



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

Facultad de Odontología

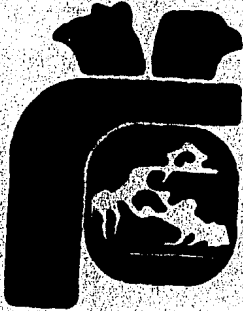
**Métodos de Diagnóstico, Clasificación
y Terapéutica Quirúrgica de
Terceros Molares Retenidos**

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n :

**Nazario Juan Chávez Correa
Patricia Hernández Rojas**



México, D. F.

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

		PAG.
	INTRODUCCION.	8
CAPITULO I	ANATOMIA, HISTOLOGIA Y FISIOLOGIA DE LOS TEJIDOS BUCALES.	11
CAPITULO II	CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES - INFERIORES Y SUPERIORES RETENIDOS.	24
	a).- Inferiores.	
	b).- Superiores.	
CAPITULO III	DEFINICION Y ETIOLOGIA.	30
CAPITULO IV	MÉTODOS DE DIAGNOSTICO.	32
	a).- Historia Clínica.	
	b).- Exámenes de Laboratorio.	
	c).- Exámenes Radiográficos.	
CAPITULO V	TRATAMIENTO PREOPERATORIO, TRANSOPERATORIO Y POSTOPERATORIO.	44
CAPITULO VI	COMPLICACIONES Y ACCIDENTES EN EL CURSO DE LA CIRUGIA.	49
CAPITULO VII	COMPLICACIONES QUE SE PUEDEN PRESENTAR CON:	55
	a).- Anestésia.	
	b).- Medicamentos.	
	c).- Antibióticos.	
	d).- Hemorragias.	
	e).- Fracturas.	

CAPITULO	VIII	TECNICAS ANESTESICAS.	70
		a).- Locales.	
		b).- Regionales e Tronculares.	
CAPITULO	IX	INSTRUMENTAL QUIRURGICO.	77
		a).- Métodos de esterilización.	
		b).- Instrumental que se necesita en los tejidos blandos.	
		c).- Instrumental empleado en los tejidos duros.	
CAPITULO	X	TECNICAS DE EXTRACCION.	81
		a).- Técnica empleada en el tercer molar - inferior retenido o erupcionado.	
		b).- Técnica empleada en el tercer molar - superior retenido e incluido.	
		CONCLUSIONES.	90
		BIBLIOGRAFIA.	92

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

En nuestro punto de vista, consideramos que una de las cosas de gran interés para el Cirujano Dentista dentro de la practica diaria, es el conocimiento preciso de las técnicas quirúrgicas de extracción de los terceros molares retenidos, por tal motivo nuestro estudio se basa en éstas, en el cual mencionaremos una técnica para piezas dentales superiores, -- y otra para inferiores.

En el transcurso de desarrollo y erupción de la dentición existen varias anomalías, siendo la retención una de las más comunes, por tal motivo, creemos que el profesionista debe estar preparado para resolver éste tipo de problemas.

El Cirujano Dentista de practica general está obligado a realizar este tipo de cirugías, ya que se trata de una intervención de tipo menor y no es necesario que sean realizadas -- por algún especialista, es por ésto que el interés en éste tema debe ser mayor.

Siendo que la cavidad oral no es una parte aislada del -- organismo sino que forma parte de él debemos considerar ambas partes importantes en el tratamiento, siendo necesario realizar un estudio completo de las condiciones generales del paciente por medio de una historia clínica en la cual obtendremos datos necesarios para hacer un diagnóstico, un buen pronóstico y un adecuado plan de tratamiento.

En el momento que a nuestro juicio se debe realizar la -- extracción de una pieza dentaria retenida, deberemos elegir la técnica más adecuada de acuerdo a las condiciones de la pieza

dentaria y la zona por intervenir, para ésto realizaremos los estudios necesarios de los tejidos del área que nos ocupa.

El conocimiento exacto de la técnica nos podra dar la confianza y seguridad necesarias para obtener un resultado satisfactorio en la practica.

En este estudio mencionaremos dos técnicas quirúrgicas - para extracción de terceros molares retenidos. Esperando puedan contribuir en algo para el conocimiento de cada uno de nosotros y poder resolver los problemas que se nos presenten de éste tipo en la practica diaria y tambien obtener la satisfacción personal de haber contribuido en el mejoramiento de la salud del paciente.

Los organos dentericos en especial los terceros molares - y caninos incluidos producen diversas patologías, ésto sin tomar en cuenta el habitat del paciente, sexo, edad, arcada, etc.

Este tipo de retenciones es más frecuente en la raza -- blanca, ya que su constitución física por lo general es de menor tamaño que la raza negra, así vemos que los maxilares debido a su falta de espacio para la erupción de los terceros molares frecuentemente causan retenciones. Por lo contrario - en la raza negra es mas difícil que se presenten debido al -- gran tamaño de los maxilares, realizandose la erupción de los terceros molares sin ningún problema, inclusive en ocasiones se presentará la erupción de un cuarto molar.

Por tal motivo los problemas de erupción de los terceros molares es más frecuente en especial en individuos de raza -- blanca del sexo femenino (ya que los estados fisiológicos --

exacerban los accidentes) ; y en la edad entre dieciocho y --
veintiocho años siendo que se han presentado casos de perso -
nas de catorce años y ancianos de setenta y cuatro y, ochenta
y tres años.

C A P I T U L O I .

ANATOMIA, HISTOLOGIA Y FISIOLOGIA DE LOS TEJIDOS BUCALES.

Conformación Ósea del Maxilar Superior.

Hueso constituido de: dos caras, cuatro bordes, cuatro ángulos y una cavidad llamada Seno Maxilar o Antro de Highmore.

Cara Interna.

En esta cara encontramos una saliente horizontal, llamada Apófisis Palatina, la cara superior de ésta, forma el piso de fosas nasales y la cara inferior constituye parte de la 8^a veda del Maxilar. El borde interno de la Apófisis se articula con el opuesto, del maxilar del lado contrario. Este borde - en su parte anterior termina en una prolongación que forma la Espina Nasal Anterior, al articularse con la del Maxilar - opuesto. El conducto palatino anterior se forma con los surcos que pasan atrás de la espina nasal anterior de ambos maxilares, por éste conducto pasa el Nervio Esfénopalatino.

El orificio del Seno Maxilar se localiza arriba de la - Apófisis Palatina el cual queda muy disminuido en virtud de la interposición de las masas laterales del etmoides por arriba, el cornete inferior por abajo, el unguis por delante y la rama vertical del palatino por atrás.

El Canal Nasal se encuentra por delante del seno, limitado en su parte anterior por la Apófisis Ascendente del Maxilar Superior. Esta Apófisis en su cara interna presenta las Crestas Turbinales Superiores e Inferiores; la primera se ar-

ticula con el Cornete Medio y la segunda con el Cornete Inferior.

En su cara externa presenta la Fosita Martiforme donde se inserta el músculo del mismo nombre; posteriormente se encuentra la Giba Canina, por detrás y arriba de ésta, se encuentra una saliente llamada Apófisis Piramidal. Esta presenta una base, un vértice que se articula con el hueso Malar, constituido por tres caras y tres bordes. La cara superior u orbitaria forma parte del piso de la órbita y lleva el conducto suborbitario. En la Cara Anterior se abre el conducto suborbitario por donde sale el Nervio del mismo nombre, entre éste agujero y la Giba Canina se encuentra la Fosa Canina, de la pared inferior salen unos conductillos llamados Conductos Dentarios Anteriores, la cara posterior presenta también canales y orificios llamados Agujeros Dentales destinados a los molares.

Borde Anterior. Arriba de la Espina Nasal Anterior, se encuentra una Escotadura que con la del lado opuesto forma el Orificio Anterior de las Fosas Nasales.

Borde Posterior. En su parte baja se articula con la Apófisis Piramidal del Palatino y con el Borde Anterior de la Apófisis Pterigoideas. Allí se encuentran el Conducto Palatino Posterior por donde pasa el Nervio Palatino Anterior.

Borde Superior. Forma el límite interno de la pared inferior de la órbita.

Borde Inferior. Forma el borde Alveolar.

CONFIRMACION LSEA DE LA MANDIBULA

Presenta un cuerpo en forma de herradura y dos ramas laterales. En la cara externa del cuerpo en la parte media localizamos la Sinfisis Mantoniana, por atrás el agujero Mantoniano por donde salen los vasos y nervios del mismo nombre, más atrás se observa la línea oblicua externa donde se insertan los músculos: Triangulares de los Labios, Cutáneo y Cuadrado de la Barba.

En la parte anterior: cerca de la línea media de la cara interna se encuentran las Apófisis Geni que dan inserción a los músculos Genioglosos y Genihioideos; más atrás encontramos la línea Milohioidea en la cual se inserta el músculo del mismo nombre por encima de esta línea se encuentra la Foseta Sublingual, más afuera localizamos la Foseta Submaxilar, ambas alojan las Glándulas del mismo nombre respectivamente.

En el borde inferior se presentan las Fosetas Digástricas donde se inserta el Músculo Digástrico.

En el borde superior localizamos los alveolos dentaricos.

RAMAS DE LA MANDIBULA.

En la cara externa, en la parte inferior se inserta el músculo Masetero. En la cara interna la parte media localizamos la Espina de Spix lugar de inserción del Ligamento Espéno maxilar y el Conducto Dentario Inferior. Más abajo el Surco Milohioideo.

Borde superior. Entre la Apófisis y el Cóndilo de la Mandíbula encontramos la Escotadura Sigmoides.

MUCOPERIOSTIO DEL MAXILAR.

El tejido que recubre el reborde alveolar del maxilar está constituido en una capa firme y gruesa de tejido conectivo denso, adherido al mucoperiostio del reborde y cubierto por un epitelio escamoso estratificado.

Este tejido es de cuatro a ocho mm de espesor y está localizado de la tuberosidad del maxilar de un lado, a la del lado opuesto incluyendo la parte anterior del maxilar.

La mucosa de la parte posterior del paladar duro, es lisa y elástica en cambio el paladar duro en su parte anterior está cubierto por tejido denso y resistente que forma las rugas palatinas por tal motivo al practicar una extracción en un molar superior retenido se facilitara por las condiciones del tejido.

MUCOPERIOSTIO DE LA MANDIBULA.

Las características que presentan el mucoperiostio de la mandíbula, son semejantes al superior, haciendo notar -- en el área gingival distal la almohadilla retromolar que en su centro tiene una pequeña saliente llamada papila piriforme, lugar en que se encuentre el tercer molar retenido, -- puede ser por la mucosa o por tejido óseo.

MUSCULOS.

Temporal.

Gran músculo en forma de abanico que interviene en la masticación. Su inserción en su borde superior de adelante

hacia atrás en la línea temporal inferior del hueso del mismo nombre. Sus fibras convergen abajo y adelante pasando por el espacio del arco cigomático dividiéndose en dos porciones tendinosas separadas entre sí. La porción superficial va del borde superior de la apófisis coronóides al borde alveolar inferior. La porción profunda va de la cara interna de la apófisis coronóides siguiendo hacia abajo por la cresta temporal. Entre las dos porciones tendinosas se forma la fosa retromolar en la cuál el hueso queda libre de inserciones.

Inervación: está dada por las ramas temporales profundas (media y anterior) del nervio maxilar inferior.

Irrigación: va a estar dada por las arterias temporales profundas, provenientes de la segunda división de la maxilar interna.

Función: va a elevar y a retroceder la mandíbula en la contracción.

MASETERO

Músculo de forma cuadrada y aplanado. Su inserción superior es en los dos tercios anteriores del arco cigomático y se dirige hacia atrás y abajo para llegar a insertarse en el ángulo de la mandíbula.

Inervación: está dada por el maxilar inferior en especial por la rama maseterina.

Irrigación: está dada por la maxilar interna segunda división de la arteria maseterina.

Función: eleva la mandíbula cuando se contrae.

PTERIGIIDEO EXTERNAL.

Músculo constituido por dos pares de fibras, unas superiores que van del ala mayor del Esfenóides hasta llegar al final de la cápsula articular, y la porción inferior da su inserción en la lámina externa de la Apófisis Pterigoides hacia la cápsula articular.

Inervación: Esta dada por la Rama Pterigoidea externa del nervio Mandibular.

Irrigación: Por las ramas Pterigoideas de la segunda división de la Maxilar Interna.

Función: Al contrarse sus fibras dirigen la cabeza del Cóndilo y el menisco hacia adelante y adentro, esta acción coloca a la Mándibula dentro de la posición de masticación.

Si el Pterigoideo Externo de un lado se relaja mientras que del otro lado se contrae, la Mándibula se moverá hacia una posición lateral.

PTERIGIIDEO INTERNAL.

Su inserción está dada en la cara interna del ala Pterigoidea externa y se dirige hacia abajo y atrás hasta la cara interna de la rama Ascendente de la Mándibula.

Inervación: Por la rama Pterigoidea de la segunda división de la Maxilar Interna.

Función: La contracción de sus fibras dan movimientos de Lateralidad y Protusión Mándibular.

SUCCINADOR.

Tiene una forma más o menos cuadrilátera, constituye

la parte posterior de los carrillos y una porción de la anterior.

La inserción de su borde posterior está dada en el borde anterior del Ligamento Pterigo-Mandibular.

La inserción de su borde superior está dada a nivel de las Eminencias Alveolares a lo largo de los tres molares superiores. Su borde inferior de inserción en los dos tercios posteriores de la línea Orbícuca externa uniéndose por detrás al Músculo Tendinoso del Temporal.

