



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

**TECNICAS DE CIRUGIA ORAL MENOR
EXTRACCION QUIRURGICA DE DIENTES
Y APICES RADICULARES**

TESIS PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N :**

**MARIA DEL ROCIO GOMEZ DE LEON
ALMA PATRICIA ROMERO RAMIREZ**

México, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TEMARIO

TECNICAS DE CIRUGIA ORAL MENOR

EXTRACCION QUIRURGICA DE DIENTES Y APICES RADICULARES

- I. INTRODUCCION
- II. DIENTES CON PATOLOGIA RADICULAR
 - a) Dilaceraciones
 - b) Fusiones radicales
 - c) Hipercementosis [cementoma]
 - d) Anquilosis radicular
 - e) Raíces supernumerarias
 - f) Concrecencia
 - g) Osteoesclerosis
 - h) Raíces largas
- III. RESTOS RADICULARES
- IV. TECNICAS BASICAS
- V. TECNICAS DE EXODONCIA QUIRURGICA
- VI. COMPLICACIONES
 - a) Hemorragias
 - b) Fracturas
 - c) Infección
 - d) Alveolitis
- VII. CONCLUSIONES

T E M A I

INTRODUCCION

El objetivo principal al efectuar esta monografía, es poner al día los conocimientos del dentista general sobre la Cirugía Oral Menor, con el fin de que pueda prestar mejor asistencia quirúrgica especialmente a los pacientes que viven en localidades donde no se dispone de cirujano oral o al paciente que por sus posibilidades económicas, le está imposibilitado acudir a la consulta del especialista.

Es indudable que existen dentistas generales excelentes, cuya actuación profesional es superior a la de los especialistas medio - cres. El práctico general debe realizar las operaciones para las cuales se considere capacitado, tanto teórica como prácticamente y de ésta forma evitar un perjuicio al paciente. El dentista que sólo opera ocasionalmente, presta un flaco servicio no solo al paciente, sino también a sí mismo. Si el cirujano dentista tiene el proyecto de interesarse más por la Cirugía [Oral Menor], debe estudiar, -- equiparse adecuadamente y operar con regularidad cirugías que no representen riesgos mutuos dirigidos principalmente al paciente.

El practicar la Cirugía a nivel del consultorio, nos dará la pauta y nos permitirá introducirnos en los campos de las especialidades como lo es en este caso, la Cirugía Oral Menor. Otra de las --- grandes ventajas de operar en el consultorio es dar un campo más ---

amplio al odontólogo para intervenir a sus pacientes sin la necesidad de la hospitalización siendo estos remitidos únicamente, en los casos necesarios. El aconsejar a un paciente que consulte un especialista, será en los casos en los que el profesional no se sienta capacitado para llevar a cabo dicha intervención, razón por la que el paciente agradecerá la prudencia y honestidad al tratar dichos casos.

El cirujano dental conocerá y sabrá valorar las patologías y diferentes trastornos por los que cursa el paciente, así como las técnicas y tratamientos a los que deba someterse. De esta forma podremos efectuar satisfactoriamente la cirugía con buenas perspectivas de restablecimiento general favorable.

Es por esta razón que me permito efectuar este trabajo, como aportación para el estudio y la facilitación del práctico general que se interese por superarse cada día más, asimismo no limitarse o encasillarse en tratamientos tan simples y de uso rutinario como lo acostumbran tantos profesionistas, por eso los invito a seguir en el estudio y práctica continua de las especialidades, refiriéndome en particular a la Cirugía Oral Menor.

T E M A I I

DIENTES CON PATOLOGIA RADICULAR.

- A. DILACERACIONES
- B. FUSIONES RADICULARES
- C. HIPERCEMENTOSIS [CEMENTOMA]
- D. ANQUILOSIS RADICULAR [EN DIENTES TEMPORALES Y PERMANENTES]
- E. RAICES SUPERNUMERARIAS
- F. CONCRESCENCIA
- G. OSTEOSCLEROSIS
- H. RAICES LARGAS

A. Dilaceraciones.

Anomalia frecuente en forma y anatomía radicular que se relaciona íntimamente con la exodoncia. Origina serios problemas, si no se investiga su existencia prequirúrgica.

La dilaceración se puede presentar como: una angulación simple o doble, brusca o gradual, de una o más raíces dentarias, que se produce a distintos niveles, especialmente en el tercio apical. Desgraciadamente para el exodoncista es de observación diaria, por lo cual el examen radiográfico preoperatorio resulta de rutina. Todos los dientes pueden

ser afectados, aunque resultan los multirradiculares los exponentes más conspicuos. En el tercer molar inferior es casi de regla. Se menciona como posible causa a un traumatismo a nivel de la angulación durante la morfogénesis aunque esto no explica su frecuencia.

B. Fusiones radiculares.

Se denomina sinostosis radicular a la soldadura total o parcial de las raíces normales y/o suplementarias. Se observa con frecuencia en los terceros molares y en el segundo molar superior. Se postula a una causa mecánica posiblemente la falta de espacio, como probable causa.

C. Hiper cementosis [cementoma]

Es la anomalía de forma y disposición de las raíces dentarias, caracterizada por la aposición de capas de cemento, que dan a esa porción del diente, un aspecto definido, caracterizado por un variable aumento en el tamaño radicular; puede asentar sobre cualquier diente, pero los premolares están, según Stagne más frecuentemente afectados. La lesión tiene directa relación con la exodoncia. La hiper cementosis, tiene muchas veces origen en los procesos de la osteofirosis periapicales.

Cementoma: un cementoma verdadero es una lesión poco común, se manifiesta como un crecimiento bulbar del cemento sobre la raíz del diente

te. Puede diferenciarse de la simple hipercementosis por la gran masa de tejido calcificado existente, su tendencia a provocar la expansión de las placas óseas de los maxilares y su aspecto histológico activo. No obstante el hecho de que el diente conserva su vitalidad, la extracción está justificada con base en la expansión continua de los maxilares.

D. Anquilosis Radicular

[En dientes temporales y permanentes]

Es la unión constante del diente al hueso [maxilar o de mandíbula] se puede presentar en dientes erupcionados o no erupcionados.

Los molares temporales anquilosados aparecen con frecuencia sumergidos y a veces casi enterrados en el hueso. Los dientes adyacentes pueden desviarse y reunirse sobre el diente anquilosado, bloqueando así la vía de extracción normal.

En dientes permanentes Esta [anquilosis] puede aparecer antes o después de la erupción, por lo tanto se dificultará la extracción dentaria, para lo cual es conveniente llevar a cabo un buen examen radiográfico, para afrontar la problemática que se puede presentar.

E. Raíces supernumerarias.

La presencia de raíces supernumerarias es un hecho bastante corriente. Puede tratarse de raíces, tamaño y forma bastante aproxima-

das a los normales o bien de raíces pequeñas y delgadas. Estos últimos son más frecuentes en los molares especialmente en el tercer molar. También los caninos y premolares inferiores, normalmente unirradiculares, pueden presentar en ocasiones, una raíz supernumeraria. Es evidente la necesidad de conocer la existencia de estas raíces supernumerarias en el planeamiento de las intervenciones de endodoncia y exodoncia.

F. Concrecencia.

Dos gérmenes forman normalmente y separadamente a dos dientes vecinos, pero la proximidad de estos determina:

- 1) La unión radicular de ambos por el cemento durante la etapa formativa [concrecencia verdadera].
- 2) La unión radicular como resultado de una hipercementosis originada por inflamación crónica, luego de finalizada la formación de la raíz [concrecencia adquirida]. Los dientes más frecuentemente afectados son los segundos y terceros molares superiores.

Es importante señalar las dificultades operatorias que puedan surgir durante la exodoncia, si estas anomalías pasan desapercibidas durante el examen clínico-radiológico.

G. Osteoesclerosis.

Radiográficamente se observan como manchas lechosas o imágenes

radioopacas de forma y extensión variable, en algunas radiografías esta imagen radiopaca está en vecindad con el ápice de un diente; en otras está separada del ápice dentario. Puede simular un cálculo salival, un odontoma, un cementoma. El odontoma y el cementoma, por lo general tienen una cápsula radiolúcida que falta en estos procesos (de osteoesclerosis), cuyos bordes son ligeramente difusos. Estas zonas de mayor condensación pueden interferir en cirugía, por tratarse de un hueso más ebúrreo, en estos procesos está disminuido el flujo de sangre, se deben extremar los cuidados pre y postoperatorios, pues son comunes las alveolitis en zonas de este tipo. Estas imágenes radioopacas, pueden clasificarse como: enostosis, osteogénesis, osteitis condensante, áreas ebúrreas y osteoesclerosis, obedecen a zonas de mayor mineralización, en relación con dientes con procesos de gangrena pulpar y la consiguiente reacción periodontica. No tiene en realidad ningún valor patológico y probablemente solo obedezca a una reacción crónica, inflamatoria o traumática; los alejados de los ápices dentarios o son secuelas de procesos de dientes ya extraídos o obedecen a razones de hiperostosis cuya etiología debe buscarse en los órganos regulares del metabolismo del calcio.

H. Raíces largas.

Se llegan a encontrar frecuentemente en la práctica general, siendo complicada su extracción de estas raíces ya que sus fracturas son muy frecuentes por su tamaño y la estrechez de éstas, provocando una debilitación que nos conduce a una fractura segura. Por consiguiente el examen radiográfico será de vital importancia para el plan de tratamiento.

to que debemos trazar de acuerdo a las complicaciones que se puedan presentar.

T E M A I I I

RESTOS RADICULARES.

La extracción de raíces, entra en un capítulo más importante de la exodoncia. Desde el punto de vista quirúrgico, debemos considerar dos tipos de raíces, aunque frecuentemente son iguales; la extracción de raíces erupcionadas que quedan en los maxilares como consecuencia de los procesos de las caries y la extracción de raíces de dientes fractura dos en intentos previos. La fractura de una raíz no deberá tomarse como resultado de negligencia, error o mala técnica por parte del operador, muchos factores contribuyen a la fractura radicular, incluyendo:

1. Anquilosis de la raíz al hueso.
2. Hipercementosis.
3. Mal formaciones radiculares.
4. Enfermedad periodontal
5. Dilaceraciones.
6. Hueso denso o esclerótico.
7. Falta de alineación de los bocados del fórceps con el eje mayor del diente.
8. Raíces largas y delgadas.

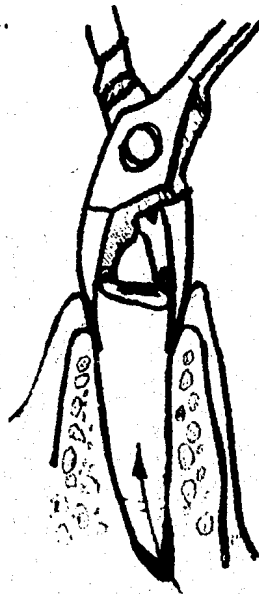
Cuando ocurra la fractura radicular, el cirujano eficaz habrá ya conside rado un plan de tratamiento. Al presentarse el problema en particular,

debemos desplazarnos inmediatamente y tomar los pasos necesarios, para la recuperación de la raíz, apropiados para el problema. Trataremos de considerar este capítulo, yendo de lo más sencillo a lo más complicado.

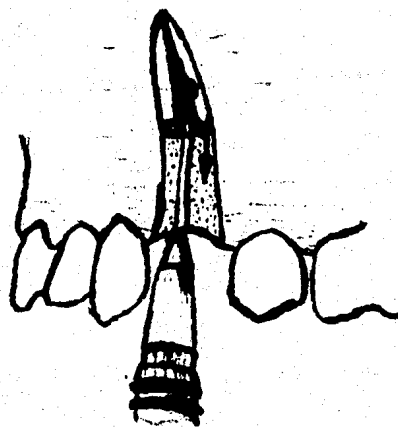
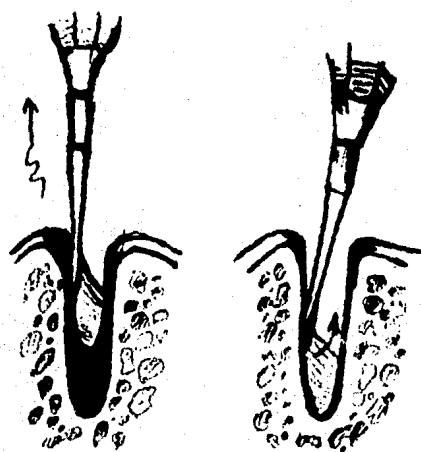
Los pasos para recuperación de raíces son los siguientes:

1. Fórceps para espículas radiculares.
2. Elevador apropiado
3. Técnica de fresa
4. Técnica de ventana
5. Colgajo y eliminación de hueso

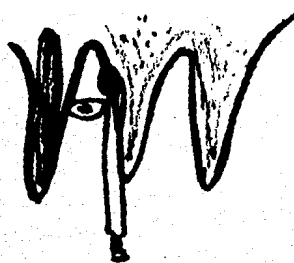
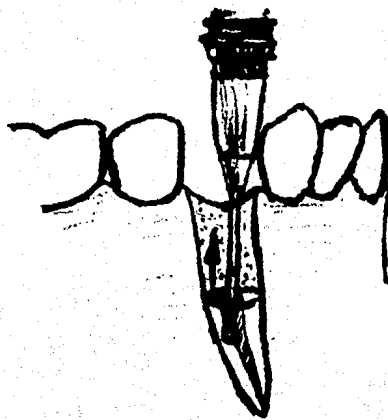
1. El uso y elección del fórceps adecuado es de gran importancia en la extracción de restos radiculares (como las espículas), para tales casos suele ser necesario los bocados largos y angostos que pueden ser aplicados profundamente. Si esto no resulta exitoso se procederá a la segunda etapa sin demora.



