

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**Dientes Incluidos, su Causa y
Tratamiento**

T E S I S
Que Para Obtener el Título de:
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a

Guillermo Guzmán R.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

| | Páginas |
|---------------------------|---------|
| INTRODUCCION | 1 |
| CAPITULO I | 2 |
| CLASIFICACION Y ETIOLOGIA | |
| CAPITULO II | 16 |
| INSTRUMENTAL | |
| CAPITULO III | 24 |
| ASEPSIA Y ANTISEPSIA | |
| CAPITULO IV | 28 |
| CUIDADOS PREOPERATORIOS | |
| CAPITULO V | 30 |
| RADIOGRAFIA | |
| CAPITULO VI | 43 |
| ANESTESIA | |
| CAPITULO VII | 52 |
| TECNICAS QUIRURGICAS | |
| CAPITULO VIII | 60 |
| CUIDADOS POSTOPERATORIOS | |
| CONCLUSION | |

INTRODUCCION

Se les nombran dientes incluidos, retenidos o -- impactados aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario.

No importa el término que se quiere emplear ya que estos términos guardan una relación entre sí,

Esta retención dentaria se presenta en dos formas:

- a).- RETENCION INTRAOSEA.- Dientes completamente cubiertos por tejido óseo.
- b).- RETENCION SUBGINGIVAL.-Dientes cubiertos -- por la mucosa gingival.

Cualquiera de los dientes temporales, permanentes o supernumerarios, pueden quedar retenidos en los maxilares, siendo la retención de dientes temporales un hecho excepcional .

Los trastornos que implican las piezas incluidas o retenidas, así como sus diversas causas que van desde una invasión microbiana, hasta una agreción ósea y la complejidad de formas y posiciones que adoptan, trayendo como consecuencia el dolor, siendo ésta la principal causa por la cual los pacientes acuden al Cirujano Dentista.

En base a un estudio radiográfico completo ubicaremos la pieza que nos interesa de manera que la operación sea lo menos traumática para el paciente, evitándole molestias innecesarias.

Procedemos a desarrollar toda una técnica y aplicar métodos que nos lleven a la realización de un tratamiento satisfactorio y tratar de lograr un avance y perfección de -- nuestro campo y eliminar totalmente cualquier malestar que éstos provocan, llevándonos a tomar ciertas decisiones en lo referente al plan que previamente habíamos trazado.

Es conveniente que desde el primer momento obtenamos la confianza de nuestro paciente, ya que la tensión psicológica que muestras éstos es muy importante, ya que la ayuda -- que puedan proporcionarnos será en gran parte un éxito para -- nuestra intervención.

La rama de la Odontología que estudia la técnica a la que nos referimos es la Cirujía Bucal y por tal motivo me he inclinado a investigar, estudiar y realizar todo lo referente a este tema.

CLASIFICACION Y PREDISPOSICION A LA
RETENCION DE PIEZAS DENTARIAS

Determinados dientes presentan cierta predisposición a la retención dentaria, siendo el caso específico el de los terceros molares inferiores.

Berten Cieszyhski, ha observado que los dientes - incluidos se presentan más frecuentemente en el orden siguiente:

- 1.- Tercer molar inferior
- 2.- Canino superior
- 3.- Tercer molar superior
- 4.- Segundo premolar inferior
- 5.- Canino inferior
- 6.- Incisivo central superior
- 7.- Segundo premolar superior
- 8.- Primer premolar inferior
- 9.- Incisivo lateral superior
- 10.- Incisivo lateral inferior
- 11.- Primer premolar superior
- 12.- Primer molar inferior
- 13.- Segundo molar inferior
- 14.- Primer molar superior
- 15.- Incisivo central superior
- 16.- Segundo molar superior

Las graduales reducciones involutivas en el desarrollo de los maxilares y de la mandíbula del hombre, explican la etiopatogénesis de los dientes incluídos.

Por este fenómeno el maxilar y la mandíbula resultan demasiado estrechos para hospedar a los terceros molares superiores e inferiores.

Nodine, hace notar que en los últimos doscientos años, se ha creído que la civilización ha sido responsable de la disminución y ausencia de un estímulo que provocará un adecuado desarrollo de los maxilares del hombre, desarrollo que sustituye el espacio suficiente para la erupción de todos los dientes.

El estímulo perdido es representado por la fuerza requerida y aplicada para la masticación de los alimentos sólidos.

La dieta moderna no requiere de un esfuerzo decisivo para la masticación, así que el estímulo para el desarrollo de los maxilares se está reduciendo en modo de justificar en el hombre de hoy la presencia de dientes incluídos.

Tal teoría viene valorada de investigaciones realizadas por Nodine. Observando maxilares de los antiguos egipcios, de los esquimales, de los aborígenes del sur de Australia y de los nativos de México, en los cuales no se encontraron casos de dientes incluídos.

Su alimentación animal como vegetal es simple por variedad y sistema de preparación, su consistencia cuando está preparada es tal que requiere un esfuerzo masticatorio que parte del niño como del adulto.

El tercer molar inferior se encuentra localizado en la cara distal del segundo molar, dentro del maxilar inferior en diversas posiciones.

Se considera de gran importancia la clasificación de los terceros molares incluidos para establecer un diagnóstico preciso y así tener en cuenta las dificultades que durante su extracción pudieran presentarse.

Para poder hacer una buena clasificación debemos basarnos en el examen radiográfico, ya que nos indica su posición anatómica como se mencionó anteriormente.

Una buena clasificación de inclusiones de terceros molares es la que ofrecen Pell y Gregory: Esta clasificación se basa en la evaluación de la relación del segundo molar con la rama ascendente de la mandíbula y la relativa profundidad del tercer molar dentro del hueso, así como la posición del tercer molar en relación con el eje mayor del segundo molar. Pudiendo explicarse de la siguiente manera.

CLASE 1.- Cuando existe suficiente espacio entre la rama ascendente y el aspecto distal del segundo molar para dar cabida

a todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE II.- Cuando el espacio entre la rama ascendente y el aspecto distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE III.- Cuando toda, o la mayor parte del tercer molar se encuentra dentro de la rama ascendente.

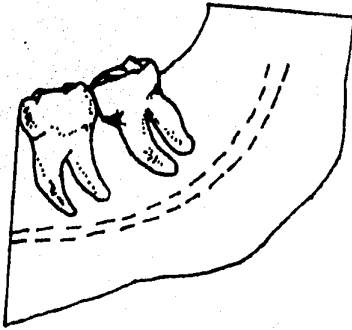
PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR DENTRO DEL HUESO:

POSICION A.- Cuando la porción más alta del diente incluido -- se encuentra al mismo nivel, o por encima de la superficie -- oclusa I del segundo molar.

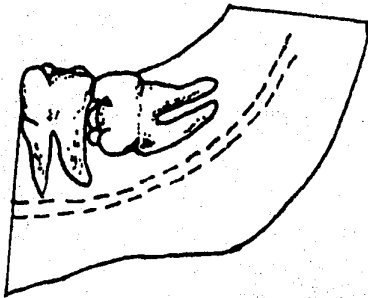
POSICION B.- Cuando la porción más alta del diente se encuentra bajo la línea oclusal, aunque encima de la línea cervical del segundo molar.

POSICION C.- Cuando la porción más alta del diente se encuentra al mismo nivel, o por abajo, de la línea cervical del segundo molar.