Llegando hasta el comienzo del lado externo del triángulo retromolar en esta zona es donde se encuentran los terceros molares inferiores y está en el límite posterior del reborde alveolar inferior, donde se une a la rama Ascendente Mandibular, presenta forma de almendra y su centro se encuentra ocupado por la elevación de la Papila Piriforme.

Inervación: Está dada por Ramas del nervio facial.

Irrigación: Está dada por la Arteria Maxilar Interna en especial por las afluentes de la Arteria Buccinadora.

Función: Es hacer hacia atrás las comisuras labiales, comprime la cavidad vestibular y también expulsa el contenido alimenticio en esa zona hacia las arcadas dentales.

MILMILIDEL.

Su forma cuadrangular, constituye el piso de la boca. Está en forma horizontal entre los cuerpos de la cara interna de la Mandíbula, su bordes externos se insertan en la línea Orbícuca Interna Mandibular.

Su borde anterior da inserción con la Sínfisis mentoniana, su borde posterior con la porción superior del hueso Hioides.

Inervación: Por la rama Milohioides del Nervio Mandibular.

Irrigación: Dada De la Arteria Sublingual-milohioides y Submentoniana.

Función: Interviene en la deglución y principalmente la de bajar la Mándibula.

CONFORMACIÓN DE LA BUCA.

La boca se encuentra en la porción inferior de la cara, exáctamente entre las fosas nasales y la región Suprahioides oval, con su mayor eje de manera óntero posterior, se encuentra dividida por los surcos Alveolo Dentarios -- en dos porciones (Vestíbulo por delante de los arcos y la boca propiamente dicha por atrás), que comunica por los -- espacios interdentales y retrodentales. El diámetro transversal de la boca es de 50-65 mm., sus paredes son seis: - anterior, posterior, superior, inferior y laterales.

Pared Anterior. Esta formada por los labios, en número de dos uno superior y otro inferior; éstos son repliegues músculo-membranosos que ofrecen dos caras y dos bordes cada uno de ellos.

La cara anterior presenta en el labio superior un -- surco subnasal, terminado abajo por el Tubérculo del labio superior y limitado por dos rodetes y una superficie plana.

La cara Posterior es lisa y está cubierta por la mucosa.

Exteriormente, el borde adherente se encuentra limitado en el labio superior por la nariz y el surco Genilabial; En el labio inferior por el surco Mentolabial interiormente, y del lado de la cavidad bucal, está limitado por el surco Gingivo-labial y el frenillo del Labio.

El Labio libre corresponde a la vez a la mucosa y a la piel presenta en el Labio inferior, una Escotadura media inferior, correspondiente al Tubérculo del labio superior.

Unidos a nivel de sus comisuras, los labios separados constituyen el orificio bucal; una vez aproximados forman la hendidura bucal que tiene una longitud aproximadamente de 53 mm.

La constitución de los labios está dada por cuatro capas: La piel. Gruesa adherente al plano profundo rico en folículos pilosos.

La capa muscular. Comprende el Orbicular de los Labios (constrictor del orificio), cierto número de músculos cutáneos de la cara (dilatadores) y fibras de dirección antero posterior (músculo compresor de los labios).

Capa Submucosa. Constituida por tejido conjuntivo y glándulas labiales, que perciben el tacto por su relieve.

La capa mucosa. Esta última grisácea, abollonada en la cara posterior de los labios, delgada, adherente y rosada a nivel de su borde libre. Se compone de Corión Dermoepitelial y de un epitelio muy parecido al del tegumento cutáneo se diferencia del mismo por sus núcleos muy visibles y la ausencia de Queratinización corresponde según el punto en

se le considere, a la zona cutánea, a la zona intermedia y a la mucosa propiamente dicha.

Vásculo-Inervación. Las arterias nacen del círculo -- formado por la Unión a plena luz de las dos Coronarias y de algunas otras arterias de la cara como la Transversal, bucal, etc.

Las venas van a la vena facial y a las Submentales. -- los linfáticos del labio superior van a los ganglios submaxi-
lares los del labio inferior van parte a los mismos gan-
glios y una porción a los ganglios Suprahioideos.

Los nervios se dividen en motores y sensitivos; Los --
Motores provienen del facial y los sensitivos proceden del
trigémino, terminan en gran parte en los corpúsculos de --
Krause y tal vez en verdaderos corpúsculos del tacto.

Parades Laterales. Mejillas: Están limitadas arriba --
por la órbita, abajo por la Maxila y los surcos Nasogenia-
nos por delante, el espesor de las mejillas varia de acueg
do la constitución física del individuo y pueden llegar a
ocupar la mayor parte de la cara. Se consideran dos caras
una Interna y otra externa, la cara interna libre en su --
parte media se encuentra libre; está adherida al plano óseo
en el resto de su extensión.

Las mejillas están formadas por:

La Piel. fina rica en vasos y en glándulas Sebáceas.

Tejido Celular Subcutáneo. Rico en grasa, que consti-
tuye la bola adiposa de Richat y que presenta manojos mus-

culares pertenecientes a los músculos cutáneos de la cara.

Una capa muscular. Formada por el masetero y el buccinador, revestidos por sus sponerosis.

La mucosa bucal. Lisa y provista de algunas glándulas alojadas en la cara externa del músculo buccinador, las glándulas molares. Además en la mejilla encontramos el conducto de Stenón, que recorre transversalmente, antes de abrirse a nivel del segundo molar superior.

Vásculo-Inervación. La mejilla está inervada por la facial la temporal superficial, la lagrimal y de las ramas de la maxilar interna, las venas van a las venas faciales y temporal superficial. Los linfáticos van a los ganglios cervicales superficiales. Los nervios se dividen en motores y sensitivos: los filetes motores vienen del facial y de la mandíbula; los filetes sensitivos vienen del trigémino.

PARED SUPERIOR (BÓVEDA PALATINA).

La bóveda palatina ósea es una región en forma de herradura, circunscrita por los arcos dentales.

En la línea media ofrece un refé más o menos saliente, terminado hacia adelante por un túberculo; cada lado y en un tercio anterior, dos crestas transversales mucosas en los dos tercios posteriores papilas y orificios glandulares.

La bóveda palatina está anatómicamente constituida de arriba abajo en los planos siguientes:

I.- Una capa ósea constituida por maxilar y huesos pal

tinos.

2.- Una capa glandular correspondiente a las glándulas Palatinas y que apenas existe más que en los cuatro quintos posteriores de la región.

3.- Una capa mucosa de color rosado, gruesa y resistente.

Vásculo-Inervación. La irrigación de la bóveda dada por la Palatina y por la Esfeno-Palatina. Las venas van del plexo Pterigoideo, algunas se unen a las venas de la mucosa nasal. Los linfáticos van a parar a ganglios colocados a los lados de la membrana Tiroides. Los nervios Nacen (por el nervio Palatino Anterior y el Esfeno-Palatino Interno) del Ganglio Esfeno-Palatino.

PARED INFERIOR.

Región Sublingual. Está entre las encías y la base de la lengua, es triangular con el vértice en los incisivos inferiores, esta región representa el frenillo de la lengua o filete mucoso medio, cada lado de su extremidad posterior, un tubérculo corresponde al orificio del conducto de Warthon; los conductos excretorios de la glándula sublingual; dos eminencias simétricas son las Córrunculas Sublinguales que se deben al levantamiento de las mucosas por las glándulas Sublinguales. se denota que entre la mucosa y el plano muscular profundo de los Genfloglosos existe el espacio sublingual que recorre el conducto de Warthon y esta lleno de tejido conjuntivo y en el cual se describe la -

bolsa serosa de Fleischman.

PARED POSTERIOR.

Veló del Paladar, Amígdalas. Esta Pared posterior está formada por el velo del paladar, en cuyos pilares se hallan las amígdalas. El velo del paladar, es un tabique blanco móvil y contráctil, con dirección úntero-posterior, primero horizontal, luego oblicua y finalmente vertical.

Vásculo-Inervación. Las arterias del Velo nacen de las palatinas superior e inferior y de la faríngea inferior, los sensitivos están formados por los tres nervios Palatinos, ramas del nervio esféno-palatino nacidos del maxilar (trigémino).

C A P I T U L O I I .

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

A continuación mencionamos algunas clasificaciones sugeridas por los Doctores: Pell, Gregory y Winter en las relaciones de los terceros molares retenidos.

A.- Relación del diente con la rama ascendente de la Mándíbula y el Segundo Molar.

CLASE I: El espacio comprendido entre el borde anterior de la Rama Ascendente de la Mándíbula y la cara Distal del Segundo Molar es el necesario para la erupción correcta del tercer molar.

CLASE II: El espacio mesio-distal de la corona del tercer molar es mayor que el espacio comprendido entre la Rama Ascendente de la Mándíbula (borde anterior) y el segundo molar (cara distal).

CLASE III. La integridad o casi la totalidad de la pieza dental se encuentra ubicada en la Rama Ascendente de la Mándíbula.

B.- Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

Posición a).- La porción más alta del diente está a la altura de la línea oclusal o por encima de ella.

Posición b).- La porción más alta del diente se encuentra por debajo del plano oclusal, pero por encima de la línea cervical del segundo molar.

Posición c).- La posición del eje longitudinal del tercer molar inferior en relación con el eje del segundo molar.

- 1.- Posición Vertical.
- 2.- Posición Horizontal.
- 3.- Posición Invertida.
- 4.- Posición Meso-Angular.
- 5.- Posición Disto-Angular.
- 6.- Posición Vestíbulo-Angular.
- 7.- Posición Lingua-Angular.

Estas posiciones pueden ir asociadas con las siguientes desviaciones:

- a.- Desviación Vestibular.
- b.- Desviación Lingual.
- c.- Torsión.

El doctor George B Winter a dado una clasificación, - la cual dada a su importancia la mencionaremos a continuación.

Clasificación de Winter.

Se basa en cuatro puntos esenciales que son:

- 1.- Posición de la corona.
- 2.- Forma Radicular.
- 3.- Conformación de la estructura lesea que rodea al molar.
- 4.- Posición del Tercer Molar en relación al Segundo.

En este capítulo estudiaremos las posiciones del Tercer Molar en la mandíbula.

a.- Posición Vertical. El Tercer Molar puede estar localizado total o parcialmente dentro del hueso, pero la ca

racterísticas reside en que su eje mayor del segundo y primer molar son iguales.

b).- Retención Horizontal.- El eje longitudinal del tercer molar es sensiblemente perpendicular a los ejes de - del primero y segundo molar.

c).- Retención Mesio-Angular.- En esta posición el eje longitudinal del tercer molar se dirige hacia el segundo molar.

d).- Retención Disto-Angular.- En esta retención el tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama mandibular, por lo tanto la corona ocupa dentro de esta rama - una posición variada de acuerdo con el ángulo en que está - desviado.

e).- Retención Invertida.- La corona del tercer molar se encuentra dirigida hacia el borde inferior de la mandíbula y sus raíces hacia el borde oclusal. Esta retención se da nomina también paranormal.

f).- Retención Bucco-Angular.- El tercer molar, a diferencia de las retenciones anteriores ya no ocupa el mismo - plano que el segundo y tercer molar sino que su eje mayor es perpendicular al eje en que están orientados estos dientes. La posición de la corona del molar retenido es hacia bucal.

g).- Retención Linguo-Angular.- El eje del diente es perpendicular al plano en que están orientados los molares anteriores a éste, pero la corona del diente retenido está dirigida hacia el lado lingual.

De acuerdo a la localización del tercer molar en la - mandíbula daremos las siguientes desviaciones de ésta.

EL Tercer molar puede presentar cuatro tipos de desviaciones en relación con la arcada.

a).- Normal (sin desviación), el tercer molar sigue la forma oval de la arcada.

b).- Desviación Bucal.- el molar está dirigido hacia afuera del óvalo de la arcada.

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

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

Relación de la retención del molar con el borde anterior de la rama.

La relación que el tercer molar puede guardar, con respecto a la rama del maxilar inferior puede ser variable, Pell y Gregory han clasificado la relación en tres clases, las que están en directa dependencia con el acto quirúrgico.

Clase 1°.- La primera clase, hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama y la cara distal del segundo molar para ubicar con comodidad el diámetro mesio-distal de la corona del tercer molar.

Clase 2°.- En la segunda clase, el espacio que existe entre el borde anterior de la rama de la mandíbula y la cara distal del segundo molar, es menor que el diámetro mesio-distal de la corona del tercer molar.

Clase 3°.- La totalidad o la mayoría del molar se encuentra en la rama.

En el tercer molar hay cierta profundidad relativa - en el tejido óseo.

En relación con la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, es decir, la relación de la altura entre la cara triturante del tercer molar y la cara triturante del segundo molar, se estudian tres posiciones:

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

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

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

TERCER MOLAR RETENIDO.

Las diferentes posiciones del tercer molar superior retenido también son clasificadas para fines quirúrgicos. Su retención puede ser intraósea o submucosa y puede estar total o parcialmente retenidos.

Son tres las posiciones en que se encuentra el tercer molar superior retenido las cuales se mencionan a continuación:

POSICIÓN VERTICAL.

Tanto el eje del tercer molar como el eje del segundo molar son paralelos. Puede estar total o parcialmente cubierto por hueso.

POSICION MESIOANGULAR.

El eje mayor del tercer molar se dirige hacia mesial y las raíces hacia la Apófisis Pterigóides.

POSICION DISTANGULAR.

En ésta posición el eje mayor del tercer molar está dirigido hacia la parte distal del Maxilar o sea hacia la Tuberosidad del Maxilar.

POSICION HORIZONTAL.

En esta posición el eje mayor del tercer molar se encuentra en forma perpendicular respecto a los ejes mayores tanto del primero como segundo molar superior, la corona puede estar dirigida hacia la bóveda palatina o hacia el carrillo.