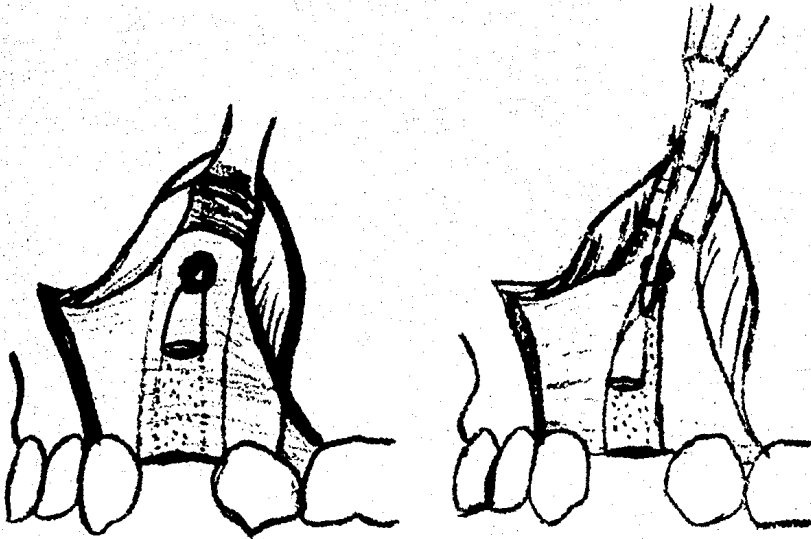
2. Utilizando el elevador como instrumento de desplazamiento, el elevador de hoja recta funciona muy bien. El instrumento deberá ser colocado en la porción alta de la raíz, inclinando la raíz hacia la porción inferior, manipulando a continuación el elevador de tal forma, que se desplace la raíz, deslizándola a lo largo de la pared del alveólo. Si es necesario usaremos un punto de apoyo si resulta más apropiado un elevador curvo.



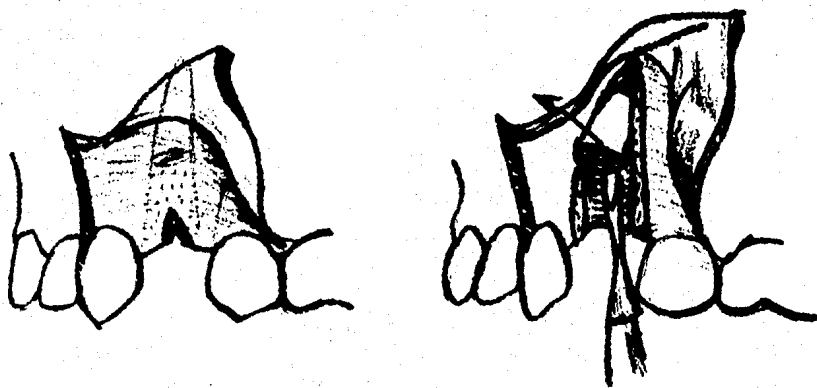
3. El tercer procedimiento para la recuperación de raíces es la utilización de la pieza de mano con una fresa redonda pequeña empleando como instrumento para retracción. El tamaño de la fresa puede ser determinado por el tamaño de la raíz que deberá ser extraída. Se introducirá la fresa giratoria en el centro del fragmento radicular, penetrando hacia abajo por el conducto y fijando la fresa en el fragmento del diente con una angulación pequeña para aumentar aún más la unión. A continuación se detiene la máquina y se retira la pieza de mano.



4. En ocasiones, la decisión de utilizar este procedimiento puede tomarse inmediatamente, pasando por alto las otras. El primer paso será el uso necesario de el levantamiento de un colgajo, una vez que haya sido levantado el colgajo, se hará una ventana con la fresa o cincel cerca del ápice de la raíz que deberá ser extraída. Será insertado un instrumento apropiado al tamaño de la ventana, proyectando la raíz fuera de su alveolo. El objetivo primario aquí es conservar hueso alveolar.



5. El paso final es más radical y sólo deberá intentarse cuando los otros hayan fracasado o no estén indicados. Implica el levantamiento de un colgajo completo, así como la eliminación de hueso, para obtener acceso. Siempre deberá hacerse una incisión vertical semi-neuman para colgajo a un diente de distancia de la raíz, la cual deberá ser extraída para asegurarnos que al volver a poner el colgajo en su lugar éste quedará sobre una masa sólida de hueso.



Otros de los puntos de importancia que debemos mencionar en la manipulación y el tratamiento de los restos radiculares es, la visión, que es quizás el auxiliar más importante para las técnicas de extracción de raíces, también son muy importantes la aspiración y la buena luz. Es importante recordar, el evitar hacer presión apical sobre la raíz especialmente en áreas cercanas al Antroconducto dentario o en los tejidos blandos.

Entre los accidentes que se pueden presentar en las recuperaciones de raíces, mencionaremos los más frecuentes y los procedimientos inmediatos a seguir.

Si un fragmento radicular es proyectado hacia el seno maxilar, no debemos agrandar esta comunicación al tratar de recuperar la raíz. Es necesario primero provocar un momento, con el aparato de succión para verificar si es posible hacer la recuperación a través del alveolo, aunque no debemos considerar realizar un procedimiento quirúrgico extenso en esta área. En ocasiones, la raíz puede encontrarse entre el hueso alveolar y la membrana del seno maxilar, dificultando la visión y la recuperación. Puede utilizarse irrigación y aspiración especiales con el fin de hacer flotar al ápice radicular hasta la superficie con el objeto de su extracción. Las curetas para antro también son útiles para recuperar éstos ápices; es importante hacer un buen estudio radiográfico con el fin de localizar los ápices.

En la mayor parte de las complicaciones del seno maxilar, deberá considerarse la protección del paciente con antibióticos y las gotas

nasales vasoconstrictoras, pueden también ayudar a asegurar el flujo normal de líquidos y drenaje del seno. También deberá prestarse atención al cierre adecuado del alveolo, lo que puede hacerse con una o dos suturas aisladas.

Los ápices radiculares proyectados hacia el conducto dental inferior se pueden presentar y las complicaciones para la recuperación incluyen hemorragia y daño nervioso, dando como resultado una posible anestesia o al menos parestesia. La extracción es un proceso meticuloso y sólo deberá ser intentado por un cirujano experimentado.

La pérdida del ápice de una raíz en el aspecto lingual del tercer molar inferior lo sitúa en un sitio que presenta gran dificultad para la extracción. Es necesario levantar un colgajo amplio sobre el aspecto lingual para el acceso de la zona.

Otra área en la que la recuperación de un diente o ápice perdido resulta difícil, es el espacio infratemporal posterior y superior a la tuberosidad del maxilar. En estos tejidos se encuentran importantes estructuras neurovasculares, así como el plexo venoso pterigoideo. Debemos proceder con cuidado para evitar trabajar a ciegas en esta zona y conservar siempre el contacto con el diente o la raíz mediante el tacto y la visión directa. La extracción desde esta zona exige una disección cuidadosa, ya que puede presentarse hemorragia grave o daño nervioso.

La pérdida de una raíz durante la extracción puede ser frustran

te y desalentadora, sin embargo un plan bien pensado que incluya varios procedimientos de recuperación, así como conocimiento de los peligros potenciales, hará mucho para aliviar esta angustia.

T E M A IV

TECNICAS BASICAS

Toda intervención quirúrgica se basa en los principios de la cirugía general, igualmente aplicables en este caso a la cirugía bucal (menor) cuyos postulados son:

1. Evitar el dolor.
2. Prevenir la infección.
3. Cohibir la hemorragia.

Las operaciones bucales (mayores o menores), no escapan a és -
tas indicaciones así como a los cuidados preoperatorios, transopera-
torios y postoperatorios a los cuales nos referiremos a continuación.

CUIDADOS PREOPERATORIOS:

En toda operación se requiere de una preparación previa, es de
cir, poner al paciente en condiciones mejores para soportar con éxi-
to una intervención. El cuidado preoperatorio fué definido por Arce
como " la apreciación del estado de salud de una persona en vísperas
de operarse con el fin de establecer si la operación puede ser reali-
zada sin peligro y, en el caso contrario, adoptar las medidas condu-
centes para que ese peligro desaparezca o sea reducido al mínimo".

Todos los casos y pacientes serán muy diferentes en sus estados

de salud, por lo que algunos casos extremos escaparán a nuestro propósito. Nosotros nos dedicaremos a señalar las medidas preoperatorias indispensables a todo acto quirúrgico bucal, las cuales son extremadamente simples y pueden clasificarse en:

1. Generales, que son las que se refieren al organismo total.
 - a). El tiempo de coagulación. Que normalmente es de 3 a 7 minutos.
 - b). Tiempo de sangrado (lapso en que cese espontáneamente el sangrado). El normal es de 1 a 5 minutos.
 - c). Examen General de Orina. El examen de orina nos informará de la existencia de los elementos normales o anormales, tales como albúmina, glucosa y acetona, que exigen un tratamiento previo.
2. Locales, las que se realizan en el campo operatorio antes de nuestra intervención.

Para realizar una operación en la cavidad bucal se exige que ésta se encuentre en condiciones óptimas de limpieza ya que no de esterilización. El tártaro dentario, las raíces y los dientes cariados serán extraídos u obturados. Se exceptúa esta medida cuando la extracción de dichas raíces o dientes constituye el objetivo principal de la operación.

Las afecciones que contraindican una operación bucal, siempre que ésta no sea de gran urgencia, refiriéndonos a las gingivitis y a las estomatitis (en especial las úlcero-membranosas), terreno extraordinariamente malo para cualquier operación que necesitará un tratamiento previo.

En cuanto a las lesiones tuberculosas y sífilíticas (chancro y placas mucosas) éstas contraindican toda operación bucal por el peligro que representa para el cirujano, como es el contagio.

Aún en estado normal, la boca, antes de una operación en ella, debe ser cuidadosamente lavada con una solución de agua oxigenada o soluciones jabonosas. Especial dedicación hay que prestarle a los espacios interdentarios, a las lenguetas gingivales y a los capuchones de los terceros molares. Estas regiones serán lavadas con una solución de agua oxigenada o un antiséptico cualquiera y pintadas con tintura de yodo y alcohol antes de la operación.

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

CUIDADOS TRANSOPERATORIOS:

En este nos referiremos al cuidado, precauciones y técnicas empleadas para llevar a cabo dicha operación, que será básicamente

la que elija el profesional según sus deseos y conocimientos, para evitarse problemas y complicaciones innecesarias en el transcurso de ésta. Así, de tal forma, facilitará el manejo del caso ante los riesgos y trastornos que se pueden producir en toda intervención quirúrgica.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS:

Son el conjunto de maniobras que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico y colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud. El tratamiento postoperatorio es una fase muy importante de nuestro trabajo, pues la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente, una vez terminada la operación, puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención.

Los cuidados postoperatorios deben referirse a la herida misma (y al campo operatorio que es la cavidad bucal) y al estado general.

1. Higiene de la cavidad bucal.

Al término de la operación, el ayudante o la enfermera lavará la sangre que pudo haberse quedado sobre la cara del paciente con una gasa empapada de agua oxigenada o suero fisiológico. La cavidad bucal será irrigada con una solución del mismo medicamento (que és-

ta sea proyectada), cuya misión es limpiar y eliminar sangre, saliva y restos que eventualmente pueden depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios. Estos elementos extraños entran en putrefacción y colaboran en el aumento de la riqueza de la flora microbiana bucal. En su domicilio, el paciente (ya realizada la formación del coágulo) hará lavados suaves de boca cuatro horas después de la operación, con una solución antiséptica cualquiera.

Los agentes físicos como el frío, son de gran uso en los cuidados postoperatorios, ya que evita la congestión y el dolor postoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias además de disminuir y concretar los edemas postoperatorios. Su uso será en bolsas de hielo o toallas en períodos de 15 minutos seguidos por otro período de descanso de 15 minutos. Esta terapéutica solo se aplicará durante las primeras 24 horas siguientes a la operación. Prolongarlo por más tiempo su acción es inútil o perjudicial en la producción de dolor en este último caso, estará más indicado el calor.

El frío complementado con el empleo de una solución de sulfato de magnesio (100 grs. en medio litro de agua) empapada en una pequeña toalla y aplicada en el lugar indicado (guardando el resto en refrigeración), tiene acción terapéutica y su objetivo es reducir los edemas.

Otro agente físico es el calor. No solamente lo empleamos para

"madurar" los procesos flogísticos y ayudar a la formación de pus; después del tercer día, puede aplicarse para disminuir las alveolargias y dolores postoperatorios. Su aplicación será de la misma forma que con el uso de compresas frías, a partir de las siguientes 48 horas postoperatorias.

Respecto a los cuidados de la herida, si ésta evoluciona normalmente, no será necesaria la terapéutica ya que la naturaleza sabia, provee las condiciones suficientes para la formación del coágulo y la protección de la herida operatoria. Un alveolo que sangra y se llena con un coágulo, tiene la mejor defensa contra la infección y los dolores.

La extracción de los puntos de sutura será al cuarto o quinto día, pasando sobre estos un algodón mojado en tintura de yodo o de merthiolate con el objeto de esterilizar la parte del hilo infectado.

2. Tratamiento general del paciente.

Dicho tratamiento se refiere al mantenimiento de los signos vitales tales como: mantenimiento del pulso, de la tensión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria así como los emuntorios, la alimentación del paciente y del tratamiento general de las complicaciones postoperatorias (vacunoterapia, tratamiento de la hemorragia terapéutica, etcétera. Antes de despedir al paciente, se le de

ben dar instrucciones precisas respecto al cuidado que ha de tener - en su domicilio; medidas tales como enjuagatorios, alimentación (en cuanto al tipo de dieta dependiendo de la intervención, que generalmente es de 48 a 78 horas dieta líquida, siendo hipocalórica e hiperprotéica; después de las 48 ó 78 horas, según lo requiera, se mandará dieta blanda hasta retirar los puntos de sutura estableciendo la dieta normal) y tratamiento médico (antibióticos, quimioterápicos y corticoides).

Es indudable que por tratarse de una afección local, la preparación necesaria es menor que las indicadas para una cirugía general: Pero no por esta causa nos limitaremos en el uso y la necesidad de conocer los campos así como llevar a cabo los procedimientos de "asepsia" y "antisepsia".

La "asepsia" es el método o procedimiento por el que se trata de impedir la llegada de los gérmenes patógenos al organismo humano y evitar por lo tanto la infección.

Constituye la base de la cirugía moderna y hoy en día no se concibe la realización de un acto quirúrgico sin que vaya precedido por la más rigurosa asepsia. La destrucción de los gérmenes infectantes debe realizarse en el ambiente que se va a efectuar la intervención. En las manos del operador y de sus ayudantes, en el campo operativo, en el instrumental y en todos los elementos que puedan efectuar se durante al acto quirúrgico, la asepsia se logra por medio de la

antisepsia.

"Antisepsia" es el método que se propone evitar el desarrollo de los microbios o trata de desviarlos para combatir e impedir la instalación de procesos infecciosos.

Hablando técnicamente daremos a conocer básicamente los tiempos en que se basa la cirugía para su satisfacción.