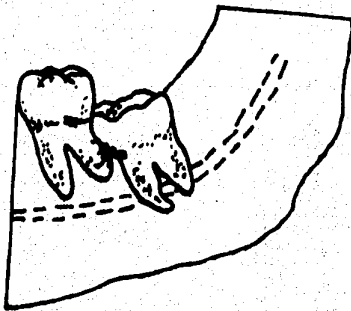
I CLASIFICACION



MESIOANGULAR

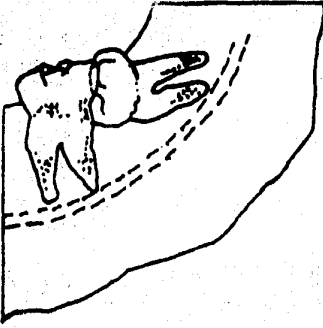


HORIZONTAL

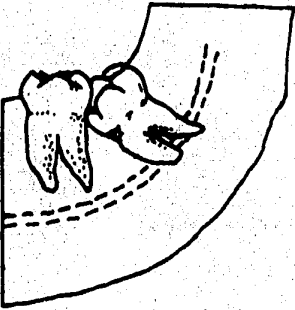


VERTICAL

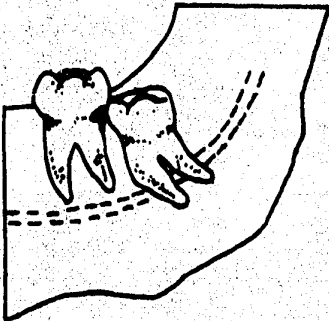
II CLASIFICACION



1a. POSICION

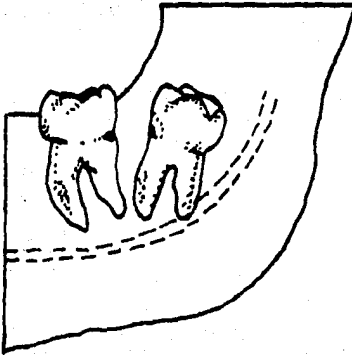


2a. POSICION

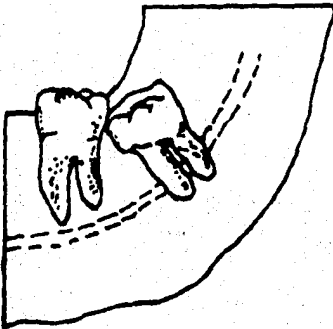


3a. POSICION

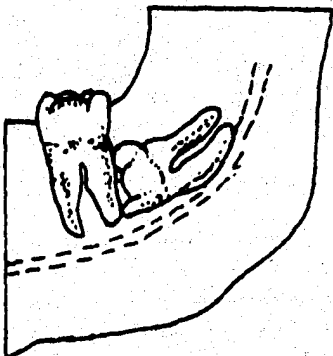
III CLASIFICACION



DISTOANGULAR



MESIOANGULAR



HORIZONTAL

LA POSICION DEL DIENTE EN RELACION CON EL EJE MAYOR DEL SEGUNDO MOLAR.

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

Según WINTER, esta clasificación es como a continuación se describe:

Retención Vertical.- El tercer molar puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso y su eje mayor es paralelo al eje mayor del segundo y primer molar.

Retención Horizontal.- El eje mayor del tercer molar es sensiblemente perpendicular a los ejes del segundo y primer molar.

Retención Invertida.- En este caso el tercer molar, presenta su cara oclusar hacia el borde la mandíbula; se le conoce también con el nombre de paranormal o invertida.

Retención Mesioangular.- El eje mayor del tercer molar forma con el del segundo un ángulo agudo de grado variable (45 grados aproximadamente).

Retención Distoangular.- El eje mayor del tercer molar forma -- con el eje mayor del segundo, un ángulo divergente que es de -- distinto grado.

Retención Bucoangular.- La corona del tercer molar, está dirigi da hacia bucal en retención.

Retención Ligoangular.- La corona del tercer molar está dirigi da hacia lingual.

Cuando el tercer molar hace erupción completa, existen desvia-- ciones que son:

Desviación bucal

Desviación Lingual

TERCEROS MOLARES SUPERIORES INCLUIDOS

Las indicaciones para la extracción de terceros molares superiores incluidos, son similares a las de la extracción de terceros molares inferiores incluidos. Estas incluyen problemas tales como pericoronitis, periodontitis, caries, resorción patológica, quistes, neoplasia y dolo idiopático. Sin embargo, la frecuencia de tales secuelas es menos que en los terceros molares inferiores incluidos. Los terceros molares superiores, como los terceros molares inferiores, también pueden encontrarse en bordes alveolares "desdentados".

Al igual que los terceros molares inferiores incluidos, no es muy frecuente que los terceros molares superiores provoquen apiñamiento de la dentición. No existen datos que comprueben que los dientes incluidos provoquen una recidiva ortodóntica.

La mayor parte de los dientes incluidos causarán problemas a la larga. Como las complicaciones operatorias y post-operatorias se reducen significativamente cuando el tercer molar incluido no se encuentra afectado patológicamente, se recomienda que tales dientes sean extraídos tan pronto como se determine que no existe suficiente espacio o que se encuentran en una posición anormal para la erupción. Esta decisión puede tomarse cuando el paciente tiene 16 o 17 años de edad.

Los terceros molares superiores se extraen con menos dificultad quirúrgicamente que los terceros molares inferiores, ya que el hueso de la zona es menos denso, lo que permite mover al diente mediante la técnica del elevador. El diseño del colgajo suele ser de tipo sobre, aunque cuando es necesario, puede hacerse una incisión vertical al colgajo para aumentar el área de exposición cuando se trata de una inclusión alta.

La visión es difícil y el operador deberá acostumbrarse al "tacto" de estos dientes al ser extraídos, utilizando los elevadores apropiados. El movimiento de la mandíbula hacia una excursión lateral es útil ya que proporciona mayor espacio entre la rama ascendente y la tuberosidad.

Entre las complicaciones que pueden presentarse, está la hernia de la almohadilla adiposa vestibular hacia la herida, afectando la visión del operador, así como la pérdida del diente hacia el espacio vestibular, el espacio pterigomaxilar, o la faringe. La osteítis o alvéolo seco no es una complicación frecuente. La penetración del seno maxilar si es una complicación en potencia.

Para extraer los dientes en forma indolora, con el menor traumatismo posible, debemos seguir los principios básicos de la Exodoncia, éste es: Acceso adecuado, camino sin -- impedimentos y empleo de fuerzas controladas. Para la mayoría de los casos en el presente trabajo nos ocupa la Odontosección va a ser la técnica más empleada, ya que nos evita sacrificar tejidos inútilmente.

La falta de conocimientos previos del Cirujano - Dentista al realizar una intervención y la falta de aseo por parte de los pacientes, nos trae como consecuencia una serie de accidentes que pueden ser mediatos o inmediatos a la intervención.

Es más fácil extraer estos dientes en el individuo joven, porque el paciente tolerará mejor el procedimiento. Los jóvenes se recuperan más rápidamente y la posibilidad de complicaciones periodontales subsecuentes a la cirugía son menores.

Por lo tanto hemos de considerar que la capacidad del Cirujano Dentista y la ayuda del paciente son requisitos de primera necesidad, para obtener los resultados favorables y así mismo llevar al paciente a una total recuperación, siendo esencial por su parte en cuanto a dieta, higiene y citas de revisión, pues la combinación de estos conceptos básicos nos llevarán a lograr una intervención exitosa.

ETIOLOGIA DE LA RETENCION

Dentro de las causas de retención tenemos:

Locales y generales.

Causas Locales:

- a).- Embriológicas.- La ubicación especial de un germen dentario (dirección anormal o muy alejado de su sitio normal de erupción).
- b).- Mecánicas.- Falta de espacio debido a maxilares no suficientemente desarrollados, posición irregular de los dientes adyacentes, permanencia excesiva de los dientes residuos, hueso alveolar muy denso, mucosa muy densa debido a inflamación crónica y elementos patológicos (quistes dentígeros, tumores odontogénicos).

Causas Generales:

- a).- Causas Prenatales.- Consideramos la herencia y la desnutrición.
- b).- Causas Posnatales.- Son las causas que pueden producir interferencia en el desarrollo normal --

del niño, todas las enfermedades gene
rales en directa relación con las - -
glándulas endócrinas, raquitismo, en-
fermedades sistemáticas como la desnu
trición, tuberculosis y sífilis congé-
nita.

c).- Podemos también considerar causas que se presentan raramente
como: Disostosis Cleidocraneomastoidea, osicefalea, pro-
geria y palatoschisis.

I N S T R U M E N T A L

Los instrumentos para los procedimientos de cirugía bucal son variados. Como norma general, mientras menos instrumentos sean necesarios para realizar un cometido, más eficiente será la operación. Antes de poder utilizar los instrumentos correctamente, debemos poseer conocimientos fundamentales de los mismos, así como las indicaciones para su utilización.

BISTURI

Instrumento de Diéresis de partes blandas.

Es el instrumento por el medio del cual se realiza la incisión de los tejidos blandos. En cirugía bucal se utiliza por lo general un bisturí de hoja corta, instrumento que consta de un mango y una hoja intercambiable, la cual puede ser de forma variable. De los más empleados en la remoción de tercer molar inferior retenido son:

El de Bard Parquer, con hoja número 15.

El creado por Mezd, cuya característica principal consiste en la curvatura de su hoja, en forma de hoz con filo en sus dos bordes. Con este bisturí pueden realizarse incisiones en sitios poco accesibles, como lo es la región del tercer molar inferior.