POSICION PARANORMAL O INVERTIDA.

Dentro de la clasificación que ahora mencionamos están todas las posiciones que no se hayan mencionado anteriormente. Por ejemplo la posición en que la corona se encuentra hacia apical, y las raíces hacia oclusal.

C A P I T U L O I I I .

DEFINICION Y ETIOLOGIA.

Encontramos que hay varias definiciones de inclusiones de los terceros molares, a continuación mencionamos algunas.

1.- Dientes Retenidos o Incluidos, son aquellos que por variadas causas han quedado dentro de los tejidos blandos u óseos (maxilar o mandíbula) durante su periodo normal de erupción.

2.- Los dientes retenidos son aquellos que una vez llegada su época normal de erupción se quedan encerrados dentro de los maxilares y mantienen la integridad de su saco pericoronario fisiológico. Esta retención se puede presentar en dos formas:

a.- El molar se encuentra completamente rodeado de tejido óseo (retención intraósea).

b.- El molar se encuentra cubierto por mucosa gingival (retención subgingival).

Cualquiera de los dientes temporarios, permanentes o supernumerarios, pueden quedar retenidos en los maxilares, pero hay más predisposición para que queden retenidos los caninos y los terceros molares inferiores más que los superiores.

ETIOLOGIA.

El Doctor Berger dice que las causas de retención son de dos tipos:

1.- Locales.

2.- Sistémicas.

CAUSAS LLOCALES:

Las más frecuentes son:

a).- Falta de espacio en maxilares y poco desarrollo de mandíbula.

b).- Gran densidad de mucosa que lo cubre.

c).- Gran densidad de hueso que lo retiene.

d).- Mal posición de los dientes Vecinos.

e).- Pérdida prematura de la dentición primaria.

f).- Indevida retención de la dentición primaria.

g).- Inflamaciones crónicas contiguas.

h).- Enfermedades adquiridas, tales como necrosis - por infección.

CAUSAS SISTEMICAS:

1.- Causas Prenatales.

a).- Mezcla de razas.

b).- Herencia.

2.- Causas Post-Natales.- Van a ser aquellas que interfieren en el desarrollo del niño.

a).- Desnutrición.

b).- Anémia.

c).- Raquitismo.

d).- Sífilis Congénita.

e).- Tuberculosis.

C A P I T U L O I V .

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO.

A.- Historia Clínica.

La historia clínica debe ser una breve biografía del enfermo en relación a sus enfermedades o padecimientos ya sean físicos o mentales y a los factores que conciernen a la herencia, a los hábitos y las costumbres y las condiciones del ambiente de su vida.

La H.C. tiene gran importancia, pues en realidad es la fuente de información más importante para obtener datos que orienten hacia el diagnóstico del padecimiento, además ayuda a comprender al enfermo orienta hacia las medidas del tratamiento de las enfermedades en estudio y orienta hacia la rehabilitación del paciente.

A continuación mencionamos algunas sugerencias para la elaboración de una historia clínica que nos pueda ayudar en el tratamiento.

Interrogatorio.

Lineamientos Generales.

1.- Ficha de Identificación o Datos Generales.

Nombre, sexo, edad, ocupación, estado civil, domicilio - teléfono, lugar y fecha de nacimiento, escolaridad, nacionalidad.

2.- Fuente de los datos obtenidos.

Decir si los datos de la historia fueron obtenidos del paciente, de algunos familiares o de otras fuentes.

3.- Padecimiento Actual.

Se considera la parte más importante de la historia clínica, pues es por esto que el paciente nos visita.

El profesionalista que escribe la historia debe de tratar de concentrar sistemáticamente la información obtenida y debe incluir tanto datos positivos como datos negativos.

La fecha de iniciación del padecimiento debe precisarse con la fecha exacta pues no es recomendable decir: hace dos meses comenzó con molestias a los cambios de temperatura en el cuadrante superior izquierdo, pues cuando ya paso tiempo de elaboración de la primera historia y se vuelve a leer la fecha de iniciación del padecimiento, se originan confusiones en el tiempo de evolución de la enfermedad.

Debe ponerse también dentro de la descripción del padecimiento actual una estimación en terminos generales de la actitud o situación general del paciente, esto puede ser determinado durante el curso del interrogatorio al observar irritabilidad, fatiga, postración, etc.

4.- Historia Familiar.

a).- Estado de salud de la familia: padres, hermanos, hijos. Anotar la edad. En caso de muerte mencionar la causa probable. Enfermedades familiares: Frecuencia familiar de diabetes, gota, alergias, obesidad, cáncer, artritis, padecimientos cardíacos, hipertensión, padecimientos nerviosos y musculares, estérilismo, demencia, ictericia, tuberculosis.

b).- Historia Marital: duración del matrimonio, estado de salud enfermedades del consorte y de los hijos, describir la edad y sus enfermedades. Adaptación familiar. Embarazo y partos, fetos muertos, partos prematuros, toxémias, etcétera.

5.- Antecedentes Personales No Patológicos.

En esta sección interrogaremos al paciente acerca de : Alimentación, Higiene, peso , tabaquismo, etilismo, toxicomanías y actividades deportivas.

6.- Antecedentes Personales Patológicos.

a) Estado de Salud en general del paciente en el pasado peso habitual y peso máximo.

b) Padecimientos previos, fiebre reumática, escarlatina, corea, sarampión, paludismo, ictericias, parotiditis, tuberculosis , alérgias, amigdalitis, operaciones previas, viruela, gripe, rinitis, amebiasis, parasitosis, flebitis, úlceras, -- enfermedades venéreas, anemia, reumatismo, neoplasias, crisis convulsivas, alteraciones congénitas etcétera.

c) Sensibilidad a los medicamentos como:

Penicilina, corticoides, laxantes, antiácidos, antireumáticos, anestésicos, estimulantes, depresores, etc.

7.- Revisión de aparatos y sistemas. Estudio intensificado de los mismos.

Esta es una cuidadosa reevaluación de la historia clínica del paciente con objeto de evitar omisiones. Frecuentemente -- se obtienen datos o hechos importantes que pertenecen a la enfermedad actual en el caso de que se obtengan datos que engloben uno o más aparatos o sistemas y que estén incluidos en el padecimiento actual ya no se incluyen en el capítulo de aparatos por separado, y solamente se menciona o se anota " ver padecimiento actual". Respecto de la revisión por aparatos y sistemas debe iniciarse con aquel que tiene mayor relación con el padecimiento principal.

Aparato Digestivo: Síntomas referentes a los labios, dientes, encías, mucosas, lengua, sentido del gusto, disfagia, conofagia, náuseas, vómito, dolor abdominal, agruras, acidias, hematemesis, dolor cólico episódico, ictericia, acolia, caracteres de las evacuaciones, diarrea, constipación. hemorragia rectal, melena, hemorroides, prurito anal, fistulas. Relación de los síntomas con la alimentación, antiácidos, evacuaciones. Uso de laxantes, enema, catárticos.

Aparato Cardiovascular: Dolor tóraxico, palpitaciones, disnea de esfuerzo, disnea paroxística, ortopnea; tós, expectoración airada, esalmonada, hemoptíca; cianosis, edema periférico, hipertensión arterial. Claudicación intermitente u dolor de reposo en extremidades inferiores. Várices, úlceras váricosas. Episodio de flebitis.

Aparato Respiratorio: Dolor nasal, obstrucción respiratoria, flujo nasal, epistaxis, hemoptisis, catarros frecuentes, catarros estacionales, fonación, laringitis. Disnea, tós, expectoración, cianosis, "asma bronquial".

Aparato Genitourinario: disuria, poliuria, polaquiuria, hematuria, piuria, nicturia, oliguria, anuria. Retardo para -- iniciar la micción, alteraciones en el chorro de la orina, incontinencia, tenesmo vesical, cólico renal.

Aparato Genital Femenino. Menarquia, edad de aparición -- fecha de la última menstruación, regularidad, duración, cantidad, color. Dolor menstrual, cefalea, enormalidades de la -- menstruación, edema. Leucorrea. Síntomas menopáusicos.

Aparato Genital Masculino: inicio de la pubertad, evolución en el hombre.

Estudio de Sistemas.

Sistema Nervioso: Traumas craneales. Cefaleas. Sentidos especiales: agudeza visual, diplopia, esianopsia, dolor ocular. Agudeza auditiva, zumbidos, vértigos, mareos. Olfacción y sentidos del gusto. Disturbios sensoriales, temperamento. Memoria, trastornos del lenguaje, ideación, nerviosismo. Trastornos motores: parestias, parálisis, contracturas, convulsiones, ataxia. Incontinencia de esfínteres.

Sistema Endócrino: apetito, sed, cambios en el timbre de voz, locucion. Color y textura de la piel. Vigor sexual, lívido, irautismo, anormalidades del crecimiento,

Sensibilidad anormal a la temperatura del medio ambiente ; astenia, enflaquecimiento, pigmentación cutanea, bocio, exoftalmos, taquicardia, sudoración, fiebre, nerviosismo.

Sistema Locomotor : Crecimiento, deformaciones, dolor muscular o articular; atrofia o distrofia musculares. Dolor, rubor, calor de articulaciones o de otras zonas de las extremidades. Tumores, abscesos, fístulas. Fracturas, limitaciones de movimiento luxaciones.

Sistema Hemático y Linfático : Historia de anemia y tratamiento recibido, discracias sanguíneas; tendencia hemorrágica - mucosas articulares o viscerales. Fiebre.

Crecimiento ganglionar aislado o diseminado; supuración -- ganglionar; crecimiento del abdomen izquierdo.

8.- Exploración Física.

La exploración tiene por objeto, reconocer las anormalidades físicas del enfermo y hacer la apreciación correcta de los

límites de la normalidad y la anormalidad, de los signos físicos del paciente; por ejemplo: el exóftalmo es un signo patológico, pero en el paciente puede ser un rasgo familiar; en ocasiones, el hígado palpable puede ser debido a hepatomegalia y en otra ocasión el hígado puede estar solamente descendido.

Los datos obtenidos en la historia clínica pueden orientar al médico para hacer la exploración física más cuidadosa o intencionada en determinadas áreas importantes para el diagnóstico.

Debemos recordar que si el examen físico más cuidadoso no descubre ninguna normalidad, eso no excluye necesariamente una enfermedad.

9.- Inspección General.

Edad aparente; estado nutricional, biotipo, posiciones anormales, si existen deformidades, falta de miembros, movimientos anormales. Simetría y expresión facial. Facies especiales. Trastornos respiratorios evidentes, uvdia. angustia, quejas.

Signos vitales.- Temperatura. Pulso. Respiración. Presión Arterial.

Peso actual, peso deseable, estatura.

Cabeza. Piel, pelo, exostosis, dolor, deformidades.

Cara. Expresión, simetría, dolor sinusal, movimientos.

Ojos. Enoftalmos o exoftalmos. Tensión ocular, movimientos, conjuntivas, córneas, escleróticas, pupilas y sus reflejos, fondo de ojo, visión, campos visuales. Conductos lagrimales, párpados.

Oídos. Canal auditivo, secreción, dolor mastoideo. Audición conducción aérea y csea. Tímpanos, cuerpos extraños.

Nariz. Anomalías, deformidades, mucoesa, tabique, ulceraciones, escurrimiento anterior o posterior.

Boca. Labios, forma, volumen, consistencia, color, deformación, fisuras, .

Carrillos. Volumen, color, hidratación, superficie.

Encías. Color, volumen, consistencia, hemorragia, enrojecimiento del borde libre, gingivitis, línea saturninica, bolsas - parodontales.

Paladar. Forma, volumen, consistencia, color, superficie, - exostosis, profundidad de la bóveda, tuberosidad del maxilar, áreas de soporte.

Lengua. Tasaño, color, forma, consistencia, edema, papilas desviación, temblor, atrofia, tumores, úlceras.

Dientes. Número, forma, color, separación, condiciones higiénicas, caries, placa dentobacteriana, sarro, restauraciones, prótesis, malposiciones, ausencias, supernumerarios, descalcificación.

Relación de los maxilares.

Ortognatismo, prognatismo, y retrognatismo. Mordidas cruzadas, anterior, posterior, sobremordida horizontal (over jet) y sobremordida vertical (over bay) .

Faringe. Color, forma, exudados, lesiones.

Amígdalas. Color, forma, pilares, paladar, uvula, epiglotis. Cordas vocales.

Cuello. Cambios en la forma y el volumen, movilidad, pulsaciones anormales. Ingurgitación yugular a 45 grados, latido - carotídeo, " Thrills" o soplos de las carótidas, endurecimiento de las mismas. Rigidez de nuca, signos meníngeos.

Torax. Forma, volumen, simetría, tipo respiratorio, frecuencia, ritmo.

Corazón. Abombamiento, o retracciones del área. Pulsaciones anormales. Tonos cardiacos, frecuencia, ritmo, fuerza, calidad de los sonidos en los distintos focos comparando ritmo y frecuencia con el pulso radial. Soplos; caracter, fuerza, tiempo, transmisión, cambios con la respiración, etcetera.

Abdomen: Forma y volumen, piel, cicatrices, hernias, peristaltismo visible. Dolor a la palpación, dolor a la descompresión brusca.

Columna Vertebral: Curvaturas, simetría, movilidad, dolor sobre columna o angulos costovertebrales.

Extremidades: Forma y volumen de brazos menos, piernas, - piel armonía con el resto del cuerpo. Cicatrices, heridas, inflamación, eritema, dolor, edema blando, temperatura. Deformidades.