- 1º DIERESTS.
- 2º LA OPERACION PROPIAMENTE DICHA.
- 3º LA SINTESIS DE LOS TEJIDOS. (SINERESIS).

La cirugía bucal (menor) no se aparta de estos cánones, solo que por la índole del terreno a intervenir, la operación adquiere una modalidad en particular. Por consiguiente, una intervención de cirugía bucal (menor) se compone de los tiempos siguientes:

1. INCISION.
2. OSTEOTOMIA.
3. OPERACION PROPIAMENTE DICHA.
4. TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.
5. SUTURA.

INCISION.

La incisión en la cavidad bucal tiene como objeto, abrir por medio de mecánicos, térmicos o eléctricos, el tejido gingival.

Consideramos la incisión por medios mecánicos cortantes: el bisturí y tijeras.

Los diferentes tipos de bisturís que se pueden usar en cirugía bucal son: el de Bard-Parker, el de Mead con hoja en forma de hoz (que se usa en sitios poco accesibles pues corta por los dos filos) el de Austin y por último el sindesmoto.

Los bisturís constan de mango y hoja. Esta puede ser fija y removible al mismo tiempo, de diferentes formas y tamaños, las cuales se eligen según la operación a realizar. El tamaño y la forma de las hojas están clasificadas por números que varía según la marca. Por lo general son del 10 al 23; las que usamos comunmente en la cirugía bucal son 10, 11, 12 y 15, siendo ésta última la de mayor uso.

- 10 forma de oliva grande
- 11 forma de lanceta
- 12 forma de asadón
- 15 forma de oliva pequeña

Manejo de Bisturí:

El bisturí se toma con la mano como si fuera un lápiz. Este instrumento debe apoyarse entre la cara palmar del dedo índice, la cara palmar del pulgar y el borde radial del dedo medio. La porción

posterior del bisturí descansa en el espacio interdigital de los dedos pulgar e índice. Es necesario que la mano que maneja el bisturí tenga un punto de apoyo, el cual se obtiene aplicando los dedos meñique y anular sobre la arcada dentaria vecina, sobre el arco alveolar o sobre un plano resistente que puede estar dado por los dedos de la mano contraria, la cual a su vez apoya sobre la cara del paciente. De esta forma la mano activa adquiere firmeza y precisión.

Las tijeras como instrumento de sección de tejidos, tiene escaso uso en nuestra especialidad. Pueden ser rectas o curvas, de puntas romas o agudas y de diferentes longitudes; se emplean para seccionar festones gingivales, lengüetas y trozos de encía, en el tratamiento de las paradentosis como son las tijeras de Neumann, que se adaptan al trabajo que tienen que realizar, pudiendo alcanzar la región palatina o lingual de difícil acceso, también pueden usarse tijeras para seccionar bridas fibrosas, cicatrices y trozos de colgajos usando principalmente las tijeras rectas o curvas, otro uso será para cortar los puntos de sutura con tijeras de hojas pequeñas, en especial curvas, no tienen mayor aplicación en cirugía intrabucal.

Manejo de las tijeras:

Se toma con la mano derecha introduciendo el dedo pulgar y medio o anular en sus anillos, sirviendo el dedo índice como tutor y guía apoyándose en la cruz de las tijeras.

Otro instrumento por medio del cual se nos puede facilitar la incisión, es con el uso de las pinzas de disección, como es, para ayudarse en la preparación del colgajo y en otras maniobras.

Las hay de diferentes tipos, entre las cuales tenemos las pinzas de disección dentadas, que al tomar la fibromucosa no la lesiona; las pinzas de dientes de ratón con tres pequeños dientes que se engranan y de esta forma permiten sostener el colgajo; encontramos también las pinzas de Kocher o las pinzas atraumáticas de Chaput, que permiten tomar la fibromucosa bucal sin lastimarla ni desarrarla.

CONDICIONES QUE DEBE REUNIR UNA INCISION.

- A). Ser de un solo trazo.
- B). Perpendicular a los tegumentos.
- C). Por deslizamiento y no por presión.
- D). Con la amplitud, dirección y forma necesaria.
- E). Buena visualización y a la profundidad requerida.
- F). Que tenga soporte óseo.

A). Ser de un solo trazo. Sin líneas secundarias, rectilíneo, hecho con bisturí filoso, corresponde buena adaptación y buena cicatriz. Las dificultades en el desprendimiento del colgajo residen en los ángulos de la incisión. Tales "dificultades" significan desgarros y esfacelos.

B). Perpendicular a los tegumentos. Antes de practicar una incisión, se recordarán las relaciones tegumentarias y antómicas tanto para planear su dirección como para prever de la suficiente irrigación al colgajo, evitando de esta forma los trastornos nutritivos y su necrosis. De esta manera tendremos presentes el recorrido de los vasos para evitar su sección; a pesar de que la fibromucosa posee gran cantidad de vasos anastomóticos, la sección de los principales, representa riesgos innecesarios.

C). Por deslizamiento y no por presión. En toda incisión debemos evitar que los tejidos se desplacen. Es conveniente fijar los tegumentos con los dedos índice y pulgar de la mano inactiva, mientras que con la activa se "desliza" el bisturí (y no por presión); cuando los trazos son largos se recorren los dedos a medida que avanza el bisturí. Este hecho es con el fin de mantenerlos tensos en sentido inverso a la dirección del corte, el cual debe ser generalmente de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo.

D). Con la amplitud, dirección y forma necesaria. La incisión debe ser lo suficientemente extensa como para permitir un colgajo amplio y tener una observación completa del campo operatorio, evitando desgarramientos y torturas del tejido gingival, que siempre se traduce en necrosis y esfacelos de las partes blandas. Por otra parte, incisiones pequeñas o que no estén de acuerdo con los fines de la operación, impiden y dificultan el acto operatorio. En la cavidad bucal no deben realizarse incisiones económicas; tales inci -

siones no significan más que dificultades y trastornos en el acto operatorio. Algunos milímetros más en la línea de incisión no significan nada para el proceso cicatrizal, mientras que incisiones extremadamente pequeñas importan riesgos que deben salvarse.

E). Buena visualización y a la profundidad requerida. La incisión debe ser trazada de tal manera que permita una perfecta visión del objeto a operarse, así como la profundidad será relacionada con los planos anatómicos.

F). Que tenga soporte óseo. La incisión ha de tratarse de tal modo que al volver a adaptar el colgajo a su sitio primitivo, la línea de incisión repose sobre hueso sano e íntegro. Los puntos de sutura deben descansar sobre un plano óseo; de otra manera los puntos se desprenden, la incisión se abre nuevamente y el colgajo se sumerge en la cavidad ósea realizada, con los trastornos de cicatriza -- ción correspondiente.

PRINCIPALES TIPOS DE INCISION.

1. La incisión clásica en arco de Partsch:

Está indicada en aquellos quistes de gran tamaño o de tamaño mediano, en los cuales la enucleación de la bolsa traerá aparejados - trastornos por parte del hueso (hemorragias, fracturas, apertura del seno maxilar), y por otra parte, afecciones de los dientes (le

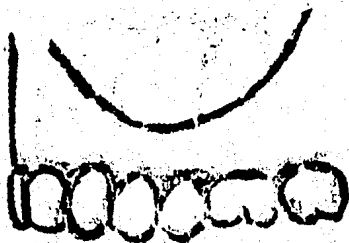
sión de la pulpa de los dientes vecinos).

Ventajas del método de Partsch:

- a). Sencillez de su ejecución.
- b). Buena visualización de la cavidad.
- c). La superficie ósea queda cubierta en toda su extensión por epitelio.
- d). Se evita la infección ósea y lesión de los dientes vecinos porque se conserva la bolsa quística.

En cambio las desventajas son dignas de tenerse en cuenta:

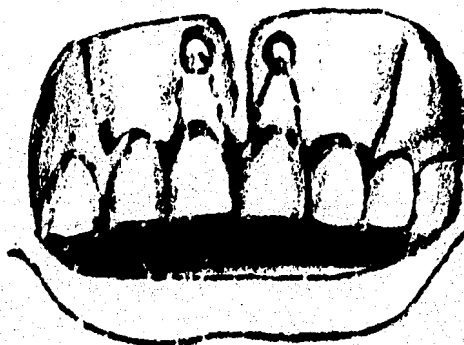
El epitelio quístico es un elemento patológico que debe ser eliminado porque puede sufrir transformaciones adamantinas, tumorales o recidivas bajo la forma de un nuevo quiste; por otra parte, la integridad histológica de la membrana quística no siempre es absoluta. La cavidad artificial creada permite la acumulación de alimentos y líquidos bucales y su putrefacción con los inconvenientes correspondientes.



2. Incisión de Neumann:

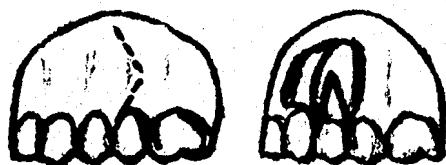
Se emplea en el tratamiento de la paradentosis y de los focos apicales; la incisión en festón de la bóveda palatina para la extracción de caninos retenidos, la empleamos con bastante frecuencia. Podemos decir que es nuestra incisión de elección, ya que la realizamos en casi todos los casos, a excepción de la apicectomía en portadores de coronas funda. No olvidemos por cierto, las formales contraindicaciones que se han hecho en esta incisión. En nuestra práctica no hemos tenido modificaciones macroscópicas en la incisión gingival a nivel del cuello del diente. Esta incisión se realiza desde el surco gingival hasta el borde libre, festoneando los cuellos de los dientes y seccionando las lenguetas gingivales. Las incisiones verticales deben terminar en los espacios interdentarios, originando de esta forma que la cicatrización sea perfecta y no deje huella.

La incisión de Neumann no se debe emplear en aquellos casos en que el diente a operarse es portador de una corona de porcelana u otro cualquier tipo de prótesis, porque la retracción gingival puede dejar al descubierto la raíz, con los consiguientes trastornos estéticos.



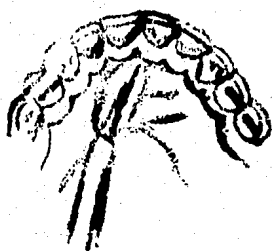
3. Incisión angular:

Este tipo de incisión angular se utiliza para la extracción de dientes y raíces, preferimos el colgajo ligeramente angular. Esta se inicia en la lengüeta interdientaria (distal o mesial) donde la coaptación posterior no deja huella a nivel del cuello del diente vecino; desde la lengüeta interdientaria, la incisión se dirige en un ángulo de 45 grados con el eje del diente a extraer, llegando hasta el nivel de la cara distal del diente vecino. Desde este punto, la incisión traza un ángulo aproximadamente recto y va a terminar por encima del ápice del diente que se ha de extraer. La incisión, que deberá ser mucosa y perióstica en todos los casos, debe ser trazada de manera que, al extraer uno o más dientes, el colgajo se pueda ampliar de acuerdo con las necesidades. En lo posible, debe trazarse la incisión respetando los frenillos y los orificios anatómicos.



4. *Incisión lineal:*

La incisión lineal es utilizada principalmente para el drenaje de los absesos, para la extracción de terceros molares superiores o inferiores retenidos.



Métodos para desprender el colgajo.

Una incisión se realiza para obtener un colgajo (es el desprendimiento y separación de la fibromucosa primaria incidida por el bisturí).

Hay un tipo de incisión que no se traza en pleno tejido gingival, sino que se realiza desprendiendo la fibromucosa del cuello de los dientes; es la incisión con la cual se obtiene el colgajo palatino, para extraer caninos retenidos. Una vez realizada la incisión, se coloca entre los labios de la herida o entre la fibromucosa y la arcada dentaria, una legra, espátula (de Freer) o periotomo (de Mead), preferiremos este último instrumento. Estos implementos se manejan de la misma forma que el bisturí, es decir, entre los dedos pulgar, índice y medio. Apoyándose decididamente contra el hueso y efectuando suaves movimientos de lateralidad con los cuales gira la espátula o el periotomo, a expensas de su eje mayor, se desprende el colgajo de su inserción en el hueso, elevando por lo tanto fibromucosa y periostio.

Otro instrumento que ayuda a la preparación del colgajo y tiene también otras aplicaciones en la coaptación del mismo para la sutura, son las pinzas de disección con dientes de ratón. Con ella se toma el labio de la incisión ligeramente movilizado y se va levantando el colgajo al mismo tiempo que la espátula lo desprende. Se usa sobre todo en la preparación de los colgajos grandes. La pinza se toma -

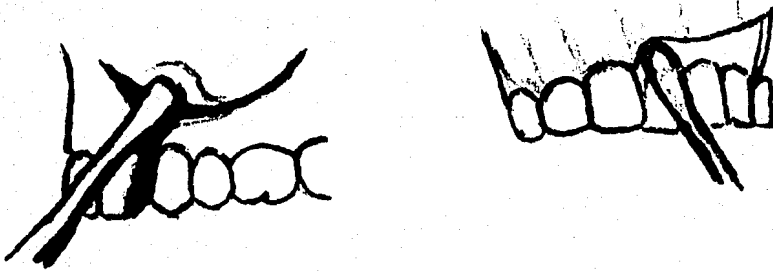
con la mano izquierda, entre la cara palmar del dedo pulgar y las mismas caras del dedo índice y medio.

El desprendimiento del colgajo debe realizarse en toda la extensión que requiere la operación. En algunas regiones, la incisión deberá encontrarse con planos musculares de poco volumen y extensión (músculos mirtiforme, canino, buccinador y cuadrado de la barba, etc.). En tales casos, la inserción de estos músculos deben ser legrados y éstos separados, de tal modo que la superficie ósea quede al descubierto. Este colgajo se mantiene levantado con un separador romo y sin dientes, con el objeto de no traumatizarlo; el colgajo palatino se fija permitiendo la visión del objeto a operar, sujetándolo a los dientes vecinos con un hilo de sutura que se pasa con una aguja por su borde libre.

No todos los colgajos vuelven a su lugar de origen; en ciertas plásticas el colgajo puede deslizarse e ir a ocupar otras regiones para cubrir perforaciones buconasales o bucosinusales, etc. En esos casos, al preverse las contingencias de tales operaciones, el colgajo deberá tener una base lo suficientemente ancha como para que su nutrición no esté perturbada.

