas en maniobras previas de extracción.

Estudio de las raíces del tercer molar.- Se pueden presentar de la siguiente manera: ambas raíces dirigidas distalmente; raíz distal recta, raíz mesial dirigida hacia distal; raíz mesial dirigida hacia distal y raíz distal dirigida hacia mesial; ambas raíces rectas; ambas raíces fusionadas, -- raíz mesial recta y distal dirigida hacia mesial; ambas raíces dirigidas hacia mesial; raíz distal dirigida hacia distal y raíz mesial dirigida hacia mesial; raíces supernumerarias.

El séptum radicular del tercer molar.- El séptum de Winter, es decir, el espacio interradicular del tercer molar debe ser estudiado radiográficamente. Cuando las raíces convergen, pero encierra gran cantidad de hueso, el séptum es sólido y ofrece gran resistencia al acto quirúrgico.

El hueso distal.- Según sea la posición del molar, el hueso que lo cubre por distal se extiende en grado variable sobre su cara distal o sobre la parte de su cara distal. En-

los diversos tipos de retenciones, las dimensiones del hueso distal son distintas en espesor y consistencia. La posición distal puede estar afectada por procesos patológicos que hacen variar el grado de resistencia de esta porción.

El conducto dentario.- La posición y las relaciones del conducto dentario con los ápices del tercer molar deben ser estudiadas en la radiografía. En algunos casos, su vecindad con los dientes es muy próxima y pueden ser lesionados en el acto operatorio los elementos del conducto que en él se alojan. Al girar el molar sobre un supuesto eje colocado a la altura de su porción cervical, la región apical desplazada puede presionar el conducto con los trastornos postoperatorios consiguientes: neuritis, neuralgias, anestias o parestias.

ESTUDIOS DE GABINETE

Los métodos de laboratorio clínico para el estudio del enfermo odontológico son importantes, pero no intentaremos cubrir toda la serie de pruebas utilizadas para valorar enfermedades generales; solamente las más empleadas como índice de la presencia o la gravedad de la enfermedad general -- que tenga interés dental, dentro de ellas están las siguientes:

- 1) Biometría hemática
- 2) Química sanguínea
- 3) General de orina
- 4) Pruebas de coagulación
- 5) Pruebas funcionales hepáticas
- 6) Coproparasitoscópico

CONCLUSIONES

El cirujano dentista no deberá realizar cualquier tratamiento odontológico y mucho menos una intervención quirúrgica si no se le ha efectuado al paciente la respectiva historia clínica, que en el caso de las cirugías deberá ser más minuciosa. Además el cirujano dentista al realizar cualquier intervención debe estar dispuesto a asumir la responsabilidad de reconocer oportunamente y tratar las complicaciones asociadas con la cirugía.

Muchas complicaciones postoperatorias son inevitables mientras que otras son el resultado de procedimientos mal planeados, negligencia o desinterés por parte del cirujano.

Por ejemplo uno de los aspectos más importantes dentro de la historia clínica es averiguar los antecedentes hemorrágicos del paciente ya que la extracción dentaria o cualquier cirugía es la causa más común de hemorragias en pacientes predispuestos.

También algunas enfermedades tales como cardiovasculares, hepáticas, endócrinas, renales, neoplásicas son estados que nos llevarán a solicitar la consulta médica.

El estudio radiográfico así como otros estudios de gabinete, son de suma importancia para la evaluación preoperatoria, sobre todo estos últimos son indispensables en los casos en que se requiera anestesia general.

CAPIULO IV

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS .

Las emergencias quirúrgicas y sus complicaciones son comunes en toda práctica odontológica que incluya procedimientos operatorios, muchas de estas emergencias y complicaciones son de poca significación, pero otras pueden tener consecuencias mas importantes principalmente las que origina la cirugía del tercer molar retenido. Existen otras complicaciones imposibles de predecir y que deben ser tratadas correctamente. No es posible enumerar todos los problemas que pueden surgir durante la exodoncia y la cirugía bucal; por tanto -- nos limitaremos a comentar aquellas urgencias que puedan originarse durante la cirugía intrabucal.

COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA INFILTRATIVA

***1 Dolor.**

Al inyectar una solución anestésica la aguja puede tocar un nervio, produciendose por este motivo dolor de distinta índole, intensidad, localización o irradiación, este dolor puede persistir horas o días.

El dolor postinyección, no debe confundirse con el dolor postcirugía, éste puede deberse a inyecciones con agujas sin filo que desgarran los tejidos, a la infiltración de soluciones anestésicas muy calientes o muy frías, no isotónicas o demasiado rápidas, o a la administración de un volumen demasiado grande. El desgarramiento de los tejidos gingivales y sobre todo el periostio es causa de molestias postoperatorias de intensidad variable. La inyección a nivel del paladar va seguida de un dolor inmediato en la zona de la punción. Las molestias suelen eliminarse en pocos días.

*1 Lipotimia.

La lipotimia o síncope es una insuficiencia circulatoria benigna, transitoria y brusca. La etiología de este accidente es compleja; el miedo, el dolor y las alteraciones emocionales intensas son factores predisponentes importantes. - Otras causas son la fatiga, hambre, estación de pie de larga duración en una multitud, convalecencia de una enfermedad; - la adrenalina de la solución anestésica tiene en otras circunstancias un papel importante, entre o no en juego la patología cardíaca del paciente. Como causas menos frecuentes de lipotimia se encuentra la hiperventilación, ciertos tipos de enfermedades cardíacas y la hipersensibilidad del seno carotídeo.

Puede aparecer síncope en caso de retorno venoso inadecuado, bombeo cardíaco ineficaz, alteraciones sanguíneas cualitativas o cuantitativas, y trastornos locales del sistema nervioso central. En general intervienen en un síncope varios mecanismos distintos.

Si se observa cuidadosamente al paciente antes y después del desmayo se ve que palidece y empieza a sudar. Hay tendencia a la náusea, con salivación intensa. Antes del desmayo verdadero hay sensación de malestar, vértigo y aturdimiento. Pueden existir respiraciones intermitentes con suspiros frecuentes, en ocasiones la visión se altera. Raramente también ciertos individuos presentan algunos movimientos convulsivos, a veces solo hay una ligera obnubilación.

El fenómeno puede producirse durante la administración de cualquier tipo de anestesia local, pero es más común en el curso de la anestesia troncular. La inyección de líquido-

anestésico en un vaso sanguíneo hace más importante la gravedad del cuadro; apareciendo palidez intensa de la piel, las pupilas suelen dilatarse, y falta por completo el reflejo pupilar. La respiración es lenta y débil el pulso, la frecuencia cardíaca suele encontrarse entre 30 y 60 pulsaciones por minuto.

Tratamiento.

Se pueden considerar dos tipos: el preventivo y el del accidente. El primero: sentar al paciente cómodamente, aflojando sus prendas para favorecer la circulación, comprobar que la aguja no haya entrado en un vaso, inyectar lentamente sobre todo en las tronculares. Será una medida preventiva inyectar dos o tres gotas de solución anestésica y esperar dos o tres minutos antes de realizar la inyección completa. También una buena premedicación pueden suprimir o disminuir los factores emocionales que predisponen al síncope.

Cuando un paciente muestra los primeros signos de síncope, el sillón debe colocarse de inmediato en posición Trendelenburg. Por lo general esto aumenta la circulación cerebral mejorando el estado general del paciente. Esta posición es más cómoda para el paciente semiconciente que la que consiste en poner la cabeza entre las rodillas. También son útiles los estímulos periféricos, bajo formas de aplicaciones frías sobre la cara, la frente y la nuca, o la inhalación de vapores de amoníaco. Puede darse oxígeno si el paciente no responde en plazo de dos a tres minutos, el enfermo debe de quedar acostado hasta su recuperación completa. Cuando está --- consciente otra vez, se puede administrar de ocho a diez gotas de espíritu amoniacal en medio vaso de agua.

Existen dos reacciones principales provocadas por los anestésicos locales: el shock anafiláctico y la sobredosis tóxica.

#1 Shock.

Es la manifestación más grave porque su curso suele ser tan rápido que habitualmente termina en la muerte. Afortunadamente, el shock anafiláctico es una complicación rara de la inyección de anestésicos. Anafilaxia es una reacción alérgica en la que el gasto cardíaco y la presión arterial disminuyen considerablemente. Las células liberan histamina, ésta ejerce sus efectos farmacológicos: vasodilatación, aumento de la permeabilidad capilar, salida al espacio extracelular de líquido primero y de elementos figurados después.

Fisiopatológicamente, producirá: vasodilatación, edema- estímulo de receptores nerviosos, espasmo del músculo liso, estimulación de glándulas mucosas de la mucosa bronquial, y por consiguiente, eritema, aumento de volumen, prurito, estornudos, tos, cólico intestinal, broncoespasmo, hipersecreción mucosa traducidas en urticaria, rinitis alérgica, asma y alergia gastrointestinal.

Signos clínicos del shock.

El paciente presenta palidez y la piel es fría y húmeda. Puede encontrarse inquieto y agitado al principio y posteriormente intranquilo y confundido. Su mente pierde su agudeza, su respiración es rápida y profunda. Puede sentir sed. - El pulso es rápido, aunque débil e irregular. La presión del pulso y la presión arterial, especialmente la sistólica son bajas.

Tratamiento.

La reanimación eficaz se basa en dos principios: la comprensión de que el paciente se encuentra en una situación de urgencia, y plan definitivo de tratamiento para manejar la situación. Este plan de tratamiento deberá incluir la restauración y mantenimiento de las funciones vitales del paciente o sea, la respiración y circulación, ya que sin oxígeno en los pulmones y llevado de ellos por la circulación a los órganos vitales las posibilidades de supervivencia son desesperadas.

El tratamiento deberá comenzar inmediatamente, las medidas básicas son las siguientes:

- a) Colocar al paciente acostado -- boca arriba, con la cabeza ligeramente por debajo del resto del cuerpo.
- b) Registrar y controlar continuamente la presión arterial y la frecuencia del pulso.
- c) Mantener al paciente confortablemente abrigado, a la temperatura ambiente o algo superior.
- d) Mantener y apoyar la circulación administrando líquidos o agentes vasopresores como: adrenalina al 1.1000 - 0.5ml I.M. , efedrina 50mg. I.M. ; aminofilina 250 a 500mg. I.V. exclusivamente, metaraminol 2 a 10mg I.M.
- e) Mantener la permeabilidad de -- las vías aéreas.
- f) Oxigenación adecuada.
- g) Administrar agentes farmacológicos como: benadril 10 a 50mg I.M o I.V. , clorotrimetón 10mg

o más I.M. o I.V. ; avapena 20 a 40mg I.M. o I.V.

h) Solicitar la presencia de un médico si el shock no desaparece con estas medidas o si el paciente no responde al tratamiento.

*2 Sobredosis tóxica.

La reacción a una sobredosis tóxica de un anestésico local, es una reacción bifásica. La primera fase es una estimulación del sistema nervioso central y la segunda fase es una depresión del sistema nervioso central. El grado de depresión es directamente proporcional al grado de estimulación.-

La estimulación del sistema nervioso central puede variar, de reacciones leves de corta duración como angustia, -aprensión, excitación, taquicardia, a reacciones más graves - como náuseas, vómito y convulsiones. Si el paciente ha presentado convulsiones, la depresión será más marcada, aún al grado de presentarse un paro respiratorio. Una de las primeras señales de la sobredosis tóxica es la presencia de un sabor metálico en la boca.

Tratamiento.

El tratamiento primario para las convulsiones es oxigenar al paciente. Uno de los efectos más indeseables de las convulsiones, es la hipoxia que pueden provocar, debido a la interferencia en la actividad coordinada de los músculos respiratorios. Deberá procederse con cuidado al administrar oxígeno con presión positiva, ya que la presión excesiva puede pasar aire al estómago y provocar el vómito. Si los reflejos del paciente han sido eliminados, podrá aspirar el vómito, - que puede tener un pH bajo o ácido y causar daños graves a -

los pulmones y paro respiratorio.

Existen varias desventajas relacionadas con la administración de barbitúricos en ésta situación. Los barbitúricos de acción ultracorta, indicados para las convulsiones, deberán ser administrados por vía intravenosa y comenzar una infusión intravenosa mientras el paciente padece convulsiones.

Una consideración más seria es el hecho de que los barbitúricos deprimen la respiración y el miocardio. Si estas drogas se administran justamente antes de la fase depresora de la reacción, la depresión será aumentada por el barbitúrico hasta el punto de paro respiratorio y cardiovascular. ---

Una droga más segura y casi tan eficaz para controlar las convulsiones es el Diazepam (Valium). El valium no deprime al miocardio ni la respiración, y puede ser administrado por inyección intramuscular, intravenosa, en dosis de 5 a 10 mg.

En caso de que se presentara paro cardiovascular y respiratorio, el cirujano dentista deberá estar preparado para administrar masaje cardíaco externo y ventilación respiratoria, y solicitar auxilio médico inmediatamente.

*¹ Cirugía Bucal. Ries Centeno. Pag. 125-126.

*² Emergencias en Odontología. F. M. McCarthy. Pag. 78-79.

RUPTURA DE LA AGUJA DE INYECCION

^{*1}Es una complicación rara. Cuando ocurre se debe principalmente a defectos de técnica, y generalmente en el curso de las anestesis tronculares. También se puede deber a movimientos intempestivos del paciente y contracción repentina del músculo pterigoideo interno. En este caso, la infiltración a nivel del músculo estimula su contracción, como su fascia externa es rígida, ésta actúa como punto de apoyo para doblar y romper la aguja.

El sitio de menor resistencia de la aguja es el límite entre ésta y el pabellón, al cual está soldada, será una buena práctica usar agujas un poco más largas que lo necesario para llegar al punto convenido, dejando una parte de la aguja fuera de los tejidos por lo cual puede ser tomada para retirarla en caso de fractura.

La prevención de este accidente se realiza usando agujas nuevas, no oxidadas y de buen material.

Tratamiento.

Cuando es inmediato, la extracción de la aguja rota durante la anestesia local se reduce a una incisión a nivel del lugar y disección de los tejidos con un instrumento como hasta encontrar el trozo fracturado y la extracción del mismo con una pinza de disección, o de Kocher. Esto en caso de que la aguja no sea visible.