Exploración de las articulaciones; deformidades, inflamación, limitación de movimiento, etc.

Piel y anexos: Indicar si hay algún hallazgo que no hubiere sido descrito previamente; textura, erupciones, Petequias, equimosis, cicatrices, distribución pilosa, atrofia del tejido celular subcutaneo, piel brillante, sequedad, descamación, sudoración, mixedema, pigmentación, elasticidad anormal.

Uñas. Color, deformidades, estrias, fragilidad, engrosamiento.

Ganglios Linfaticos: Crecimientos anormales, localizados o diseminados. Tamaño, movilidad, consistencia. Dolor, supuración, úlceras y fistulas.

B. Exámenes de Laboratorio.

El valor potencial de los estudios modernos del laboratorio es enorme.

Es esencial seleccionar los procedimientos del laboratorio basados en el problema diagnóstico que presenta el enfermo.

Algunos exámenes fundamentales son de gran utilidad en todos los casos por lo que deben de realizarse, al igual que la historia clínica.

a) En una muestra fresca de orina se obtendrán la densidad, el pH, la presencia de glucosa, albumina, acetona y bilis. En el sedimento debe de investigarse en el microscopio la presencia de pirocitos.

b) En la muestra de materia fecal se podrá determinar la presencia de sangre oculta, parásitos intestinales.

c) En la sangre, dependiente del caso en estudio será indispensable de momento determinar la cifra de hemoglobina, cuenta leucocitaria diferencial y total, número de plaquetas, grupo sanguíneo. Tiempo de sangrado, tiempo de coagulación, tiempo de protrombina. Así como también en caso de que sea necesario química sanguínea y biometría hemática.

Posteriormente el profesionista al obtener los resultados de los exámenes de laboratorio podrá establecer el diagnóstico definitivo.

C. Estudios Radiográficos.

Uno de los estudios necesarios para establecer un diagnóstico es el estudio radiográfico, en el cual podremos obser-

ver todas aquellas zonas que no podremos ver a simple vista.

En este estudio mencionamos algunas de las técnicas para impresión de radiografías de terceros molares incluidos o retenidos por ser estas técnicas las que nos ocupan en este estudio de intervención quirúrgica de los terceros molares -

Existen ciertas condiciones en el estudio radiográfico del tercer molar retenido, con el propósito de obtener una imagen lo más real posible del área que nos interesa; por lo tanto, radiografías con alguna deficiencia al momento de ser tomadas podrán originar algún inconveniente en el momento -- del acto operatorio.

Técnica Intraoral del tercer molar inferior:

Posición del paciente sentado con el respaldo del sillón inclinado ligeramente hacia atrás de tal forma que la línea oclusal de los molares inferiores sea paralela al piso, la película se coloca con su eje mayor horizontal, el borde superior de la película no debe sobrepasar la línea oclusal más de 2 o 3 mm y los bordes mesial y distal de esta deberán estar situados de tal forma que la pieza o las piezas a radiar queden debidamente centradas.

En la radiografía deberemos observar la totalidad del diente e extraer así como las partes óseas vecinas y el segundo molar.

El cono del aparato deberá ser colocado en forma perpendicular a la película, de tal forma que el rayo central deba ir dirigido al centro de la película, aproximadamente ubicado a nivel del espacio interdentario entre el segundo y -- tercer molar.

Radiografía Oclusal:

La posición del sillón para tomar esta radiografía será con el respaldo inclinado hacia atrás, el cabezal también hacia atrás, la película será colocada entre ambas arcadas dentarias, lo más distalmente posible, la película debe ser mordida por el paciente con mucha suavidad. El ángulo bucodistal deberá estar ligeramente hacia arriba, con el fin de insinuar se entre la rama montante de la mandíbula y la tuberosidad -- del maxilar superior. De esta manera al colocarse así la película gana terreno y puede ser elevada más atrás. El cono del aparato será colocado por debajo del borde inferior de la mandíbula en forma que el rayo sea perpendicular a la película -- y pase através del maxilar y del eje mayor del molar retenido la radiografía intracral dará la posición del molar en su relación bucolingual, la cantidad de hueso que existe del lado bucal y lingual, la relación del molar con la rama ascendente y la dirección anteroposterior del molar. La comparación entre la radiografía intracral y la oclusal es necesaria para -- precisar las relaciones anatómicas y las condiciones del hueso que rodea al molar retenido.

Radiografía Extracral:

Será la técnica más adecuada cuando se nos presente un caso en que el paciente se encuentre impedido para realizar una técnica intracral (trismus, procesos inflamatorios, intolerancias del paciente).

La posición del paciente debe ser sentado, con el respaldo del sillón vertical, la cabeza inclinada hacia atrás --

en el ángulo de 20 a 30 grados respecto al eje central, hacia el lado a radiografiar.

La película para radiografía extracoral se guarda dentro del chasis, con pantalla reforzada. El chasis se coloca con - el eje mayor vertical apoyado sobre la cara del lado a radiografiarse, tomando amplio contacto con la región de la rama ascendente y el borde inferior del maxilar, la película, debe estar en lo posible, paralela al plano vertical de la rama ascendente. El paciente sostiene el chasis con la palma de la mano. La nariz debe guardar las siguientes distancias según - L. Greenfield: a) Región molar. Nariz 2.5 cm del chasis, Región bicuspídea. Nariz 1.25 cm del chasis. Región canina. Nariz tocando el chasis. Región incisiva. Nariz y mentón tocando el chasis. Rama ascendente Colocar la película de plano, - al lado de la cara.

El tubo en ángulo de 0 grados, se coloca por debajo del ángulo del maxilar opuesto al que se va a radiografiar, con - el objeto de evitar la superposición de las ramas del hueso - que restan nítidas a la película.

El rayo atraviesa las regiones blandas del piso de la boca y la lengua, cruza la cara interna del maxilar, el órgano - dentario a radiografiar, siendo sensiblemente perpendicular a la película.

Los resultados de la radiografía extracoral no pueden ser comparados con los de la radiografía intraoral.

Los detalles de interés en el estudio radiográfico del - tercer molar se refiere a su posición en el hueso, su relación con estructuras vecinas, forma coronaria posición y desviación que presente.

Resumen de los datos:

Aquí se va a presentar un sumario breve de los datos importantes que se obtuvieron en el estudio.

En esta sección los datos positivos esenciales y los datos negativos relevantes obtenidos por el interrogatorio, la exploración física y los exámenes de laboratorio, de rayos x y de gabinete se presentan en forma concisa.

Impresión diagnóstica:

El C.D. que elaboró el estudio del enfermo, tiene la libertad de escribir una pequeña discusión del diagnóstico dependiendo de cada caso en estudio.

Se espera que se haga una valoración crítica de la evidencia obtenida y que se relacione con la naturaleza del padecimiento en estudio para llegar a un diagnóstico preliminar.

El diagnóstico definitivo posiblemente pueda hacerse solamente después de obtener los datos de laboratorio, de rayos x y de otros exámenes, incluso biopsias.

Programa de Conducta Terapéutica:

El C.D. responsable del caso debe bosquejar el programa de tratamiento. Debe de incluirse la dieta, la terapia específica y el tratamiento sintomático, así como algunas medidas psicológicas.

Debe señalarse claramente la dosis, la hora de administración del medicamento, la terminología debe ser apropiada y sin ambigüedades.

C A P Í T U L O V.

TRATAMIENTO PREOPERATORIO, TRANSOPERATORIO Y POSTOPERATORIO.

TRATAMIENTO PREOPERATORIO.

Consiste en la realización de un estudio completo del paciente como preparación para su intervención quirúrgica, a continuación veremos la definición del Dr. Arca, y con la cual estamos de acuerdo, y dice:

" Es la aplicación del estado de salud de una persona en vísperas de ser operada con el fin de establecer si la operación podrá ser realizada sin peligro y en el caso contrario adoptar las medidas necesarias y en el momento preciso".

Sabemos de antemano que cualquier intervención que se realice en la cavidad oral requiere de varios cuidados previos, algunos de ellos serán efectuados por el paciente - (higiene) y otros por el profesional.

Tendremos presente antes de la intervención, los exámenes médicos de rutina. Se orientara sobre la dieta. Antes de realizar una operación con anestesia local, el paciente no debe ayunar ni ingerir bebidas alcohólicas.

Es recomendable realizar la intervención en las primeras horas del día, ya que si, el operador y el paciente - están descansados tendrán mas opción para resolver los problemas que pudieran presentarse.

Con respecto a la premedicación se tratara en el capítulo correspondiente a Técnica Quirúrgica.

TRATAMIENTO TRANSVERALCIL.

Toda intervención quirúrgica consta de varios tiempos; la cirugía adquiere modalidades particulares por lo que se compone de cinco tiempos:

- 1.- Incisión .
- 2.- Osteotomía.
- 3.- Operación propiamente dicha.
- 4.- Tratamiento de la cavidad ósea .
- 5.- Sutura.

1.- Incisión.- Comprende la maniobra en la cual se van a abrir los tejidos comenzando de los mas superficiales para llegar a planos mas profundos y tener el espacio necesario para realizar la intervención. Para realizar este tiempo nos valemos del instrumento conocido con el nombre de bisturí.

Una incisión y el colgajo que se forma a expensas de ella, debe de reunir una serie de condiciones.

- a.- La incisión debe de ser de base ancha para proveer suficiente irrigación.
- b.- Que permita un campo operatorio con perfecta visualización o espacio suficiente para intervenir.
- c.- Se debe realizar en un solo trazo, sin líneas secundarias.
- d.- Trazada de forma que no se flagelen los tejidos, para volverlos a colocar en su lugar original.

2.- Osteotomía.- Consiste en abrir el hueso, es la remoción del hueso que cubre el objeto de la operación. Y puede realizarse con escoplos, pinzas, gubias, fresas y elevadores (en el maxilar superior).

3.- Operación propiamente dicha .- Se refiere a la ejecución del tiempo objeto de la operación. Ya sean la Abulción de un diente retenido, un resto radicular, extirpación de una neoplasia , de un quiste o de un secuestro en una osteomielitis etc.

En el curso de una operación es necesario cohibir la hemorragia de los vasos seccionados. Los distintos orígenes se refieren al tejido al que pertenecen los vasos seccionados.

Las hemorragias de las pequeñas arterias se cohiben fácilmente por presión con una torunda impregnada de medicamentos: adrenalina, antipirina, percloruro de hierro, - etc., la hemostásis de los vasos mayores seccionados, se realiza obturando el vaso que sangra con un instrumento y este se reemplaza con una ligadura, el instrumental indicado en este caso es la pinza de Kocher.

4.- Tratamiento de la cavidad ósea.- Se realiza colocando dentro de ella medicamentos en forma directa, gases con medicamento o se realiza un drenaje.

5.- Sutura.- Es la maniobra que tiene por objeto unir los tejidos seccionados por la incisión. Esta se puede realizar principalmente por dos métodos que son: por puntos separados ó sutura continúa, siendo el mas usado el primero en el cual se aseguran los puntos por medio de nudos.-

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

Se realiza después de la intervención y se estudia en dos tiempos:

1.- Tratamiento Inmediato.

2.- Tratamiento Mediato.

Estos tratamientos contribuyen a mejorar los posibles inconvenientes que puedan suceder durante la intervención.

Tratamiento Postoperatorio Inmediato.

Ya terminada la cirugía, se limpia la cara del paciente con un trozo de gasa o algodón humedecida en agua oxigenada o en alguna solución antiséptica. Se colocará una gasa esterilizada en la zona intervenida, previniendo al paciente que no ejerza presión sobre ella y la retire al cabo de tres horas. Se deberá colocar una bolsa de hielo sobre la mejilla del lado intervenido durante cinco minutos, se retirará posteriormente y ésta maniobra se volverá a repetir, hasta el término de unas seis veces, recomendándole al paciente que siga en su casa con éste tratamiento, pues la temperatura baja disminuye la inflamación, previene los hematomas y el dolor postoperatorio.

Tratamiento Postoperatorio Mediato.

Se dará instrucción al paciente con el objeto de evitar hemorragias o infecciones posteriores y será: No examinarse la herida, Dieta blanda sin grasas ni irritantes.

Se prescribirán medicamentos tales como antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios etc. solo en caso de ser necesario.

Deberá continuar con su higiene habitual

La sutura se retirará a los cinco días después de la intervención.

C A P I T U L O VI.

COMPLICACIONES Y ACCIDENTES EN EL MOMENTO DE LA CIRUGIA.

Los accidentes originados en la extracción de los terceros molares retenidos pueden ser múltiples y de distinta categoría: unos interesan al diente objeto de la extracción o a los dientes vecinos, otros al hueso y a las partes blandas que lo rodean.

FRACTURA DEL DIENTE.

Es de los accidentes mas comunes; en el curso de la extracción al aplicar la pinza sobre el cuello del diente - y se efectúan los movimientos de luxación, la corona o parte de la raíz se fracturan.

Esto se pueda deber a muchas causas pero casi siempre es por debilitamiento de los órganos dentarios, por procesos de caries o por anomalías radiculares; el molar no puede resistir el esfuerzo aplicado y se rompe en el punto de menor resistencia.

Producida la fractura debe extraerse la porción radicular restante, pero habiendo practicado antes la hemostasis del campo operatorio con adrenalina, secando con gasa, ya que es un campo blanco el necesario para el éxito de la extracción.

FRACTURA Y LUXACION DE LOS DIENTES VECINOS.

La presión ejercida sobre las pinzas de extracción - o sobre los elevadores, puede ser transmitida a los dientes vecinos provocando fractura o luxación del diente.

El diente luxado puede ser reimplantado en su alveolo, fijándolo por sus procedimientos usuales.