EL SINDESMOTOMO

Este bisturí se emplea para separar la encía del cuello del diente.

LEGRAS, PERIOSTOMOS

Después de haber realizado la incisión de los tejidos blandos, se procede a la separación desprendimiento de la fibra-mucosa, con el objeto de preparar el colgajo, este puede ser utilizado con diversos tipos de instrumentos. Se pueden utilizar pequeñas legras, instrumento que se insertará entre los labios de la herida y entre mucoperiostio y hueso, separando hasta donde se a necesario.

Otro instrumento que es de gran utilidad en la separación de los tejidos blandos en el periostotomo de Mead.

En sitios de difícil acceso, como suele ser la cara lingual de la mandíbula, pueden utilizarse espátulas rectas o acodadas.

SEPARADORES

Una vez realizada la separación de los tejidos blandos es necesario mantener apartados tanto la mucosa incidida como los labios, sin causar ninguna lesión en ellos. Para esto será utilizado el instrumento denominado separador, el cual es el más indicado para la realización de esta operación, pues permitirá al operador una mejor visión de los tejidos duros y a su vez protegerá los tejidos blandos impidiendo que sufran algún traumatismo, manteniéndolos separados de la fresa o el elevador. Existen distintos tipos de separadores, los principales son:

- 1.- Separadores de Farabeuf: Instrumento que consta de una barra, cuyos extremos está acodados.
- 2.- Separadores de Volkman: Instrumento que consta de un mango y de un tallo que termina en forma de diente.
- 3.- Separadores de ángulo recto de Austin: Instrumento que --- tiene dos dientes semiangulares en el extremo.

COLOCACION DEL SEPARADOR:

- a).- El carrillo o el labio se levanta con el separador.
- b).- El colgajo es despegado suavemente con un instrumento que puede ser una legra o una espátula.
- c).- La punta del separador se coloca firmemente contra el hueso para evitar su deslizamiento.
Nunca debe apoyarse sobre la base del colgajo, pues esto puede producir la trombosis de los vasos nutricios del -- colgajo.

ESCOPLO Y MARTILLO

Una vez realizada la separación de los tejidos blandos, se procederá a la resección indicada del hueso. Para esta intervención se puede utilizar los instrumentos denominados escoplo y martillo.

El escoplo es una barra metálica, uno de sus extremos está -- cortado a bisel y convenientemente afilado.

Este instrumento es accionado manualmente por medio de pre- - sión a base de golpes de martillo, dirigiendo los golpes so- - bre la extremidad opuesta al filo.

El martillo consta de un mango, de fácil acceso a la mano del operador y de una masa compacta.

FRESA QUIRURGICA

Es muy frecuente la utilización de la fresa quirúrgica para la resección del hueso en la extracción del tercer molar infe- - rior retenido. Entre las más usuales tenemos: la fresa de fi- - sura número 560 con punta anfractuosa. También se emplean las fresas quirúrgicas de Shamberg, las fresas para labrar caucho y las de Allport, o bien las fresas comunes.

Debido a lo reducido del espacio en que se encuentra el ter- - cer molar inferior, es más común el uso de la fresa que el -- empleo del escoplo. Al utilizar la fresa, siempre debe de es- - tar acompañada de un chorro de agua o solución salina.

Como se señaló anteriormente, los tejidos blandos deben tener se alejados de la fresa, la fresa debe hacerse girar a alta - velocidad, aplicándola en forma intermitente, con el fin de - que el agua llegue a ella y la refreque.

ELEVADORES

Realizada la eliminación de la cantidad de hueso necesario, se procederá a la operación. Debido al difícil acceso a la pieza, a veces no es posible aplicar el forcep. En estos casos es de gran utilidad la aplicación del elevador; instrumento indispensable para la extracción de piezas retenidas.

- 1.- El mango: es adaptable a la mano del operador y tiene diversas formas. En general está dispuesto con respecto al tallo en dos formas, en la misma línea o perpendicular a él, formando una T.
- 2.- El tallo: es una pequeña barra que une al mango con la hoja.
- 3.- La hoja: existen distintos diseños, según el caso, cuando la hoja está en línea con el tallo, cuando la hoja forma con el tallo un ángulo variable (elevadores curvos).

Los elevadores varían según su función, trabajo y misión, a continuación tenemos:

- 1.- Elevador de Winter #1, derecho e izquierdo
- 2.- Elevador de Winter #3, derecho e izquierdo
- 3.- Elevador de Winter #1 y 2, de aplicación mesial.

- 4.- Elevador de Winter #4, derecho e izquierdo
- 5.- Elevador de Winter #11, derecho e izquierdo
- 6.- Elevador de Winter #14, derecho e izquierdo
- 7.- Elevador de Clev dent, derecho e izquierdo
- 8.- Elevador recto de Selden.

AGUJAS PARA SUTURA

La sutura es la parte final de intervención quirúrgica y tiene por objeto reunir los tejidos separados por la incisión. Para realizarla se requiere de agujas que estén acordes con los delicados tejidos gingivales. Existen agujas sencillas curvas o rectas de diversas dimensiones.

En la práctica de la extracción del tercer molar inferior, son empleadas de preferencia las agujas curvas, pues se adaptan a la disposición anatómica del tercer molar.

Las agujas curvas son de dos tipos:

- 1.- Cóncavoconvexa en el sentido de su cara.
- 2.- Cóncavoconvexa en el sentido de su borde.

El primer tipo de agujas deja una herida en la mucosa que es paralela al trazo de la incisión, el segundo tipo deja una herida perpendicular a dicho trazo.

Es recomendable utilizar la aguja de cara cóncavoconvexa para la tracción que el hilo de sutura ejerce en el labio de la perforación producida por el paso de la aguja, no tiene acción sobre la herida. En cambio con la aguja curva de borde cóncavoconvexo, la herida tiende a agrandarse y desplazarse. Para realizar la sutura, se utilizará hilo de seda o catgut.

Siempre siguiendo un orden en la colocación del instrumental que estará de acuerdo con el desarrollo de la intervención; instrumentos de corte (bisturí, pinzas de disección, tijeras, etc.), se colocan en primer término, en seguida los instrumentos de hemostasis - (pinzas de Kelly, de mosquito, etc.), en el centro o parte superior se coloca el material de sutura; porta agujas, agujas, catgut, seda nylon, etc., y en otro lugar especial el instrumental para realizar la intervención planeada.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

Nos brindan los conocimientos necesarios para prevenir y combatir la infección.

Asepsia significa ausencia de materia séptica; - ausencia de infección o de los agentes capaces de producirla. - También se conoce con el nombre de asepsia al método de prevenir las infecciones por la destrucción o evitación de los agentes infectivos, en especial por medios físicos.

Antisepsia.- Es el conjunto de procedimientos físicos, mecánicos y preferentemente químicos para destruir -- los gérmenes patógenos: es sinónimo de desinfección.

Mediante la antisepsia, se llevan los materiales quirúrgicos y la piel del enfermo a un estado de desinfección tal, que se evita la contaminación operatoria.

La asepsia tiene por objeto destruir los gérmenes para evitar la entrada de éstos al organismo y la antisepsia se encarga de destruir dichos gérmenes cuando ya han penetrado al organismo y para ello utilizamos agentes químicos llamados antisépticos.

En técnica quirúrgica se considera como asepsia, el conjunto de reglas y procedimientos que se ponen en práctica para conseguir la esterilización del material quirúrgico y todo aquello que tenga contacto con el campo operatorio.

La esterilización se puede realizar por distintos medios que pueden ser: físicos, químicos y biológicos.

En la clínica dental al nivel de los brazos del sillón dental puede considerarse como línea de demarcación de la asepsia; todo lo situado arriba de este nivel debe cumplir con dichos requisitos asépticos.

A.- ASEPSIA DEL CIRUJANO:

- 1.- Sustituir ropa de calle por ropa adecuada
- 2.- Colocarse gorro quirúrgico y cubreboca
- 3.- El lavado quirúrgico es necesario tanto en cirugía mayor como en intervenciones dentales. Las manos y antebrazos se cepillan -- desde los codos durante cinco minutos con cepillo y jabón o detergente de hexaclorofeno y agua. Durante el lavado y cepillado, las uñas deben limpiarse correctamente. Se recomienda después del lavado un enjuague con antiséptico de baja tensión superficial, como el alcohol o el septisol.
- 4.- Las manos se secan con una toalla estéril -- estando en este momento quirúrgicamente -- limpias pero no estériles.
- 5.- El ayudante con ropa y guantes estériles, -- ayuda al cirujano a ponerse la ropa estéril, asegurando la bata de éste en la parte posterior.