^{*1}Cirugía Bucal. Ries Centeno. Pag. 126.

^{*2}Anestesia Odontológica. N.B. Jorgensen. J. Hayden, Jr. --- Pag. 102.

Cuando ha pasado un tiempo después del accidente deberá investigarse radiográficamente la ubicación de la aguja, empleando para ello puntos de referencia, sobre todo en maxilares desdentados.

HEMATOMA

1 La punción de un vaso sanguíneo origina un derrame, de intensidad variable, sobre la región inyectada. Esta complicación no es muy frecuente porque los vasos se desplazan y no son puncionados. Este accidente es común en las inyecciones a nivel de los agujeros infraorbitario y mentoniano, sobre todo si se introduce la aguja en el conducto óseo. El derrame sanguíneo es instantáneo, y tarda varios días para su resolución, como los hematomas quirúrgicos. Como éstos, el accidente no tiene consecuencias, a no ser la infección del hematoma.

La sangre de lesiones o de alguna hemorragia no controlada durante la cirugía, o después de la misma puede concentrarse dentro de los planos tisulares y formar un hematoma. El hematoma carece de circulación hasta que se organiza; por lo que puede albergar bacterias y propiciar el desarrollo de alguna infección. Aunque la mayor parte de los hematomas son lentamente ingeridos, algunos permanecen como cavidades residuales con paredes fibrosas.

La formación de hematomas generalmente puede evitarse -

*1 Cirugía Bucal. Ries Centeno. Pag. 127

*2 Anestesia Odontológica. N.B. Jorgensen. J. Hayden, Jr. --- Pag. 102-115-120.

ejerciendo control sobre el sangrado operatorio y postoperatorio.

Los apósitos de presión aplicados directamente a los sitios quirúrgicos son muy eficaces si son dejados en su lugar de 12 a 24 horas. Esto asegura buena adaptación del mucoperiostio al hueso, reduciendo así la frecuencia de la formación de hematomas.

Tratamiento.

Consiste en la aplicación de bolsas de hielo sobre el lugar de la inyección (puede ser un pedazo de paleta sostenido por momentos en el sitio de la inyección), y de calor posteriormente.

PARALISIS FACIAL

^{*1*}² Este accidente ocurre a menudo al aplicar la anestesia-troncular del nervio dentario inferior y ocurre cuando se ha llevado la aguja por detrás del borde parotídeo del hueso y se inyecta la solución en plena glándula parótida, por esta glándula pasa el nervio facial el cual queda anestesiado por lo que se pierde la tonisidad de los músculos de la cara. --

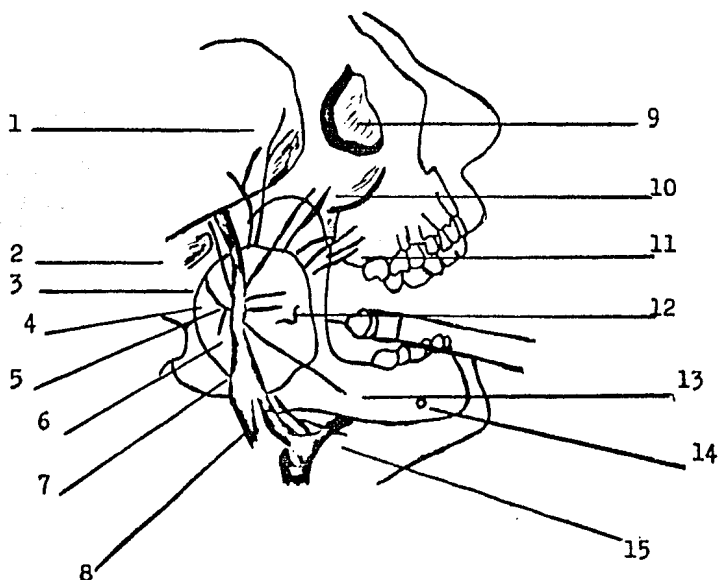
Esta parálisis tiene todos los síntomas de la parálisis de Bell: caída del párpado e incapacidad de oclusión ocular y proyección hacia arriba del globo ocular, además de la caída y desviación de los labios. Es sin duda un accidente alarmante, del cual el paciente por lo general se percata inmediatamente debido a la incomodidad que siente, La parálisis es temporal y dura el tiempo que persiste la anestesia.

^{*1} Cirugía Bucal. Ries Centeno. Pag. 127

^{*2} Tratado de Cirugía Bucal Práctica. Daniel E. Waite. Pag. - 308.

Tratamiento.

No requiere ningún tratamiento ya que como se dijo solo persiste mientras dura la enestesia.



Fracasos en la obtención de la anestesia por equivocada ubicación de la aguja, en este caso por detrás del orificio del conducto dentario. La aguja, si se inserta demasiado profundamente, estará en la glándula parótida. La vena facial puede ser lesionada; también puede ser anestesiado el nervio facial. 1, rama temporal del nervio facial; 2, apófisis mastoideas; 3, borde posterior de la rama; 4, aguja llevada demasiado atrás; 5, el nervio facial en la glándula parótida; 6, glándula parótida; 7, vena facial en la glándula parótida; 8, carótida externa; 9, órbita; 10, rama cigomática del nervio facial; 11, rama bucal del nervio facial; 12, espina de Spix; 13, rama mandibular del nervio facial; 14, agujero mentoniano; 15, rama cervical del nervio facial.

FRACTURA Y LUXACION DE DIENTES ADYACENTES

*123 El uso imprudente de fórceps y elevadores puede luxar, o fracturar los dientes vecinos y en ocasiones los antagónicos. Esta situación generalmente es causada por el uso de -- fuerzas excesivas o mal dirigidas.

Un examen preoperatorio cuidadoso revelará si el diente adyacente al que va ser extraído está muy cariado, ampliamente restaurado o en línea de extracción. Se deben remover --- caries y restauraciones flojas de dientes adyacentes y colocar una restauración temporal antes de la extracción del tercer molar (o cualquier otro diente). Bajo anestesia general se pueden dañar otros dientes ajenos al de la cirugía por el uso incorrecto de abre bocas y de apoyos. Se debe notificar - al anestesista la presencia de dientes ampliamente restaurados o móviles o de coronas o puentes. Dichos dientes deben - ser evitados cuando se van a colocar los apoyos o abre bocas, estos abre bocas y apoyos deben colocarse en un lugar con visión directa.

Estas complicaciones pueden prevenirse evitando toda -- presión sobre los dientes adyacentes y tratando de no em--- plearlos a ellos como fulcro para un elevador a menos que vayan a ser extraídos en la misma cita.

Tratamiento.

Depende de la importancia del traumatismo de los dientes vecinos. No deben realizarse maniobras en el caso de un-

*1 La Extracción Dental. Geoffrey L. Howe. Pag. 93-94.

*2 Cirugía Bucal. Ries Centeno. Pag. Cuarto capítulo.

*3 Tratado de Cirugía Bucal Práctica. Daniel E. Waite Pag. -- 137-141.

diente con movilidad mínima, ya que el diente adquirirá, con el tiempo, una buena adherencia.

Si la fractura comprende fragmentos pequeños de la corona de un diente adyacente, esta podrá ser restaurada. Si los fragmentos son más grandes deberán cubrirse temporalmente, - dejando para otra oportunidad la restauración permanente. Si la fractura afecta la pulpa, se aconseja una pulpotomía o la pulpectomía.

Si la movilidad es mayor será necesario estabilizar el diente por medio de una férula.

DIENTES AVULSIONADOS

*1*3 En ocasiones el trauma de un diente adyacente es suficiente para desalojarlo completamente de su alvéolo de soporte. El diente avulsionado deberá ser examinado buscando fracturas radiculares.

Tratamiento.

El diente deberá ser limpiado con solución fisiológica cuidando de proteger las fibras periodontales. La manipulación excesiva y la contaminación de la superficie radicular deberán ser evitadas. El alvéolo deberá ser irrigado completamente antes de la reimplantación. Una vez que el diente -- haya sido reimplantado, deberá ser inmovilizado durante seis semanas aproximadamente. Deberá considerarse la inmunización antitetánica y la profilaxia con antibióticos si el diente -- fué contaminado. El órgano dental deberá ser examinado perió

*1 La Extracción Dental. Geoffrey L. Howe. Pag. 87-112.

*2 Cirugía Bucal. Ries Centeno. Pag. Cuarto capítulo

*3 Tratado de Cirugía Bucal Práctica. Daniel E. Waite. Pag. - 137-141.

dicamente, buscando movilidad y cambios radiográficos. Si un diente adulto ha permanecido fuera de su alvéolo más de ---- treinta minutos, se recomienda hacer el tratamiento endodóntico y posteriormente reimplantarlo.

FRACTURA DEL INSTRUMENTAL

^{*1*2*3} Puede suceder que las pinzas o elevadores se fracturen durante la intervención quirúrgica cuando se aplica excesiva fuerza sobre ellos. Pueden herirse las partes blandas y ---- óseas vecinas. Estos fragmentos pueden actuar como cuerpos extraños en el interior del hueso o de los tejidos originando toda clase de trastornos.

Tratamiento.

Para extraerlos, se impone una nueva intervención, si no es realizada en el mismo acto de la primera cirugía, esto último es lo más recomendable.

FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR

^{*4*5*6} La fractura total no es frecuente, aunque posible. En general ésta se da a nivel del lugar de la cirugía, en este caso en la zona del tercer molar y ésta generalmente se debe a la aplicación incorrecta y fuerza exagerada en el intento de extraer un tercer molar retenido u otro diente retenido, con raíces con cementosis o dilaceraciones.

^{*1} Cirugía Bucal. Ries Centeno. Pag. 340-353.

^{*2} Tratado de Cirugía Bucal. Gustav O. Kruger. Pag. 63-91.

^{*3} La Extracción Dental. Geoffrey L. Howe. Pag. 89-112.

La disminución de la resistencia ósea se debe al gran alvéolo del molar, actúa como una causa predisponente para la fractura de la mandíbula. Otros factores predisponentes que pueden debilitar la mandíbula pueden ser enfermedades -- que debilitan los huesos, por ejemplo: trastornos endócrinos como hiperparatiroidismo y la osteoporosis posmenopáusica y desórdenes del desarrollo como la osteopetrósis y las enfermedades generales como las del sistema reticuloendotelial, la enfermedad de Paget, la osteomalacia y la anemia del mediterráneo. Dentro de las enfermedades generales también podemos mencionar a los estados fisiológicos ligados al metabolismo del calcio, la diabetes, las enfermedades parasifilíticas, predisponen a los maxilares como a otros huesos para la fractura.

Las enfermedades locales como displasia fibrosa, tumores y quistes también pueden ser factores predisponentes.

Es suficiente un esfuerzo mínimo o el esfuerzo del acto operatorio para producir la fractura del hueso.

Tratamiento.

El tratamiento de elección es la Reducción y la Fijación. El término que denota la colocación del hueso en su lugar es Reducción de la fractura. El término que se utiliza para mantener la posición es Fijación.

La reducción puede ser de dos tipos: cerrada o abierta.

La reducción cerrada es la más sencilla, es decir la -- maniobra que no expone quirúrgicamente al hueso.

*⁴ Cirugía Bucal. Ries Centeno. Pag. 342-343.

*⁵ Tratado de Cirugía Bucal. Gustav O. Kruger. Pag. 276-285.

*⁶ Tratado de Cirugía Bucal Práctica. Daniel E. Waite. Pag.- 303-307.

La reducción abierta se efectúa porque no es factible - reducir todas las fracturas por el método cerrado. Se encuentra muchas veces la fractura del ángulo de la mandíbula que es difícil de reducir por la dificultad de contrarrestar la acción poderosa de los músculos masticatorios. Sin embargo, - en el caso de la fractura del ángulo mandibular (que sería - la zona mas factible de fractura en la cirugía del tercer molar inferior) la reducción abierta se hace más para la fijación que para la reducción. Cuando el hueso está expuesto -- quirúrgicamente se hacen perforaciones en cada lado de la -- fractura; se cruza alambre sobre la fractura y los bordes -- del hueso se llevan a una buena aproximación.

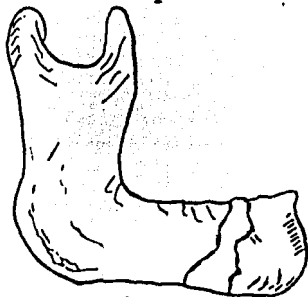
Generalmente la inmovilización de la mandíbula es de -- dos a ocho semanas, dependiendo de la extensión de la fractura, grado de desplazamiento, edad del paciente y otros diversos factores. En algunos casos no es necesaria la inmovilización total; quizá todo lo que sea necesario sea una dieta -- blanda y observación cuidadosa y en otros casos como ya se -- mencionó, tenga que ser necesario realizar alambrado directo transóseo en combinación con la inmovilización.

Nota: la clasificación de las fracturas mandibulares en general son las siguientes: fractura simple, fractura en tallo verde, fractura compuesta, fractura conminuta simple o - fractura conminuta compuesta.

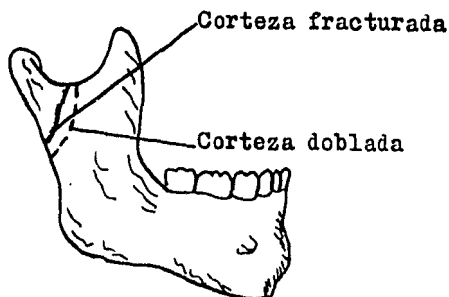
En la fractura simple la piel permanece intacta; el hueso ha sido fracturado completamente pero no está expuesto y puede o no estar desplazado. En la fractura en tallo verde - un lado del hueso está fracturado y el otro solamente doblado. En la fractura compuesta hay una herida externa que lle-

ga hasta la fractura del hueso. En la fractura conminuta el hueso está aplastado o astillado; puede ser sencilla (es decir no expuesta) o compuesta (expuesta).