FRACTURA DEL INSTRUMENTAL USADO EN LA EXTRACCIÓN.

Este tipo de accidente es poco frecuente, y se puede presentar ya sea al trabajar con pieza de mano y se fracturan las fresas o al aplicar una fuerza excesiva sobre algún instrumento, pudiendo así herir las partes blandas u cosas vecinas. La extracción de esta parte del instrumental fracturado puede realizarse en el momento o en una intervención posterior.

FRACTURA DEL BORDE ALVELLAR.

Esta fractura no tiene mayor trascendencia, generalmente se debe a que la fuerza aplicada sobre la tabla externa es mayor que su límite de elasticidad. Si el trozo de hueso, se elimina con el órgano dentario no hay conducta especial a seguir; pero si el trozo queda alojado en el alveolo, debe eliminarse o de lo contrario el secuestro origina procesos infecciosos como osteitis y abscesos.

FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD.

Este accidente es debido casi siempre a la fuerza excesiva aplicada a los instrumentos sobre la tuberosidad, y el molar puede desprenderse con parte de esta en este tipo de circunstancias puede abrirse el seno maxilar dejando una comunicación bucosinusal y para esto deberemos emplear un tratamiento especial como lo es el de la técnica de Caldwell-Luc.

FRACTURA TOTAL DEL MAXILAR INFERIOR.

Este tipo de accidente aunque muy poco frecuente es debido al empleo de fuerza exagerada en el momento de extraer un molar retenido ya sea con raíces dilaceradas, cementosis o que el hueso se haya debilitado por procesos patológicos como osteitis, quistes, etc.

También puede deberse a circunstancias generales que predisponen al hueso a la fractura, tales como estados fisiológicos ligados al metabolismo del calcio, diabetes, enfermedades parasifiliticas, etc.

PERFORACION DE LAS TABLAS VESTIBULAR Y PALATINA.

Este accidente se presenta al realizar una extracción en un molar en el cual una raíz (vestibular o palatina) atraviesa las tablas óseas ya sea por debilitamiento o por esfuerzo mecánico.

La extracción de la raíz se hará practicando una incisión en paladar o vestibulo según corresponda, previa toma de radiografía.

LESION DEL SENO MAXILAR.

Este tipo de lesiones se lleva a cabo al efectuar extracciones de los molares superiores en especial el primero y segundo molar, y se debe a la cercanía que existe entre las raíces de los molares y el piso del Seno Maxilar realizando una comunicación al momento de efectuar la extracción.

También puede realizarse la comunicación con algún instrumento al perforar el piso del Seno.

En cualquiera de los dos casos el coágulo va a ser -

el encargado de obturar la comunicación, baste con colocar una torunda de gase que favorezca la hemostásis o un punto de sutura acercando los bordes de la incisión para que contenga al coágulo.

En caso de que el alveolo sea demasiado grande, el valor del coágulo será nulo puesto que éste se retraerá y se desprenderá, por lo que habrá que efectuarse una pequeña plástica.

Otro de los casos que suceden es la penetración de una raíz en el seno maxilar, para efectuar éste tratamiento se debere tomar una radiografía para ubicar la pieza dental.

Para realizar la extracción de la raíz, la vía de preferencia de elección sera realizando un colgajo por vestibular. Posteriormente se cerrará el alveolo y los labios de la herida.

PENETRACION DEL DIENTE A REGILNES VECINAS.

Generalmente éste accidente sucede debido a la falta de control al momento de aplicar las fuerzas o por debilitamiento de las paredes y el diente puede penetrar a lugares vecinos.

LUXACION DEL MAXILAR INFERIOR.

Al realizar una extracción de un molar inferior y no controlar las fuerzas al momento de luxar al diente, se puede luxar el Cóndilo de la mandíbula de la cavidad glenoidal ya sea unilateralmente o bilateralmente.

El tratamiento será de la siguiente manera. Los dedos pulgares de ambas manos se colocarán sobre la cara oclusal

de la mandíbula, posteriormente se colocarán los dedos restantes en el borde inferior de la mandíbula, realizando dos movimientos, uno hacia abajo y otro hacia la parte de atrás y arriba, realizada la reducción de la luxación se podrá continuar con la intervención.

También se pueden lesionar las partes blandas de la vecindad de la zona como son mucosa, carrillos, lengua, labios, etc., al actuar con brusquedad y sin medir las fuerzas produciendo desgarres. En algunas veces es posible unir los tejidos lesionados con algunos puntos de sutura.

LESIONES DE LOS TRONCOS NERVIOSOS.

Esta lesión puede ocurrir al momento de extraer una molar inferior, especialmente el tercer molar, es debido a que en el momento de hacer girar la pieza para realizar la extracción se hace presión sobre el conducto dentario aplastando al nervio dentario inferior, esto se logra por la cercanía del apice del molar con el conducto y se va a producir una anestesia definitiva, prolongada o pasajera de acuerdo al grado de la lesión.

HEMORRAGIA.

Se clasifica en inmediata y mediata.

La hemorragia inmediata es debida a la falta de formación del coágulo, esto puede ser debido a causas locales como: granulomas, focos de osteitis, polipos gingivales, gingivitis, desgarros de la encía, o causas generales como hemofilia, púrpuras, leucemia, cirrosis, uremia, etc.

El tratamiento de la hemorragia local se realiza suprimiendo quirúrgicamente el foco sangrante (polipo, osteitis, granuloma); después se comprime y se tapona el alveolo sangrante con un trozo de gasa yodoformada seca o con adrenalina retirándose éste en un término de 15 a 30 minutos.

En la hemorragia mediata, la salida de sangre se va a realizar después de unas horas de realizada la intervención, el tratamiento va a ser el mismo que al anterior.

Si por algún motivo estos tratamientos no dan resultado se procederá aplicar transfusiones sanguíneas y administración de sustancias que aceleren la coagulación, también se pueden colocar algunos puntos de sutura.

HÉMATOMA.

Es la difusión de sangre siguiendo planos musculares a favor de la menor resistencia que le oponen a su paso a los tejidos vecinos del lugar donde se practica la intervención. se caracteriza por un aumento de volumen a nivel del sitio operado con cambio de coloración que va desde el rojo vinoso hasta el amarillo, pasando por el violeta y amarillo violeta, dura varios días en su resolución aproximadamente 8 a 9 días. La colección sanguínea puede llegar a infectarse produciendo dolor local, rubor, fiebre y reacción ganglionar durante una semana.

El tratamiento puede ser mediante la aplicación de compresas de hielo en el área intervenida, también se da una antibioticoterapia, en caso de presentarse un absceso se realizará un drenaje.

ALVEOLITIS.

Después de realizar una extracción se puede presentar en el alveolo una infección que se caracteriza por ser muy dolorosa y molesta, y puede presentarse en dos formas, una es un alveolo fungoso y otra un alveolo seco.

El primer tipo de alveolitis se debe generalmente a reacciones de anticuerpos extraños, sobre todo esquirlas óseas o dentarias de dientes fracturados.

El segundo tipo de alveolitis es típica y se presenta después de una extracción traumática, y se desprende el coágulo quedando el alveolo en comunicación con la cavidad oral, con las paredes óseas descubiertas y los bordes gingivales separados. Las paredes óseas toman un color grisáceo.

La causa principal es el trauma operatorio, toxicidad de los anestésicos, el estado general del paciente y como factor traumático podemos citar la excesiva presión sobre las trabéculas óseas.

Sus síntomas son dolor intenso, bordes tumefactos, pa-
redes lingual y bucal edematosas y alveolo dentario lleno de pus.

El tratamiento es examen radiográfico, para localizar algún resto y eliminarlo; posteriormente se va a lavar la cavidad con solución salina o suero fisiológico tibio, se seca la cavidad con gasas esterilizadas se aísla el campo y se coloca una curación de cemento quirúrgico, este procedimiento se repite a las doce horas, y dejar el cemento hasta que el alveolo empieza a cicatrizar.

CAPITULO VII.

COMPLICACIONES QUE SE NOS PRESENTAN CON:

SOLUCION BLOQUEADORA.

Las complicaciones son de dos tipos:

Mediata e Inmediatas.

DOLOR AGUDO EN LA PUNTA DE LA LENGUA O EN LABIO INFERIOR.

Se produce al tocar con la punta de la aguja el nervio dentario inferior o el nervio lingual. Es caracterizado por la sensación de una zona quemante en las zonas arriba mencionadas. Es reversible si no se secciona el nervio.

DOLOR AGUDO EN LA REGION LUMBAR.

Este tipo de dolor se presenta despues de bloquear el nervio dentario inferior. Se piensa que su causa es una acción refleja provocada por la adrenalina que contienen los anestésicos. Su acción es de aproximadamente 2 a 3 minutos no deja huella.

ENFISEMA O INFILTRACION GASEOSA.

En éste problema el tejido del lugar de la punción por lo general se hincha inmediatamente despues de retirar la aguja, en forma rapida y voluminosa. Al ejercer presión sobre la zona afectada, se logra expulsar parte del aire infiltrado y el gas excedente será absorbido en 5 días aproximadamente. La única molestia es de tipo estético.

PARALISIS FACIAL.

Se localiza en el mismo lado en que se realizo el bloqueo del nervio dentario inferior, y se caracteriza por:

- a).- Párpado caído.
- b).- Ala de la nariz deprimida.
- c).- Mejilla flácida.
- d).- Boca torsida.

El Dr. Avellanal dice que éste accidente es debido a la infiltración del líquido bloqueador en la cápsula Parotídea pues el nervio facial, penetra en la glandula parotídea bifurcandose. Si la solución bloqueo las ramas temporofacial y cervicofacial, la anestesia es completa, pero si la rama bloqueada es la cervicofacial, la parálisis será únicamente en los músculos suprahioides y el labio inferior. Generalmente el efecto es temporal aproximadamente tres horas.

LIPUTIMIA.

Se dice que es el primer sintoma del Síncope. Se caracteriza por la perdida de la conciencia, con mantenimiento de la respiración y la circulación.

El tratamiento consiste en aflojar toda la ropa del paciente, colocarlo en posición de Trendelenburg para evitar la hipoxia cerebral, y favorecer la circulación.

SINCOPE.

Hay casos en que su origen es psíquico. Pero también puede ser por factores predisponentes como la debilidad, la fatiga y el calor excesivo, se caracteriza por perdida del conocimiento disminución circulatoria y respiratoria, palidez sudoración fría, el globo ocular se vuelve hacia arriba, hay relajación total del cuerpo.

Tratamiento. Se coloca al paciente en posición de Tren-

delemburg, ayudar a la libre circulación sanguínea, aflojando los objetos que pudieran impedirlo, aplicar respiración artificial de boca a boca, y en caso de que no responda administrar hidrocortisona 500 mgs. I.M. o I.V.

Sin embargo la mayor forma de evitar una complicación sera tomar las siguientes precauciones:

a).- Tratar de no depositar la anestesia en el interior de un vaso sanguíneo pues es seis veces más toxica - que la colocada en tejido conjuntivo. (se recomienda usar jeringas que contengan succionador).

b).- Al colocar la anestesia la solución bloqueadora debe depositarse lentamente.

c).- Se debe colocar al paciente de colocar al paciente en una forma reclinada hacia atras en el momento de la inyección y despues de ella hasta que haya alcanzado su efecto.

d).- En problemas cardiacos no se emplearan sustancias que contengan epinefrina.

PARO CARDIACO.

En éste tipo de accidentes el corazón, deja de funcionar repentina y totalmente por lo que se deberan tomar medidas de urgencia como son: Colocar al paciente en trendelemburg, masaje cardiaco simultaneamente con oxigenación, en ultima instancia administrar hidrocortisona por via intravenosa.

Complicaciones Mediatas.

Las complicaciones mediatas más importantes son:

Dolor en el sitio de la punción.

Causas:

- a).- Traumatismo producido por una aguja de filo deficiente.
- b).- Brusquedad al tratar de tocar el hueso, doblándose la aguja que desgarró tejidos al retirarla.
- c).- Exceso de punción.
- d).- Rápida inyección de la solución desgarrando así los frágiles tejidos.
- e).- Infección por deficiencia de esterilización de las agujas.

CONTRACCIÓN DE LOS MUSCULOS ELEVADORES DE LA MANDIBULA.

Causas:

- a).- Como consecuencia del bloqueo troncular en el nervio dentario inferior se traumatiza, en algunos casos al músculo pterigideo interno dando como consecuencia la contracción de sus fibras, desapareciendo esta contracción a los pocos días sin mayores complicaciones.
- b).- Por infección, aparece una zona de edema que se extiende hasta el velo del paladar dificultando la deglución. su tratamiento es a base de antibióticos.

HEMATOMA.

Principalmente se da de un corte venoso dado por la aguja, aparece horas más tarde coloreando las mucosas o la piel.

Su absorción se puede acelerar con fomentos calientes sobre el sitio afectado.

ANESTESIA PROLONGADA.

Se le atribuye a una lesión en las fibrillas nerviosas que fueron cortadas por el bisel de la aguja, en el momento de anestesiar.

La terapéutica más eficaz en estos casos es la administración de complejo B.

ZONAS DE NECROSIS.

Se da en zonas donde se han practicado las inyecciones de la solución bloqueadora, y es por la acción prolongada del vaso constrictor que contiene la anestesia. Aparecen zonas bien delimitadas de aspecto gangrenoso que solas se desprenden por la acción reparadora del tejido.

Una vez llegado éste se mantendrá una rigurosa asepsia bucal.

MEDICAMENTOS Y ANTIBIÓTICOS.