6.- La colocación de los guantes, en su parte interna es solamente tocada por las manos del cirujano, la parte exterior de los guantes de hule se consideran estériles. Es necesario que el cirujano traiga puestos guantes cuando toca sangre, líquidos o saliva.

B.- AISLAMIENTO DEL CAMPO

- 1.- Se prepara la región de la incisión. La asistencia prequirúrgica debe incluir la piel peribucal y la mucosa en que se va a operar. Pidiéndole al paciente se lave la cara con detergente de hexaclorofeno. Después se aplica un antiséptico incoloro y no irritante a la piel alrededor de la boca y la mucosa. La boca del paciente se lava con solución antiséptica de sabor agradable, y la región inmediata a la punción de la aguja o de la incisión se pincela con un antiséptico que tiene colorante violeta de geniana, mertiolate etc., para que en la región que se va ha operar se identifique claramente como preparada antisépticamente.
- 2.- El campo operatorio se limpia con cepillo y jabón detergente, se enjuaga y se aplica un antiséptico adecuado.

- 3.- El pelo del paciente puede cubrirse con -- campos o toallas estériles.
- 4.- Para aislar el campo con toallas estériles para facilitar las maniobras quirúrgicas - en la disposición del instrumental sobre - la mesa.

CUIDADOS PREOPERATORIOS

Es importante establecer una comunicación suficiente con el paciente como persona en quien está interesado el cirujano y por quien se preocupa, antes de tratar la necesidad y carácter del tratamiento quirúrgico. El tiempo necesario para establecer esta relación será bien empleado y deberá preceder a cualquier tipo de manipulación del paciente. Una explicación minuciosa y considerada del problema del paciente lo que el cirujano piensa que deba hacerse, como y cuando pueda ser más importante, tanto para el paciente como para el cirujano, que la fase técnica. Desde luego que facilitará el período post-operatorio para ambos.

La evaluación del paciente como un riesgo para "trauma justificable" deberá acompañar a la decisión para cualquier tratamiento quirúrgico. La preparación nutricional y metabólica del paciente es importante para llevarlo a la operación en el mejor estado biológico posible. Surgirán ocasiones en que debido a la urgencia, deberá aceptarse algo menos que lo ideal, por lo que será necesario determinar cual será "el mal menor". Existen ocasiones que "ponen a prueba el alma del cirujano" y requieren no solamente de su reserva de conocimientos y experiencias, sino también de un juicio quirúrgico sólido, lo que en ocasiones debe hacerse bajo tensión.

Algunos detalles por los que deberá preocuparse el cirujano durante el período preoperatorio son:

- a) .- Nutrición Tisular, estado de hidratación y balance electrolítico.

- b).- Volumen sanguíneo y contenido celular sanguíneo.
- c).- Estado de los mecanismos de coagulación de la sangre.
- d).- Estado y reservas cardiovasculares.
- e).- Función respiratoria.
- f).- Función renal.
- g).- Asociación de enfermedades concomitantes. (diabetes, tuberculosis, cáncer y otras de ficiencias endócrinas y metabólicas).

Todos los sistemas deberán funcionar adecuadamente o de acuerdo con el riesgo implicado. Nuevamente el cirujano deberá preguntarse: ¿Es necesario una operación de este caso?, ¿es urgente, de emergencia o electiva?

A continuación deberá defender no solamente su decisión por la operación, sino también el tipo y la programación del procedimiento.

ESTUDIO RADIOGRAFICO Y SU IMPORTANCIA

Ya se ha dicho que el examen radiográfico es indispensable en la extracción del tercer molar. El estudio de la forma y dirección radicular y de la disposición y relaciones -- del alvéolo son fundamentales.

Punto de interés en el examen radiográfico.-

Los puntos de interés a investigar en el examen radiográfico son los siguientes:

- 1.- Estado de la corona del tercer molar, integridad de la cara mesial.
- 2.- Estado de la corona del segundo molar, integridad de la cara distal del 2° molar.
- 3.- Forma, disposición y número de las raíces -- del tercer molar.
- 4.- Forma del séptum radicular.
- 5.- Espesor, altura y disposición del tabique -- distal del alvéolo.
- 6.- Relación de la rama montante con la cara distal del tercer molar.
- 7.- Forma, espesor y altura, disposición del tabique óseo interdentario.
- 8.- Grado de contacto del tercer y segundo molar.
- 9.- Forma y disposición de las raíces del segundo molar.

TECNICA PARA LA TOMA RADIOGRAFICA DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

Radiografía intraoral.

Posición del paciente.- Sentado en el sillón, cuyo respaldo estará perpendicular al suelo.

Posición de la cabeza.- La cabeza estará ligeramente inclinada hacia atrás, de manera que la línea oclusal del maxilar inferior se encuentre horizontal.

Posición de la película.- La película se coloca en el interior de la boca, con su eje mayor horizontal, el borde superior de la película paralelo a la arcada y no sobresaliendo de la línea de oclusión más de tres o cuatro milímetros.

El borde anterior de la película debe estar colocado a la altura de la cara mesial del primer molar, o más distalmente si las condiciones anatómicas lo permiten.

Posición del Aparato de Rayos X.- El cono del aparato debe estar colocado perpendicular a la película. El ángulo vertical correcto es de cero grados.

El rayo central es dirigido al centro de la película, aproximadamente ubicado a nivel del espacio interdentario, entre el segundo y tercer molar.

Radiografía Oclusal.

Posición del paciente.- El respaldo del sillón se inclinará -- hacia atrás.

Posición de la cabeza.- La cabeza reclinada, descendiendo el -- cabezal todo lo que permita la comodidad del paciente. Luego-- se rotará la cabeza hacia el lado opuesto al del molar a radio-- grafiarse.

Posición de la película dental.- La película dental ha de ser-- colocada entre ambas arcadas dentarias lo más distante posible. El paciente morderá con mucha suavidad la película. Su ángulo-- distobucal se encontrará ligeramente hacia arriba con el fin -- de permitirle insinuarse entre la rama montante del maxilar -- superior.

Posición del Aparato de Rayos X.-El cono del aparato se coloca por debajo del borde inferior de la mandíbula, de manera que -- el rayo central sea perpendicular a la película y pase a tra-- vés del maxilar y del eje mayor del molar retenido.

La radiografía oclusal dará la ubicación buco lingual, la cantidad de hueso existente del lado bucal y del lado lingual, la relación del molar con la rama ascendente y la relación anteroposterior del molar.

Radiografía Extraoral.

Posición del paciente.- Sentado. El respaldo verticalmente colocado.

Posición de la cabeza.- Ligeramente inclinada hacia atrás, y en un ángulo de veinte grados o treinta grados respecto al eje central, hacia el lado a radiografiar.

Posición de la película.- La película para radiografías extraorales, se guarda dentro del chasis de la pantalla reforzada. El chasis se coloca con el eje mayor vertical apoyado sobre la cara del lado a radiografiarse, tomando amplio contacto con la región de la rama ascendente y del borde inferior del maxilar. La película debe estar en lo posible, paralela al plano vertical de la rama ascendente. El paciente sostiene el chasis con la palma de su mano. La nariz debe guardar con el chasis una cierta distancia.

Posición del Aparato de Rayos X.- El tubo en ángulo de cero grados. Se coloca por debajo del ángulo del maxilar opuesto al que se va a radiografiar, con el objeto de evitar la superación de las ramas del hueso que restan nitidez a la película. El rayo central atraviesa de esta manera las regiones blandas del piso de la boca y lengua, cruza la cara interna del maxilar, el órgano dentario a radiografiar, siendo sensiblemente perpendicular a la película.

Este tipo de radiografías se toma en ocasiones que impiden o dificultan la colocación intraoral de la película (trismus, proceso inflamatorio, intolerancia del paciente). Los resultados de las radiografías extraorales nos dan los mismos resultados que las intraorales.

ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO.

En este estudio radiográfico se pueden considerar una serie de puntos importantes:

a).- Posición del tercer molar.- Cuando el tercer molar presenta su cara vestibular verticalmente dirigida, aunque el molar se encuentre en posición mesio o distoangular, imagen radiográfica es aproximadamente. El cambio en las desviaciones hacia bucal o lingual, el molar aparece acortado en la radiografía, y en ciertos casos su parte radicular, por superposición de planos, no es visible.

b).- Posición del segundo molar.- El segundo molar puede estar desviado hacia distal.