Fractura Simple



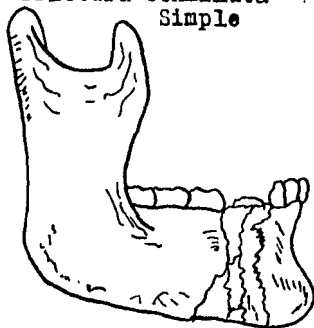
Fractura Tallo Verde



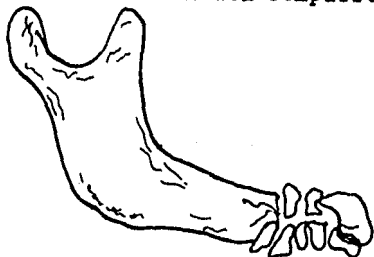
Fractura Compuesta



Fractura Conminuta Simple



Fractura Conminuta Compuesta



FRACTURA DEL BORDE ALVEOLAR

*1 accidente frecuente en el curso de la exodoncia o de la cirugía al usar los elevadores, la fractura del borde alveolar no tiene mayor trascendencia; el trozo del hueso se elimina con el órgano dentario o queda relogado en el alvéolo.-

El mecanismo de la fractura del borde alveolar, reside en la fuerza que la pirámide radicular ejerce el pretender - abandonar el alvéolo por un espacio menor que el mayor diámetro de la raíz.

En otras ocasiones la fuerza aplicada sobre la tabla externa es mayor que su límite de elasticidad, el hueso se --- quiebra y generalmente es la tabla externa.

Tratamiento.

En el primer caso no hay conducta especial a seguir. En cambio si ha quedado en el alvéolo debe eliminarse el trozo-fracturado, de lo contrario el secuestro origina los procesos inflamatorios consiguientes como: osteítis o abscesos. -

*1 Cirugía Bucal. Ries Centeno. Pag. 341-342.

CONCLUSIONES

Como hemos visto son innumerables las complicaciones -- transoperatorias que se pueden dar, por lo que debemos emplear todos nuestros conocimientos y aplicar toda nuestra -- destreza manual para evitar en mayor grado que éstas se presenten.

Lamentablemente muchas de éstas complicaciones se dan -- por un movimiento brusco del paciente y esto no podemos predecirlo; pero si tenemos la obligación de pedirle al paciente que coopere de la mejor forma posible y que siga todas -- nuestras indicaciones.

Si alguna complicación se presenta, debemos tomar las -- medidas necesarias para tranquilizar al paciente y segundo -- para tratar la complicación que en esos momentos se presenta con el tratamiento adecuado.

CAPITULO V

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

PERSISTENCIA DE LA ANESTESIA

*¹*² Después de la inyección del dentario inferior, puede - ocurrir que la anestesia se prolongue por el espacio de días, semanas o aún meses. Esta complicación se debe, cuando no es de origen quirúrgico al desgarró que pueden producir agujas- con rebabas, o a la inyección de alcohol junto con la solu- ción anestésica, este alcohol puede ser el residuo que queda en la jeringa, en aquellos casos en que se acostumbre conser- var esos instrumentos en ese material.

Tratamiento.

Con el tiempo el nervio regenera lentamente y después - de un período variable se recupera la sensibilidad.

INFECCION EN EL LUGAR DE LA PUNCION

*³*⁴ Las inyecciones en la mucosa bucal pueden acompañarse - de procesos infecciosos a su nivel; la falta de esteriliza- ción de la aguja o del sitio de punción son la causa de esta complicación. En algunas ocasiones, en punciones múltiples - se originan zonas dolorosas e inflamadas. La inyección sépti- ca a nivel de la espina de Spix ocasionaba trastornos más se- rios, abscesos y flemones, acompañados de fiebre, trismus y- dolor.

*¹ Cirugía Bucal. Ries Centeno. Pag. 127.

*² Anestesia Odontológica. N.B. Jorgensen. J. Hayden, Jr. Pag. 101-140-193-114-115.

Tratamiento.

Consiste en drenaje quirúrgico, administración de penicilina y apertura quirúrgica de los abscesos.

HEMORRAGIA

^{45*} El dentista que hace cirugía bucal tiene que estar atento para evitar, controlar y tratar la hemorragia bucal. El procedimiento operatorio en sí puede efectuarse de manera -- que disminuya la necesidad de tratar el sangrado postoperatorio. Sin embargo, a pesar de la atención con que se trata de controlar la hemorragia durante la operación, la hemorragia puede ocurrir y el dentista tiene que detenerla. Las medidas adecuadas locales dominan casi todas las hemorragias, por lo menos temporalmente. En algunas circunstancias se tienen que ligar vasos arteriales al tratar lesiones telangiectásicas -- como hemangiomas, aneurismas o quistes hemorrágicos. La ligadura de la arteria carótida externa suele ser necesaria en -- las operaciones mayores de cirugía bucal.

La hemorragia suele presentarse en el momento de la cirugía o después de la misma.

Muchas complicaciones pueden presentarse después de la cirugía. El sangrado puede catalogarse como muy frecuente, -- después del cual puede haber muchas complicaciones, una de -- ellas puede ser el choque, ya sea hipovolémico o psicogénico

La definición más simple de hemorragia es: la salida de

⁴³ Cirugía Bucal. Ries Centeno. Pag. 127.

⁴⁴ Anestesia Odontológica. N.B. Jorgenson. J. Heyden, Jr. Pag. 94.

sangre de los vasos sanguíneos. Este fenómeno es provocado - cada vez que se extrae un diente o se hace alguna cirugía. - El mecanismo por el que se cohibe el sangrado puede atribuirse a muchos factores que pueden ser clasificados en dos grandes categorías: extrínsecos e intrínsecos.

Los factores relacionados con la liberación de sustancias a partir de tejidos lesionados son los llamados factores tisulares, y pertenecen al sistema extrínseco. El sistema intrínseco consiste en factores que se encuentran en el plasma. Además, ciertos factores vasculares, como contractibilidad de los vasos sanguíneos y tono tisular, son de gran importancia en el anciano.

La clasificación de la hemorragia está basada en tres - criterios: tiempo en que ocurre, naturaleza de los vasos y - deficiencia de los factores coagulantes implicados.

Según el tiempo en que se presenta, la hemorragia puede ser clasificada como:

a) Hemorragia Primaria.- Se presenta en el momento de la cirugía y se atribuye al corte de los vasos sanguíneos. En condiciones normales la aplicación de presión, junto con la contracción y retracción de los vasos sanguíneos, basta para cohibir el sangrado. En consecuencia cuando se utiliza anestesia por infiltración, el agente vaso

*5 Cirugía Bucal. Ries Centeno. Pag. 347-349.

*6 Tratado de Cirugía Bucal. Gustav O. Kruger. Pag. 185-190.-

*7 Medicina Bucal de Burket Diagnostico y Tratamiento. Dr. -- Malcolm A. Lynch. Pag. 91-99.

constrictor empleado también ayuda a promover el control del sangrado. Con frecuencia parece que ambos factores intrínsecos y extrínsecos prevalecen y promueven el control de la hemorragia primaria.

b) Hemorragia Intermedia.- Se refiere al sangrado que se presenta 24 horas después de la cirugía. La posibilidad de que esto ocurra se atribuye a muchos factores, como son retiro de presión, disipación de los factores vasoconstrictores y relajación de los vasos sanguíneos.

c) Hemorragia Secundaria.- Se presenta 24 horas después de la cirugía y suele atribuirse a diversos factores como: Trauma extrínseco (esquirlas óseas), infección, etc.

Naturaleza de los vasos sanguíneos.

La hemorragia puede ser clasificada según el tipo de vaso de donde proviene la sangre: arterial, venosa o capilar.-

La hemorragia arterial se conoce por el color rojo brillante, el sangrado arterial se caracteriza por su flujo intermitente a manera de bombeo que corresponde a la contracción del ventrículo izquierdo del corazón.

La hemorragia venosa tiene un tono rojo oscuro y manifiestamente, tiene una salida continua.

La hemorragia capilar se caracteriza también por el escurrimiento continuo de sangre de color rojo claro.

Hemorragia extra e intravascular.

La hemorragia intravascular solo causa un pequeño porcentaje de sangrado postoperatorio, pero cuando se presenta en realidad se plantean problemas formidables, uno de los --

cuales puede ser el choque, el cuál pone en peligro la vida del paciente.

Este tipo de hemorragia se atribuye a la deficiencia de uno de los muchos factores intravasculares que intervienen - en la coagulación sanguínea.

Los factores extravasculares son las causas más frecuentes de hemorragia. El motivo está relacionado directamente - con la naturaleza y localización de la herida, la presencia de infección y trauma quirúrgico.

Naturaleza de la herida.

La herida quirúrgica después de una extracción afecta - principalmente a dos tipos de tejidos: duros y blandos. El - componente de tejido duro o sea el hueso, constituye la mayor parte de la herida, mientras que el tejido blando forma la parte más pequeña de la herida. La hemorragia por lo tanto, puede presentarse en cualquiera de estos dos componentes.

La hemorragia ósea es difícil de controlar por que, a - diferencia de la herida de tejido blando no puede comprimirse y aproximarse las paredes para aplicar la presión necesaria para cerrar la luz de los vasos y proporcionar a su vez, la relajación necesaria para promover la retracción y contracción de los vasos.

La existencia de ciertas peculiaridades anatómicas pueden con frecuencia aumentar o agravar el problema. La presencia de vasos nutrientes prominentes de un hueso puede conducir a una hemorragia profusa de tipo arterial. Además el hueso frecuentemente se fractura durante la extracción, después de lo cual hay irritación, inflamación, infección y hemorragia secundaria.

Tratamiento Local.

Los métodos locales pueden ser clasificados de la siguiente forma: prevención, frío, agentes hemostáticos y casos constrictores.

Prevención.

Es conveniente tomar medidas como cirugía atraumática, - eliminar el tejido granulomatoso que sangra continuamente, - retirar todas las espículas de hueso fracturadas, retirar -- viejos coágulos necróticos.

Presión.

Este método es quizá el menos eficaz y consta de lo siguiente: compresión de los márgenes de la herida para aliviar tensión, permitiendo la retracción y contracción de los vasos sanguíneos.

Permitir al paciente morder una torunda de gasa estéril durante una hora para ayudar a comprimir los vasos sanguíneos y promover la coagulación.

Aplicación de suturas para mantener los márgenes de la herida aproximados, disminuyendo así la separación existente y promoviendo la retracción y contracción de los vasos sanguíneos, evitando a la vez que la sangre salga del alvéolo, - produciendo la estasis que facilita la coagulación.

Colocación de gasa en la herida, es una medida muy eficaz, especialmente cuando la gasa es saturada primero con -- tintura de benzoína, empacada en los tejidos afectados.

La aplicación de frío es muy útil porque causa contracción de los vasos sanguíneos.

Agentes hemostáticos.

Existen muchos agentes hemostáticos que se utilizan en-

combinación con la aplicación de presión.

a) Acido tánico.- Se coloca sobre una gasa saturada con agua y se le pide al paciente que muerda sobre ésto durante un mínimo de una hora.

b) Sugalato de bismuto.- Se usa -- con gasa en forma parecida al anterior.

c) Gelfoam.- Se coloca en el alvéolo y se le pide al paciente que muerda sobre una gasa. Este método es muy eficaz, pero cuando el flujo de sangre es abundante la falta de consistencia física del Gelfoam permite -- que sea desplazado fácilmente.

d) Oxycel.- Se utiliza en forma similar al Gelfoam.

e) Espuma de fibrina.- Se le da el mismo uso que a los anteriores.

f) Trombina.- Se coloca sobre la herida, adyacente al punto sangrante, (líquido y polvo).

Vasoconstrictores: (anestesia local con agentes vasoconstrictores).

Los anestésicos locales se utilizan frecuentemente para promover la hemostasia y proporcionar un cambio limpio antes de realizar medidas más definitivas para controlar la hemorragia.

Tratamiento general.

En ocasiones, es necesario administrar drogas y líquidos por vía general.

A continuación presentamos una lista de los utilizados con mayor frecuencia.

a) El salicilato de Adrenosom, se cree que promueve la constricción de los capilares.

b) Premarin.- Es un estrógeno conjugado.

c) Vitamina K.- Puede ser eficaz - si existe un problema relacionado con la protrombina. Los efectos, si es que ocurren, no serán inmediatos.

Este medicamento da resultados después de 24 horas si se administra por vía bucal y dentro de 6 horas si se administra por vía intravenosa.

d) Plasma.

e) Sangre total.

f) Líquidos parenterales.

Pocas veces resulta necesario administrar sangre total. Sin embargo, deberá recordarse que se pierden aproximadamente 5 ml, de sangre por cada diente extraído durante la cirugía bucal. Por esto, cuando se haya realizado una intervención considerable, deberá considerarse, la reposición del líquido perdido por el sangrado, para restaurar el volumen vascular-circulante y proporcionar nutrición. Con demasiada frecuencia, las personas que han padecido sangrado postoperatorio son incapaces de comer, por lo que es conveniente administrar dextrosa al 5% en agua o lactato de Ringer con dextrosa al 5% en agua por vía intravenosa. Esto no se hace necesario para restaurar el volumen sanguíneo perdido, sino para proporcionar una fuente de nutrición. Muy rara vez hay necesidad de administrar líquidos para restaurar al volumen vascular.

LESIONES A LOS NERVIOS

^{*123}Una extracción dentaria puede ocasionar una lesión de - gravedad variable sobre los troncos nerviosos. Estas lesiones pueden radicarse en los nervios inferiores y superiores.

Los accidentes más importantes son los que tienen lugar sobre el nervio dental inferior, lingual y mentoniano.

El traumatismo sobre el tronco nervioso puede consistir en sección, aplastamiento o desgarrar del nervio, estas lesiones se traducen en neuritis, neuralgias o anestias en diversas zonas. Frecuentemente ocurre en las extracciones del maxilar inferior, por intervenciones sobre el tercer molar - o premolares.

Existen tres pares de nervios en la región del maxilar inferior que son vulnerables a lesiones quirúrgicas. El conocimiento de su presencia y la cirugía cuidadosa son la mejor protección contra la lesión de estas estructuras.

Nervio dental inferior.

Es una rama principal de la tercera división del nervio trigémino. Este junto con el nervio maxilar superior y el -- nervio oftálmico constituyen las tres ramas del trigémino o V par craneal, nervio mixto, esto es, sensitivomotor.

El dentario inferior continúa aproximadamente la dirección del tronco de origen al salir éste del cráneo por el agujero oval y situarse en la fosa cigomática. Se dirige hacia abajo y adelante y se introduce en el orificio superior del conducto dentario inferior, al que recorre en toda su ex

^{*1} Cirugía Bucal. Ries Centeno. Pag. 347-103-104-117.