En el curso de la operación en la cavidad bucal, es necesario el uso de separadores, con el propósito de no herir los labios o los colgajos para no traumatizarlos. Entre ellos tenemos los separadores de Farabeuf, cuyos extremos están acodados; los separadores

de Volkmann, que constan de un mango y de un tallo que termina en forma de dientes, los cuales se insinúan debajo del colgajo al cual mantienen fijo.



2. OSTEOTOMIA.

La osteotomía es la parte de la operación que consiste en eliminar o extraer el hueso que cubre el objeto de la operación. Dicha osteotomía se realiza con escoplos, pinzas gubias y fresas (cuyas funciones y características señalamos a continuación).

Escoplo y martillo: el uso de los escoplos en cirugía bucal es

muy frecuente. Tales instrumentos se utilizan para resecar el hueso que cubre el objeto de la intervención: la tabla externa en las extracciones del tercer molar inferior retenido, el hueso palatino - que a los caninos u otros dientes retenidos y en general a la tabla ósea vestibular.

El escoplo es una barra metálica, uno de sus extremos está cortado a bisel a expensas de una de sus caras y convenientemente afilado. Actúan a presión manual o son accionados a golpes de martillo, dirigidos sobre la extremidad opuesta del filo. Este martillo consta de una maza y de un mango que permite esgrimirlo con facilidad. Los escoplos también se emplean para seccionar dientes en las maniobras llamadas odontosección.

Hay varios tipos de escoplos que varían entre sí por detalles. La hoja del escoplo puede ser recta o estar ahuecada en media caña; otros escoplos como los de Barry (que empleamos en osteotomía para la extracción del tercer molar), escoplos con puntas cambiables, - las cuales de distinta forma, están dirigidas en sentido diverso y tienen distinta función. Un instrumento que tiene las características del escoplo y es utilizado a presión manual es el osteótomo de Winter que se emplea en exodoncia.

Manejo del escoplo y martillo:

El operador maneja el martillo y el escoplo, puede darse el ca

so en el cual el operador esgrime solo el escoplo y el ayudante maneja el instrumento propulsor. Si el cirujano maneja ambos instrumentos, el escoplo y martillo, toma el primero con su mano izquierda entre la cara palmar del dedo pulgar y los pulpejos del dedo índice y medio.

El martillo se toma con la mano derecha y actúa sobre el extremo del escoplo, con golpes secos pero efectivos; es preferible un golpe con resultados prácticos, que una sucesión de estos sin otro resultado que molestar al paciente. Si el operador no esgrime el martillo, esta función es desempeñada por el ayudante, tomando el escoplo con su mano derecha en la misma forma que señalamos para la mano izquierda.

Pinzas Gubias:

Las pinzas gubias se usan para agrandar orificios previamente preparados con los escoplos y fresas. La osteotomía también puede efectuarse con otros fines: para resecaer hueso sobrante del borde alveolar o puntos óseos que quedan después de las extracciones. Estas pueden ser rectas o curvas, que actúan extrayendo el hueso, por mordiscos sobre este tejido. Existen varios tipos, y dentro de éstos, variedades que residen en la angulación de sus ramas o en la disposición de su parte cortante.

Manejo de las Pinzas Gubias:

Se apoya en todo el hueco de la mano, con el pulgar sobre una de las ramas y los cuatro restantes contra la otra, esta pinza posee un mecanismo que le permite abrirse espontáneamente, después de cerrada por el operador. Con sucesivos golpes de cierre y abertura, la pinza funciona como una cizalla o como un sacabocados, extrayendo la cantidad de hueso requerido.

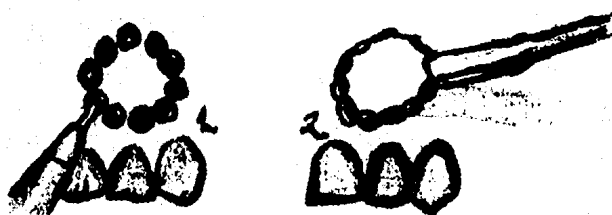
Las Fresas en el uso de la Osteotomía:

Las fresas son un instrumento muy útil en la Osteotomía, pues nos permite evitar el choque que el escoplo provoca, además de ser muy desagradable; la fresa actúa eliminando el hueso en su totalidad o realiza perforaciones vecinas entre sí, sobre la tabla ósea, el hueso limitado por las perforaciones es levantado con un escoplo. En el hueso producido por la osteotomía se eliminará todo el hueso que fuera necesario por medio de las pinzas gubias.

La fresa debe actuar siempre bajo el chorro de agua esterilizada o suero fisiológico, para evitar el recalentamiento del hueso, pudiendo ocasionar lesiones y secuestros. El agua se proyecta con una jeringa.

Entre las fresas que se utilizan tenemos las empleadas en odontología tales como: del 5 al 8 o de fisura del No. 560, también son útiles las fresas quirúrgicas de Schamberg en forma de flama 703

y cilíndrica 704, las fresas para labrar el caucho y las de Allport (de bola).



3. OPERACION PROPIAMENTE DICHA.

Se denomina así a la ejecución del tiempo sujeto a la operación la extracción de un diente retenido, de un granuloma en una apicectomía, de un quiste dentario, de un secuestro de una osteomielitis, etc.

En el curso de una intervención bucal, es necesario cohibir la hemorragia de los vasos seccionados. Esta hemorragia puede tener - distintos orígenes y según el vaso lesionado, distinta importancia;

en general, no tiene trascendencia y la hemorragia se cohibe espontáneamente o cede a los primeros tratamientos.

Los distintos orígenes se refieren al tejido que pertenecen los vasos lesionados ejemplo: gíngivales, de la bóveda palatina, ósea, ramas dependientes de la maxilar interna o vena dentaria inferior.

La Hemostasis: son los procedimientos por los cuales se cohibe la hemorragia; esta fase es muy importante en todo procedimiento quirúrgico. La hemostasis se realiza por sí sola cuando la hemorragia proviene de pequeños vasos por la acción del coágulo y la obliteración de la luz de los pequeños vasos capilares. Si la hemorragia proviene de vasos de mayor calibre, la hemostasis se logrará mediante diversos procedimientos tales como: químicos, físicos y biológicos.

Químicos: entre éstos están los fármacos llamados hemostáticos y coagulantes que favorecen la formación y retracción del coágulo como el percloruro de hierro, el ácido oxálico, adrenalina, antipirina y la epinefrina, que son vasoconstrictores que obran u actúan - disminuyendo la luz de los vasos.

Físicos: la temperatura produce vasoconstricción y por lo tanto hemostasis; las altas temperaturas carbonizan los lípidos y producen una escara o costra, la cual sirve como taponamiento. Esto es lo - que sucede en la electrodesecación o electrocoagulación. La presión

directa sobre la herida y el trayecto del vaso sangrante, se pueden hacer por medio de pinzas; pero la forma definitiva de cohibir la hemorragia es, por medio de la ligadura del vaso sangrante.

Biológicos: son de origen orgánico, como la espuma de fibrina celulosa y algunos estrógenos conjugados.

Nosotros nos ocuparemos de la hemostasis de los vasos mayores: gingivales cutáneos, intraóseos y de los ramos palatinos y dentario inferior (en pacientes, solo con índole de coagulación normal). No nos referiremos a la hemostasis, ligadura de grandes vasos (carótida), pues tales intervenciones se apartan de nuestros propósitos.

La hemostasis de los vasos mayores seccionados, es una maniobra de excepción en nuestra cirugía, operación fundamental en la cirugía general, la cual se realiza obturando con un instrumento el vaso que sangra y reemplazando enseguida el instrumento por una ligadura.

Instrumental para la Hemostasis Mecánica:

Pinzas Hemostáticas: es un instrumento destinado para hacer hemostasis comprimiendo una arteria o una vena que ha sido seccionada. Existen diferentes modelos de pinzas de forsiapresión para hemostasis siendo las más comunes en el uso de la cirugía bucal las de: Kocher

y la mosquito (curvas o rectas), las de Kelly (de rama recta o - curva), las de Crillé (parecidas a las de mosquito pero con boca dos más amplios), las de Allis, cuyo verdadero empleo es para la presión y extirpación de una porción de tejido, además de usarse como pinzas hemostáticas y las de Rochester.

Manejo de las pinzas Hemostáticas:

Se toman con la mano derecha, introduciendo el dedo pulgar en uno de los anillos y los dedos medio y anular en el otro. El dedo índice actúa como guía y se coloca sobre las ramas. En el momento de seccionar un vaso visible, se toma la pinza y se presiona por su punta (la zona sangrante). En nuestra cirugía no es fácil identificar el vaso sangrante y por medio de la compresión la hemorragia cesa. En general, estos vasos no necesitan ligadura: la acción de la pinza durante unos minutos es suficiente como para formar el coágulo obturador. Si hubiera necesidad de una mayor y mejor hemostasis ya sea porque la hemorragia continúa o por tratarse de vasos mayores, habrá necesidad de efectuar una ligadura.

Técnicas de la Ligadura:

El vaso y sus zonas próximas están presionados por la pinza; el operador toma una hebra de catgut No. 0 y lo desliza por debajo de la pinza, entre ésta y los planos subyacentes; aproxima el catgut hasta la punta de la pinza y rodea con él la zona que la pinza ha -

presionado; el ayudante tracciona la pinza suavemente, con lo cual hace más accesible la zona o el vaso a ligarse, en este momento el operador realiza con el catgut el nudo; se retira la pinza y se practica otro nudo, cuyos lazos son de dirección contraria al primero para evitar el deslizamiento del catgut; se corta el catgut sobrante y está terminada la ligadura.

Hemostasis de los vasos intraóseos:

En el transcurso de una operación, se puede presentar repentinamente una profusa hemorragia que emana de un vaso óseo lesionado; se trata en general de una pequeña arteria intraósea. la cual fue seccionada; es frecuentemente en la osteotomía de los bordes alveolares con fines protéticos, en la base ósea de implantación de los épulis (que tiene vasos propios), en el interior de las cavidades llenas de tejido de granulación y fungosidades, es decir, procesos de osteítis. En tales casos, se intenta la obturación de la cavidad o del borde óseo con un trozo de gasa (con medicamento); si la hemorragia no se cohibe, es necesario obturar el vaso que sangra. El acceso al interior del hueso donde está alojado el vaso, para ligar no es posible; no queda otro recurso que comprimir las paredes cercanas al hueso circunvecino. Para esta maniobra se toma un instrumento con una extremidad ligeramente roma, se coloca esta extremidad a nivel del sitio de la hemorragia y se aplica con el martillo un golpe seco, que tenga la virtud de comprimir las travéculas y por ende el vaso que sangra. La hemorragia cesa instantáneamente.

Hemostatis de los vasos palatinos:

En el curso de la intervención de la bóveda palatina y al practicarse el descenso de la fibromucosa que la cubre, los vasos palatinos que se relacionan con el agujero palatino anterior son seccionados, produciéndose por tal motivo, hemorragias a veces profusas. La hemostasis generalmente se hace por compresión con una torunda de gasa que se deja durante unos minutos sobre el sitio sangrante (la obturación puede permanecer más tiempo del requerido), si la hemorragia no cesa; en tal caso, el ayudante mantiene esta compresión mientras el operador se dedica a otros tiempos quirúrgicos. Tales hemorragias si no ceden a los tratamientos indicados, terminan cuando se repone el colgajo en su sitio: en caso de persistencia o de que se viera fluir abundante sangre entre el borde del colgajo y la arcada dentaria, habrá que descender nuevamente el colgajo y aplicar puntos de cauterio sobre el vaso sangrante. La arteria palatina anterior puede ser tomada con una pinza de Kocher (mosquito) eventualmente ligada.

Hemostasis de los vasos dentarios inferiores:

En intervenciones como de grandes quistes del maxilar inferior, los vasos dentarios inferiores pueden estar al descubierto en parte de su trayecto, seccionando estos vasos por maniobras imprudentes. Si la hemorragia es alarmante, (en tales casos) la aspiración y secado con gasas dejarán expedito el campo operatorio y nos permitirá ver el vaso que sangra. En algunas ocasiones es posible tomar con -

una pinzas el paquete que sangra; en otros casos, habrá que colocar una pinza en cada extremo de los cabos seccionados.

4. TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.

Ciertas operaciones necesitan un tratamiento de la cavidad ósea, ya sea porque el hueso está afectado o porque la condición de la operación así lo exige para evitar dolores postoperatorios.

El tratamiento de la cavidad ósea se realiza colocando directamente o dentro de ella, medicamentos, gasas (con medicamentos) o drenaje. El empleo de los medicamentos será básicamente el que nos ayude a realizar determinado tratamiento óseo; es por esta razón que daremos a conocer a grandes rasgos los usos y técnicas de la aplicación de estos medicamentos.

Como mencionamos anteriormente, las gasas serán utilizadas en el tratamiento óseo; como en el taponamiento siendo ésta impregnada con medicamentos (gasa yodoformada, xeroformada, euroformada, al rivanol, con fenol, alcanforado, bálsamo de Perú, tintura de benjuí, etcétera. El taponamiento se hará en cavidades de distinto volumen; alveólos post-extracción, cavidades de quistes o tumores, etcétera). Los fines por los que se hace el taponamiento son dos -- principalmente: (1) evitar la entrada a la cavidad, de sustancias o cuerpos extraños y (2) prevenir la hemorragia y el dolor.

El drenaje será también de uso en la cavidad ósea, ya que estas afecciones exigen comunicación por tiempo variable, de la cavidad ósea con el exterior. Tal comunicación se realiza con drenes de gasa o de goma.

El uso de sustancias en la obturación de cavidades óseas se ha incrementado además de ser apoyada por diferentes autores, como lo es Thoma que sostiene que el desarrollo de un método que permita que la herida dejada por las extracciones dentarias sea cerrada con seguridad, es una de las necesidades más importantes en cirugía oral: considera el autor que tres factores deben tenerse en cuenta:

- 1.- A causa de que es difícil lograr y mantener una absoluta asepsia en los actos quirúrgicos en la cavidad bucal, se necesita un agente bactericida y bacteriostático.
- 2.- Porque la hemorragia secundaria, aunque generalmente de ligera intensidad, es común durante las primeras 24 horas y tiene lugar a menudo después que desaparece el efecto hemostático de la anestesia local. Se necesita un agente hemostático local para prevenir equimosis o hematomas.
- 3.- Como prevención de la ruptura de un coágulo demasiado grande, que es excelente medio de cultivo para el crecimiento bacteriano, debe lograrse un agente obturador de espacio.