La automedicación y el uso indiscriminado son factores principales que pueden desencadenar en complicación. Estas complicaciones son variables dependiendo de la sensibilidad de cada persona y van desde las más leves como prurito, hasta las más graves como el shock anafiláctico.

Por eso deben ser recetados y administrados por el profesional competente y éste deberá basarse en la historia clínica para saber que tipo de antibiótico, dosificación y presentación será la indicada para cada caso.

Efectos colaterales y principales contraindicaciones de los antibacterianos más comunes en la práctica médica.

Tetraciclinas.

Contraindicaciones. Durante la formación de complejo -

calcico de tejidos osteoorganicos en desarrollo dental.

En hipersensibilidad a la tetraciclina.

Durante el embarazo (3er. trimestre o Lactancia).

Enfermedad hepática o renal.

Estados hemorragiparos.

Efectos colaterales.- Nauseas, diarrea, glositis, dermatitis, vomitos, etc.

En pacientes con antecedentes de fotosensibilidad se recomienda evitar la exposición solar durante el tratamiento.

Streptomycinas.

Contraindicaciones.- Alergia a la estreptomicina.

Enfermedad hepática o renal.

Efectos colaterales.- Pueden afectar el octavo par craneal ocasionando disminución auditiva y trastornos del equilibrio.

Ampicilinas.

Contraindicaciones.- En personas hipersensibles al medicamento.

En infecciones producidas por Estafilococos productores de penicilinasas.

Efectos colaterales.- Desde dermatitis hasta shock anafilactico.

Adormecimiento de la boca.

Cefalexinas.

Contraindicaciones.- Durante el embarazo.

Efectos colaterales.- Desde trastornos gastrointestinales hasta shock anafilactico.

Eritromicina.

Este antibiótico se recomienda en pacientes alérgicos a la penicilina.

Contraindicaciones.- En la administración oral produce alteraciones en la flora intestinal.

La administración de antibiótico en spray puede producir en la flora oral alteraciones si su uso es en exceso.

Cloramfenicol.

Contraindicaciones.- En enfermedades renales, en el embarazo y en discrasias sanguíneas.

Efectos colaterales.- El uso prolongado puede producir leucopenia, trombocitopenia, anemia aplásica, neuritis, reacciones alérgicas o fiebre medicamentosa.

Fungistáticos.-

Griseofulvina.

Contraindicaciones.- Insuficiencia hepática y renal.

Reacciones secundarias. Náuseas, vómito, cefalea, fotofobia, erucción cutánea, ceden al suspender el tratamiento.

Sulfas.-

Contraindicaciones.- Alergia a la fórmula, insuficiencia hepática y renal, glomerulonefritis.

Efectos colaterales.- Hepatitis tóxica, nefrosis, náuseas y vómitos.

ANTIINFLAMATORIOS.

Tripsina, quimiotripsina y bromelina.

Contraindicaciones.- Pancreatitis, enfermedades hemorrágicas, insuficiencia hepática, problemas renales. Es recomen

dable investigar antecedentes alérgicos a las enzimas proteolíticas. También en infecciones severas locales o generales.

Efectos colaterales.- Aumentan el tiempo de coagulación, hematuria, prurito, erupción cutánea, antecedentes de fotosensibilidad.

En algunos casos como en cualquier proteína heterogénea pueden aparecer reacciones individuales que ceden con la administración de antihistamínicos o corticoesteroides.

Cloroquina.-

Contraindicaciones.- Úlcera de tracto digestivo, insuficiencia renal y cardiovascular, diabetes, nefritis.

Efectos colaterales.- Sensación de ardor en la mucosa oral, específicamente en el lugar en que se coloca la tableta.

ANALGESICOS.

Pirazolonas.-

Contraindicaciones.- Insuficiencia hepática y renal, hepatitis, nefritis, agranulocitopenia, úlcera gastroduodenal, displasia medular, glomerulonefritis.

Efectos colaterales.- Náuseas, vómitos, pirosis, erupciones cutáneas.

ANTIISTAMINICOS.

Difenhidramina.

Parabromodilamina.

Tripelenamina.

Efectos colaterales. En sobredosificación, somnolencia o cefaleas. Evitarlo en personas que operen aparatos de precisión o de motor.

ANTIHEMORRAGICOS.

Menadiona. (vitamina K).

Aunque útil en estados hemorrágicos y los causados por hipoprotinemia. Su administración se restringe en pacientes con antecedentes de infarto al miocardio, hemorragia cerebral y durante el embarazo. No sucediendo así con la fitonadiona (vitamina K1), la cual no presenta ni efectos colaterales ni contraindicaciones.

ANTICLAGULANTES .

Warfarin.

Este medicamento se emplea en pacientes trombocitopénicos, infarto al miocardio, tromboflebitis, su contraindicación es en endocarditis bacteriana, ulceraciones, granulomas viscerales hemorrágico y en lesiones hepáticas ó renales.

Su empleo debe ser controlado en relación con la respuesta con el tiempo de protombina.

Las hemorragias por sobredosificación de este se tratare con vitamina K1, de 5 a 10 mg por vía oral ó 30 a 60mg por vía intramuscular.

TRANQUILIZANTES.

Diazepam.

Contraindicaciones. En administración conjunta con alcohol ó farmacos psicotropicos, su acción se potencializa.

En personas hipotensas, ancianas ó personas con alguna debilidad se indicaran las dosis mínimas. También es una contraindicación en glaucoma, en miastenia grave, y en menores de 6 años.

Reacciones colaterales. Somnolencia, resequedad de la mu cosa oral, disminución de la función sexual, y alergia que se da al reducir la dosis.

Meprobamato.

Contraindicaciones. Estados depresivos, pacientes con --
tendencias suicidas y en personas alérgicas.

Efectos colaterales.- ptequias, escalofrío, diplopia -
y cefaleas.

Difenilhydantoína.

Contraindicaciones.- En pacientes hipersensibles a la -
formúla, anemia e hipertención.

Efectos colaterales.- hipertrofia gingival en pacientes
hipersensibles a la difenilhydantoína, y pueden observarse -
fenómenos atáxicos.

COMPLICACIONES HEMORRAGICAS.

Es muy importante saber como controlar la hemorragia --
así como tratar a la persona que la padece.

En estas complicaciones deberemos averiguar la cantidad
de sangre perdida si esta indicada la transfusión o intenta-
diagnosticar la causa y la mejor terapéutica posible.

Cuando no es posible realizar estudios complicados de -
laboratorio, un método siempre rápido para conocer la pérdi-
da de volumen sanguíneo: la toma del pulso y de la presión -
con cambios de posición, es decir se coloca al paciente decú
bito dorsal durante dos o tres minutos, se miden frecuencia
cardíaca y presión arterial, posteriormente el paciente se -
sienta y pasados treinta segundos se vuelven a medir los valo

res. Cuando la frecuencia cardiaca aumenta en 20 latidos cuando menos y la presión arterial disminuye en 20 mmHg de mercurio es indicio de una considerable pérdida del volumen sanguíneo y en este caso debiera realizarse una transfusión sanguínea inmediata.

CAUSAS DE SANGRADO BUCAL.

FACTORES LOCALES:

- a).- Infecciones.
- b).- Irritantes Locales .
 - Dientes en maloclusión.
 - Prótesis mal adaptadas.
- c).- Postquirúrgico o Postraumático.
- d).- Traumatismos locales.

Se buscarán íntegramente las causas generales cuando se presenten hemorragias que no respondan a la terapéutica local. También cuando no parece existir relación con grado de trastorno local o cuando existen antecedentes familiares, o personales de este tipo. En padecimientos como la gingivitis, el sangrado será únicamente al cepillarse los dientes.

Las fusoespiroquetas son las causantes también del sangrado al cepillarse los dientes y de la aparición de manchas de sangre en la almohada al dormir. El sangrado sucede generalmente en la aplicación de colutorios de peróxido de hidrógeno y puede ir acompañado de una antibioticoterapia.

La hemorragia postquirúrgica puede ser abundante, por

lo que el Cirujano Dentista debere realizar una previa historia clínica para evitar este tipo de accidentes.

El paciente que sangra abundantemente por primera vez a pesar de haberse sometido a maniobras quirúrgicas previas de la cavidad oral, representa seguramente un caso de sangrado local, se puede descartar un defecto hereditario de la coagulación.

En diversas ocasiones por compresión de las placas osas del alveolo vacío es suficiente para detener la hemorragia.

En ocasiones sera necesario legrar el alveolo, quitando sustancias extrañas como hueso necrotico ó un coagulo infectado, permitiendo la formación de un nuevo coagulo.

En caso de que las medidas locales no logren cohibir la hemorragia postquirúrgica, se debere investigar una posible alteración en las plaquetas ó en los factores de coagulación.

COMPLICACIONES CON LAS INFECCIONES.

PERICORONITIS.

Es la inflamación del tejido que rodea a los terceros molares parcialmente erupcionados. Este tejido es traumatizado por las cúspides de los terceros molares por debajo y por las cúspides de los molares antagonistas por arriba, produciendo la irritación e inflamación pericoronaria.

Los restos alimenticios producen en la cara inferior del tejido pericoronario una ulceración extremadamente dolorosa. Estos dolores son locales y muchas veces irradiados.

El tratamiento se basa en antibioterapia con irrigación de una solución antiséptica en la zona infectada, posteriormente si no hay el suficiente espacio para la erupción, se realizara la abulsión.

ALVEGLITIS.

Se caracteriza por un dolor intenso e irradiado que se presenta del 2do al 5to día posterior a la extracción. Es -- producto de una falta de coagulación en el alveolo, por eliminación mecánica o por destrucción bacteriana se trata a base de soluciones antisépticas aunado a la aplicación de apósitos con óxido de zinc y eugenol, y sera retirada al cabo de 48 hrs aproximadamente, esto se revisara por lo menos dos veces.

ABSCESE.

Se puede presentar en el espacio aponeurotico anterior limitado por el borde posterior del músculo triangular de los labios, borde inferior del buccinador, borde cervical mandibular y por el borde anterior del masetero, con una evolución de 3 a 15 días posterior a la intervención.

Se caracteriza por un aumento de volumen bien delimitado.

Su tratamiento es por medio de una incisión para drenar el contenido purulento.

También se mandan antibioticos antiinflamatorios y analgesicos.

TEJIDO DE GRANULACION.

Esta patología se forma ocasionalmente en las heridas en

vías de cicatrización dificultando esta.

Este tejido se eliminara integramente de los alveolos y tejidos gingivales con tijeras o curetas.

Al momento de retirar este tejido debido a la gran vascularización que presenta produce gran hemorragia, para la cual por medio de presión digital con gases estériles se debiera producir hemostasis. El tejido de granulación ademas de ser un -- factor causal de la hemorragia posoperatoria, puede contener -- residuos oseos que pueden dar lugar a la formación de quistes incipientes.

TRAUMATISMOS.

Pueden ser uni o bilaterales de tres tipos:

- 1).- Anterior .
- 2).- Posterior .
- 3).- Superior .

El traumatismo anterior que es el mas común consiste en -- la excursión del condilo hacia su cavidad glenoidea, quedando enclavado por detras de la eminencia articular de la apofisis cigomatica. Se produce generalmente por abrir demasiado la boca durante intervenciones largas y fatigantes.

El tratamiento será colocando los dedos pulgares de ambas manos en las arcadas de la mandibula, los dedos restantes sostendran el borde inferior. Con un movimiento hacia abajo y otro hacia atras y arriba quedara reducida la luxación.

FRACTURAS DEL MAXILAR INFERIOR.

Del ángulo. Un factor desfavorable en este nivel, es el --

gran espacio alveolar del tercer molar, debilitando así la resistencia ósea del ángulo mandibular correspondiente.

Su tratamiento va a ser quirúrgico, reduciendo la fractura.

Del condilo .

Esta fractura generalmente se realiza en el cuello del condilo puesto que es la zona de menor resistencia ósea.

Ambos casos son causados principalmente por la aplicación incorrecta o excesiva de la fuerza al intentar extraer el molar. Aunque existen factores principales tales como afecciones generales, operaciones en el metabolismo del calcio, diabetes, osteomielitis, etc.

Las fracturas condilares se van a tratar tratando de mantener su fijación aproximadamente tres semanas.

C A P I T U L O V I I I .

TECNICAS ANESTESICAS.

El empleo de la anestesia va a ser necesaria en las distintas maniobras de la cirugía oral y en especial en este caso en el tratamiento de los terceros molares retenidos. Al realizar este tratamiento se va a provocar dolor, por lo que es necesario lograr la pérdida de sensibilidad en la zona a tratar.

Dentro de los tipos de anestesia tenemos: local, regional y general. Para nuestro interes las dos primeras serán - las de mayor utilidad en la practica el exito de un buen - - bloqueo, se basa en el conocimiento de las relaciones anatomicas del nervio a anestesiar, también en el conocimiento de las técnicas y los diferentes tipos de anestésicos que vamos a utilizar.

A continuación veremos de una forma simple la anatomía de los nervios que se van a encargar de dar inervación tanto al maxilar como a la mandíbula ambos pertenecen al nervio - trigémino.

Nervio Maxilar Superior.- Este nervio va a salir del -- craneo por el agujero redondo mayor, para después introducirse en el conducto infraorbitario, recorriendolo para salir - en forma de penacho por el agujero infraorbitario .

En su trayecto de diferentes ramas colaterales y terminales de las cuales solo mencionaremos las de mayor interes;

como lo son los ramos dentarios posteriores que en número de dos o tres se separan de su tronco principal y descienden sobre la tuberosidad del maxilar.

Estos nervios forman un plexo por encima de los apices de los molares y premolares, inervando a los mismos, al hueso y a las mucosas gingivales y del seno maxilar.