^{*2} Anestesia Odontológica. N.B. Jorgensen. J. Hayden, Jr. Pag 62-63-73-200-201-207-193.

^{*3} Tratado de Cirugía Bucal Práctica. Daniel E. Waite. Pag. - 88-89-90.

tensión en compañía de la arteria y venas dentarias inferiores en tanto que da filetes nerviosos (destinados a los molares y premolares), gingivales (que comprenden la cara externa del hueso hasta el primer premolar) y óseos (hueso y periostio). Sus ramas terminales son el nervio mentoniano y el incisivo. Este nervio pasa entre los músculos pterigoideos - interno y externo y entra en el espacio pterigomandibular. - El nervio sigue su curso hacia abajo y hacia afuera y penetra en el agujero de la mandíbula en la superficie interna - de la rama ascendente de la misma.

Para resumir la distribución del nervio, diremos que -- inerva el hueso maxilar inferior, su periostio y la encía y los dientes en cada hemiarcada, a excepción de un trozo de - encía y periostio que cubre la cara externa del maxilar entre el tercer y primer molar, zona inervada por el nervio bucal, otra rama del maxilar inferior, que en algunos casos requiere una anestesia aparte.

Por lo tanto, la lesión directa a esta estructura puede presentarse en los tejidos blandos de la fosa infratemporal y espacio pterigomandibular o por la penetración al conducto dentario inferior.

Salvo en aquellos procedimientos quirúrgicos que afectan el espacio pterigomandibular y las lesiones directas con la aguja al hacer el bloqueo anestésico del nervio dental inferior, las lesiones al nervio dentro del conducto dentario-inferior son de capital importancia. La lesión puede hacerse al extirpar un ápice redicular en la región de los molares, - durante la cirugía para la extracción de dientes incluidos - y extirpación de quistes y tumores.

Tratamiento.

Las lesiones directas a los nervios generalmente son -- causadas por un ápice radicular desplazado o por un fragmento óseo proyectado hasta el conducto dentario inferior. Cuando ocurra ésto, el tratamiento de elección será la eliminación del ápice radicular o fragmento óseo. Exposición adecuada, buena luz y aspiración eficaz son indispensables para la recuperación del fragmento. Se levanta un colgajo mucoperiostico y se retira el hueso necesario hasta lograr el resultado deseado. Si el fragmento ha penetrado al conducto y no -- puede ser retirado facilmente, será necesario quitar el techo del conducto para localizarlo y retirarlo.

Si el nervio es totalmente seccionado, el único tratamiento práctico es volver a establecer los planos tisulares normales y aproximar los márgenes de la herida. Ambas medidas favorecen la regeneración de los nervios.

Nervio lingual.

Se separa del nervio dental inferior a 5 ó 10 mm, por -- debajo de la base del cráneo y desciende hacia abajo y hacia afuera. Pasa por delante y hacia adentro del nervio dental inferior y se anastomosa con la cuerda del tímpano ligeramente abajo del borde inferior del músculo pterigoideo lateral. A nivel del borde posterior del músculo milohioideo, el nervio se dirige hacia adelante y se desplaza por la superficie superior e interna del músculo milohioideo hasta alcanzar la superficie posterior de la glándula sublingual. En este punto, se dirige hacia adentro pasando bajo el conducto de la glándula submaxilar y penetra en la superficie inferior de la lengua. Al pasar este nervio por arriba de la porción pos

terior del músculo milohioides, se encuentra muy cerca de la superficie, dentro de la mucosa lingual, en la zona del segundo y tercer molar. En este sitio el nervio es susceptible al trauma quirúrgico.

La cirugía para la odontectomía del tercer molar retenido es el procedimiento quirúrgico asociado más frecuentemente con lesiones al nervio lingual. La lesión directa a este nervio con la aguja puede suceder durante la anestesia de éste. Este nervio aunque la lesión casi siempre es pasajera.

Tratamiento.

Si el nervio es dañado, el único tratamiento práctico es volver a establecer los planos tisulares normales y aproximar los márgenes de la herida. Ambas medidas favorecen la regeneración de los nervios.

Nervio mentoniano.

Es una de las ramas terminales del nervio dental inferior. Surgiendo en la región de premolares inferiores se dirige hacia atrás y hacia arriba y emerge del maxilar inferior hacia los tejidos blandos a través del agujero mentoniano. Una vez dentro de los tejidos blandos, el nervio mentoniano terminará en numerosas ramas, proporcionando inervación sensorial a la piel del mentón, labio inferior y mucosa entre labio inferior y reborde alveolar. Este nervio puede ser lesionado por la aguja al hacer el bloqueo anestésico del nervio mentoniano, pero tal lesión no suele ser permanente. Es lesionado con mayor frecuencia cuando se realiza la reflexión, por retracción, de un colgajo en la zona de premolares.

Tratamiento.

Si el nervio fuera cortado o desgarrado, deberá volverse a colocarse el colgajo mucoperióstico en su lugar y suturarse en forma normal. Se debe evitar la formación de hematomas subperiósticos en la zona del agujero mentoniano. Esto favorecería la formación excesiva de tejido cicatrizal y trastornaría la posibilidad de regeneración normal del nervio. La reparación primaria de los extremos cortados o desgarrados mediante la anastomosis quirúrgica no es una medida práctica por la dificultad técnica y la falta de pruebas de que esto proporcione un resultado favorable.

OSTEITIS ALVEOLAR

^{*1}Existen varios sinónimos para esta situación: osteítis localizada, osteítis alveolar, alveolitis postextracción, alveolitis seca dolorosa y alveolitis fibrinolítica. Todo esto se refiere al retardo en la cicatrización de una herida por extracción. Crawford fué el primero en usar el término de alvéolo seco en 1896, probablemente por la ausencia de exudado y la pérdida del coágulo sanguíneo en la excavación alveolar como se observa en esta situación.

La osteítis alveolar es una de las complicaciones postoperatorias más problemáticas. Se desconoce la etiología del alvéolo seco, pero los siguientes factores aumentan la frecuencia de esta secuela tan dolorosa de la extracción: traumatismo, infección, aporte vascular del hueso circundante y enfermedad generalizada.

^{*1} Tratado de Cirugía Bucal. Gustav O. Kruger. Pag. 96-97.

^{*2} Tratado de Cirugía Bucal Práctica. Daniel E. Waite. Pag. - 236-237-238.

Esta afección se produce rara vez al emplear métodos -- que reduzcan el traumatismo al mínimo durante extracciones o cirugías simples o difíciles.

El alvéolo seco se presenta con más frecuencia en la -- mandíbula después de la extracción de los molares primero y -- segundo, mientras que rara vez aparece después de la extrac- ción de los incisivos. Es bién sabido que ocurre más a menu- do después de la extracción de disntes impactados, de acuer- do con la mayoría de los investigadores en aproximadamente - 20% de todos los casos del tercer molar mandibular.

Debe hacerse debridamiento meticuloso de todas las heri- das por extracción en forma sistemática. La etiología puede- estar relacionada con factores que dificultan o impiden la - llegada de los nutrientes adecuados al coágulo sanguíneo re- cién formado dentro del alvéolo. Los pacientes con hueso os- teoclerótico denso o con dientes que tengan paredes alveola- res osteocleróticas debido a infección crónica, están pre--- dispuestos a tener alvéolos secos.

El alvéolo seco se desarrolla más comunmente durante el tercero o cuarto día postoperatorio y se caracteriza por do- lor grave y continuo y olor necrótico. Clínicamente, la afeq- ción puede describirse como un alvéolo en el que el coágulo- sanguíneo primario ha pasado a ser necrótico y permanece den- tro del alvéolo como un cuerpo extraño séptico hasta ser eli- minado por irrigación. Esto generalmente se produce unos --- días después de la extracción, dejando las paredes alveola-- res desprovistas de su cubierta protectora.

El hueso denudado se acompaña de dolor grave, que sólo- puede controlarse por aplicación local de analgésicos poten-

tes y empleo de analgésicos o narcóticos por vía bucal o parenteral.

Para tratar adecuadamente un alvéolo séptico, debe comprenderse la fisiología de la reparación ósea. Si la pérdida del coágulo sanguíneo primario se debe a que las paredes alveolares están esclerosadas y a que no hay vasos nutritivos, entonces la superficie resultante de hueso desnudo debe considerarse como cualquier otra superficie de hueso desnudo, y el dentista deberá confiar en los métodos de preparación ósea naturales para lograr la recuperación final y no usar ningún otro método que pudiera ofender el proceso de curación.

El alvéolo séptico es una superficie ósea desnuda. El hueso desnudo es antinatural, por lo que se produce su reparación. Detrás de esta superficie desnuda y traumatizada se establece inmediatamente un mecanismo para corregir fisiológicamente el defecto. Todo hueso desnudo se vuelve necrótico y debe extirparse antes de poder ser reemplazado por hueso normal. Durante este periodo la región contigua detrás del alvéolo está protegida contra la invasión de microorganismos piógenos dentro del alvéolo séptico, si nada se hace para atravesar o violar esta pared hasta que el mecanismo de reparación esté listo para reemplazar la estructura desvitalizada. Este proceso generalmente toma de dos a tres semanas según la capacidad de regeneración del individuo. Al terminar este ciclo, la pared alveolar desvitalizada está secuestrada molecularmente o en masa, e inmediatamente detrás de ella se encuentra una capa defensora regeneradora de tejido conectivo joven, que en última instancia llena el vacío y ex

perimenta substitución ósea.

Tratamiento.

Durante éste periodo, el tratamiento deberá dirigirse sólo a mantener higiene en la herida, usando apósitos anti--sépticos y analgésicos dentro del alvéolo, con suficiente potencia para mantener cómodo al paciente. La naturaleza tiene que realizar la reparación.

El raspado está contraindicado, porque éste no solo retrasa la curación fisiológica y la reparación sino que también puede permitir que la infección invada el área de defensa inmediatamente por detrás del alvéolo desnudo y la sobrepase.

Naturalmente, prevenir es el mejor tratamiento. Con este fin, es importante hacer cirugía atraumática, evitar contaminación y mantener buen nivel de salud general.

Cuando se desarrolla un alvéolo seco, el tratamiento deberá ser paliativo. El alvéolo se irriga delicadamente con solución salina normal y tibia para eliminar todos los desechos. Después de haber secado cuidadosamente el alvéolo, se coloca un ligero apósito de gasa simple de 6 mm saturado de una pasta obtundente, como partes iguales de polvo de yoduro de timol y de cristales de benzocaína disueltos en eugenol. El apósito puede cambiarse según sea necesario, hasta que ceda el dolor y el tejido de granulación haya cubierto las paredes del alvéolo. Se recomienda mandar analgésicos.

OSTEOMIELITIS

*142 Es una infección del hueso producida generalmente por microorganismos piógenos que pueden estar localizados o di--

fundidos a través de la estructura medular del maxilar superior e inferior. Puede causar necrosis ósea con formación de secuestros, progresando hasta destruir grandes partes del hueso con fractura patológica. Afecta al hueso esponjoso, la médula ósea, la cortical y el perióstio en sus fases agudas, subaguda y crónica.

Puede presentarse después de una celulitis séptica o -- después de la extracción de algún diente infectado. Algunos pacientes presentan falta de resistencia a ciertos microorganismos que persisten dentro de las estructuras óseas.

Desde el perfeccionamiento de los antibióticos, la osteomielitis de los maxilares rara vez se presenta, considerando la frecuencia de las infecciones bucales. Sin embargo -- cuando se presenta, los microorganismos son muy resistentes a los antibióticos y tienen poco efecto sobre su progreso. -- Puede seguir un curso incierto, resolviéndose pero recurriendo años después, para seguir su curso crónico con exacerbaciones recurrentes.

Las infecciones odontológicas son la causa más frecuente de la osteomielitis de los maxilares y frecuentemente se presentan después de la invasión a través de la herida de un tercer molar. El paciente generalmente se queja de dolor profundo y persistente con parestesia ocasional del labio. Los tejidos blandos adyacentes se presentan edematosos y el paciente puede presentar fiebre, escalofríos, malestar general frecuentemente, con periodos de náuseas y vómito. Una vez --

*1 Tratado de Cirugía Bucal. Gustav O. Kruger. Pag. 168-174.--

*2 Tratado de Cirugía Bucal Práctica. Daniel E. Waite. Pag.-- 224-230.

que se han indurado los tejidos adyacentes se forma el absceso.

Las características radiográficas de la enfermedad varían según su progreso. En casos que principian se aprecia un efecto de puntilleo, debido al agrandamiento de los espacios medulares, y obstrucción de las trabéculas óseas. La destrucción de la porción esponjosa del hueso se realiza más rápidamente que la del hueso cortical. Si es una enfermedad aguda y agresiva la destrucción puede suceder rápidamente, dando la imagen que se ha descrito como agusanada.

En la osteomielitis crónica, los sequestratos radiopacos se presentan en la corteza rodeados por un involucrum radiolúcido.

En el tipo invasivo agudo de osteomielitis pueden formarse cavidades múltiples, que drenan pus hacia el vestíbulo de la boca • alrededor del cuello de los dientes en esta zona. Los dientes se tornan móviles y sensibles, debido a la periostitis concomitante. Los abscesos pueden abrirse espontáneamente, saliendo a la superficie de la piel si no son desbridados o drenados oportunamente.

La osteomielitis es generalmente una infección mixta y el microorganismo más frecuente es el estafilococo dorado. El estafilococo albus, el estreptococo y la asociación fusoespirilar de Plaud-Vincent también son frecuentes. Además es necesario considerar los microorganismos anaerobios.

Tratamiento.

Deberá hacerse un cultivo bacteriano inmediatamente si es posible para determinar la naturaleza del microorganismo causal.

Deberán administrarse dosis altas de antibióticos si no es posible obtener material para el cultivo. Los antibióticos de amplio espectro pueden dar mejores resultados, ya que con frecuencia se encuentran microorganismos resistentes a la penicilina.

El tratamiento general deberá consistir en descanso en cama y administración de una dieta alta en proteínas y calorías, con vitaminas a niveles terapéuticos.