Entre los medicamentos de uso principalmente tenemos a:

- La tirotricina. Se emplea junto con la trombina y según el autor, los resultados son óptimos [Thoma].
- Las sulfonamidas. Se emplean en la obturación de los alveólos después de las extracciones, con una combinación modificada de sulfatiazol, 60%; glicerina, 40%; metágeno, 1:5.000 y alcohol bencilico.
- La fibrinfoam [espuma de fibrina]. Se trata de un valioso agente terapéutico de extraordinaria acción hemostática. Es un coágulo de laboratorio originalmente usado en neurocirugía, que se obtiene haciendo actuar fibrinógeno con trombina bajo ciertas condiciones químicas. Por lo tanto está compuesto de proteínas naturales del plasma humano. En estado seco, la fibrinfoam (como su congénere la gelfoam), presenta una gran área superficial, actuando así mecánicamente la sangre entra en esta red y la función de coagulación se realiza a expensas de esta propiedad del material. La fibrinfoam puede ser usada como tal o como vehículo para otros medicamentos, los antibióticos o la trombina. Tiene la propiedad de absorberse rápidamente, con una mínima reacción tisular desde el punto de vista histológico e imperceptible desde el punto de vista clínico.

En resumen el uso de fibrinfoam para la prevención de la hemorragia postoperatoria tiene una gran indicación en cirugía bucal. En hemofilia y en sujetos hemorragíparos se obtienen óptimos resultados; en su combinación con trombina, los resultados son extraordinarios.

- Celulosa oxidada (oxycel). La celulosa oxidada es un material que se obtiene transformando la gasa o el algodón común (celulosa) en un ácido orgánico (el ácido polianhidroglucorónico), por la acción del dióxido de nitrógeno. No es irritante y puede ser asimilado en tiempo variable. Tiene propiedades hemostáticas específicas, por la formación de sales de ácido celulósico y hemoglobina. El oxycel es un producto de gran aplicación en cirugía bucal, ya que puede emplearse como hemostático y como obturador de espacio.
- Gelfoam (esponja de gelatina). Es una esponja quirúrgica estéril, sin propiedades antigénicas. Se trata de una matriz esponjosa derivada de la gelatina, insoluble pero absorbible, de aspecto blanco lechoso y sumamente liviana. Tiene propiedades hemostáticas, la esponja de gelatina aunque insoluble en medios acuosos, es absorbible y como tal se usa a modo de una esponja quirúrgica, la cual puede dejarse in situ, después de cerrar la herida. Está probado que este material es susceptible de ser absorbido sin producir una excesiva cantidad de tejido escarótico o gran reacción celular dentro de las 4 a 6 semanas. Está indicada en la prevención de la hemorragia, especialmente cuando se añade trombina.
- Trombina. Este medicamento se emplea con algunos de los productos que fueron citados y con los cuales, en general, no representa incompatibilidad. Estos productos actúan por sus propiedades intrínsecas o como vehículo de la trombina, se puede usar la trombina humana o la de origen animal (bovina o de conejo).

5. SUTURA.

La sutura es la operación que tiene por objeto reunir los tejidos separados por la incisión. Manipulación indispensable en cirugía general, en cirugía bucal tiene sus partidarios y sus enemigos.

La palabra sutura proviene del latín "Sutum"; sutino y suecre: coser. Tiene por objeto reconstruir los planos incididos para favorecer la cicatrización.

La sutura constituye otro tiempo quirúrgico muy importante. Para facilitarla, se han empleado una multitud de instrumentos y agujas de distinto tipo, pero el procedimiento más empleado es el uso de agujas y portagujas. La forma, tamaño y grosor de la aguja varían según la clase de sutura y es menester emplear la adecuada para tal delicadeza, las hay atraumáticas y traumáticas, curvas y rectas; las curvas son de dos tipos: concavoconvexas (en sentido de sus caras) y concavoconvexas (en sentido de sus bordes).

Las agujas sólo se toman excepcionalmente con la mano. Las pequeñas agujas que se emplean en nuestra especialidad, se utilizan para tal cometido con portaagujas.

El portaagujas se maneja con la mano derecha, de la misma forma que cualquier pinza hemostática. Este instrumento toma la aguja aproximadamente en el centro del surco; la aguja debe estar enhebrada antes de iniciar la maniobra. La aguja perfora la fibromucosa (puede

tomarse este elemento con una pinza de disección) de la herida y perfora nuevamente la fibromucosa del colgajo opuesto apareciendo en la superficie; en este momento, el portaagujas abandona la aguja de su lugar de toma y vuelve a asirla, ya del otro lado para ayudar al paso de la aguja. El portaagujas se tracciona y hace describir a la aguja el último tramo de su recorrido. Este procedimiento no siempre es aplicable en la cavidad bucal, por dificultades inherentes al sitio donde se efectúa la operación, la maniobra debe realizarse en dos tiempos.

Materiales de sutura:

A pesar de que existen múltiples materiales de sutura, por lo general se dividen en: (1) absorbibles y (2) no absorbibles

- (1) Absorbibles: de origen biológico, siendo el más conocido el catgut, que está fabricado con el tejido conjuntivo del intestino delgado del carnero. Para su conservación se mantiene sumergido en un líquido antiséptico que no altera ni la flexibilidad ni la resistencia del material. En el mercado se encuentra en envases de cristal o polietileno, en diversos calibres y grosores que varían de un cero o más. Este material se conoce como catgut-simple y se absorbe en 8 o 10 días: si se desea que el tiempo de absorción se mayor, se trata mediante la impregnación de ácido tánico o crómico, por lo cual se llama cat-gut tánico o crómico, siendo el más común este último. Así podemos tener cat-gut absorbible en 15, 20 o 30 días, dependiendo de la canti-

dad de cromo que contenga.

Existen otros tipos de material absorbible como son: el tendón del canguro, que se usa como material de absorción lenta en casos muy específicos.

(2) Materiales no absorbibles:

- a) De origen vegetal: que son hilos manufacturados con fibras de algodón o de lino
- b) De origen animal: manufacturados con seda o crin de Florencia.
- c) Sintéticos: son aquellos derivados de la celulosa, tales como el nylon y el dermalón, que son los más resistentes y mejor tolerados por el organismo. También se encuentran clsificados de la misma forma que el catgut sin líquidos.

Requisitos de una buena sutura:

1. Reconstruir por planos, músculo, panículo adiposo y piel.
2. Unión perfecta, sin espacios muertos.
3. Tipo, técnica y material adecuado.
4. Herida limpia; libre de coágulos, tejido esfacelado y hemostasia

Métodos de Sutura:

Existen dos métodos para realizar las suturas: por puntos separados o sutura continua.

Sutura por puntos separados; es el procedimiento más usado en cirugía bucal, realizando puntos independientes uno de otro.

Se efectúa de la siguiente forma; se perfora la fibromucosa del lado lingual a una distancia aproximada de medio centímetro del borde de la incisión. La aguja recorre su trayecto y aparece en el colgajo bucal a una misma distancia del borde libre y frente a la perforación lingual. Se retira la aguja y el hilo recorre todo el trayecto que necesita hasta quedar tenso; se toman ambas extremidades, se afrontan los labios de la incisión y se anuda el hilo. Cada punto estará colocado a una distancia aproximada de un centímetro. Ciertos tipos de sutura se pueden realizar con espacios mayores (sutura en parodontosis y/o sutura para colgajos palatinos) o bien más aproximados (suturas en plásticas). El material de sutura con el cual se han afrontado los labios de la herida debe ser asegurado por medio de nudos, los cuales pueden ser de dos clases: a) nudo simple; b) nudo de cirujano.

Nosotros utilizaremos para tales fines el portaagujas, que es el más empleado en nuestro campo. La maniobra es sencilla y efectiva; se pasa el hilo por los labios de la herida, como si se fuera a practicar una sutura corriente con portaagujas. Se toma con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda, el cabo que tiene la aguja; se le apoya en el portaagujas y se hace dar al hilo dos vueltas completas al rededor del extremo del portaagujas, se entreabre ligeramente el instrumento y se toma entre sus mordientes el cabo libre; se tracciona el portaagujas de manera que las dos vueltas de hilo se deslicen hacia

adelante para que el cabo libre pase entre ellas. Se ajusta al nivel de la herida realizando así la primera parte del nudo, para completar el nudo, se realiza nuevamente la maniobra pero en sentido inverso y se ajusta el nudo.

Esta técnica puede aplicarse en cualquier parte de la boca.

Sutura continua.

Este tipo de sutura no es muy usado en la cirugía bucal. Solo lo empleamos en alveolotomías y preparaciones quirúrgicas de prótesis, esta se practica sobre toda la arcada o parte de ella.

Técnica: se inicia en una extremidad de la arcada. El punto inicial se traza igual que una sutura a puntos aislados y se anuda el hilo, perforando la fibromucosa con una distancia de 1 cm. en forma espiral. La línea de incisión se mantiene tensa con el objeto de cerrar y adaptar los bordes de la herida: una vez que se ha completado la sutura, se vuelve a realizar un punto aislado terminal.

Sutura festoneada.

Es una forma de sutura continua que se inicia como ésta, pero en vez de introducir nuevamente la aguja, como se ha indicado, ésta se desliza entre la primera vuelta de espiral y la encía, traccionando el hilo; de ésta manera se continúa hasta el final, terminando la sutura con un punto aislado.

T E M A V.

TECNICAS DE EXODONCIA QUIRURGICAS

Para llevar a cabo toda extracción dentaria es necesario el conocimiento básico de la anatomía de los dientes y estructuras bucales normales, por lo tanto es importante no desconocer las anomalías que se presentan con mayor frecuencia para así de esta forma aplicar la técnica adecuada de exodoncia quirúrgica.

En el consiguiente capítulo nombraremos y explicaremos los pasos a seguir en cada una de las técnicas, refiriéndonos desde la más sencilla y menos riesgosa a la más complicada y que implica un peligro mayor, este se aplicará en aquellos casos en que se requiera.

En cada una de las técnicas a seguir debemos utilizar un instrumental básico, existiendo en términos generales dos clases de instrumental; los destinados a extraer el diente; como lo son las pinzas para extracciones y elevadores (instrumento llamados también botadores) y los destinados a extraer hueso que cubre o rodea total o parcialmente los dientes; osteotomos escoplos y fresas.

Las piezas dentarias que se presentan en la cavidad bucal normalmente erupcionadas, implantadas y anatómicamente normales, sin anoma

Elas en su porción radicular serán extraídos con pinzas (forceps) técnica de primera instancia en la exodoncia quirúrgica.

A. TECNICA DE LA EXTRACCION DENTARIA CON PINZAS (FORCEPS).

Existe una gran variedad de pinzas (forceps) en el campo odontológico, creándose así una para cada pieza de la cavidad bucal, como lo es para las piezas dentarias del maxilar u órganos dentarios mandibulares, la diferencia reside en que las pinzas para piezas superiores en su porción pasiva y activa están en la misma línea, mientras que las pinzas para piezas dentarias inferiores ambas partes están en ángulo recto. Cada diente o grupo de dientes exige una pinza en particular, diseñada según la anatomía del órgano a extraer. El uso y la elección del fórceps adecuado será de gran importancia en todo tratamiento, para su conclusión satisfactoria.

La extracción dentaria con pinzas de dientes normalmente implantados tiene tres tiempos: prehensión, luxación y tracción.

1. Prehensión.~ Es la toma o prehensión del diente, primer tiempo de la exodoncia, es fundamental, del cual dependen el éxito de los tiempos que le siguen, un punto que debemos destacar y realizar conjuntamente a este tiempo será la debridación, para que la prehensión sea más profunda y de mayor precisión, liberando de esta forma la encía que rodea la corona (libre o marginal), esta debridación se

efectuara con instrumental de filo que no produzca esfacelo en los tejidos como; botador recto, pinzas de cura-ción, etc. Después de llevada a cabo la debridación se procederá a hacer la aprehensión de la pieza a extraer. Libre el campo operatorio, la pinza toma el diente por encima del cuello anatómico en donde se apoya y a expensas del cual se desarrolla la fuerza para movilizar el órgano dentario, la corona no debe intervenir como elemento útil en la aplicación de la fuerza, su fractura o trituración sería la consecuencia de esta falsa maniobra. Por lo tanto el instrumento debe insinuarse por debajo del borde gingival hasta llegar al cuello del diente.

La extracción por tracción en exodoncia no es posible, pues el órgano dentario debe abandonar su alveólo a expensas de la dilatación de las paredes alveolares tiempo quirúrgico que llamamos luxación del diente.

2. Luxación.- La luxación o desarticulación del diente es el segundo tiempo de la exodoncia, por medio del cual el diente rompe las fibras del periodonto y dilata el alveólo. Se realiza este tiempo según dos mecanismos:

- a) Movimientos de lateralidad del diente dirigiéndose de adentro a afuera.
- b) Movimientos de rotación, desplazamientos del diente a derecha o izquierda en sentido de su eje mayor.

La rotación es un movimiento complementario de el de lateralidad. La rotación sólo puede ser aplicada en dientes monorradiculares (sin patología radicular).

3. Tracción.- Es el último movimiento destinado a desplazar finalmente el diente del alveolo. La tracción se realiza cuando los movimientos preliminares han dilatado el alveolo y roto los ligamentos.

La fuerza aplicada a este fin extrae el diente del alveolo, desarrollándose en sentido inverso a la de la dirección del diente. Generalmente la cantidad de fuerza exigida es pequeña a la resultante de la fuerza tiende a dirigir al diente en el sentido de la corona y de la tabla externa. Por eso el movimiento de tracción debe ejercerse después de los de lateralidad o rotación. Al abandonar el diente su alveolo esta terminada la parte mecánica de la exodoncia.

B. TECNICA DE LA EXTRACCION DENTARIA CON ELEVADORES.

Los elevadores son instrumentos que, basados en principios de Física, tienen aplicación en exodoncia, con el objeto de movilizar o extraer dientes o raíces dentarias. Los elevadores pueden ser rectos o en ángulo de grado variable constando de mango, tallo y hoja. Los hay de diferentes (como el Winter 2, II, 14, de Cliv-dent 7, 8, 9, elevadores apicales - 10, 11 y 12).

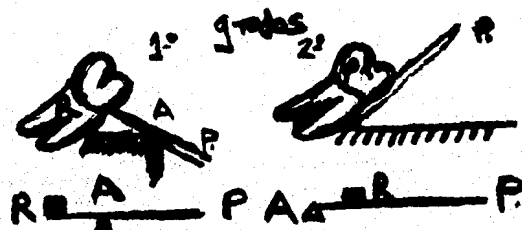
Como palanca, deben ser considerados en el elevador, tres factores: el punto de apoyo, la potencia y la resistencia.