En el conducto infraorbitario o su nervio conocido con el mismo nombre da una continuación directa del nervio maxilar superior, después de atravesar la hendidura esfenomaxilar corre en el piso de la orbita formando los nervios alveolares del maxilar superior y de la encia, para luego salir através del agujero infraorbitario y dar ramas a la piel situada entre la hendidura palpebral y las ventanas nasales.

Nervio Maxilar Inferior.- Va a salir del craneo por el agujero oval y se van a originar dos ramas una motora y una sensitiva.

En su trayecto da tres ramas externas (temporal, profunda, media y maseterina bucal) ; una rama interna, una posterior y dos descendentes (dental inferior y lingual).

El nervio bucal pasa entre los haces del pterigoideo externo y desciende hacia el buccinador; sus ramas terminales se distribuyen por la cara profunda de la piel del carrillo y -- sus ramas profundas inervan la mucosa bucal, desde el tercer molar hasta el primer molar inferior.

El nervio dental inferior continua la dirección del nervio maxilar inferior y hacia abajo y adelante se introduce en el orificio superior del conducto dentario inferior recorriéndolo en compañía de arterias y venas.

Dentro del conducto dentario el nervio da filetes nerviosos destinados a molares y premolares, filletes gingivales -- que inervan la encia y filetes oseos destinados a hueso y a periostio.

Sus ramas terminales son el nervio mentoniano que emerge por el agujero del mismo nombre e inerva la cara externa del maxilar inferior, desde los premolares hacia la línea media y el nervio incisivo que inerva a los incisivos centrales, lateral y canino .

El nervio lingual esta situado por delante del nervio dentario, se dirige hacia la punta de la lengua y en su trayecto da ramos destinados a la mucosa gingival de la cara interna del maxilar inferior.

A).- TECNICAS ANESTESICAS LOCALES.

Como anestesia local entenderemos que es la supresión por medio terapeutico de la sensibilidad de una zona de la cavidad oral pero manteniendo la conciencia del paciente. Este se logra por medio de sustancias bloqueadoras de composición química las cuales al ponerse en contacto con las terminaciones nerviosas perifericas, bloquean el impulso de las fibras nerviosas evitando así la transmisión del dolor a los centros mayores.

Inyección Supraperiostica.

Indicaciones.- Generalmente esta técnica es empleada en el maxilar superior.

Fundamento.- El hueso maxilar superior siendo particularmente esponjoso y rico en foraminas, permite con mayor facilidad que el hueso denso de la mandíbula la infiltración del líquido .

técnica.- El lugar de punción va a ser en el fondo del arco vestibular, para lo cual se tracciona el carrillo hacia arriba y afuera a nivel del sitio a puncionarse de modo que la fibromucosa quede tensa y la punción de la aguja sea casi imperceptible. La dirección de la aguja va a ser hacia arriba y ligeramente hacia la cara distal de la pieza a anestésicar.-

Una vez perforada la submucosa se depositan pequeñas cantidades de líquido gradualmente a su paso, hasta ubicar la punta de la aguja en las vecindades del periostio correspondiente a la parte superior del apice del diente.

Observaciones.- Debido a la gran vascularización de esta zona, la anestesia va a ser de corta duración. En todos los casos la inyección se aplicara lentamente.

8).- TECNICAS ANESTESICAS REGIONALES O TRONCULARES.

Se llama anestesia troncular a la que se realiza llevando la solución anestésica en contacto con un tronco o una rama nerviosa importante.

INYECCION MANDIBULAR O DEL NERVI^o DENTAL INFERIOR.

Indicaciones.- En los casos que se requiera bloquear la sensibilidad de una pieza inferior, ya que esta técnica bloqueara la mitad de la cara inferior correspondiente del lado inyectado, así como el periostio y la encía; a excepción del trozo de encía y periostio que cubre la parte externa del maxilar, entre el tercer y primer molar zona inervada por el nervio bucal.

Fundamento.- Esta técnica es satisfactoria especialmente en la región molar por esta razón se prefiere el bloqueo

del nervio dental inferior que penetra en el orificio superior del conducto dentario del maxilar inferior depositandose - el liquido en las vecindades de este orificio.

Debido a la conformación ósea de la mandíbula, que esta formada por tejido mas compacto vamos a emplear esta técnica.

Técnica.- La punción se va a realizar en el vértice del triángulo pterigomandibular, el cuál lo forman la línea obliqua externa y el ligamento pterigomandibular. Con el dedo índice se palpa dicho triángulo y la aguja va a penetrar en -- forma paralela a la arcada dentaria y un centímetro por arriba de las caras oclusales. En su trayecto de la aguja se van depositando pequeñas cantidades de liquido, se va a introducir a una profundidad de 15 mm aproximadamente, con esto se lograra la anestesia del nervio lingual. En esta posición - se saca un poco la aguja y se dirige la jeringa hacia el lado opuesto a nivel de los premolares, se profundiza 5mm mas y se deposita el resto de liquido anestésico.

Observaciones.- En el caso de realizar una extracción como lo es el que nos corresponde este bloqueo debe complementarse con una inyección bucal.

INYECCION CIGMATICA U DE LOS NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES.

Indicaciones.- En operaciones practicadas sobre segundos y terceros molares superiores.

Fundamento.- Los nervios dentarios posteriores se pueden bloquear antes de que penetre en los canales óseos de la región cigomatica, por encima del tercer molar.

Técnica.- El lugar de la punción va a ser el fondo del surco vestibular a nivel de la raíz distobucal del segundo molar. La dirección de la aguja va a ser hacia arriba y hacia atrás formando aproximadamente un ángulo de 45 grados con respecto a las caras oclusales de los molares superiores.

La aguja se va a introducir unos 20mm manteniendola siempre cerca del periostio, para evitar puncionar órganos anatómicos importantes como la arteria maxilar interna, el plexo venoso pterigoideo ó al músculo pterigoideo externo.

INYECCION DEL NERVIU BUCAL.

Indicaciones.- Principalmente se usa como cierre de circuito para complementar la anestesia en extracciones de molares inferiores. Excepcionalmente debere ser usado como anestesia principal.

Fundamento.- La cara bucal de los molares esta parcialmente inervada por este nervio.

Técnica.- El lugar de la punción va a ser el pliegue mucobucal, inmediatamente por detras del diente que se desea anestesiarse.

Observaciones.- Este tipo de anestesia si no es muy recomendable, sobre todo en la extracción de terceros molares -- pues es culpable de dolores y trastornos posoperatorios.

INYECCION PALATINA POSTERIOR.

Indicaciones.- Se utiliza como complemento o cierre de circuito en las extracciones de molares superiores.

Fundamento.- La inervación de los dos tercios superiores corre a cargo de los nervios palatino medio y anterior -- que salen por el agujero palatino posterior.

Técnica.- La punción se va a realizar en el punto medio de una línea imaginaria trazada desde el borde gingival del tercer molar superior, hasta la línea media; insertando la aguja teniendo el eje de la jeringa en la comisura del lado opuesto.

Observaciones.- Si se deposita excesiva cantidad de anestesia a nivel del agujero palatino posterior, la solución pasa al nervio palatino medio y anestesia el paladar blando.

C A P I T U L O I X.

INSTRUMENTAL QUIRURGICO.

Para realizar una intervención quirúrgica con éxito, es importante mantener un campo operatorio en asepsia y antisepsia.

Para ésto es importante mantener el instrumental perfectamente esterilizado.

MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN.

Existen diferentes formas de mantener un material en asepsia y antisepsia, para ésto va a depender si el material resiste el calor o no, y así tenemos a continuación algunas de las formas de hacerlo.

La esterilización se pueda efectuar por medio de agentes Químicos o Físicos:

Agentes Químicos: Dentro de ésta clasificación entran todas las substancias químicas que nos ayudan a mantener esterilizado tanto un campo, como el instrumental. y son:

Alcohol.- Se utiliza principalmente para la antisepsia del personal que participa en la intervención.

Tintura de yodo.- Debido a la gran potencia del Iodo sobre los tejidos bucales, este agente es muy poco usado en la cavidad oral, se utiliza solo en concentraciones muy bajas, porque irrita y desencadena reacciones en los tejidos bucales.

Tintura de Merthiolate.- Generalmente se usa en la antisepsia del punto de punción de la aguja y lugar de la incisión.

Agentes Físicos: Dentro de ésta clasificación tenemos todos los medios físicos como calor, vapor, ebullición, - etc., que puedan esterilizar algun instrumento. Por ejem.

Calor Seco. ésto se logra por medio de aparatos como el horno de Pasteur.

Calor Húmedo. Para ésto utilizamos la Autoclave, que trabaja por medio de vapor, también se pueden esterilizar por medio de ebullición.

Lavado quirúrgico de las manos y de la zona por intervenir.

El lavado de las manos se va a realizar con abundante agua y jabón quirúrgico, y va a ser hasta los antebrazos, se cepillarar cuidadosamente todas las zonas propensas a hospedar microorganismos, como son las zonas de flexión y extensión de los dedos, así como los espacios interdigitales, terminado ésto se frota las manos con una gasa húmeda en alcohol, posteriormente se deshidratan con talco y se colocan los guantes.

La cara, labios y orificios nasales, se lavan con agua y jabón, tallendolos con una gasa, se disponen las compresas esterilizadas en forma conveniente a la intervención que se va a realizar.

INSTRUMENTAL PARA LOS TEJIDOS BLANDOS.

- a).- Bisturí - Bard-Parker 3. Lo empleamos para la insición de los tejidos blandos.
- b).- Tijeras para encia. Se utilizan para seccionar lengüetas o para realizar festones gingivales.

c).- Hoja de Bisturí. (Bard-Parker Nos. 10, 11 ó 15.)

d).- Pinzas de Disección. (Curva y Recta). Sirven en la preparación de tejidos, en la elaboración de colgajos, toma la mucosa sin lesionarla.

e).- Galvano y Termocauterio. Su función es de seccionar tejidos.

f).- Legras. Nos sirven para desprender la fibromucosa.

g).- Separadoras. (Tipo Farabeuf). Separan los Labios y carrillos para evitar lesionarlos.

INSTRUMENTAL PARA SECCIONAR TEJIDOS DURES.

a).- Osteotomo. Su función es resecar el hueso.

b).- Fresas. (Cilíndrica y de bola). Para realizar la trepanación en hueso.

c).- Lima para hueso. (Seldin N° 8). Es para eliminar esquirlas y alisar bordes.

d).- Pinza de Cocher. Para realizar homeostasis.

e).- Cucharrilla para hueso. Para retirar restos que - puedan quedar en el lugar de la intervención.

f).- Elevadores. (Barry n° 366 - Masial y n° 355 raices). Pueden ser rectos o de bandera. Su función es para la luxación de la pieza y extracción.

g).- Forceps. (En las piezas inferiores el n° 151 ó 23). Para la abulción de la pieza.

h).- Martillo. (tipo Mead).

i).- Escoplo. (Barry n° 1,2 ó 3). Para seccionar hueso.

MATERIAL DE SUTURA.

a).- Porta agujas.(Garner). Facilita la toma de la aguja.

b).- Agujas de Sutura. (Curva, de punta atraumatica, con hilo sutura de tres caros). Para juntar los tejidos seccionados.

REPISA DE INSTRUMENTOS.

Pieza de mano.

Eyector Quirurgico.

Jeringa Asepto.

Equipo de anestesia local.

Gases.

Solucion Salina o Suero Fisiologico.

ILUMINACION.

El campo operatorio, podra ser iluminado con la lampara de la unidad dental, en caso de que la cantidad de luz no sea la necesaria se podra utilizar una lampara frontal.

C A P I T U L O X.

TECNICAS DE EXTRACCION.

A).- TECNICA EMPLEADA EN EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO C ERUPCIONADO.

Al igual que la Cirugía General, la Cirugía Bucal se realiza siguiendo todos los principios quirúrgicos. Los tiempos a seguir para la extracción del tercer molar retenido, son los siguientes:

- 1.- Asepsia y Antisepsia de la zona por intervenir.
- 2.- Anestesia.
- 3.- Incisión.
- 4.- Retracción del Colgajo.
- 5.- Osteotomía.
- 6.- Extracción o Ablución.
- 7.- Tratamiento de la cavidad.
- 8.- Sutura.

El tratamiento indoloro es uno de los aspectos principales para que el tratamiento dental sea un éxito.

La anestesia típica más que un efecto anestésico tiene un efecto psicológico y su aplicación demuestra la preocupación del operador por la comodidad del paciente. Otro detalle que suprime el dolor durante la punción es el buen filo en la punta de la aguja respectiva.

- 1.- Asepsia y Antisepsia de la zona por intervenir.

Es necesario, antes de comenzar cualquier tipo de intervención quirúrgica tomar ciertas medidas para evitar alguna posible infección, para esto nos valdremos de ciertas sustancias químicas que desinfectaran la zona en la que se va a realizar la incisión.

2.- ANESTESIA.

Para causar un bloqueo íntegro de las ramas del nervio maxilar inferior es indispensable inyectar el anestésico en la proximidad inmediata de la estructura nerviosa.

La punción de la aguja se realiza 1 cm. arriba del plano de oclusión inferior, por la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula. La posición de la jeringa debe de ser paralela al plano de oclusión y por encima de los premolares del lado opuesto. Se introduce la aguja lentamente hasta tocar con la cara interna de la rama, donde se va a depositar la cantidad necesaria de solución bloqueadora que se necesita.

El nervio bucal se bloquea colocando la aguja en la mejilla por encima del pliegue mucoso del tercer molar inferior.

3.- INSICIÓN.

a).- En presencia del 2° molar.