Deben ser considerados, además de la posición del molar, la posición y estado de la corona (integridad de caries, obturaciones, piezas de prótesis) y la posición y de las raíces.

c).- Huesos que cubre la cara triturante. El estado, la cantidad y disposición del hueso que cubre la cara triturante del molar retenido debe ser prolijamente estudiados en la radiografía. La existencia o la ausencia del saco pericoronario deben ser consideradas todas estas condiciones del hueso, indican la técnica a seguirse y el grado de osteotomía necesaria.

d).- El tabique mesial. (su forma y dimensiones) están dadas por la posición del molar. En la posición vertical estando en contacto el tercero y el segundo, este espacio es nulo o mínimo, en la posición distoangular este espacio tiene una forma triangular, a base inf. En este espacio mesial (previa resección del hueso) deben aplicarse los elevadores para extraer el molar retenido.

e).- La cantidad de hueso distal puede ser variable,

En algunas ocasiones la cara triturante del molar puede estar en contacto con la apófisis pterigóides.

f).- La corona del tercer molar (tamaño, forma y estado de la corona). La corona puede ser más pequeña o más grande que la normal. La forma se puede apartar de lo normal. La corona algunas veces está disminuída en su resistencia por caries de grado variable. Aún en retención interósea total, la corona puede estar profundamente cariada.

g).- Las raíces del tercer molar. Generalmente están fusionadas en una masa única.

Pueden presentarse separadas y dirigidas en distintas direcciones, pueden no estar aún calcificadas.

h).- Vecindad con el seno maxilar. El tercer-molar (sup.) en ciertos pacientes está muy vecino al seno y en algunos casos sus raíces llegan a ser hernias en el piso-sinusal. La extracción del tercer molar puede ocasionar en tales circunstancias, una comunicación patológica con el seno maxilar, o el molar puede ser proyectado en esta cavidad.

i).- Vecindad con la apófisis pterigóides.- - Existe el peligro de fractura en los esfuerzos operatorios.

La tuberosidad del maxilar es susceptible de correr igual suerte y ser arrancada en el curso de una extracción, aún la de un molar normalmente erupcionado.

j).- Acceso de la cara mesial. Sobre la cara-mesial se aplicará el elevador que luxará al molar. La radiografía debe indicar la facilidad de acceso a esta cara, o fijar la necesidad de una osteotomía del tabique mesial, para permitir la colocación del instrumento.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Resulta una necesidad el examen radiográfico-
previo a la intervención, que tal vez más que el examen clíni-
co, permite sacar conclusiones y sobre todo apreciar la exére-
sis ósea que pueda ser necesaria.

En la película radiográfica debe observarse -
con absoluta corrección la totalidad del molar objeto de la -
intervención, así como la estructura anatómica que lo rodea.

REGION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR. - En esta se debe considerar
la tuberosidad del maxilar y relación del tercer molar con -
los dientes vecinos y el seno. Por detrás del tercer molar se
puede observar zona esponjosa correspondiente a la tuberosi-
dad del maxilar, el límite de ésta es perfectamente señalado-
en la radiografía.

Al tener la paciente con la boca abierta, la-
apófisis conoides coincide con la tuberosidad y el tercer mo-
lar y por consecuencia se obtiene una superposición de imáge-
nes, por detrás de la tuberosidad puede ser visible el gan-
cho del ala interna de la apófisis pterigóides.

REGION DEL TERCER MOLAR INFERIOR. - Se puede observar en esta-
región el tercer molar en relación con el segundo molar, con-
la rama ascendente del maxilar y conducto dentario inferior.

Es posible observar el saco pericoronario o -- elementos patológicos ubicados en la parte distal del tercer-- molar, como: El borde anterior de la rama ascendente del maxilar, línea oblicua externa, cresta temporal, línea milohioidea y el hueso pericoronario, hueso mesial, bucal, distal, lingual y oclusal que cubre o rodea parcial o totalmente el tercer molar inferior, estos elementos no son siempre bien definidos -- porque se superponen entre si o por estar cubiertos por la imagen dentaria, o por ser poco visibles.

Las radiografías que se utilizan en esta intervención se dividen en:

INTRAORALES Y EXTRAORALES

INTRAORALES.- Dentro de estas encontramos: Periapicales que -- nos proporcionan datos exactos y acertados por la adaptación -- que tienen a la región, así mismo el rayo puede proyectarse di rectamente dando como resultado detalles y contrastes correctos y cantidad de tejido óseo que cubre la pieza.

Obtenemos: Posición del hueso, relación del molar con respecto a los molares vecinos; forma de su corona y raíz(es); así como la posición del eje mayor del molar, tipos de desviación, di rección del segundo molar ya que es de suma importancia por -- ser uno de los puntos de apoyo durante la intervención quirúrgica; profundidad del molar que se tomará en relación con la -- línea oclusal y cervical.

OCUSALES.- Por el tamaño de la radiografía nos da la posición buco-lingual; la dirección ántero posterior del tercer molar y la relación que existe con la rama ascendente. El rayo central pasa paralelo a la película a través del maxilar y se debe llevar lo más hacia atrás posible para una mejor observación del campo por intervenir.

Obtenemos.- La distancia y cantidad de hueso que existe entre las caras bucales y lingual, desviación del molar con respecto a estas caras, en la desviación bucal no es visible la cara oclusal del molar; hay superposición de las imágenes del tercer molar con el segundo molar y la desviación si no hay superposición es visible en la cara oclusal del molar.

En caso superior nos da posición bucopalatina y nos indica posición en hueso, relación con molares vecinos, aproximación seno maxilar y apófisis coronoides.

EXTRAORALES.- Las empleamos debido a la existencia de ciertos procesos inflamatorios, trismus, etc. Cuando se produce un reflejo nauseoso sobre todo en los casos de alguna inclusión horizontal, ya que la placa radiográfica se colocará muy atrás. Otro factor es cuando el examen clínico no puede determinar la extensión de las complicaciones óseas por ejemplo en un caso de Osteítis una radiografía intraoral no reproduce la imagen completa de las lesiones. Por lo tanto resulta imposible acomodar la placa y más aún introducirla.

Estas no son exactas por lo que no son muy utilizadas, el rayo central atraviesa el piso de la boca, lengua, cara interna del maxilar y órgano dentario en una forma perpendicular.

En superior el rayo central atraviesa bóveda palatina, piso de fosas nasales, tuberosidad del maxilar, órgano dentario y seno maxilar.

PROYECCIONES MAXILARES LATERALES

Con éstas obtenemos vistas laterales de uno o--
ambos maxilares.

Una proyección lateral no es posible ya que - -
existe superposición de imagen del lado contrario y es necesa
rio que se realice con cierta angulación oblicua.

El haz de radiaciones puede ser dirigido sobre-
la región que nos interesa desde dos direcciones fundamenta--
les:.

- 1), - Desde abajo del maxilar inferior en el lado opuesto al -
que se está examinando.
- 2), - Desde detrás de la rama mandibular ascendente del lado -
opuesto al que se está examinando.

Con éstas podemos examinar satisfactoriamente -
todo un lado mediante cuatro películas tomando separadamente-
las regiones: rama ascendente, región de terceros molares, --
premolares e incisivos.

Así podemos llevar a cabo la evaluación de la -
región que nos interesa: como valorar posición del tercer mo-
lar y estructuras anatómicas que lo rodean.

ANESTESIA

La palabra anestesia deriva del griego Alfa-an que quiere decir privativo y de Aisthesis que significa sensación; producida artificialmente por la administración de una substancia.

Para efectuar sin complicaciones la intervención quirúrgica del tercer molar inferior retenido, será necesario que la técnica anestésica a emplear sea lo más adecuada posible, ya que esto representará un porcentaje mayor en lo referente al éxito de nuestra intervención, y a la vez será una tranquilidad extra para el paciente.

En cirugía bucal y para la extracción habitual de cualquier diente, interesa sobre todo la anestesia que pueda hacerse a la tercera rama del trigémino que corresponde al nervio maxilar inferior y sus ramas terminales, en el caso concreto nos interesa la anestesia del nervio dentario inferior, que es la mayor de sus ramas.

Para realizar sin dolor la inyección mandibular, la aguja deberá penetrar entre la rama ascendente y los ligamentos y músculos que cubren la superficie próxima de aquella.