La incisión y el drenaje deberán ser realizados al primer inicio de fluctuación con extensión de la incisión hasta el hueso.

La incisión deberá mantenerse abierta con una mecha de gasa suturada en el mismo sitio.

Al progresar la enfermedad, pueden desvitalizarse porciones de hueso debido a la trombosis de los vasos de la zona, reduciendo así el aporte sanguíneo al hueso. Un segmento de hueso desvitalizado, o secuestro, puede ser sacado suavemente de su lecho de tejido blando o involucrum. El lecho de los tejidos blandos no es raspado; los márgenes del hueso -- cortical se cortan hasta llegar nuevamente a hueso medular viable. La cavidad deberá ser rellena con gasa quirúrgica y marsupializar para asegurar que la herida permanezca abierta hasta que las porciones más profundas hayan cicatrizado. Puede ser necesario realizar secuestrectomías adicionales pasando el período agudo y deberá continuarse el tratamiento a base de antibióticos durante un mínimo de cuatro semanas. Durante este tiempo deberán tomarse muestras adicionales para cultivo y antibiograma, asegurando la utilización del antibiótico adecuado.

EQUIMOSIS

*142 Las equimosis de los tejidos blandos son una forma de hemorragia postoperatoria que puede observarse después de algunos procedimientos dentoalveolares. Son más frecuentes en los ancianos, especialmente en mujeres con antecedentes de contusión. Con frecuencia, son el resultado de contusiones subcutáneas con acumulación de sangre en los tejidos blandos que produce un cambio de coloración en la piel; púrpura al principio, cambiando poco a poco a un color verde amarillo.-

Esta equimosis desaparece generalmente de diez a catorce días, pero puede preocupar al paciente salvo que haya sido mencionado como una posibilidad antes de la operación.

Hematoma

*344 Aunque ya se mencionó en los accidentes transoperatorios; también se puede presentar después de la operación.

Accidente frecuente, consiste en la entrada, difusión, y depósito de sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación. El hematoma puede adquirir un volumen considerable, con el consiguiente cambio de coloración del lugar de la operación, la piel y sus vecindades. La encía que cubre la región operatoria se pone turgente y dolorosa. Las regiones vecinas acompañan la tumefacción sanguínea y adquiere un aspecto inflamatorio. El cambio de color de la piel dura varios días y termina generalmente por resolución al octavo o noveno. Pero la colección sanguínea en sí puede infectarse, produciendo dolor local, rubor, fiebre intensa, reacción ganglionar. Todo este cuadro se desarrolla aproximadamente en -

una semana.

Tratamiento.

Consiste en colocar una bolsa de hielo para disminuir el dolor y la tensión, sulfamidoterapia y antibióticos; si el hematoma llega a abscedarse será necesario abrir quirúrgicamente el foco con bisturí, electrocauterio o separando los labios de la herida operatoria, por entre los cuales emergerá el pus. Un trozo de gasa yodoformada mantendrá libre la vía de drenaje.

EDEMA

*5*6 Es la presencia de cantidades grandes de líquidos dentro de las células o en los espacios intersticiales. La reacción inicial de los tejidos dañados es de isquemia seguida de hipermia. Los vasos linfáticos y las venas pueden trombozarse al desarrollarse la reacción inflamatoria. El edema postoperatorio se inicia con la reacción inflamatoria. Generalmente llega a su máxima intensidad a las 36 o 48 horas. Se manifiesta como una hinchazón eritematosa que varía de blanda a dura. Al estirarse los tejidos la piel toma un aspecto brillante.

Aunque los tejidos no duelan, el paciente puede quejarse de una zona sensible con sensación de latido. El paciente puede presentar un cuadro febril con leucocitosis, neutrofilia y aumento de la frecuencia respiratoria y del pulso, pe-

*1 Tratado de Cirugía Bucal. Gustav O. Kruger. Pag. 15

*2 Tratado de Cirugía Bucal Práctica. Daniel E. Waite. Pag.-159-308.

*3 Tratado de Cirugía Bucal. Gustav. O. Kruger. Pag. 15.

*4 Tratado de Cirugía Bucal Práctica. Daniel E. Waite. Pag.-253-258.

ro este no indica necesariamente la presencia de infección.-

Tratamiento.

Las enzimas proteolíticas se han considerado como un -- auxiliar para evitar el edema después de la cirugía. Los corticoesteroides han probado ser eficaces para reducir el edema después de los procedimientos maxilofaciales. Sin embargo no están indicados en la cirugía dentoalveolar sistemáticas y enfermedades gástricas.

El frío es utilizado con frecuencia para disminuir el edema postoperatorio, además evita la congestión y el dolor. Se emplea bajo la forma de compresas de hielo que se colocan sobre la cara, frente al sitio de la intervención. Este se usa por períodos de 15 minutos, seguidos de un período de -- descanso de otros 15 minutos. Esta terapéutica solo se aplica durante las primeras 24 horas seguidas a la cirugía. Prolongado por más tiempo, la acción del frío es inútil, cuando no perjudicial.

La acción del frío puede ser complementada con el empleo de una solución de sulfato de magnesio (100gr. en 1/2 - litro de agua); esta solución se usa fría en lugar del hielo empapando una toalla y aplicándola en el lugar indicado; el sulfato de magnesio tiene una acción terapéutica para reducir los edemas. También se utiliza el calor, después de haber pasado las primeras 24 horas, pueden ser también rayos - infrarrojos aplicados durante 5 minutos a 60 centímetros de distancia protegiendo los ojos.

*5 Tratado de Cirugía Bucal. Gustav O. Kruger. Pag. 602

*6 Tratado de Cirugía Bucal Práctica. Daniel E. Waite. Pag. - 158-221.

ADENOFLEMON

*4 También se le conoce como Linfadenitis flemonosa o Adenitis flemonosa, estos nombres denotan al flemón que se desarrolla en el seno de un ganglio linfático.

Con el término de flemón (que deriva del verbo griego - que significa "prender fuego", "inflamarse"), se entiende la inflamación aguda del tejido conectivo.

Los flemones se dividen:

a) Según su localización.- En superficiales (si se localizan en el tejido celular subcutáneo) y profundos (cuando se localizan en el tejido conectivo subaponeurótico o profundo).

b) Según la extensión del foco inflamatorio.- En circunscritos y difusos.

c) Según la evolución del proceso inflamatorio.- En no supurados, supurados y gangrenosos.

Flemón circunscrito.

Es la inflamación aguda del tejido conectivo con tendencia a circunscribirse, o limitarse alrededor del punto en que originalmente se han desarrollado los gérmenes de la infección; esta circunscripción neta del proceso inflamatorio demuestra la eficiencia de las fuerzas orgánicas antiinfecciosas, las cuales, aunque no han podido impedir la presentación del proceso flemonoso, son capaces de limitarlo y de circunscribirlo.

Los microbios piógenos corrientes son los responsables de la infección local que produce la aparición del flemón circunscrito: el estafilococo (blanco y dorado), el estreptococo; pero también el neumococo, el colibacilo, el tetrágono

y el piocianico (productor del pus abscesual de color verde - de donde procede su nombre) son capaces de producir un flemon. Estos diversos microbios pueden llegar al punto en que se desarrolla el flemon por varias vias:

a) Directamente desde el exterior.

A través de heridas, la mayoría de las veces puntiformes (- las cuales sangran poco o nada, y por lo tanto facilitan el desarrollo de la infección al no poder evitar el alejamiento de los microbios por medio del aflujo más o menos copioso de sangre); por eso las heridas de espigas, agujas, alfileres, clavos y otros objetos puntiagudos son las que con más facilidad provocan la aparición de flemones, de carácter superficial generalmente (es decir, de localización subcutánea).

b) Por contigüidad.- Por procesos flogísticos cutáneos vecinos, como son los forúnculos, los ántrax, las inflamaciones erisipelatosas, etc.

c) A través de la circulación sanguínea.- A partir de focos sépticos preexistentes (forúnculos, ántrax, amigdalitis, etc.), situados a distancia.

Si bien la infección microbiana (estafilocócica, estreptocócica, etc.) representa la causa determinante del flemon, existen una serie de causas predisponentes, como la diabetes, la uricemia y otros estados discrásicos, los cuales constituyen un campo fértil para el desarrollo y el incremento de la virulencia de los microbios responsables del proceso flemonoso.

El cuadro clínico se compone de dos grupos de síntomas:

a) Síntomas de la reacción antiinfecciosa general.- Hay fiebre, a veces con escalofríos de ti

po continuo o subcontinuo, más o menos elevada (incluso más de 39 grados), cefalea, anorexia, malestar general y en ocasiones embotamiento del sensorio, presentándose el paciente aturrido y somnoliento. Estos síntomas de orden general reactivo se deben a las toxinas producidas por los microbios de la infección flemonosa general que han pasado a la circulación sanguínea general.

b) Síntomas de la reacción inflamatoria local.- Representados por los cinco síntomas clásicos propios de cualquier proceso flogístico como son: rubor, tumor, calor, dolor, y functio laesa (disfunción, dificultad o imposibilidad de la parte inflamada de moverse y de cumplir sus funciones específicas).

Rubor.

El rubor o enrojecimiento se debe al aumento del aflujo sanguíneo en la zona inflamada a través de los vasos sanguíneos locales dilatados: este mayor aflujo sanguíneo (hiperemia activa) provoca la llegada de un número elevado de glóbulos blancos en la zona donde se mantiene la lucha antimicrobiana, de forma que -gracias a su poder fagocitario- pueden afrontar y destruir los microbios invasores, impidiendo el grave peligro de la generalización de la infección, que sería inevitable si los microbios localizados y circunscritos pasaran a la sangre y provocaran dicho estado de septicemia.

Tumor.

El tumor o hinchazón se debe tanto al aumento del aflujo sanguíneo como a la exudación posterior que se produce (-salida de la parte líquida de la sangre; plasma; a través de las paredes de los vasos sanguíneos dilatados, creando un eg

tado de edema por imbibición de los tejidos inflamados).

Calor.

Está también provocado por el aumento del aflujo sanguíneo que arrastra el calor de los órganos profundos más calientes.

Dolor.

De tipo pulsátil es más o menos intenso y se produce -- por la compresión e irritación de los pequeños nervios sensitivos locales por obra de los vasos sanguíneos dilatados y por el líquido exudado que impregna los tejidos inflamados.

Alteración funcional.

Consiste, como hemos indicado, en la dificultad e imposibilidad de la parte inflamada de cumplir sus funciones específicas -- representa la consecuencia del dolor y de las alteraciones flogísticas de orden anatómico--.

También entre los síntomas de la reacción inflamatoria local, debemos indicar la tumefacción de los ganglios linfáticos regionales, provocada por las toxinas que los vasos -- linfáticos procedentes de la región inflamada descargan en -- dichos ganglios; éstos, además de tumefactos, son dolorosos, y a veces, están recubiertos de piel enrojecida. Se inflaman los de la axila en los flemones de la extremidad superior y -- se inflaman los submaxilares y submentonianos en flemones de la mandíbula.

Después de algunos días (5-7 o más), durante los cuales domina la sintomatología general y local que hemos descrito -- puede presentarse una de las siguientes evoluciones:

1.- Resolución espontánea del proceso flogístico, es decir, la regresión del mismo antes de que se hayan producido--

fenómenos destructivos de naturaleza supurativa. Esta evolución es la más favorable y representa la verdadera curación del tejido inflamado, el cuál vuelve al estado de absoluta integridad anatómica y funcional que tenía antes de la aparición del flemón, sin dejar ningún residuo de cicatriz. Cuando esto ocurre, los fenómenos flogísticos locales y los generales desaparecen rápidamente en pocos días, de forma que la parte inflamada se deshinchacha, se hace indolora, pierde su enrojecimiento y su calor, recobrando el color y la temperatura normales y recuperando completamente su función.

2.- Paso a la inflamación difusa o generalizada del tejido inflamado en una zona localizada: se pasa entonces del flemón circunscrito al flemón difuso, que describiremos más adelante. Esta difusión del proceso flemonoso representa la evolución desfavorable y demuestra la extrema virulencia de los microbios agresores y la gran debilidad de las fuerzas orgánicas de defensa antiinfecciosa; a veces estas dos causas se presentan a la vez y en otras ocasiones se observan independientemente.

3.- Formación del absceso, es decir la circunscripción rigurosa de la inflamación flemonosa en unos confines bien delimitados, mediante la creación de una "valla" defensiva periférica formada alrededor de una zona inflamada por las fuerzas orgánicas defensivas eficientes, al objeto de evitar la difusión del proceso; pero en el interior de esta barrera defensiva periférica la alteración del tejido conectivo inflamado llega hasta la supuración, es decir, hasta la destrucción de las células tisulares con la formación consiguiente de pus.

De estas tres evoluciones posibles del flemón circunscrito, la primera (resolución espontánea) representa la victoria plena y rápida del organismo sobre los microbios invasores; la segunda (paso al flemón difuso) representa, en cambio, la derrota grave, en el sentido de que las fuerzas orgánicas defensivas no han logrado establecer una barrera defensiva capaz de evitar la generalización del proceso inflamatorio flemonoso; la tercera evolución (formación de un absceso) puede considerarse como una victoria, aunque retardada, de nuestro organismo, ya que si bien éste ha logrado establecer la barrera defensiva capaz de impedir la generalización del proceso flemonoso, ha tenido que sacrificar, que ceder, una zona a los microbios invasores (el interior del absceso); al estar asediados y combatidos los microbios en el interior de esta barrera, son destruidos y forman con las células tisulares destruidas y los glóbulos blancos el pus del absceso.

La maduración del flemón en absceso se reconoce por los siguientes síntomas: Atenuación de la fiebre, que de continua se hace remitente; atenuación del enrojecimiento, del calor y del dolor local; reblandecimiento y fluctuación de la tumefacción; sobre todo la fluctuación tiene mucha importancia, porque es signo cierto de pus formado, si se duda sobre la maduración efectiva abscesual del flemón, se puede practicar la punción exploradora de la tumefacción, la cual, en casos de absceso ya formado, permite la extracción de unos centímetros cúbicos de pus.