1. Punto de apoyo: Para ejercer la palanca destinada a elevar un diente o una raíz, debe valerse de un punto de apoyo, el cual está dado (en exodoncia) por dos elementos: el hueso (de maxilar o man dibular) o los dientes vecinos (no recomendable).

El hueso es un punto útil como apoyo para el elevador, el borde alveolar, cuando es fuerte y resistente permite el apoyo de instrumentos para movilizar un diente retenido en implantación normal o raíces dentarias. Generalmente el apoyo se busca en el ángulo mesiobucal del diente a extraer, pero cuando las condiciones así lo exigen, el elevador puede tener aplicación lingual, mesial, distal o bucal.

La eficacia del punto de apoyo exige que esté desprovisto de paredes blandas, las cuales o le impiden actuar o son traumatizadas en el campo operatorio.

En la extracción de dientes retenidos, la palanca es altamente eficaz, con el objeto de multiplicar la fuerza útil. El punto de apoyo se busca en el hueso vecino, actuando el elevador como palanca de primer o segundo grado.



Para la extracción de raíces en maxilar y mandíbula, el punto de apoyo se busca en el hueso; para el caso de molares con dos o tres raíces, el punto de apoyo puede encontrarse en el borde alveolar, previa resección de parte de la tabla externa o en el taboquillo interradicular.

Los dientes vecinos constituyen puntos de apoyo útil, pero deben reunir algunas condiciones para que resulte eficaz a este propósito. La corona debe mantener su integridad anatómica, no encontrarse disminuida su resistencia física (como portadora de prótesis u obturaciones). La raíz debe ser arquitectónicamente fuerte y bien implantada (los dientes unirradiculares o los multirradiculares con raíces cónicas o fusionados pueden luxarse al ser usados como punto de apoyo).

2.- Potencia: La fuerza a elevar el órgano dentario varía con el grado de implantación y resistencia que presenta el diente a extraer. Nosotros utilizamos el principio de Física, cuando más cerca está el punto de apoyo de la resistencia (diente a extraer), mayor será la eficacia de la fuerza a emplearse. El punto de apoyo debe estar condicionado por esta premisa.

3.- La resistencia: Está representada por el diente a extraerse, condicionada por la disposición radicular, la continuidad de hueso que lo recubre o rodea y la calidad de este hueso, es decir, la mayor o menor calcificación del mismo, la distinta disposición y la edad del paciente.

La extracción con elevadores también se lleva a cabo en tiempos siendo estos los siguientes:

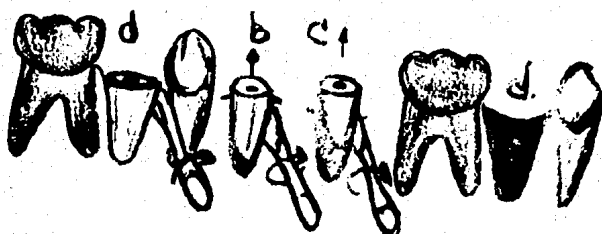
- A. Aplicación
- B. Luxación
- C. Elevación o extracción propiamente dicha

A. Aplicación.- El elevador que se use para llevar a cabo la extracción, debe ser colocado en posición, es decir, buscar su punto de apoyo.

El instrumento se toma con la mano activa, empuñándolo ampliamente, el dedo índice debe acompañar el tallo para evitar incursiones no prevista y fracturas del instrumento. En términos generales, el instrumento debe ser guiado en procura del punto de apoyo, hasta su ubicación, haciéndolo avanzar por cortos movimientos de rotación entre el alveolo y la raíz del diente a extraer.

B. Luxación.- Después de haber logrado el punto de apoyo y el sitio de aplicación del elevador, el instrumento se dirige con movimientos de rotación, descenso o elevación, maniobras con las cuales el diente rompe sus adherencias periodónticas, dilata el alveolo permitiendo así su extracción. La luxación de la raíz realmente se inicia desde la penetración del elevador.

C. Extracción propiamente dicha.- Con sus sucesivos movimientos de rotación o descenso, el diente abandona al alveólo donde puede extraerse con elevadores apropiados o con pinzas para extracción.



Acción del elevador usado como cuña.

Este instrumento puede aplicarse siguiendo otro principio de Física: la cuña, efectuándose de la siguiente forma: introducido (el elevador o botador) en el alveolo dentario, entre la pared ósea y el diente que lo ocupa, desplaza al órgano dentario en la medida que la cuña se profundiza en el alveolo: la raíz va siendo desalojada, en la cantidad equivalente al grado de introducción del instrumento.

Técnica de extracción con Alveolectomía.

Esta operación ha sido denominada de distintas maneras: operación de colgajo (pues debe prepararse este colgajo ya sea en zona de maxilar o mandibular a intervenirse, con el objeto de tener acceso al diente o raíz dentaria); extracción con osteotomía, que significa también la extirpación del hueso alveolar.

Se denomina extracción con alveolectomía a la operación mediante la cual se elimina un órgano dentario de su alojamiento óseo, con previa resección de la tabla de hueso que lo recubre.

La aplicación del método de la extracción con alveolectomía, ha abierto nuevos horizontes en la cirugía bucal. Aunque a simple vista pudiera parecer contradictorio, la preparación del colgajo, la osteotomía y la extracción por o a expensas de la nueva vía así creada, es

menos traumatizante en los casos indicados, que la vía alveolar.

La extracción con alveolectomía se efectuará en los casos que a continuación consideraremos como pertinentes:

1. Dientes retenidos
2. Dientes parcialmente retenidos
3. Dientes que presentan anomalías radiculares de forma, de número y de dirección; cementosis, dilaceraciones.
4. Extracción de raíces (cuando no reúnan las condiciones exigidas para su extracción por vía alveolar).
5. Fractura radicular, en el acto operatorio (indicada la extracción con alveolectomía y la extracción por seccionamiento)
6. Intervención sobre procesos patológicos periapicales en el acto de la extracción dentaria
7. Dientes disminuidos en su resistencia coronaria y radicular, debido a la existencia de caries o aparatos protésicos.
8. Esclerosis óseas osteitis condensantes, hipercalcificación ósea.

Técnica de la Operación.

La vía de elección para la extracción con alveolectomía de los dientes normalmente implantados, es siempre la vestibular.

Los tiempos de la operación serán los mismos que se efectúan en cualquier cirugía oral ya que existirá la necesidad del levantamiento de un colgajo y que fueron ampliamente expuestos (capítulo IV) por lo consiguiente haremos referencia limitada.

a) *Incisión:* debe cumplir los postulados propios que requiere toda incisión (ser de un solo trazo, perpendicular a los tegumentos, por deslizamiento y no por presión, con amplitud, dirección y forma necesaria, buena visualización y a la profundidad necesaria que tenga soporte óseo). El sitio y ubicación del colgajo debe ser planeado, en base a un perfecto examen radiográfico. La dirección de las raíces a extraer condicionan la forma del colgajo. El tipo de incisión que efectúa cada cirujano dependerá de su individualidad para operar basándose en las técnicas empleadas por cada uno de los principales autores.

b) *Preparación del colgajo, desprendimiento de la fibromucosa.* Para esta maniobra se usa una espátula o legra, se insinúa por debajo de la fibromucosa aplicándose directamente sobre el hueso, es más sencillo desprender primero el colgajo a nivel del cuello del diente y luego continuar en toda la extensión necesaria, tratando de no lastimar o cortar el colgajo en toda la extensión requerida, para descibrir el hueso a intervenir, se sostiene con un separado. Se seca el campo operatorio y se pasa al tiempo siguiente.

c) *Osteotomía.* Es el objetivo principal de la extracción

quirúrgica. La eliminación de la tabla ósea externa suprimirá uno de los principales factores de la retención del diente en su alveolo. La resección del hueso puede hacerse por diversos procedimientos, los ya han sido estudiados. Puede emplearse la fresa para realizar la osteotomía o colaborar en la misma.

La osteotomía con fresa se efectúa aplicando este instrumento sólidamente contra el hueso, en su giro el instrumento extirpa el hueso que encuentra a su paso llegando hasta la raíz a extraer. La osteotomía en esta forma exige por lo general un hueso de poco espesor y poca extensión.

Otro instrumento de gran importancia en la osteotomía es el escoplo y el martillo; la resección es limpia, el corte preciso, pero en ocasiones es molesto para el paciente.

La extensión y la cantidad de hueso a eliminar están fijados por las condiciones del diente a extraer. En general es suficiente eliminar hasta una altura equivalente a la mitad del diente a su tercio apical. Cuando haya cementosis exageradas, dilaceraciones pronunciadas o se necesite raspado en la zona periapical la cantidad de hueso a extraerse debe alcanzar la altura y la amplitud de las malformaciones o entidades patológicas. Hueso demasiado adelgazado, papiráceo o trozos fracturados deben extraerse para evitar su necrosis y la supuración consiguiente.

d) *Extracción propiamente dicha.* La extracción del diente o de sus raíces, después de eliminado el hueso, puede realizarse con pinzas, para la extracción de raíces preferimos los elevadores rectos y angulares.

La supresión de parte de la tabla externa facilita el primer movimiento de lateralidad, la luxación y la tracción están condicionados por la dirección de las raíces o disposición radicular. Los elevadores pueden usarse como palanca o como cuña según ya fue indicado. Las raíces curvas o dilaceradas se movilizan en la dirección del arco que describen. La eliminación de la tabla externa facilita las maniobras de luxación de las raíces con anomalías de forma y dirección. Las raíces con cementosis de gran volumen, exigen la osteotomía hasta la región apical y en toda la amplitud de su raíz, en tal caso debe ser eliminado por la ventana preparada en la tabla externa.

e) *Tratamiento de la cavidad ósea.* Después de la eliminación del órgano dentario, se debe prestar atención a la cavidad ósea. En los casos que existan lesiones óseas periapicales, éstas deben ser eliminadas, pues de lo contrario obtendríamos solo trastornos innecesarios como por ejemplo: los granulomas abandonados a su suerte se transforman, en muchas ocasiones en quistes paradentarios, los focos de osteitis persisten como tales, originando las osteitis encapsuladas, causas de muchas neurálgias, los epitelios inflamados que quedan como lesiones recidivales en los maxilares, tardan mucho tiempo en reorganizarse o desaparecer pudiendo originar lesiones mayores. Por

lo tanto comprobada radiográficamente la lesión periapical, ésta debe ser eliminada. Para la extirpación del foco, la vía alveolar a todas luces insuficiente, la cucharilla no alcanza a atravesar la porción apical del alveolo, para raspar el hueso; lugar de asiento de la lesión. La vía vestibular en la extracción a colgajo, permite un camino de fácil acceso y de buena eliminación. Consideramos útil y necesario la eliminación de los procesos patológicos de la zona del periápice.

Las opiniones de los autores respecto a la conveniencia del raspado o eliminación de los focos apicales, postextracción no son coincidentes. Algunos hablan de las ventajas de eliminar cuidadosamente los tejidos patológicos; entre ellos nos encontramos. Otros rechazan la operación, sosteniendo que el organismo tiene fuerzas suficientes como para resolver todos los elementos extraños. Si algunos autores se refieren al perjuicio provocado por el curetaje indiscriminado, no hacen por ciento la crítica del curetaje en sí, sino la de su mala técnica. Un curetaje mal realizado puede causar un gran perjuicio como lo es en la zona de terceros molares inferiores afectando el nervio dentario o en la de los molares y premolares superiores afectando el seno maxilar, es ahí donde se pone a prueba la capacidad, habilidad y profesionalismo del cirujano.

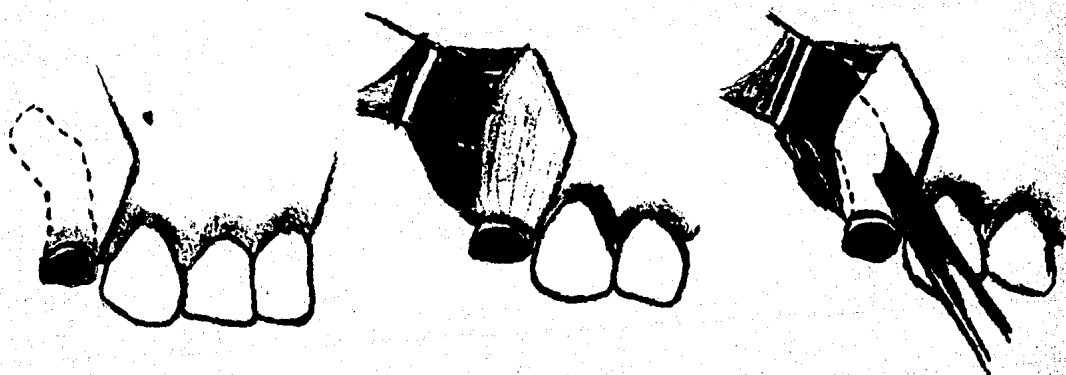
Las esquirlas óseas, las partículas de hueso, los bordes filosos deben ser eliminados ya que de esta forma se suprimirá una causa de irritación del tejido gingival de revestimiento o un foco de in--

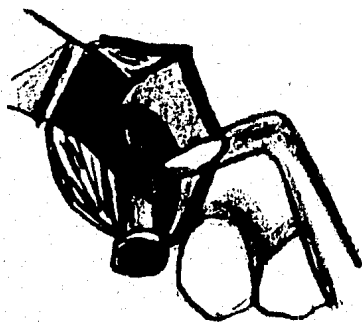
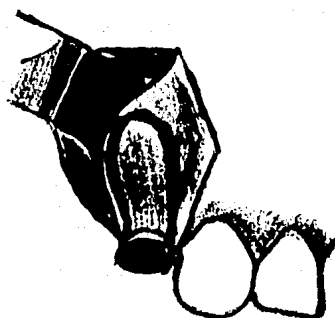
fección manteniendo la alveolitis y supuración del alveolo.

f) Sutura. Después de la extracción del diente y tratamiento de la cavidad ósea, el colgajo debe ser vuelto a su sitio normal y manteniendo en tal posición con sutura.

El éxito de una operación puede verse malograda por un colgajo desprendido, ocasionando su retracción indebida con los consiguientes trastornos estéticos, la infección del alveolo con dolor y supuración.