La técnica de inyección mandibular nos interesa como anestesia de conducción, generalmente asociada a --

anestesia terminal, si vamos a realizar la extracción de molares retenidos, algunas ocasiones utilizamos estas técnicas para operar quistes y eliminar pequeñas tumoraciones.

TECNICA

Para asegurar una anestesia profunda y prolongada de tal manera que nos permita terminar nuestra intervención sin molestias para nuestro paciente y para nosotros mismos, es necesario dominar la técnica de inyección troncular para lo cual seguiremos los siguientes pasos:

Pálpese el triángulo retromolar con el dedo índice de modo tal que la uña quede sobre la línea oblícuca interna. Con el cuerpo de la jeringa descansando sobre la región de los premolares del lado opuesto, dirigiremos nuestra aguja paralelamente al plano de oclusión de los dientes inferiores, en dirección hacia la rama maxilar y el dedo que realiza la palpación. Hágase la punción en el vértice del triángulo pterigomandibular, introduciendo la aguja hasta que la sienta contra la pared posterior del surco mandibular (unos 15 mm.).

Este tipo de anestesia sirve para poder intervenir odontológicamente todos los dientes del lado inyectado.

Será necesario en ocasiones realizar una anestesia del nervio lingual que generalmente anestesiemos durante la inyección mandibular si depositamos la solución al ir introduciendo la aguja, en caso contrario requerirá una inyección lingual anterior a los molares.

La inyección lingual se empleará siempre y -- cuando la anestesia del dentario inferior no haya sido satisfactoria, y ayuda para trabajar sin contratiempos.

Para la anestesia del nervio lingual puncionaremos la membrana mucosa lingual a nivel de la mitad de la -- raíz, distalmente a los dientes que han de anesthesiarse. Deposítese la solución exactamente bajo la membrana mucosa, -- con lentitud y sin hacer presión.

Las substancias que se usan para producir anestesia local y regional, debe sujetarse a varias condiciones:

- 1.- Producir sensibilidad completa o duradera
- 2.- No deformar el campo operatorio
- 3.- Debe absorberse sin dejar módulos que se puedan considerar como cuerpos extraños
- 4.- No ser tóxica.
- 5.- No ser dolorosa su aplicación.

Deben tenerse en cuenta los siguientes principios al aplicar la anestesia local o regional:

- 1.- A dosis iguales las soluciones concentra-- das son más tóxicas que las diluídas.
- 2.- A dosis iguales y a concentraciones igua-- les las inyecciones rápidas son más peli-- grosas que las lentas.

3.- El paso rápido de la anestesia al torrente circulatorio es lo que constituye el peligro.

Para la extracción de los terceros molares incluidos en mandíbula se va a utilizar el bloqueo regional.

Entre los anestésicos locales tenemos:

| <u>Nombre Genérico</u> | <u>Nombre Comercial</u> |
|------------------------|-------------------------|
| Cocaína | |
| Piperocaína | Meticaína |
| Hexilcaína | Ciclaína |
| Procaína | Novocaína |
| Cloroprocaína | Nesacaína |
| Tetracaína | Pontocaína |
| Lidocaína | Xilocaína |
| Mepivacaína | Carbocaína |
| Propitocaína | Citanest |

En odontología los anestésicos locales que más se van a utilizar son:

La Lidocaína, la Mepivacaína y la Propitocaína.

Mepivacaína.- (Carbocaína) la potencia de este fármaco es un poco mayor a la lidocaína y su toxicidad es al go menor; en esta forma, el fármaco tiene un índice anestésico elevado y un amplio margen de seguridad.

La adición de un vasoconstrictor proporciona -- una pequeña ventaja en la duración.

La carbocaína tiene excelente capacidad de penetración y el comienzo de su acción es bastante rápido puede obtenerse anestesia sensorial de tres a cinco minutos des pués del bloqueo nervioso.

La duración de su acción es más o menos de dos horas a dos horas y media; período en el que pueden hacerse las maniobras quirúrgicas.

Efectos secundarios. Pocas veces hay reacciones generales -- graves, a veces hay taquicardia e hipotensión moderadas, se sabe también que en algunas ocasiones hay contracciones de los músculos de la cara.

Propitocaína.- (Citanest) la propitocaína produce irritación mínima en el sitio de la inyección; su potencia es igual a la de la lidocaína. Este fármaco tiene límites amplios de seguridad.

Las reacciones secundarias con Citanest, aprecen con muy poca frecuencia.

Lidocaína.- (Xilocaína) se ha observado que este anestésico no es irritante a los tejidos, incluso en concentraciones de 88 por 100.

La lidocaína desaparece en término de dos -- horas en los sitios de infiltración.

Si se aplica con adrenalina, la rapidez de - desaparición es de aproximadamente de cuatro horas.

ANESTESICOS TOPICOS

Los anestésicos tópicos son absorbidos rápidamente por la mucosa bucal y por esta razón se debe tener cuidado en utilizar las cantidades mínimas necesarias.

Estos anestésicos nos van a producir una anestesia momentánea suficiente para poder hacer la punción sin molestias para nuestro paciente.

El más usado es la lidocaína, el cual lo encontramos en unguento y solución.

PRECAUCIONES QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA AL APLICAR UN ANESTESICO LOCAL:

Siempre que se emplee un anestésico local se debe de tener en cuenta las siguientes precauciones:

- 1.- Evitar la inyección intramuscular.
- 2.- Inyectar la solución lentamente.
- 3.- Escoger el anestésico que produzca anestesia necesaria con la menor cantidad.
- 4.- Observar al paciente durante la inyección y en caso de aparecer una reacción; iniciar inmediatamente las maniobras de reanimación y sostén.

COMPLICACIONES EXISTENTES EN LA ANESTESIA LOCAL Y GENERAL.

Entre las complicaciones al administrar el --
anestésico localmente tenemos:

- 1.- Contaminación de aguas
- 2.- Reacción a anestésicos tópicos o inyectables,
- 3.- Ruptura de agujas
- 4.- Masticación del labio
- 5.- Enfisema
- 6.- Traumatismos por la inyección
- 7.- Hemorragias debidas a hemofilias o tratamientos con coagulantes.

En la anestesia general se puede presentar:

- 1.- Reacciones alérgicas
- 2.- Reacciones tóxicas
- 3.- Reacciones psíquicas
- 4.- Hepatitis sérica

Cuando existe una reacción en la anestesia -
local, los pasos a seguir son los siguientes:

- 1.- Poner al paciente en posición Trendelenburg (la cabeza más baja que los pies).
- 2.- Administrar oxígeno.
- 3.- Administración de hipertensores por vía endovenosa como la hidrocortizona.
- 4.- Administración de antihistramínicos como el venadril; inyectando 10 mg. por vía parenteral y después 50 mg. tres veces al día mínimo cinco días.

TECNICA QUIRURGICA

Una vez que el paciente haya sido evaluado, la historia revisada, los instrumentos seleccionados, y la anestesia establecida, podrá dirigirse la atención a los detalles quirúrgicos. El paciente deberá ser preparado y cubierto con los campos de forma aceptable para todos los procedimientos quirúrgicos fundamentales. Una boca con mala higiene puede requerir profilaxis, raspando o enjuagues de peróxido de hidrógeno antes de la cirugía. La preparación del paciente deberá incluir una toalla estéril cubriendo el pecho, conectada a una toalla estéril en la cabeza. El motivo de los campos en la cirugía bucal es aislar áreas contaminadas tales como el pelo y la barba y no el de aislar un área estéril como se haría para la preparación de una superficie epitelial. Hacemos mención nuevamente de los "siete factores esenciales mínimos", que constituyen una técnica estándar y que siempre mantendrán al operador en buena posición. Después de revisar mentalmente cada paso, se comenzará el procedimiento.

Para el típico tercer molar incluído, se hará la incisión utilizando la técnica de bisel invertido alrededor del cuello del segundo molar, se mantendrá sobre el borde alveolar mientras ésto sea posible. Se recomienda el colgajo tipo sobre. Si el acceso es inadecuado, la incisión puede extenderse en cualquier dirección. Un fracaso muy frecuente en la extracciones de dientes incluídos es la falta exposición, lo que proporciona mala visión.

Los tejidos no cicatrizan necesariamente de un extremo al otro, sino en todas direcciones. Por lo tanto, un colgajo de 5cm. tarda lo mismo que un colgajo de 10cm., en este sentido, el ser conservador no siempre resulta la mejor técnica.