El trazo lo iniciamos siguiendo una línea recta que va sobre la línea de la rama ascendente de la mandíbula hacia la mitad de la cara distal del segundo molar.

Con un bisturí n° 12 se realiza la insición de una sola intención, hasta que se sienta que se ha tocado el hueso. Continuamos el trazo contorneando el cuello por sus caras vestibulares del 2° y 1er. molar, llegando hasta hueso y deteniendo el trazo hacia la parte distal de la papila interdental con el objeto de no tocarla, evitando así su retracción posterior.

b).- Ausencia del segundo molar.

Incidimos a nivel de la cresta alveolar hacia la cara distal del 1er. molar contorneando y llegando a la papila interdental.

c).- En desdentado total.-

En éste caso la longitud del corte corre aproximadamente 2 cm. mas allá de la cara mesial del molar retenido. La variedad de éste tipo de incisión variara según la posición y ubicación de dicha pieza dental.

4.- RETRACCION DEL COLGAJO.

Por tratarse de una zona con gran irrigación, será necesario cohibir la hemorragia con una gasa estéril. El colgajo se desprendera con un pericostomo introduciendolo entre los labios de la incisión, tocando hueso, desprendamos la mucosa vestibular con giros suaves del instrumento dirigido de distal hacia mesial y deteniéndose a nivel del espacio interdentario. El desprendimiento del colgajo lingual se hace de igual manera - que el anterior, llegando al limite de la cara lingual del molar retenido.

Podemos mantener fijo el colgajo vestibular con unas pinzas de disección y el colgajo lingual lo mantendremos con sutura. El proposito de ésto es tener una buena visibilidad.

5.- LSTECTOMIA.

En éste tiempo quirúrgico se eliminara toda retención ósea que nos pueda hacer difícil el poder extraer el molar, y así - también evitar ejercer fuerzas excesivas que pudieran fracturar o lesionar algún tejido.

La osteotomía se puede realizar por medio de escoplos o por fresas quirúrgicas.

Osteotomía con escoplos.-

Cuidados durante la operación.

a.- Evitar el contacto del escoplo con el molar para conservar cortante el borde del instrumento.

Desventajas principales.-

La intencidad del golpe con el martillo sobre el escoplo para realizar los cortes necesarios puede repercutir sobre la articulación temporomandibular y el oído.

7.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD LSEA.

El objetivo de éste tratamiento es:

- a.- Eliminar el saco pericoronario.
- b.- Obturación médica de la cavidad.

El saco pericoronario se va a eliminar con unas pinzas - curvas de Kocher y se despegara de la pared ósea con una cuchilla filosa.

Es importante no dejar residuos porque podrian ser fuente de infecciones futuras y en algunas ocasiones se pueden llegar a formar neoplasias.

La obturación de la cavidad se va a realizar con ceros de acción antibiética que es de fácil absorción por el organismo y también tiene una acción hemostática (Albogyl).

8.- SUTURA.

Una vez concluidos todos los pasos anteriores y realizada la extracción del molar se procede a suturar, para esto se va a atravesar el colgajo lingual y enseguida el bucal con una aguja curva enhebrada con hilo seda (opcional), tomada con un portaagujas, en éste mismo sentido se corre el hilo dejando un extremo libre de 3cm. aproximadamente, se sujeta con los índice y pulgar de la mano izquierda el extremo que contiene la aguja y damos dos vueltas alrededor del buendo del instrumento, pinzamos al extremo libre de con el portaagujas, sin soltar firmemente los extremos y para tener mayor firmeza repetimos la maniobra realizando las vueltas en sentido contrario.

Las cualidades que debe presentar una sutura son:

a.- Que no haga tracción en los tejidos.

b.- Que abarque el tejido necesario para que éste no se rasgue.

La seda de tres caros y el cat-gut son las suturas más empleadas en éste tipo de cirugías.

2).- TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.

Los terceros molares retenidos superiores se presentan en un porcentaje menor a los inferiores. Su erupción causa accidentes comparables a los producidos por otros dientes.

El tercer molar superior presenta un accidente de erupción, que le es propio. Ocurre por lo general en aquellos molares que erupcionan hacia el lado del carrillo, es decir que presentan bucurversión.

Este accidente está caracterizado por los siguientes hechos clínicos al hacer su erupción. El molar pone su cara triturante en contacto con la mucosa del carrillo. por un doble mecanismo, aumento de la erupción y movimientos masticatorios, la cara triturante del molar, o una de sus cúspides termina por ulcerar la mucosa del carrillo. Esta úlcera se encuentra continuamente traumatizada por las cúspides del molar, produciéndose en éste hecho dolores de gran intensidad; los tejidos blandos vecinos se inflaman por este proceso ulceroso y se produce una celulitis de las partes blandas acompañada de trismus y ganglios infectados, todo lo cual repercute sobre el estado general. La masticación está impedida y la fonación dificultada.

El proceso no termina hasta que no se realiza la extracción del molar, o se suprime el factor traumático que son las cúspides.

Se puede aliviar y curar en pocas horas un proceso de esta índole, desgastando con una piedra de carburo las cúspides del tercer molar. La úlcera puede a veces pasar inadvertida, - porque queda escondida tras el molar, o el profesional la oculta con el espajo al hacer el exámen. La úlcera, suprimidas las cúspides debe ser tocada con licor de Bonain, con lo cual los dolores desaparecerán y la úlcera desaparecerá también cicatrizado.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.

El tercer molar superior es susceptible de una clasificación con fines quirúrgicos. Las variaciones en la posición del molar son menores que en el inferior. -

La retención del molar puede ser intraósea o submucosa. En la retención submucosa puede ser total o parcialmente retenidos.

Las posiciones que puede ocupar el tercer molar superior son:

- 1.- Posición Vertical.
- 2.- Posición Mesioangular.
- 3.- Posición Distangular.
- 4.- Posición Horizontal.

EXTRACCION QUIRURGICA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO.

Para la extracción del tercer molar superior es menester practicar una incisión y realizar la osteotomía necesaria como para poder eliminar el molar retenido, dentro del hueso que lo aprisiona.

INCISION.

Puede usarse la incisión de dos ramas, que llamaremos bucal y anteroposterior se traza próxima a la cara palatina del diente, paralelamente a la arcada y en una longitud de un cm. La incisión bucal parte del extremo anterior de la primera incisión y se dirige hacia afuera, rodea la tubercidad del ma-

xilar y asciende hasta las proximidades del surco vestibular donde termina. La incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso o cerca del molar y en sentido anterior hasta hasta el cuello del segundo molar. El colgajo se desprende según se ha señalado, con un perióstomo y se sostiene con un separador.

OSTEOTOMIA.

El hueso que cubre la cara triturante se elimina con escoplos rectos o con fresa quirúrgica, siguiendo las instrucciones dadas para la extracción del tercer molar inferior. En ciertos casos el hueso a nivel de la cara triturante es tan frágil, que puede ser eliminado con una cucharilla para hueso, o con el mismo elevador. La osteotomía es una maniobra importante; es menester, en todos los tipos de molares superiores, ver por lo menos, la cara bucal y mesial del retenido. La cara mesial será la superficie sobre la cual se aplicará el elevador para extraer el molar retenido. Si es accesible, no se requiere de ninguna maniobra previa, si no lo es, se necesitará eliminar el hueso del tabique mesial, que impide la entrada del instrumento. La osteotomía a este nivel se realiza con un escoplo recto, o con una fresa redonda.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.

Cualquiera de los elevadores rectos puede ser utilizado para realizar la extracción del molar retenido, usando preferentemente los numeros 1,2 ó 14 (R-L), de Winter, elevadores rectos o elevadores de Clav-dent.

Se coloca la punta del elevador en el espacio existente entre la cara mesial del tercero y la distal del segundo, actuando como cuña lo que logra que se luxe, se aplica de cara

plana, sobre la cara anterior del diente en sentido diagonal trazado sobre dicha cara, se usa la cara del segundo molar - como punto de apoyo. Aplicando el elevador se inicia el movimiento de luxación hacia abajo y afuera.

EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR EN POSICIÓN MESIANGULAR.

La extracción en éste caso está condicionada por la dirección del molar y la cantidad del hueso distal. Algunas trabas pueden presentarse en ésta extracción; la cantidad de hueso - distal y el contacto con el segundo molar. Anivel del maxilar superior, la elasticidad del hueso permite movilizar el molar, sin necesidad de seccionar el diente retenido. El contacto mesial está vencido por la posibilidad de mover el diente hacia distal. Por lo tanto, el problema en éste tipo de retención - reside en la osteotomía distal y triturante y en la preparación de la vía de acceso para el elevador. Esta vía de acceso necesita una mayor osteotomía en el lado mesial que en la retención vertical, porque el punto de aplicación del elevador ha de ser más alto. Para lograr éste fin es menester eliminar parte de la tabla ósea vestibular, que cubre la cara bucal del molar retenido.

La iniciación es igual que para el tipo anterior. La osteotomía se realiza con los mismos procedimientos ya señalados para los otros tipos de retención, requiriendo solo una mayor incisión de hueso en distal, para descubrir el diente hasta - el nivel del cuello.

Se introduce profundamente el elevador hasta llegar a aplicarlo sobre la cara mesial del diente. Los movimientos son los mismos, a excepción de que el molar debe ser dirigido pri

mero hacia distal, para vencer el contacto mesial, y luego - los movimientos del elevador dirigen al diente abajo y afuera. En molares con raíces abiertas, con cementosis o dilaceradas, éste movimiento debe ser hecho con lentitud y sin esfuerzos bruscos para evitar alguna fractura.

EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR EN POSICIÓN DISTANGULAR.

La rama anteroposterior de la incisión debe dirigirse más distalmente que en los casos anteriores para evitar desgarramiento de la encía.

OSTEOTOMIA.

Generalmente no hay hueso sobre la cara trituyente, ni hacia distal, solo es menester preparar la vía de acceso en el lado mesial. Se coloca el elevador sobre la cara mesial del tercer molar y éste se dirige hacia abajo y atrás. Especial cuidado hay que tener en este tipo de retención, con la tuberosidad y la apófisis pterigoideas. Movimientos bruscos pueden fracturarlas.

EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR EN POSICIÓN HORIZONTAL.

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

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

Al término de ésta impresión, podemos darnos cuenta de la importancia que representa en éste tiempo, la preparación intelectual para poder desarrollar con éxito cada una de nuestras empresas, así en la odontología como en cualquier ciencia de la salud, el profesionista deberá tener no solo un campo de vista intelectual amplio, sino que deberá ser una persona con mucha sensibilidad para poder contribuir con sus semejantes en el cuidado de la salud, ve a ser labor del profesionista, el tratar por todos los medios de ayudar a aliviar el dolor humano poniendo siempre su máximo empeño y conocimiento en la búsqueda de éste tan preciado bien.

En el desarrollo de los seres humanos, existen ciertas deficiencias y patologías, las cuales deberán ser corregidas -- por algún especialista, por tal motivo y al término de ésta obra podemos resumir lo siguiente:

El conocimiento profundo de las labores que realizamos; así como la gran dedicación en la práctica, son cosas fundamentales para poder tener éxito en cada una de nuestras actividades dentro del consultorio dental.

Dado que la intervención quirúrgica de los terceros molares, se trata de una cirugía de tipo menor, es un compromiso para el C.D. de practica general el procurar atenderlas.

Es importante conocer y saber tratar, todas las complicaciones que se pudieran presentar tanto pre, trans y posoperatoriamente para evitar algún problema de tipo mayor.

La realización de una H.C. completa, nos puede prevenir -- de ciertas complicaciones en el momento de la cirugía, así co-

mo también antes y después de realizar la intervención quirúrgica.

La retención de los terceros molares pueda ser tratada por diferentes técnicas, para poder elegir la más adecuada a cada caso, deberemos analizar, el estado de cada úraa por trabajar; así como las condiciones generales del paciente.

La entrega total en el desarrollo de las labores; como también en el estudio y la preparación, podrán llegar a ser nuestras compañeras en el camino del éxito.

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

W. Harry Archer. " Cirugía Bucal ".

Dorrance G. N. " Dental Cosmos ".

G. A. Ries Centeno. " Cirugía bucal ".

Tieke Stuteville Calandra. " Fisiopatología ".

Dr. Florentino Hernández Flores. " Apuntes de Cirugía -
Maxilofacial ". Impartidos en la Clínica Venustiano Ca-
rranza. UNAM. 1984.

Dr. Niels Bjorn, Jorgensen; " Anestesia Odontológica ".
Editorial Interamericana 1975.

Quiroz F. (1952) " Tratado de Anatomía Humana Tomo I ".
Editorial Porrue S.A. México D.F. Segunda Edición. P. P.
76 - 78.

Sischer H. (1960) "Anatomía para Dentista". Segunda Edi-
ción, S.A. Barcelona España P. P. 42-47.

Gonzalez G. R. " Evaluación Radiográfica, del Tercer Mu-
lar Inferior incluido ". Rev. Hispano - Americano de L--
odontología. Volumen. VI N°. 36 Nov-Dic 1967 P. P. 381 -
388.

Pert - Euler (1951) " Tratado de Odontología " Primera -
Edición Labor, S.A. Barcelona España. P. P. 198-201-212
215.

Guralnik Walter C. " Cirugía Oral " Editorial Salvat 1971.

Alvin L. Morris. " Las Especialidades Odontológicas en la
Práctica General "

Harry M. Bohannan. Editorial Labor Segunda Edición. Barcelona
1976.

BIBLIOGRAFIA.

Schuchard Karl. "Tratado de Odontostomatología".

Editorial Alhambra, Tomo III, 1962.