Dos o tres puntos de sutura bastan para fijar el colgajo a su sitio normal de la inserción; siendo conveniente cerrar el alveolo con otro punto, con lo cual aseguramos la obturación hermética de la cavidad. Los puntos los retiramos al cuarto o quinto días ya que el dejarlos más tiempo se podría correr el riesgo de traumatizar inúltimamente el tejido gingival.





TECNICAS DE EXTRACCION POR SECCIONAMIENTO (ODONTOSECCION).

Este método de extracción dentaria como su nombre lo indica, es dividir previamente el diente antes de extraerlo. Esta división puede aplicarse a los dientes erupcionados y a los dientes retenidos.. La sección puede ubicarse en diferentes zonas como lo son: a nivel de cuello del diente, separando la corona de la porción radicular (para los retenidos) o bien dividir el órgano dentario en dos o más fragmentos de acuerdo con el número de raíces que posea y la problemática del caso a tratar.

Pensamos que la extracción dentaria debe ser una operación hecha con delicadeza y nada más reñido con esta delicadeza que la fractura de un diente en un intento de una avulsión y los desesperados esfuerzos de un operador para eliminar las raíces que quedan en el alveolo.

INDICACIONES DE EXTRACCION POR SECCIONAMIENTO.

Las indicaciones de odontosección son los mismos que los propuestos para la extracción con alveolectomía.

El seccionamiento se aplica tanto en dientes retenidos como en dientes erupcionados, anteriormente ya habíamos señalado este dato, nos referiremos a los órganos dentarios que presentan las patologías

radiculares y que requieren de una cirugía para su extracción (cementosis, osteítis, dilaceración, anquilosis radiculares, etcetera).

En la extracción de los molares es donde puede aplicarse exitosamente este procedimiento, tan sencillo y tan simple que sin embargo puede transformar una extracción complicada y llena de sobresaltos en una maniobra fácil. La extracción por sección debe ser indicada en base al estudio clínico del órgano a extraer y del examen radiográfico.

Son dos las condiciones clínicas que requiere la aplicación de este sistema, pudiendo coincidir en el mismo paciente.

La primera condición se refiere al grado de intensidad de la calcificación del sistema óseo. Por lo tanto esta primera condición se encuentra en los individuos de edad adulta o ancianos en los cuales el índice de elasticidad del hueso está disminuido, predisponiendo a la fractura [dentaria] en los intentos de la extracción.

La segunda está dada por el estado de la corona del diente; molares profundamente cariados o con obturaciones que debilitan la resistencia de la corona, no permitiéndole ser el punto útil para la aplicación de la fuerza.

En el estudio radiográfico consideraremos el tamaño, la forma de la caries y el grado de descalcificación tanto en su porción coro-

naria como la radicular, comparando los hallazgos tanto clínicos como radiográficos, impondremos el método de extracción indicado; coronas que no pueden ser extraídas por medio de pinzas (fórcex), requiriendo el seccionamiento previo para evitar la fractura. Este método es más sencillo y requiere menos tiempo, menor gasto de energía cortando la corona y separando las raíces, que enfrentarse intempestivamente con una fractura coronaria por debajo del borde óseo; el shock psicológico de tal complicación es muy desagradable en el paciente. Con respecto a su porción radicular en la extracción a colgajo tomaremos en cuenta: la forma, tamaño y dirección de las raíces (largas, finas encurvadas, con estrechamientos), la existencia de dilaceraciones, -- cementosis, tratamiento radiculares (ensanchamientos de conductos), la fragilidad del diente desvitalizado, la presencia de un septum interradicular considerable, hueso de gran condensación (esclerósis ósea), son indicaciones para la sección previa y separación de la raíz.

Es una de las técnicas de mayor importancia para nosotros en la cirugía, por tal razón hablaremos más extensamente de los casos aplicables.

1. Técnica de extracción por seccionamiento en molares inferiores

Este método tiene por objeto dividir un molar de varias raíces, en dos o más porciones para facilitar su enucleación por separado.

Puede hacerse, repetimos como coadyuvante en el método a colgajo o

practicarse sin él, pero volvemos a repetirlo, se necesita por lo menos la preparación de un colgajo mínimo del lado vestibular para no traumatizar la cubierta gingival. Como los procedimientos ya fueron estudiados sólo nos ocuparemos del seccionamiento propiamente dicho.

a) Preparación del colgajo. La preparación del colgajo sigue las normas señaladas para la extracción con alveolectomía. En el caso de intentarse la extracción con un colgajo mínimo, se procede de idéntica manera, efectuando una solo incisión vertical que partiendo de la lengüeta interdientaria mesial descienda medio centímetro oblicuamente hacia abajo y adelante. Con el mismo bisturí se realiza la sindesmotomía en las caras lingual y vestibular de la pieza por seccionar.

b) Osteotomía. Puede ser realizada con escoplo o fresa.

c) Seccionamiento. Con el objeto de separar las raíces nos podremos valer de un disco de carburo, (no es muy recomendable, por el peligro de fractura del hueso y del disco), que se aplica verticalmente en la porción media de la corona, calculando coincidir con el espacio interradicular, el disco debe ser humedecido durante su trabajo bajo el chorro de agua, para evitar el recalentamiento del diente y la posible transmisión del calor al hueso. El colgajo en esta maniobra debe ser cuidadosamente apartado con un separador o con un instrumento que haga las veces. El disco está dedicado sobre todo a seccionar el esmalte, por lo tanto, es suficiente que la sección

llegue hasta la altura del cuello del diente.

Puede también seccionarse a nivel de su cuello, separando así la corona de las raíces y a su vez éstas entre sí. Una de las técnicas empleadas será una fresa redonda, con la cual se realizan orificios. La corona se elimina con un golpe de escoplo; también el escoplo puede separar la corona aplicándolo a nivel del cuello del molar. El uso de la fresa para completar el corte de la corona será con una fresa de fisura número 560 montada en ángulo recto, la fresa se dirige de bucal a lingual tratando de llegar hasta el espacio interradicular. Dos son los fines que se buscan con el seccionamiento de la fresa: el primero separar las raíces, el segundo crear un espacio en la corona, que permita desplazar cada una de las porciones seccionadas hacia mesial o distal, en el momento de la aplicación de elevadores. Para comprobar que el diente está perfectamente seccionado y dividido en dos porciones, se introduce un elevador fino en el espacio creado para la fresa y se imprime al instrumento un movimiento hacia mesial y hacia distal, con lo cual aseguramos la separación radicular, permitiendo en cierto grado la luxación de las raíces (estas técnicas serán igualmente aplicables a todas las piezas dentarias que tengan más de dos raíces).

d). Extracción propiamente dicha. Separados los elementos tanto distal como mesial, puede procederse a la eliminación de las raíces con fórceps, indicado en raíces rectas y cuando se ha hecho su

ficiente osteotomía en la tabla externa o los elevadores de los cuales somos partidarios para evitarnos riesgos inútiles.

Para la extracción de la raíz mesial se usa un elevador recto, se introduce con pequeños movimientos giratorios de penetración en el espacio interior. Esta maniobra será muchas veces suficiente para luxar la raíz mesial, para completar la extracción se gira el elevador en el sentido de adelante hacia atrás o apoyándose en el tabique mesial. La raíz puede ser desplazada en el sentido de su curvatura, siguiendo el arco que ésta raíz describe. Para la extracción de la raíz distal preferimos el elevador angular en la extracción de ésta, pudiendo presentarse dos condiciones: un tabique interradicular alto o un taboquete interradicular bajo, siendo este tabique en su porción alta debe ser eliminado sin problemas. Sin esta porción del tabique que se interponga a la acción del elevador, se introduce en el alveolo mesial y apoyando la punta de la hoja del instrumento contra la cara mesial de la raíz distal e imprimiendo al mango del instrumento un pronunciado movimiento giratorio, se desplaza la raíz hacia arriba y atrás, la extracción con elevador recto en el espacio interdentario distal, con los mismos movimientos de rotación que los señalados para la raíz mesial.

e) Tratamiento de la cavidad ósea. Serán las mismas condiciones que para la extracción con osteotomía.

f) Sutura. Con colgajo completo o mínimo, está indicada la

sutura.

2. Extracción de los molares superiores.

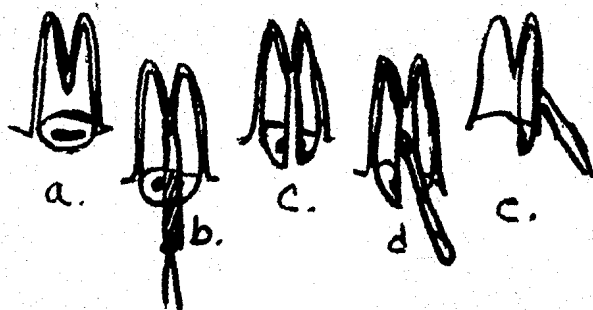
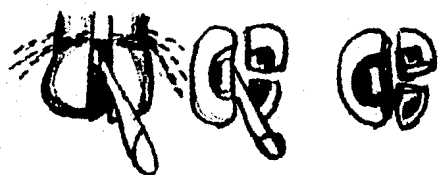
Los tres molares superiores son susceptibles de ser extraídos por el método de odontosección. Las indicaciones para la extracción por medio de este método son los mismos que hemos dado para los molares inferiores, sólo nombraremos los pasos en los que exista una variante como lo es en:

a) Seccionamiento. Con un disco de carburo se secciona la porción coronaria que posea esmalte. Por tratarse de un molar superior, debemos dividir el cuerpo dentario en tres elementos; uno mesio-bucal, otro distobucal y el tercero palatino. Este objetivo se consigue seccionando el molar con una fresa de fisura dirigida perpendicular al plano del cuello del diente, llegando hasta el espacio interdentario que separa las raíces bucales. A continuación la fresa secciona y separa el macizo palatino de las raíces bucales ya divididas. La fresa llegará profundamente hasta el espacio interradicular, consiguiendo separar la raíz palatina de las bucales, se comprueba si están realmente separadas las raíces al mismo tiempo luxando las raíces bucales (estos procedimientos se harán de la misma forma que en los molares inferiores). En ocasiones algunas de las raíces se movilizan lo suficiente como para ser extraídos sin esfuerzo.

b) Extracción propiamente dicha. La raíz bucodistal se extrae colocando el elevador perpendicularmente en el espacio interdentario distal, lo más cerca posible del borde óseo insinuándose en el espacio interdentario por pequeños movimientos oscilatorios, se dirige el mango del elevador hacia atrás y se logra luxar la raíz hacia abajo y afuera.

La raíz mesiobucal se extrae de la misma forma que la bucodistal.

La raíz palatina en el espacio periodóntico, el elevador puede actuar como cuña o como palanca [para hacerlo actuar como cuña, es mejor emplear el elevador de media caña], cuando actúa como palanca, se mueve el elevador hacia arriba con lo cual se desaloja la raíz hacia abajo y adentro. Otro método para la extracción de la raíz palatina es por medio de pinzas, después de la luxación.



TEMA VI

COMPLICACIONES

- A. HEMORRAGIAS
- B. FRACTURAS
- C. INFECCION
- D. ALVEOLITIS

A. HEMORRAGIAS: De las diversas preocupaciones que puede tener una paciente con respecto a un procedimiento quirúrgico, la hemorragia es una de las principales.

Una cuidadosa historia clínica es quizá el método más importante para descartar problemas hemorrágicos. Pocas personas sobreviven muchos años sin saber con precisión si son víctimas de una diátesis hemorrágica anormal. Además de la historia, los estudios de laboratorio son excelentes pruebas para descubrir tendencias hemorrágicas; sin embargo, una buena norma que debemos recordar es que los procedimientos nunca deberán ser realizados sobre una paciente con antecedentes de una discrasia sanguínea o una historia positiva de sangrado, hasta que se haya realizado un estudio hematológico adecuado.

La salida de la sangre en el curso de una operación es un suce-

so lógico; la cantidad de sangre puede hallarse disminuída por la acción de la anestesia local (vasoconstrictores). Cohibir la hemorragia en el acto operatorio es obra de la hemostásis, que ya fue considerada; nos referiremos ahora a la hemorragia postoperatoria y esta puede ser :

1. *Primaria:* que aparece intempestiva e inmediatamente a la operación.
2. *Secundaria:* tiempo después.

- Hemorragia primaria.

El tratamiento de la hemorragia primaria en cirugía bucal se realiza por dos procedimientos: uno instrumental, que tiene su aplicación en la ligadura o en el aplastamiento del vaso que sangra. El otro procedimiento actúa mecánicamente y se logra por el taponamiento y la compresión que se realiza con un trozo de gasa. Si la hemorragia no cede y continúa brotando la sangre entre los labios de la herida en un tiempo y cantidad desusados, habrá que llenar la cavidad quirúrgica con una mecha de gasa, que debe reunir ciertas condiciones para este objeto: para aumentar su acción hemostática, la gasa puede ser impregnada con los medicamentos ya mencionados; agua oxigenada, adrenalina [de uso delicado], etc. Para evitar que la gasa se pegue o adhiera a la cavidad ósea, puede ser impregnada previamente con vaselina. Existen ciertas gasas que tienen propiedades estrípticas como el Clauden o Stripnon. El taponamiento que se realiza después de las operaciones tiene por objeto, en primer término, evitar la hemorragia.

- Hemorragia secundaria:

Aparece algunas horas o algunos días después de la operación; puede obedecer a la caída del coágulo luego de un esfuerzo del paciente, o por haber cesado la acción vasoconstrictora de la anestesia. A estos factores locales puede agregarse una causa general que favorezca la hemorragia.

El tratamiento de tal accidente se realiza por métodos generales y locales.

Métodos Locales: se lava la región que sangra con un chorro de agua o se hace practicar al enfermo un enjuagatorio para retirar los restos del coágulo y la sangre que dificulta la visión, investigando el lugar por donde emana la sangre. La hemostasis se realiza por taponamiento a presión con gasa (simple o con medicamento), encima de la herida y comprimiendo sus bordes, se deposita un trozo grande de gasa seca, la cual se mantiene con los dedos, o mejor aún, bajo la presión masticatoria. Esta presión debe mantenerse por lo menos durante media hora al cabo de la cual se retira con suma precaución la gasa seca que hace compresión. En caso de que persista, se insiste con la compresión o se administra los tratamientos generales.