Se emplea la hoja de bisturí Bard Parker No. 15, asegurándose que la incisión se extienda hasta el hueso y se hará toda la incisión de un solo intento. Se empleará el elevador para periostio No. 1 de Woodson para liberar el tejido interdentario y se comenzará a levantar el colgajo. Estos primeros momentos son tediosos y pueden consumir aún mayor tiempo, porque este será tiempo bien empleado,

Se utilizará un movimiento de empuje para la evaluación del colgajo tan pronto éste sea práctico, terminándose así el levantamiento total del colgajo. El colgajo se sujeta por medio de un retractor, el que deberá ser colocado suavemente sobre el hueso sin presionar en forma constante al colgajo. Esta técnica reducirá bastante el desgarramiento del colgajo, edema y dolor post-operatorio.

Debemos formar una imagen mental del sitio en que se encuentra el diente incluido, así como su relación con el hueso adyacente y a continuación se eliminará este hueso con instrumentos giratorios, empleando la fresa quirúrgica de alta velocidad con irrigación. Esta área deberá ser

lo más grande posible sin colocar en peligro el segundo molar y el puente distal del hueso. Los agujeros hechos por la fresa son unidos, levantándose la tapa de hueso librada.

En este momento debemos crear un espacio de trabajo de desplazamiento. El espacio de trabajo es el que se hace por la colocación del elevador o de la fresa para trabajo directo sobre el diente.

El espacio para desplazamiento se crea si el diente requiere ser fraccionado o elevado para proporcionar espacio para ciertas partes del diente con el fin de su extracción. En este momento debemos decidir si partimos o no el diente con cincel o cortarlo con la fresa y retirarlo en pedazos; cualesquiera de estas técnicas funciona bien. Los elevadores se emplean para retirar las partes cortadas.

Una vez que el diente haya sido retirado deberá hacerse cuidadosamente la toilette de la cavidad. La cureta deberá emplearse primero como exploradora para asegurarnos de que el alvéolo se encuentra limpio. Puede usarse la irrigación para retirar fragmentos y esquirlas de hueso. Puede emplearse una lima para alisar áreas interseptales y otros márgenes óseos. Se colocará el sangrado volviendo a colocar el colgajo en su lugar y saturándolo.

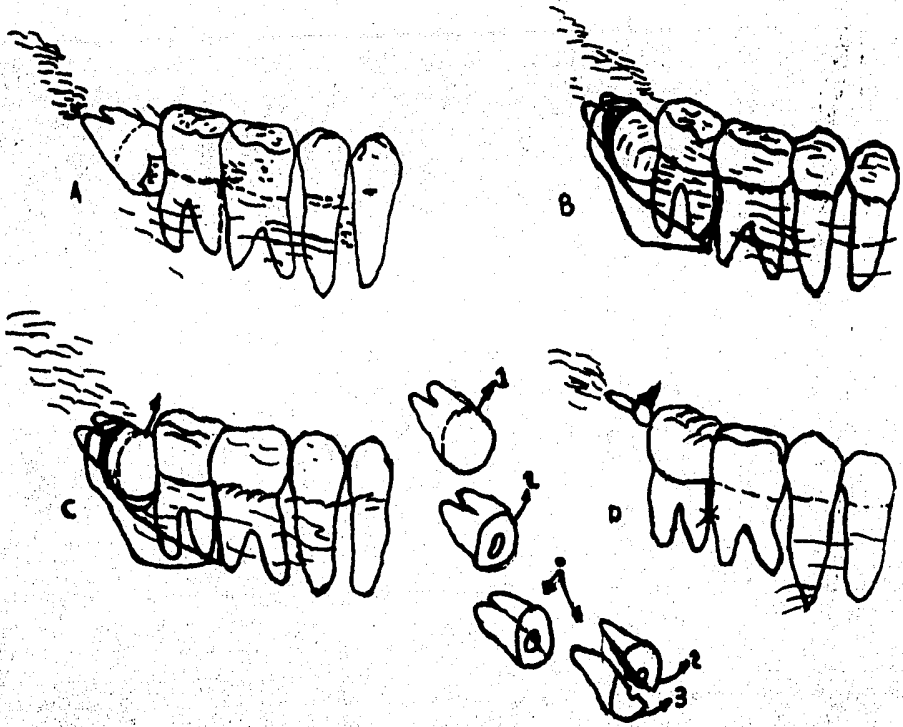
Antes de aplicar el apósito de presión, la base del colgajo deberá ser aislada hacia arriba para asegurarnos de que no existe acumulación o estancamiento de sangre o saliva bajo el colgajo. A continuación se hace una radiografía post-operatoria y se dan al paciente las instrucciones post-operatorias. Los medicamentos apropiados para la cirugía típica de terceros molares incluyen analgésicos y sedantes.

A continuación se hará una cita para tres o cinco días después.

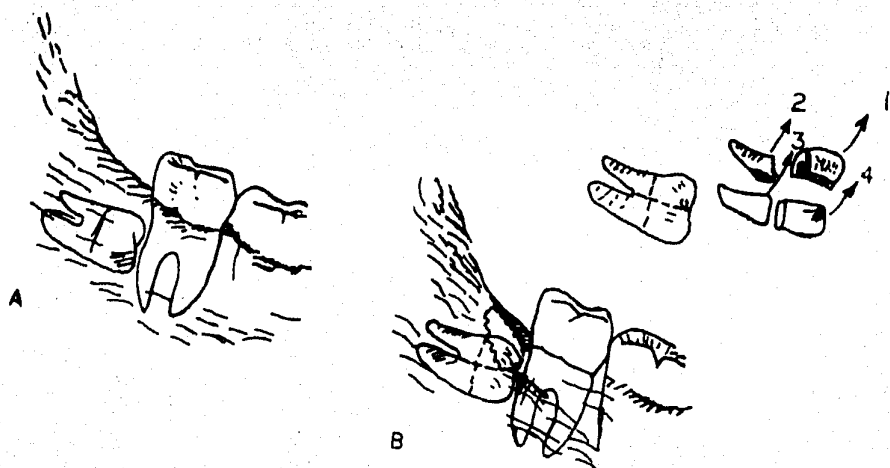
En los últimos años, la literatura ha reflejado el interés que existe en la técnica de corte óseo para la extracción de terceros molares incluidos. Esta se denomina la técnica lingual, en contraste con la técnica vestibular y se afirma que es un procedimiento quirúrgico más corto y con menos complicaciones post-operatorios. El método exige la eliminación del hueso en sentido distolingual, haciendo la extracción final del diente hacia el lingual. Sin embargo, este método no es el mejor método quirúrgico para el novato o el operador que no suele hacerlo con frecuencia. La manipulación de los tejidos blandos linguales, la proximidad del nervio lingual y la gravedad de las reacciones post-operatorias que se presentan en esta zona son factores negativos. El edema de los tejidos blandos linguales, formaciones de abscesos faríngeos laterales y trismus, frecuentemente acompañan a los procedimientos quirúrgicos que afectan a estos tejidos.

Debemos hacer una revisión cuidadosa de los problemas post-operatorios anticipados. Deberá calcularse el grado de molestia, edema y equimosis que se presentarán. El edema post-operatorio es difícil de predecir debido a la individualidad del paciente y a su propensión para la hinchazón. El grado de trauma también determina el curso post-operatorio. Es útil el uso intermitente de hielo durante el primer período de 12 horas post-operatorias, seguridad por aplicación de calor.

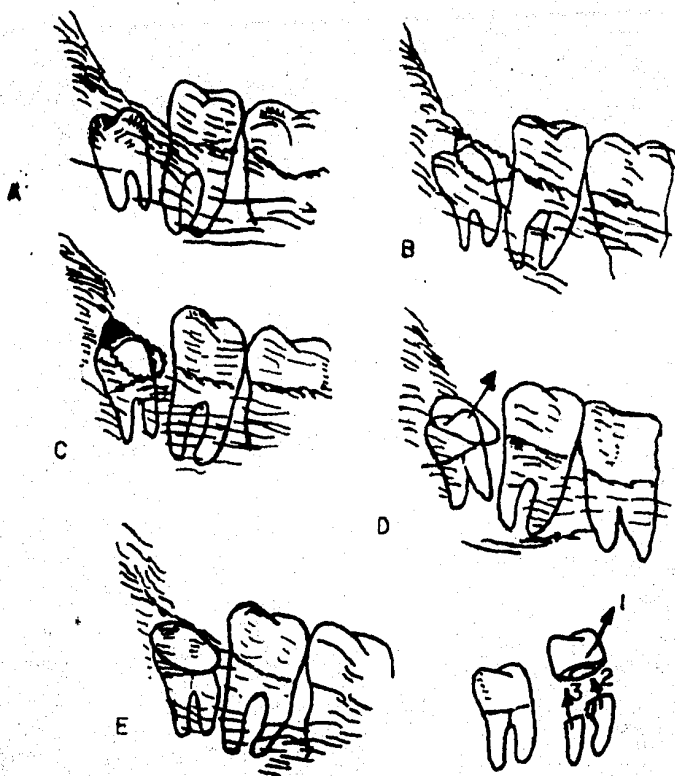
Los antibióticos pueden administrarse sistemáticamente en extracciones de pieza incluidas difíciles y profundas; cuando se empleen deberán ser prescritos en dosis adecuadas durante un mínimo de cinco o siete días. La buena terapéutica de apoyo incluye también medicamentos para el dolor y sedantes para dos noches después de la cirugía, debemos proporcionar al paciente un número telefónico por si llegara a presentarse una urgencia. Es conveniente dar también al paciente una forma escrita que enumere en forma detallada, los puntos de preocupación más importantes.