En relación con el tratamiento hay que distinguir:

a) La fase de inflamación flemonosa preabscesual.- Durante la cual administraremos precoz y -

abundantemente sulfamidas y penicilina (u otros antibióticos al objeto de evitar la infección generalizada (septicemia),- y al mismo tiempo obtener la resolución del proceso flemonoso antes de que se llegue a la fase supurativa.

b) La fase de maduración abscesual
En la que tenemos que incidir el absceso al objeto de dar salida al pus que contiene.

Flemón difuso.

Es aquella inflamación aguda del tejido conectivo en la que el proceso flogístico se ha difundido rápidamente por fuera de los límites de la zona en que tuvo lugar el ataque microbiano, produciendo una supuración infiltrante y una necrosis destructiva de los tejidos afectados. Lo que hemos dicho a propósito del flemón circunscrito sobre las vías y modalidad de la infección, sobre las causas microbianas determinantes y sobre las causas orgánicas predisponentes, lo podríamos repetir aquí a propósito del flemón difuso. En efecto, entre el flemón circunscrito y el difuso, existe una analogía etiológica completa; se presenta la temible eventualidad del flemón difuso, en vez del flemón circunscrito en los casos en que existan las siguientes condiciones:

- una virulencia extrema de los microbios invasores
- una gran debilidad de las fuerzas orgánicas de la defensa antiinfectiva

Si estas dos condiciones se presentan a la vez en un mismo individuo, es aún más fácil que la inflamación conectiva adquiera los caracteres del flemón difuso.

El cuadro clínico del flemón difuso es extremadamente grave, tanto desde el punto de vista general como de los sín

tomas locales inflamatorios, en efecto:

- el estado general del paciente es el de un estado septicémico grave: fiebre alta (40-41 grados o más) con escalofríos continuos, cefalea intensa, pulso aceleradísimo y débil, lengua tostada y rugosa o agrietada, náuseas, vómitos, diarrea, síntomas de participación del sistema nervioso (estupor, somnolencia, delirio), etc.

- los síntomas locales a cargo del tejido conectivo afectado por el flemón, corresponden a los de un proceso supurativo y necrótico rápidamente progresivo y sin ninguna tendencia a limitarse: tumefacción muy acentuada y extensa, denaturaleza edematosa sobre todo; enrojecimiento de la piel, la cual está reluciente, tensa, con zonas amoratadas que alternan con otras de color rojo oscuro; aumento sensible de la temperatura local, dolor muy vivo y de tipo pulsátil; imposibilidad absoluta de mover la parte afectada. También se presenta el engrosamiento precoz, intenso y doloroso de los ganglios linfáticos regionales por la adenopatía que se origina al descargarse en dichos ganglios la linfa procedente de los tejidos inflamados a través de los vasos linfáticos locales también inflamados, los cuales diseñan sobre la piel unas estrías rojizas y dolorosas.

A los pocos días se inicia el proceso necrotizante, que se manifiesta por las siguientes modificaciones locales: coloración azulada o grisácea en vez de rojiza; temperatura local descendida; dolor local disminuido. Separando el límite entre los tejidos necrosados y la zona sana, aparece un rodete de demarcación rojizo que representa la defensa desesperada de los tejidos sanos circundantes. Al desprenderse los te

jidos gangrenosos se forman una ulceraciones más o menos amplias y profundas.

El curso de la enfermedad es progresivamente amenazador y frecuentemente el enfermo muere a causa del grave estado - septicémico general antes de que se inicien los fenómenos necróticos locales. La muerte representa el fin casi constante si no se interviene a tiempo con un tratamiento precoz y abundante a base de sulfamidas o sobre todo de penicilinas. - Localmente se deben efectuar múltiples y extensas incisiones para dar salida a la secreción purulenta y saniosa, contra - los procesos gangrenosos fatalmente progresivos se impone - la resección de la parte enferma, al objeto de evitar la difusión ulterior del proceso necrotizante.

*1 Diccionario Medico Teide. Dr. Luigi Segatore. Dr. Gianagolo Poli. Pag. 506-507-508.

TRISMUS

*12 Se puede describir como una variante de dolor masticatorio debido a un espasmo miofacial que puede ser el resultado de someterse a una extracción difícil, inyección de un anestésico local, a un hematoma postoperatorio o infección.

Esta situación se presenta en forma de contracción a manera de calambre que impide abrir la boca y con frecuencia dura varias semanas. La palpación de la zona retrocigomática intrabucal, provoca una reacción dolorosa y el movimiento -- del maxilar es muy doloroso.

Tratamiento.

Al paciente se le deberá examinar el primer día después de la operación y se le deberá alentar a que logre la apertura normal de la boca. Además las instrucciones deberán incluir un plan de ejercicios continuos, suplementados con la aplicación de calor.

En el tratamiento del trismus muscular, se recomienda la fisioterapia activa. Esta puede ser llevada a cabo masticando parafina o un trozo de caucho, evitando la goma de mascar que es demasiado blanda.

Además la utilización de drogas analgésicas y relajantes del músculo esquelético como el Robaxisal, Norflex y Meprobamatos, pueden ser útiles. Si estos métodos no son adecuados, puede ser necesario abrir los maxilares forzosamente bajo anestesia general

*1 Tratado de Cirugía Bucal. Gustav O. Kruger. Pag. 161

*2 Tratado de Cirugía Bucal Práctica. Daniel E. Waite. Pag. - 82-308-227-231-157-514.

INFECCION

^{*1,2} Es una complicación que puede progresar provocando graves problemas. Los microorganismos en la boca varían mucho, tanto en número como en especie. La presencia de moco y materia orgánica favorece el crecimiento de bacterias capaces de producir reacciones inflamatorias en los dientes y estructuras contiguas.

La infección puede ser producida por contaminación de instrumentos, materiales o una interrupción en la cadena de la esterilidad en el momento de la cirugía.

El proceso infeccioso se caracteriza por hinchazón, dolor, trismus, fiebre y malestar general.

Tratamiento.

Cuando aparezcan señales de infección está indicada la administración de antibióticos, junto con medidas de apoyo como descansar, nutrición adecuada, hidratación y buena eliminación. Si fracasa el tratamiento anterior, puede ser necesario intervenir quirúrgicamente para drenar la infección una vez localizada.

ABSCESO SUBPERIÓSTICO DESECANTE

^{*3} Existe un tipo de infección subperióstica que ocurre -- varias semanas después de extraer sin incidentes un tercer molar inferior. Puede presentarse primariamente como tumefac-

^{*1} Tratado de Cirugía Bucal. Gustav O. Kruger. Pag. 174-131-134-135.

^{*2} Tratado de Cirugía Bucal Práctica. Daniel. E. Waite. Pag. 222-228-232.

ción indurada del tejido mucoperióstico que llega incluso a primer molar o segundo premolar. Puede hacerse progresivamente edematosa e indurada y convertirse en un absceso subperióstico fluctuante, visible y palpable, que ha emigrado del sitio de extracción del tercer molar, por debajo del periostio, hasta el punto de fluctuación. En estas circunstancias, deben emplearse inmediatamente antibióticos y tan pronto como haya fluctuación palpable, se harán incisión y drenaje. Este absceso puede ser visible y palpable como una hinchazón del carrillo.

La incisión comienza en el punto de origen, que es la región del tercer molar, profundamente en el vestíbulo bucal y se extiende hacia adelante hasta el sitio de fluctuación. La incisión se hace por el mucoperiostio hasta el hueso. Los tejidos en ambos lados de la incisión deben ensancharse utilizando una pinza hemostática; toda la herida se tanea con gasa yodeformada impregnada con un analgésico antiséptico y lubricante (partes iguales de bálsamo de Perú y aceite de ricino) o cualquier otra fórmula de propiedades similares. Este apósito no se cambia diariamente, sino se deja puesto, lo que mantiene la herida abierta y permite que salga el exudado purulento. Se observará cada 48 horas y el apósito ha de dejarse por lo menos seis días. Si durante este tiempo el apósito es expulsado por la acción de los músculos masticadores, debe introducirse otro para que la herida permanezca abierta, permitiendo así la cicatrización por tejido de gra-

nulación desde el fondo.

Otro tipo de absceso que se puede presentar después de la cirugía de un tercer molar retenido es el Absceso Postoperatorio Interno del Angulo de la Mandíbula. Este puede ocurrir varios días después de la extracción quirúrgica de un tercer molar. Se acompaña de intenso malestar, trismus y dificultad en la deglución. Los síntomas se agravan progresivamente hasta que el paciente tiene gran dificultad para abrir la boca y permitir el examen apropiado. Cuando se presentan estos síntomas y no hay signos en las superficies bucal y oclusal de la herida, se sospechará este tipo de absceso lingual. Entonces es indispensable el examen digital de la región interna del ángulo de la mandíbula, ya sea usando la persuasión, la sedación o la fuerza.

En esta región se observará edema y abultamiento tisular sumamente doloroso. Cuando se descubre fluctuación se introduce por la herida de extracción del tercer molar una pequeña pinza hemostática curva, cerrada; se introduce entre el periostio y la cara lingual del hueso y deslizandola a lo largo del hueso se adelanta hacia abajo y atrás, hasta llegar al absceso. Se abre la pinza en toda su extensión para agrandar el trayecto por el cual descendió la infección. Si el diagnóstico se hizo a tiempo, el pus saldrá inmediatamente después de quitar la pinza. Entonces se introduce un aspirador para cerebro, de punta redonda, de tipo Adson, para eliminar la mayor cantidad posible de pus; la compresión ligera de los tejidos blandos debajo del ángulo de la mandíbula puede ayudar a expulsar la secreción por la abertura intrabucal.

Después, se introduce un podazo de tela de caucho doblada, de 1.25cm, o un dren pequeño de Penrose, hasta la parte más profunda del absceso, dejando que un extremo salga ligeramente en la herida. Se administrarán simultáneamente antibióticos.

ENFISEMA.

*4 Suele ser causado por uso imprudente de la jeringa de aire a presión o del atomizador. Al secar un conducto radicular con la jeringa de aire a presión, puede introducirse material séptico por el orificio apical hasta la porción cancellosa del proceso alveolar y, através de los agujeros nutricios, hasta los tejidos blandos adyacentes, lo que produce celulitis y enfisema sépticos.

También puede resultar de usar un atomizador de aire comprimido en el lavado de heridas, especialmente en la región retromolar. Si se utiliza una presión muy alta, pueden forzarse aire y materiales sépticos através de los planos aponeuróticos hasta los espacios quirúrgicos, que después de ser abiertos, permanecen en comunicación con las regiones sépticas. Es mejor utilizar una jeringa de mano al lavar las heridas o al secar los conductos radiculares, pues así disminuye el peligro de enfisema.

*4 Tratado de Cirugía Bucal. Gustav O. Kruger. Pag. 163.

CONCLUSIONES

El odontólogo deberá echar mano de todos los recursos - disponibles para tratar de evitar cualquier tipo de complicación, así como deberá realizar cualquier cirugía con la mayor asepsia y antisepsia, con las técnicas quirúrgicas específicas para cada caso en particular; así como tener a la mano el instrumental y equipo adecuados.

Como hemos visto las complicaciones postoperatorias son variables por lo que todo cirujano dentista tiene la responsabilidad de tratar con éxito las complicaciones que pudieran surgir como consecuencia de sus procedimientos.

El cirujano dentista debe de estar consciente de que su responsabilidad sobre la salud de su paciente no termina --- sino hasta el momento en que se da de alta a éste.

VOCABULARIO

Abulia.- Término científico, derivado del griego que -- significa "falta o deficiencia de la capacidad volitiva", es decir, de la voluntad que constituye el primer estímulo del mejoramiento individual y social en todos los campos del progreso humano y es el propio fundamento de todo carácter enérgico.

Acúfenos.- Escuchar zumbidos en los oídos.

Adenitis.- Es la inflamación aguda o crónica de uno o más ganglios linfáticos que generalmente es secundaria a procesos patológicos infecciosos de órganos o tejidos, cuya linfa desemboca en el grupo de ganglios afectados por la inflamación.

Adenopatía.- Indica cualquier enfermedad de los ganglios linfáticos en general; es, por lo tanto, sinónimo de Adenia.

Adinamia.- Literalmente quiere decir "sin fuerza", sin energía". Estado de extremo abandono de las fuerzas, de total decaimiento físico y psíquico, subsiguiente a un traumatismo psíquico imprevisto y violento o a una enfermedad larga, agotadora que con progresión inexorable consume el estado físico, agota los nervios y abate la moral.

Adiposidad.- Sinónimo de obesidad. Esta, es un acúmulo de grasa en el tejido subcutáneo y alrededor de ciertas vísceras y órganos internos de nuestro organismo en cantidad superior a la normalidad fisiológica, a consecuencia de una alteración no sólo del metabolismo de las grasas, sino de todo el metabolismo en general.

Algia.- Palabra de procedencia griega que significa "dolor, dolencia". Se emplea generalmente para indicar el dolor localizado en puntos bien circunscritos de la superficie cutánea.

Alopecia.- Caída de cabello -a menudo también de otros tipos de pelos- que pueden tener diversas causas y orígenes.

Alucinación.- En tanto que la ilusión es la interpretación cerebral errónea de un estímulo externo real, la alucinación es la percepción psíquica de un estímulo inexistente pero advertido por la conciencia como real.

Amenorrea.- Ausencia de menstruación: puede ser fisiológica, antes de la pubertad, después de la menopausia, en la gravidez y en el periodo de lactancia; es patológica en todos los demás casos.

Annesia.- Pérdida de la memoria, es decir, de la capacidad de recordar, producida por un excesivo agotamiento nervioso, el alcoholismo crónico, un grave trauma psíquico o físico, etc.

Anorexia.- (o inapetencia), falta ó escasez notable del apetito.

Antrax.- Llamado también avispero, es un conglomerado de varios forúnculos contiguos que -en fase de plena maduración de los diversos forúnculos con la eliminación de los respectivos "clavos" filiformes- tiene un aspecto pluriorificial que recuerda un nido de avispas.

Anuria.- Significa literalmente "sin orina". La falta de emisión de orina puede ser debida a la abolición de su secreción por parte del tejido renal (anuria verdadera o secretora) o por la retención de la misma, secretada normalmente-

por el riñón y obstaculizada en su salida a través de las --
vías urinarias, lo que impide su expulsión al exterior (anu-
ria falsa).