En ciertas ocasiones será necesario el uso de un anestésico local para facilitar el tratamiento y si es necesario, pasar un hilo de sutura para aproximar los labios de la herida sangrante con colocación o no de oxycel, fibrinfoam, etc., en el interior de la cavidad ósea.

Métodos Generales: según la cantidad de sangre perdida será el estado del paciente. En general en cirugía bucal no son mortales, aunque conocemos algunas alarmantes. Se mejorará el estado general (pulso, tensión arterial, etcetera) administrando tónicos cardíacos (aceite alcanforado, cardiazol) y se trata de reemplazar la sangre perdida por la inyección de suero glucosado, transfusión sanguínea y medicamentos coagulantes (ergotina, coaguleno. Casos extremos).

B. FRACTURAS. Entre otras complicaciones de fractura que pueden presentarse durante la extracción de los dientes encontramos; unas que interesan al diente objeto de la extracción, a los dientes adyacentes, fracturas del hueso alveolar, la tuberosidad y aún la mandíbula.

Fractura del diente.

En el accidente más frecuente de la exodoncia; en el curso de la extracción, al aplicarse la pinza sobre el cuello del diente y efectuarse los movimientos de luxación, la corona, parte de ésta o parte de la raíz se quiebran, quedando por lo tanto la porción radicular en el alveolo. Las causas de este accidente son múltiples, la fractura es evitable en la gran mayoría de los casos; el estudio radiográfico del órgano dentario a extraerse impone la técnica, sólo en extracciones efectuadas a ciegas, sin el conocimiento de la disposición y forma radicular o en los casos excepcionales, puede tener explicación la fractura. Los órganos dentarios, debilitados por los procesos de caries o con anomalías radiculares, no pueden resistir la palanca aplicada sobre su coro

na y se fracturan en el punto de menor resistencia. Producida la fractura, nuestros cuidados deben dirigirse a extraer la porción radicular que queda en el alveólo. Si la extracción fue intentada sin exámen radiográfico previo, después de producida la fractura se tomará una radiografía que nos indique la posición radicular. No disponiendo de un aparato de rayos X, habrá que intentar la extracción con este factor en contra.

Prepararemos el campo operatorio, entendiendo por esto eliminar los trozos óseos y dentarios que lo cubren; así como cohibir la hemorragia de las partes blandas. Los fragmentos se retiran, se lava la región con un chorro de agua o suero fisiológico y practicamos la hemostasis. Una vez terminada la hemorragia, se practicará la extracción de las raíces, según las normas que hemos indicado.

Fractura y luxación de los dientes vecinos.

La presión ejercida sobre la pieza de extracción o sobre los elevadores, puede ser transmitida a los dientes vecinos provocando la fractura de su corona [debida por obturaciones o caries], o luxando el diente cuando disposiciones radiculares lo faciliten. El diente luxado puede ser reimplantado en su alveólo, fijándolo por procedimientos usuales.

Fractura del borde alveolar.

Accidente frecuente en el curso de la exodoncia; de la variedad de frac

turas depende la importancia del accidente. La fractura del borde alveolar no tiene mayor trascendencia; el trozo de hueso que se elimina con el órgano dentario o que queda relegado en el alveólo. En el primer caso no hay conducta especial a seguir; en el segundo, debe eliminarse el trozo fracturado pues, de lo contrario, el secuestro origina los procesos inflamatorios consiguientes; osteítis o absesos, que no terminan hasta la extirpación del hueso fracturado.

Fractura de la tuberosidad.

En la extracción del tercer molar superior, sobre todo en los retenidos y por el uso de elevadores aplicados con fuerza excesiva, la tuberosidad del maxilar o parte de ella, puede desprenderse acompañado al molar; en tales circunstancias puede abrirse el seno maxilar, dejando una comunicación bucosinusal cuya obturación requiere un tratamiento adecuado.

Fractura total de la mandíbula.

La fractura total es un accidente posible, aunque no frecuente; en general es a nivel del tercer molar donde la fractura se produce y se debe a la aplicación incorrecta de fuerza exagerada en el intento de extraer un tercer molar retenido u otro diente retenido, raíces con cementosis y dilaceraciones. La disminución de la resistencia ósea debida al gran alveólo del molar, actúa como una causa predisponente para la fractura del maxilar, del mismo modo como interviene debilitando el hueso, una osteomielitis o un tumor quístico (quiste dentígero, paradentario, adaman

tinoma).

Las afecciones generales y los estados fisiológicos ligados al metabolismo del calcio, la diabetes y/o las enfermedades sífilíticas, predisponen a los maxilares como a otros huesos, para la fractura; es suficiente un esfuerzo, a veces mínimo, o el esfuerzo del acto operatorio para producir la fractura del hueso.

Fractura del instrumental empleado para exodoncia.

No es excepcional que las pinzas o elevadores se fracturen en el acto quirúrgico cuando la fuerza que se aplica es excesiva. Tal es el caso de la extracción de un tercer molar inferior que se fracturó el elevador y se incrustó en el fondo del alveólo, después que la raíz se eliminó por presión.

Conocemos muchos otros casos de menor importancia; trozos de tamaño variable de pinzas, elevadores; cucharillas o fresas, son fracturados en el acto operatorio; algunos quedan como cuerpos extraños en el interior del hueso, originando toda la gama de trastornos. Para extraerlos, se impone una nueva intervención, si no es realizada en el acto de la exodoncia.

C. INFECCION.

Es quizás el factor que con mayor frecuencia entorpece la cicatrización normal de las heridas, ya que producen lesiones adicionales que retrasan todo el proceso normal; de cicatrización. La infección puede ser debida a invasión bacteriana o descomposición de tejidos necróticos. Ambos pueden existir al mismo tiempo y si cualquiera de estos dos procesos no es controlado, el tratamiento puede resultar inadecuado.

Si la fagocitosis de las bacterias existentes en la zona es adecuada podemos decir, que el proceso está en resolución; desde este momento, en adelante, la herida cicatrizará igual que una herida limpia [sin infección]. Sin embargo, si los leucocitos, atraídos al sitio de la lesión son incapaces de frenar el proceso infeccioso, continuarán diseminándose localmente, causando una reacción general. Esto se refleja como aumento de la temperatura corporal, enrojecimiento local, dolor y aumento de volumen. Una evaluación de la sangre circulante revelará un aumento en el número de leucocitos especialmente formas inmaduras.

Si no se presenta la resolución ni la diseminación de la infección se llama una infección localizada o circunscrita. En este caso, existirá una zona central de necrosis como resultado del producto de inflamación denominada necrosina, que actúa sobre las bacterias para formar pus líquido. Esto puede ser denominado un absceso, situación que exige incisión y drenaje.

Desde el punto de vista práctico, el sitio y el medio ambiente

en que se trabaje el cirujano bucal presenta muchos problemas relativos a infección. Como ninguna boca puede ser verdaderamente estéril, toda nuestra labor se desenvuelve en una área potencialmente infecciosa. Cualquier incisión hecha en la cavidad bucal es susceptible de invasión bacteriana; por lo tanto, es nuestra responsabilidad como cirujano (dentistas o bucales) reducir las bacterias patógenas al mínimo. Esto puede lograrse de la siguiente forma: [1] no operar en pacientes con signos de infección local o general; [2] preparar la boca con enjuagues bucales e higiene bucal meticulosa antes de la intervención quirúrgica; [3] hacer énfasis en las instrucciones para la limpieza postoperatoria.

Los factores normales de la cavidad bucal ayudan a evitar las infecciones, debido a su constante descamación, el epitelio tiende a eliminar las bacterias, además de ser muy resistente a la penetración directa de los mismos. La gran vascularización de las mucosas permite un recambio rápido de los materiales nutrientes en la cavidad bucal, lo que es de gran ayuda en el proceso de cicatrización y para reducir la infección. Aunque el exceso de saliva impide un buen manejo quirúrgico de los tejidos bucales, la saliva posee una cualidad antibacteriana que ayuda en el control de la infección.

Las defensas naturales del cuerpo pueden ser debilitadas cuando el cirujano no maneja adecuadamente los tejidos e ignora los principios quirúrgicos fundamentales. Esto puede incluir traumatismo innecesarios, colgajos mucoperiosticos mal diseñados que no permiten obtener aporte sanguíneo de base amplia o intervenir en presencia de faringitis o gri-

pe aguda.

D. ALVEOLITIS.

La álveolitis, es decir, la infección pútrida del alveolo dental después de una extracción, es una complicación frecuente, la más molesta y engorrosa de la exodoncia. Para su producción intervienen diversos factores; la conjugación de alguno de ellos desatan esta infección, que en muchas oportunidades adquiere caracteres alarmantes, por la intensidad de uno de sus síntomas: dolor.

Existen varios sinónimos para esta afección; osteítis localizada, osteítis alveolar, alveolitis postextracción, alveolo epitiazado y alveolitis seca dolorosa. Una causa científica para esta complicación postoperatoria no ha sido bien establecida, aunque numerosos estudios de investigación han sido realizados sobre el particular. Se supone que es el resultado de infección trauma quirúrgico o condiciones anormales que afectan la lisis bacteriana del coágulo. La utilización de anestésicos locales de larga duración en la zona puede contribuir causando anoxia tisular local. Los síntomas son muy fácilmente reconocibles cuando el paciente regresa al segundo o al cuarto día de la extracción con dolor, mal olor en el sitio de la extracción y pérdida del coágulo [alveolo seco]. Esto deja expuesto hueso, que resulta muy doloroso. La frecuencia de "alveolo seco" puede ser tan alta como el diez por ciento de todas las extracciones, presentándose el noventa por ciento en la mandíbula. El tercer molar inferior es el diente afectado con mayor frecuencia, se

guido por el primer molar inferior, el segundo molar, los premolares y finalmente los premolares superiores.

La cicatrización de la herida es lenta, no obstante el tratamiento, suele continuar de diez a catorce días. Durante este período, la molestia suele ser inaguantable salvo que las paredes desprotegidas del alveolo sean cubiertas con apósitos sedantes.

El tratamiento deberá encaminarse a corregir la molestia evitando mayor infección y promoviendo la cicatrización. Los estudios y tratamiento de "alveolo seco" han probado cortisona, antihistamínicos, antibióticos, analgésicos, enzimas, vitaminas y una gran variedad de medicamentos de patente.

Un buen apósito que continuamos empleando, es a base de antibióticos preparados específicamente e incorporados en una tira de gasa. Se han elegido los antibióticos polimixina B y bacitracina por su uso superficial aceptable en la cavidad bucal y eficacia contra los microorganismos específicos implicados. Este apósito deberá ser colocado cuidadosamente y sellado dentro del alveolo, cambiando con la frecuencia necesaria para controlar el dolor hasta que se aprecie buena granulación, cuando el alveolo sea demasiado pequeño para alojar el apósito y aún atrape alimentos, puede dársele al paciente una jeringa para irrigar, lo que favorece el curso postoperatorio y evitará complicaciones mayores.

CONCLUSIONES.

Al término de este trabajo nos daremos cuenta que existen una gran cantidad de progresos en la Cirugía Oral, tanto en las técnicas quirúrgicas como con el instrumental y materiales utilizados; que nos auxilian en los tratamiento que se brindan a los pacientes.

En los medios hospitalarios, institucionales o en la práctica privada se llevan a cabo todo tipo de tratamiento dentales que benefician enormemente a una gran porción de la población, así como existe un incremento de casos que refieren trastornos secundarios a consecuencia de los mismos. Es por esta razón como mencioné anteriormente, que el Odontólogo conozca todas las Técnicas Quirúrgicas aplicables en nuestro campo, para así de esta forma usar la indicada y la más adecuada para cada caso.

Como lo es en el caso de un órgano dentario que se encuentra retenido en su alveolo por una patología radicular (dilaceración pronunciada), concluí que la técnica de levantamiento de congado con osteotomía, a una extracción por vía alveolar es preferible la primera, pues el tratar de preservar hueso alveolar es erróneo en determinados casos, pudiendo llegar con toda seguridad a otros trastornos como lo son: fractura de órganos dentarios, de maxilar o mandíbula, laceración de tejidos etc., así como en ciertas técnicas, lo indicado es no conservar hueso al

veolar en otras lo es conservarlo, en el caso de restos radiculares que quequen atrapados (ápices) y es necesaria su extracción que puede llevarse a cabo por medio de una ventana ósea (mínima osteotomía) sin alveolectomía total.

Así el Odontólogo con conocimientos, habilidad e individualidad podrá manejar los casos que crea convenientes y efectuarlos satisfactoriamente, remitiendo aquellos pacientes al Cirujano Maxilofacial que considere como pertinentes, por la dificultad del caso.

En conclusión este estudio es un resumen de las técnicas más aplicadas en el campo quirúrgico de la Cirugía Oral para todo aquel práctico general que se interesa en no limitarse en sus tratamiento, además de efectuarlos satisfactoriamente y para el profesionista que se dirige al estudio de una especialidad.

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

- Archer W. Harry.- Cirugía Bucal.- Editorial Mundi, S.A.
Buenos Aires, Argentina.-1978.
- Alvin L. Morris; Harry M. Bohanan.- Las especialidades odontológicas
en la práctica general.- Editorial Labor S.A.-
Impreso en España 2a. Edición.-1976.
- Ricardo F. Borghelli.- Temas de Patología Bucal Clínica Tomo I y II
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.- Impreso en Argentina
1a. Edición.-1979.
- Daniel E. Waite.- Cirugía Bucal Práctica.- Editorial Continental S.A.
Impreso en México.-1a. Edición.-1978.
- Kruger.- Cirugía Bucal.- Editorial Interamericana.-Impreso en México.-
1971.
- Guillermo A. Ries Centeno.- Cirugía Bucal.- Editorial El Ateneo.- Im-
preso en Argentina.- 1976.
- Guralnick, Walter C.- Tratado de Cirugía Oral.- Editorial Interameri-
cana.-Impreso en México.- 1a. Edición.- 1971.

- Bhaskar S.H.- Patología Bucal.- Editorial Buenos Aires
Segundo Edición.- 1973.
- William G. Shafer, Marynard K. Hine, Barret M. Levy.-
Tratado de Patología Bucal.- Editorial
Interamericana.-3a. Edición.- 1977.
- Hinds Edward C.- Cirugía Oral en el Consultorio Odonto-
logía Clínica de Norteamérica Editorial
Mundi.-Serie III Vol. 9.-Buenos Aires,
Argentina.
- Winther J.F. y Birn H.- Atlas de Cirugía Oral.- Edito--
rial Salvat.-Barcelona, España.-1977.