PLAN PARA LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO EN FORMA HORIZONTAL (A) ESBOZO DEL COLGAJO (B) COLGAJO LEVANTADO, CORONA EXPUESTA. (C) SITIO DEL CORTE Y VIA DE SALIDA DE LA CORONA, LAS GRAFICAS MUESTRAN DOS METODOS PARA REALIZAR LA EXTRACCION COMPLETA DEL DIENTE (D) HERIDA SUTURAD Y APOSITO COLOCADO



PLAN PARA LA EXTACCION DE TERCEROS MOLARES MAS PROFUNDA-
MENTE INCLUIDOS EN FORMA HORIZONTAL. LOS NUMEROS INDICAN EL
ORDEN EN QUE DEBERAN SER RETIRADAS LAS PIEZAS OFRECIEENDO
MAYOR SEGURIDAD PARA EL SEGUNDO MOLAR.



PLAN PARA LA EXTRACCION DE UN TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO EN FORMA DISTOANGULAR. (A) SITUACION PREOPERATORIA. (B) DISCO DE HUESO RETIRADO PARA LOGRAR ACCESO. (C) SE HA RETIRADO EL HUESO EN CONTACTO CON LA CORONA. (D) SITIOS PARA EL CORTE CON FRESA CON EL FIN DE RETIRAR LA CORONA Y DIVIDIR LAS RAICES INDICADAS POR LINEAS PUNTEADAS, VIA DE SALIDA PARA LA CORONA SEÑALADA POR LA FLECHA. (E) CORONA RETIRADA, VIAS INDIVIDUALES DE SALIDA PARA CADA RAIZ SEÑALADA POR LAS FLECHAS.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

El tratamiento postoperatorio es 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 de la intervención quirúrgica, y mantener el estado general del paciente.

Terminada la operación, la cavidad bucal será -- irrigada con agua oxigenada tibia, ésta con una jeringa que limpiará así y eliminará sangre, saliva y restos que puedan 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 con el aumento de la flora microbiana bucal.

TRATAMIENTO MICROBIANO DEL DOLOR.-

El dolor que se presenta a causa del tratamiento operatorio, debe ser calmado por analgésicos que contengan ácido acetilsalicílico, ya que éste prolonga el tiempo de sangrado y según el estado general que presente el paciente, será la elección de la vía de administración.

Es útil el empleo de agentes físicos, como elementos postoperatorios para mejorar las condiciones de las heridas en la cavidad oral. Se refiere al empleo del calor frío e irradiaciones ultravioletas, etc.

FRIO, -

Como tratamiento postoperatorio se aconsejan -- bolsas de hielo o toallas mojadas en agua helada, se colocan -- sobre la cara frente al sitio de la intervención; evita la con -- gestión y el dolor postoperatorio, previene los hematomas y -- las hemorragias, disminuye los edemas.

El frío se usa en períodos de quince minutos de la aplicación, seguidos de quince minutos de descanso. Esta -- técnica se emplea en las tres horas siguientes a la operación.

Prolongando por más tiempo su acción es inútil; pues no hay cesación del dolor.

CALOR, -

Puede aplicarse después del tercer día para dis -- minuir las alveolálgicas y dolores postoperatorios.

RAYOS INFRAROJOS. -

Fuentes de calor se aplican después de las epi -- cetomías y de las extracciones laboriosas, también es trata -- miento de alveolítis.

ANTIBIOTICOS,-

La prevención de procesos infacciosos que pueden desarrollarse, tenemos como punto de partida el sitio de la extracción, deben ser tratadas con antibióticos con que dispone la terapéutica.

DIETA,-

Debido a las condiciones en que se encuentra el paciente, por el traumatismo realizado y la respuesta fisiológica de la inflamación existe dificultad en la masticación, deglución de los alimentos, por lo que el paciente puede necesitar medidas dietéticas; abundantes en proteínas, calorías, líquidos y dietas blandas hasta que pueda masticar con facilidad, éstas deben ser frecuentes para evitar la deshidratación y pérdida de peso.

EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA.-

A los siete u ochos días de la operación, se extraen los puntos de sutura, a excepción de las suturas que después del segundo día actúan como cuerpo extraño, provocando inflamaciones localizadas y supuraciones, es conveniente retirar estos puntos a las 24 ó 48 horas después de la operación.

La técnica es la siguiente:

Se pasa sobre el hilo ha extraerse, un algodón mojado con tintura de yodo o merthiolato, con el objeto de esterilizar la parte del hilo que estando en la cavidad bucal se encuentre infectado.

Se toma con una pinza de disección o pinza de algodón, un extremo del nudo que emerge sobre los labios de la herida y se tracciona el hilo, para permitir obtener un trozo de éste por debajo del nudo para poder cortarlo a éste nivel.

Con una tijera se corta el hilo y lo vuelve a tomar próximo al punto que emerge por el extremo opuesto al de la sección y lo tracciona para extraerlo del interior de los tejidos. Es importante que la menor cantidad de hilo infectado pase por el interior de los tejidos.

De esta manera se eliminan todos los puntos de sutura, procurando no lastimar la encía ni entreabrir los labios de la herida, en algunas ocasiones, el nudo por hipertrofia de las partes vecinas, se encuentra alojado en el fondo de los labios de la herida, por lo cual es difícil desalojarlo. Aquí es conveniente extirparlo cuanto antes, teniendo cuidado y delicadeza.

CONCLUSION

La elaboración de esta tesis se ha realizado con la recopilación de datos proporcionados por diferentes autores, basados en resultados favorables. De ahí la inquietud por abordar este tema que es una de las preocupaciones del Cirujano Dentista, debido a la serie de trastornos que trae consigo la presencia de dientes incluídos, impactados o retenidos en cualquier zona, predominando en esta variedad los terceros molares.

Para un buen diagnóstico es indispensable el uso de la radiografía, considerando la etiología de la pieza incluída, su profundidad en el hueso, retención, etc.; para que con base en esto estudiemos el tipo de intervención a realizar, evitando de esta manera una secuela de padecimientos que en un momento dado repercuten en la estabilidad orgánica del paciente.

Ayudados del estudio radiográfico, clasificamos la posición de la pieza a tratar, y de acuerdo a ésto aplicamos la técnica adecuada para prevenir posibles accidentes.

No se debe considerar a la extracción dentaria como una simple operación sin complicaciones, por lo que debemos tener el conocimiento tanto del material mecánico como humano, con él vamos a trabajar para lograr con éxito los resultados deseados.

Por lo anterior expuesto, presento a consideración del Honorable Jurado, este trabajo de tesis.

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

- 1.- CIRUGIA BUCAL PRACTICA
DANIEL E. WAITE
PRIMERA EDICION
- 2.- CIRUGIA BUCAL
G.A. RIES CENTENO
SEPTIMA EDICION
- 3.- TRATADO DE CIRUGIA ORAL
WALTER C. GURALNICK
- 4.- ANATOMIA HUMANA
FERNANDO QUIROZ
SEXTA EDICION
- 5.- ANATOMIA DENTAL
M. DIAMOND
SEXTA EDICION
- 6.- ANESTESIOLOGIA
VICENT J. COLLINS
- 7.- PERIODONTOLOGIA CLINICA
IRVING GLICKMAN
CUARTA EDICION
- 8.- DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA ORAL
EDWARD V. ZEGARELLI
AUSTIN H. KUTSCHER
- 9.- DIAGNOSTICO DE EN ENFERMEDADES
DE LA BOCA
L.V. HAYES