Apetito.- Procede del verbo griego "appetere" (desear);
es el deseo de alimentos, es decir, una sensación especial -
que aparece en el estómago vacío que nos advierte de la nece-
sidad de ingerir alimento cuando nuestro organismo ha digerido
todo el que previamente se había ingerido.

Apoplejía.- Procede de la palabra griega que significa-
"mazazo", es decir golpe violento y de imprevisto. La apople-
jía en su forma clásica es la detención o suspensión brusca-
y violenta de las funciones cerebrales fundamentales.

Artralgias.- Dolor localizado en una articulación; pro-
ducido por un hecho inflamatorio local (arteritis), por un -
trauma, una neuralgia, etc. Puede ser también de naturaleza -
histérica.

Astenia.- Este termino, de derivación griega, quiere de-
cir etimológicamente "sin fuerza" es, por lo tanto, sinónimo
de debilidad, flaqueza, postración.

Ataxia.- El significado etimológico, de procedencia ---
griega, de este termino es "sin orden" en neuralgia indica -
la pérdida de la capacidad de coordinación de los diversos -
movimientos entre sí.

Atrofia.- "sin nutrición" es el significado etimológico
de este término, que deriva del griego. Se denomina así, en-
medicina, la disminución del tamaño de un órgano o tejido, a
consecuencia de una disminución o alteración de los proce-
sos nutritivos que impide que llegue a las células del mismo
la cantidad de material necesario para mantener el equili---

brio del recambio orgánico, es decir, para mantener la relación entre la asimilación y la desasimilación de la economía celular.

Bacteremia.- Se denomina también bacilemia y es, según su etimología, la presencia de bacterias en la sangre circulante, sin multiplicarse.

Borborismo.- Se denomina también borborismo y procede de la palabra griega que indica el gorgoteo del agua hirviendo; se denomina así el ruido que se produce en nuestro intestino a consecuencia de los movimientos peristálticos de las paredes intestinales, los cuales ponen en movimiento los líquidos mezclados con gases.

Bradicardia.- Latido cardíaco- y por consiguiente el -- pulso- lento (bradi) en relación con la media normal de la frecuencia de los latidos cardíacos (70-80 por minuto en el hombre). Disminución de la frecuencia cardíaca.

Bradiquinesia.- Ejecución lenta de los movimientos voluntarios.

Cefalea.- Dolor de cabeza de cualquier origen.

Celulitis.- Inflamación del tejido celular subcutáneo o submucoso. Cuando la inflamación es aguda y está producida por los microbios "piógenos" (productores del pus)- como son el estreptococo, el estafilococo. etc.-, se forma un absceso caliente subcutáneo; no obstante, en este caso la inflamación recibe el nombre más apropiado de flemón.

Cianosis.- Con este término que deriva del adjetivo --- griego que significa "azul", se entiende la coloración azulada de la piel y de la mucosa -sobre todo de los labios, de los pómulos, de la nariz, de las orejas, de los dedos de las

manos y de los pies- a consecuencia de la escasez de oxígeno en la sangre.

Constipación.- Es sinónimo de estreñimiento y denota el retardo en la evacuación de las heces del intestino que no se verifica con el ritmo normal de una o dos veces al día.

Convulsiones.- Pertenecen al grupo de las hipercinesias es decir, de los trastornos por exceso de la motilidad voluntaria de los músculos de la vida de relación con el exterior consisten en una serie de contracciones bruscas e involuntarias de dichos músculos.

Corea.- Forma especial de hipercinesia, es decir, un -- trastorno por exceso de la motilidad voluntaria de los músculos de la vida de relación con el mundo exterior. Consiste en una sucesión de movimientos rápidos, breves, incesantes, involuntarios y desordenados, incoercibles y sin finalidad, de todas las partes del cuerpo, aunque sobre todo de las extremidades, de la cara y de la lengua. El movimiento saltarín de estos enfermos al caminar recuerda un paso de danza (de donde procede el nombre de corea, derivado de la palabra griega, que significa precisamente danza); además muecas en la cara; gesticulación amplia, desgarrada y desordenada de los brazos, movimientos desordenados y sin finalidad de los labios y de la lengua (en virtud de los cuales la palabra es confusa, embarazosa a trompicones y a veces sin terminar). -

Criptorquidea.- Con este término científico -que literalmente significa "testículo oculto"- se indica en medicina la falta de descenso en el niño a través del conducto inguinal de uno o ambos testículos a la bolsa escrotal desde la cavidad abdominal en la que se forman.

Cuadraplejía.- También llamada cundriplejía y significa

parálisis concomitante de las cuatro extremidades.

Diarrea.- Del griego "diarreîn", que significa "deslizarse a través", es la evacuación de heces líquidas o semilíquidas (pultáceas); la cantidad en las 24 horas puede ser -- hasta de algunos litros.

Disartria.- O dislalia, es un defecto del habla que consiste en la pronunciación defectuosa de la palabra por parte de los órganos periféricos (músculos de la laringe, de la lengua, del paladar blando, de los labios), a los que corresponde la construcción, o sea, la realización mecánica de la palabra rectamente "pensada" en su localización psíquica cerebral.

Disfagia.- Literalmente, procedente del griego, significa "dificultad para comer"; en medicina significa sensación de detención del bolo alimenticio en un punto del conducto esofágico que conduce al estómago y, por consiguiente, la dificultad o imposibilidad de ingerir.

Disfonía.- Así como afonía es la pérdida de la voz, disfonía indica, en cambio, cualquier modificación del timbre -- o de la intensidad de la misma.

Dislalia.- Es sinónimo de disartria.

Dismenorrea.- Es la menstruación (menorrea) irregular -- y dolorosa, que puede manifestarse durante la primera menstruación (pubertad), aunque también puede manifestarse posteriormente.

Disnea.- La respiración normal, o sea, tranquila, fácil y libre, recibe el nombre de eupnea; por el contrario, la respiración difícil, forzada, jadeante, a veces acelerada y otras veces lentificada, recibe el nombre de "disnea".

parálisis concomitante de las cuatro extremidades.

Diarrea.- Del griego "diarrein", que significa "deslizarse a través", es la evacuación de heces líquidas o semilíquidas (pultáceas); la cantidad en las 24 horas puede ser -- hasta de algunos litros.

Disartria.- O dislalia, es un defecto del habla que consiste en la pronunciación defectuosa de la palabra por parte de los órganos periféricos (músculos de la laringe, de la lengua, del paladar blando, de los labios), a los que corresponde la construcción, o sea, la realización mecánica de la palabra rectamente "pensada" en su localización psíquica cerebral.

Difagia.- Literalmente, procedente del griego, significa "dificultad para comer"; en medicina significa sensación de detención del bolo alimenticio en un punto del conducto esofágico que conduce al estómago y, por consiguiente, la dificultad o imposibilidad de ingerir.

Disfonía.- Así como afonía es la pérdida de la voz, disfonía indica, en cambio, cualquier modificación del timbre o de la intensidad de la misma.

Dislalia.- Es sinónimo de disartria.

Dismenorrea.- Es la menstruación (menorrea) irregular y dolorosa, que puede manifestarse durante la primera menstruación (pubertad), aunque también puede manifestarse posteriormente.

Disnea.- La respiración normal, o sea, tranquila, fácil y libre, recibe el nombre de eupnea; por el contrario, la respiración difícil, forzada, jadeante, a veces acelerada y otras veces lentificada, recibe el nombre de "disnea".

Dispareunia.- Del griego "dis" (mal) y "pareunos" (espasa); con este término la moderna medicina indica la cópula sexual (coito) dolorosa y difícil para la mujer.

Dispepsia.- Significa etimológicamente del griego, trastorno digestivo, digestión pesada, trabajosa y a veces dolorosa.

Distal.- Se denomina así en odontología a la cara de los dientes que se aleja de la línea media corporal.

Disuria.- Es la emisión dificultosa de la orina; cuando es muy acentuada y además dolorosa recibe el nombre de estranguria.

Edema.- Procede del verbo griego que significa "engrosar" y es la hinchazón -es decir, el engrosamiento- de los tejidos por la impregnación anormal de líquido seroso.

Epistaxis.- Es la hemorragia nasal, una de las más frecuentes que se producen por la gran riqueza de vasos sanguíneos superficiales y de curso tortuoso que presenta la mucosa nasal.

Equimosis.- Del griego *enchimæsis* (sugerido por el propio Hipócrates para indicar la "difusión de los humores y jugos por el cuerpo"), se denomina así la infiltración en los tejidos de sangre extravasada de los vasos sanguíneos con la consiguiente aparición bajo la piel de una extensa zona roja negrusca.

Eructo.- Es una emisión sonora por la boca de gas inodoro o fétido que proviene del estómago.

Escrófula.- También llamado escrofulismo o vulgarmente linfatismo y es el conjunto de manifestaciones patológicas -mediante las cuales se revela la infección tuberculosa en --

los niños afectados de la llamada diátesis exudativa (la diátesis exudativa es una predisposición constitucional especial del organismo a enfermar de procesos inflamatorios sobre todo localizados en la piel y las mucosas).

Espasmo.- Se denomina así cualquier contracción muscular involuntaria, exagerada y persistente y por lo tanto patológica, que puede localizarse tanto en los músculos estriados voluntarios de la vida animal de relación, como en las fibras musculares lisas involuntarias de los órganos internos (vísceras) de la vida vegetativa.

Epermatorrea.- Es la emisión involuntaria de líquido seminal masculino, al principio sólo nocturna y después incluso diurna, sin que se produzca la erección del pene ni sensación voluptuosa del individuo.

Estertor.- Es un típico ruido patológico que se percibe al auscultar el tórax. El estertor seco se llama propiamente Rencus, y en cambio el estertor húmedo es el verdadero y se denomina simplemente estertor.

Estomatalgia.- Dolor de estómago.

Exoftalmo.- Es la propulsión notable del globo ocular de la cavidad orbitaria que lo contiene ("ojo hacia afuera") es en efecto, el significado etimológico del término que deriva de la unión de dos palabras griegas: "fuera" y "ojo".

Expectoración.- Es la expulsión, mediante un golpe de tos, del esputo de los bronquios.

Eyacuación.- Es la emisión de líquido seminal masculino desde las vesículas seminales hacia el exterior, a través del conducto eyaculador primero y de la uretra después.

La eyacuación precoz (es decir, antes de que se produz

ca la cópula carnal con la consiguiente caída del esperma -- fuera de la vagina de la mujer).

Fístula.- Se denomina así un conducto de formación patológica --más o menos largo y amplio, de curso rectilíneo o --tortuoso-- que establece una comunicación entre el exterior -- y puntos más o menos profundos de nuestro organismo; a veces en vez de comunicar con el exterior directamente, lo hace -- con las cavidades o conductos naturales que comunican a su -- vez con el exterior, como la boca, el estómago, etc.

Forúnculo.- Es la inflamación aguda de un elemento pilo sebáceo cutáneo, es decir, del folículo piloso (en donde se implanta, en plena dermis, la raíz del pelo) y de la glándula sebácea microscópica anexa (la cual segrega sebo, sustancia grasa que lubrica el pelo).

Fosfene.- También conocido como centelleo; es la visión de chispas y círculos de luz, escotomas, líneas rojas, etc.. que se presentan con cierta frecuencia en el cuadro del aura sensorial que precede a veces al ataque convulsivo epiléptico.

Gingivalgia.- Se refiere al dolor de encía.

Halitosis.- Se refiere al mal olor de boca.

Hambre.- Sinónimo de apetito.

Hematemesis.- Es el vómito (emesis) de sangre pura o -- mezclada con material gástrico (jugo gástrico, alimentos o -- líquidos ingeridos eventualmente que están presentes aún en el estómago).

Hematuria.- Es la emisión de sangre por la orina, la -- cual puede adquirir una coloración roja más o menos intensa (hematuria macroscópica) o tener el color normal pero tener -- pequeñas cantidades infinitesimales de sangre (hematuria

microscópica).

Hemoptisis.— Esta palabra deriva de los dos términos -- griegos *aima* (sangre) y *ptusis* (esputo); por lo tanto, significa "esputo de sangre" y, según este significado etimológico, la palabra hemoptisis comprende cualquier clase de pérdida sanguínea por la boca, sin especificar el origen de la -- misma con tal de que sea emitida por vía oral.

Hemorragia.— Se define como la extravasación sanguínea, es decir, la salida de sangre de los conductos o vasos en el interior de los cuales circula (arterias, venas o capilares)

Hipercromia.— Es un término de derivación griega que literalmente significa "aumento de color". Esta palabra se usa en el campo de las enfermedades cutáneas para indicar cualquier aumento de la coloración normal de la piel, ya sea circunscrito o difuso; generalmente estos trastornos están relacionados con disfunciones de las glándulas endócrinas.

Hiperemia.— Es el aumento del contenido sanguíneo en un órgano o en una zona de nuestro organismo.

Hiperestesia.— Se refiere a la sensibilidad. Aumento.

Hipermenorrea.— También llamada menorragia, en cada --- menstruación la mujer pierde normalmente de 50 a 200 gramos de sangre; cuando esta cantidad aumenta notablemente se habla de menorragia o hipermenorragia.

Hipertermia.— Es cualquier aumento de la temperatura interna del cuerpo provocado por el desequilibrio de los procesos termorreguladores orgánicos, tanto por la producción exagerada de calor como por la eliminación insuficiente del mismo.

Hipoestesia.— Es lo opuesto de hiperestesia: disminu---

ción (hipo) de las diversas formas de sensibilidad (estesia) objetiva (táctil, dolorosa, térmica, etc.) que pueden estar disminuidas en conjunto o individualmente.

Hipomenorrea.- Es la disminución del flujo sanguíneo -- menstrual (menorrea).

Hipospadia.- Es una malformación congénita del miembro viril (pene), que consiste en la presencia del meato en el contorno inferior del mismo.

Hipotenfia.- También llamada hipotensión y consiste en la disminución de la presión arterial.

Hirsutismo.- Es el desarrollo piloso exagerado, llamado también hipertrichosis. Puede ser congénito o adquirido, invadiendo todo el cuerpo o una sola de sus partes. Se denomina hirsuto el hombre cubierto de pelo denso por todo su cuerpo. Pero el hirsutismo verdadero es exclusivo de la mujer y consiste en el desarrollo exagerado de pelos en regiones donde ordinariamente sólo existe en el varón.

Imbibición.- Deriva del latín, imbibere, embeber; es la acción de embeber, es la acción que tienen los cuerpos de retener o absorber agua.

Incontinencia.- Es la incapacidad de retener la orina o las heces por la acción insuficiente de los esfínteres vesical o anal, a cuyo estado de contracción concéntrica se debe la capacidad de mantener la orina en la vejiga y las heces en el intestino grueso.

Insomnio.- Es la falta de sueño y, por lo tanto, un fenómeno anormal y patológico, ya que el sueño es una necesidad fisiológica para el organismo que en estado de completo-

reposo logra la distensión de los músculos, la salida de sangre del cerebro y la depuración de las venas tisulares de fatiga.

Leucocitos.- Son los glóbulos blancos de la sangre. Su denominación proviene del griego: células blancas.

Leucorrea.- Es una secreción exagerada y a veces alterada de la mucosa vaginal y uterina. En la mujer virgen, la leucorrea es síntoma de anemia o debilidad, o de actividad ovárica deficiente; en la casada aparece en el curso del embarazo.

Líbido.- Es un término del psicoanálisis con el que --- Freud, fundador de la doctrina, indica la carga de energía vital ligada al sexo que no sólo constituye la base del instinto sexual y condiciona el origen y la satisfacción del mismo, sino que se manifiesta en las formas más nobles y sublimizadas del amor, que nada tienen que ver con la conjugación carnal. En efecto, según Freud, la libido puede también transformarse en fuerza psíquica para alcanzar objetivos de valor social elevado que pueden ser de origen laboral, caritativo, etc.

Linfadenitis.- Es lo mismo que linfadenitis y es la inflamación aguda o crónica de uno o más ganglios linfáticos que generalmente es secundaria a procesos patológicos infecciosos.

Linforreia.- También llamada linforragia es la salida de linfa por rotura de un vaso linfático de cierto calibre.

Lipotimia.- También llamado delirio, se refiere al desvanecimiento. Pérdida repentina y temporal de los sentidos (o sea de la conciencia), provocada por causas diversas.

Lúes.- Es una palabra sinónima de sífilis.

Lumbagia.- Es el dolor localizado en los músculos sacro lumbares, que puede estar determinado por un golpe de frío, por humedad o por un esfuerzo prolongado de flexión.

Melena.- Es la emisión de sangre mezclada con las heces a consecuencia de una hemorragia de cualquier zona del tubo digestivo.

Menopausia.- Es el fenómeno fisiológico de involución senil del organismo femenino, que consiste en el cese definitivo de las menstruaciones en relación con la anulación concomitante de la función reproductora de los ovarios.

Menostasis.- Es la detención anormal de las menstruaciones no provocada por la menopausia, es por lo tanto, sinónimo de amenorrea.

Mesial.- Lo que se encuentra hacia la línea media corporal.

Meteorismo.- Es la distensión de la pared abdominal consecutiva a la dilatación del estómago o del intestino, o de ambos a la vez, por los gases producidos en su interior a consecuencia de diversas causas: ingestión de aguas gaseosas y de alimentos fácilmente fermentables y flatulentos; aumento de los procesos fermentativos intestinales en ciertas formas de dispepsia y de enteritis; retención de gases en el intestino a consecuencia de una obstrucción intestinal que obstaculiza su emisión por vía anal.

Metrorragia.- Es cualquier hemorragia de origen uterino que se produce independientemente y fuera del ciclo mensual de la maduración ovular, y, por lo tanto, separada del flujo

menstrual.

Mialgia.- Se denomina así cualquier dolor de origen muscular.

Miastenia.- Es la debilidad muscular (astenia), o sea, - el escaso vigor contráctil muscular.

Náusea.- Procede de una palabra griega casi idéntica, - que significa "ganans de vomitar"; es aquella sensación desagradable y penosa que precede al vómito.

Neoplasia.- Es la formación (plasia) de tejido nuevo (-neo), tanto normal como patológico; por ejemplo el tejido cicatricial o el tejido atípico de un tumor benigno o maligno.

Neuralgia.- Es un fenómeno de irritación dolorosa de un nervio sensitivo, que no está mantenido por ninguna alteración anatómica del nervio doloroso.

Nicturia.- Es el aumento de la emisión de orina durante las horas nocturnas con la consiguiente disminución paralela durante el día; en virtud de este fenómeno la orina emitida durante la noche (que normalmente viene a ser un tercio de la emitida durante las 24 horas) se iguala con la orina emitida durante el día.

Odinofagia.- Es una disfagia -es decir, una dificultad para tragar- que se acompaña de un verdadero dolor (odinia)-disfagia dolorosa.

Odontalgia.- Es el dolor (algia) de dientes (odonto) de cualquier causa (neuralgia, caries, etc.).

Odontoma.- Es un tumor benigno de tejido dentario (dentina, esmalte, cemento, en diversas proporciones) que puede formarse en el cuello de un diente o en su raíz.

Oliguria.- Es la disminución de la cantidad de orina --

emitida en las 24 horas; ordinariamente suele ser de 1.5-2 - litros en el individuo que ingiere una cantidad normal de líquidos.

Orquialgia.- Es el dolor (algia) de cualquier naturaleza localizado en los testículos.

Orquitis.- Es la inflamación aguda o crónica del testículo.

Osteítis.- Es la inflamación del hueso, del tejido óseo

Osteoesclerosis.- Es el proceso anatomopatológico óseopuesto a la osteoporosis; en efecto así como la última consiste en la rarefacción de la trama ósea interna, la osteoesclerosis es, en cambio, la condensación de la trama por aposición de nuevo tejido óseo laminar en el interior del hueso con la consiguiente reducción de los espacios medulares y de los conductos de Havers.

Ovarialgia.- Es cualquier dolor de origen ovárico, es decir, provocado por estados patológicos (inflamaciones, tumores, etc.) del ovario, glándula sexual femenina.

Ovaritis.- También llamada coforitis, que es la inflamación del ovario, glándula sexual femenina.

Parabulia.- Es la alteración de la capacidad volitiva (bulia, según el término griego), que se refiere a las acciones que un individuo enfermo de ciertos procesos psíquicos no es capaz de ejecutar o de reprimir; pertenecen al grupo de las acciones incluídas en la parabulia las ideas impuestas, los impulsos criminales, las perversiones sexuales. Los trastornos parabólicos se presentan en los frenasténicos, en los obsesivos, en los melancólicos, etc.

Paraplejía.- Es la parálisis (plejía) de las dos extremidades inferiores consecutiva a lesiones de cerebro o de la

médula espinal, puede también ser de origen funcional.

Parestesia.- También llamada disestesia y se refiere a cualquier alteración cualitativa de la sensibilidad (estesia consecutiva a lesiones del sistema nervioso, por irrigación-sanguínea insuficiente del mismo o simplemente de origen psíquico (histerismo). Son parestesias las sensaciones espontáneas o provocadas de hormigueo, quemazón, entorpecimiento, - picazón, prurito, etc.

Petequia.- Son aquellas pequeñas erupciones cutáneas no mayores que el tamaño de una lenteja provocadas por hemorragias consecutivas a minúsculas extravasaciones sanguíneas superficiales. Inicialmente son de color rojo violáceo o rojo-negrusco y viran después sucesivamente hacia el verde, el -- amarillo y el marrón a consecuencia de los sucesivos cambios químicos de la hemoglobina extravasada.

Piocale.- Es una colección de pus en el seno de un tejido; es decir, un absceso; este término ha caído en completo desuso.

Pirosis.- Es una sensación característica de quemazón - (el término pirosis procede de la denominación griega de " - fuego") en el estómago, acompañada en algunas ocasiones de - una sensación de constricción (calambre); suele presentarse después de las comidas, e indica un exceso en la secreción - gástrica.

Piuria.- Es la presencia de pus en la orina, a consecuencia de una inflamación purulenta del riñón (nefritis purulenta, tuberculosis renal), de la pelvis renal (pionefrosis) de la vejiga (cistitis purulenta) de la próstata (prostatitis).

Polidipsia.- Es la sed intensa, excesiva, absolutamente desproporcionada a las necesidades acuosas de nuestro organismo. Se presenta en la diabetes insípida, en la diabetes mellitus y en algún otro estado patológico.

Polifagia.- Es la ingestión de una cantidad desproporcionada de alimento para satisfacer un apetito voraz (bulimia).

Polimenorrea.- Es el aumento del número de las menstruaciones al disminuir el intervalo entre el flujo menstrual y el siguiente (normalmente de 28 días). Suele estar provocado por un estado de degeneración micropoliquística del ovario.-

Poliuria.- Es el aumento de la secreción urinaria (diuresis) por parte del tejido renal, con el aumento consiguiente de la micción .

Polución.- Es la emisión involuntaria de líquido seminal masculino generalmente de noche y fuera de toda cópula carnal, si se mantiene espaciada es fisiológica.

Prurito.- Es aquel trastorno sensitivo de la piel que induce al rascado de la misma.

Púrpura.- Con esta denominación -entendida en el sentido mas lato- se comprenden todos aquellos estados patológicos caracterizados por la aparición -sobre la superficie --- cutánea o mucosa- de erupciones hemorrágicas espontáneas en forma de manchas puntiformes (petequias) o más extensas o -- irregulares (equimosis) o alargadas en formas de estrías (vibices).

Quiluria.- Es el paso anormal desde la sangre hacia la orina y a través del tejido renal, de finísimas gotitas de -grasa que confieren a la orina un color blanquecino como de-

leche.

Raquitismo.- Es una enfermedad general del metabolismo-casi exclusiva de la primera infancia, afecta a todo el organismo infantil pero sobre todo a los huesos, que sufren graves trastornos de crecimiento; al empobrecerse de sales de calcio, pierden su dureza habitual, se vuelven blandos y adquieren incurvaduras y deformaciones, sobre todo cuando están sometidos al peso de la masa corporal que gravita sobre ellos.

Rectorragia.- Eliminación de sangre color rojo por el recto.

Regurgitación.- Es el retorno a la boca procedente del estómago de cierta cantidad del alimento ingerido; suele tener un gusto ácido o nauseabundo.

Rinorrea.- Es la secreción abundante de exudados serosos, mucosos o purulentos por la nariz a consecuencia de la inflamación de la mucosa nasal (rinitis), la cual, al congestionarse, aumenta sus secreciones normales que pueden también alterarse en sentido cualitativo.

Septicemia.- Este término -que procede de la época prebacteriana- ha perdido en la actualidad su significado etimológico de "enfermedad por la presencia en la sangre de productos de la putrefacción"; la palabra septicemia ha pasado a significar "un estado de infección generalizada provocado por la penetración y multiplicación en la sangre de microbios patógenos introducidos en la circulación a través de una puerta de entrada llamada foco séptico o de infección".-

Séptico.- Es el adjetivo de sepsis, por lo que nos remitimos a dicha palabra. Se denomina como Sepsis a cualquier

proceso de infección local (como por ejemplo un forúnculo, - un antrax, etc).

Sialorrea.- Es un flujo copioso y continuo de saliva en la boca.

Temblor.- Es una forma especial de hipercinesia que consiste en un movimiento oscilante uniforme, breve, rápido y - casi siempre rítmico, independientemente de nuestra voluntad y localizado en todo el cuerpo o en una parte del mismo.

Tenesmo rectal.- Es una sensación especial de peso y de dolor en el ano y en la última porción del intestino recto - que provoca una necesidad urgente de defecar; esta necesidad de defecar es falsa, pues a pesar de los intentos que se hacen, no se logra defecar.

Tic.- Movimiento convulsivo habitual de ciertos músculos, principalmente del rostro.

Tónico.- Dícese del fármaco de acción roborante o tónico sobre el organismo entero o sobre un determinado órgano en particular.

Toxinas.- Se denominan así aquellas sustancias tóxicas-especiales que en el organismo humano y animal tienen función de antígeno, es decir, que provocan en el organismo intoxicado la formación de anticuerpos denominados antitoxinas que tienen una finalidad defensiva.

Tumefacción.- Es cualquier hinchazón o aumento de volumen de un órgano o tejido blando por una contusión o por un proceso inflamatorio local. Es casi siempre dolorosa y está cubierta de piel más o menos azulada; tiene unos límites periféricos no bien definidos, ya que la zona tumefacta se continúa insensiblemente con las regiones vecinas no afectadas.

Turgencia.- Es el estado de repleción sanguínea de un organismo por el aumento del aflujo de sangre al mismo. Se vuelven turgentes los llamados cuerpos cavernosos del pene durante la excitación sexual con notable aumento de volumen y de la consistencia del pene.

Vómica.- Del latín vomere (vomitar), se denomina vómica la emisión imprevista, a boca llena, de material purulento procedente de los pulmones.

Vómito.- Es la emisión a través del conducto del esófago y por la boca de las sustancias contenidas en el estómago a consecuencia de una contracción brusca e intensa de las paredes gástricas, del diafragma y de las paredes abdominales.

Xerostomía.- Significa literalmente "boca seca", es decir, un estado especial de sequedad y adelgazamiento de la mucosa que tapiza las paredes de la cavidad bucal, consecutivo a la detención prolongada de la secreción salival, que confiere a dicha mucosa la humedad precisa.

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

Tratado de Cirugía Bucal. Dr. Gustav O. Kruger
Cuarta Edición. Editorial Interamericana

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

Tratado de Cirugía Bucal Práctica. Daniel E. -
Waite. Segunda Edición. Editorial C E C S A.

Anestesia Odontológica. Dr. Niels Bjorn Jorgen
sen; Dr. Jess Hayden, Jr. Tercera Edición. Edi-
torial Interamericana.

La Extracción Dental. Dr. Geoffrey L. Howe. --
Editorial El Manual Moderne.

Periodontología Clínica de Glickman. Dr. Fer-
min A. Carranza. Quinta Edición. Editorial In-
teramericana.

Medicina Bucal de Burket. Diagnostico y trata-

miento. Dr. Malceim A. Lynch. Séptima Edición.
Editorial Interamericana.

Emergencias en Odontología. McCarthy. Edito---
rial El Ateneo. Buenos Aires Argentina 1971.

Diccionario Médico Teide. Dr. Luigi Segatore-
con la colaboración del Dr. Gianangelo Poli -
Editorial Teide. Barcelona.