



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**ASPECTOS BASICOS EN
CIRUGIA BUCAL**

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a

José Espinosa Perea



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.

INDICE.

INTRODUCCION.

CAPITULO I.

HISTORIA DE LA CIRUGIA.....	1
A) La cirugia en el renacimiento.....	1
B) La cirugia en los siglos XVII y XVIII.....	3
C) La cirugia en los siglos XIX y XX.....	5
D) la cirugia en México.....	6

CAPITULO II.

PREOPERATORIO.....	9
A) Historia clínica.....	9
B) Pruebas de laboratorio.....	13
C) Estudio radiográfico.....	15
D) Anestesia.....	17

CAPITULO III.

INSTRUMENTAL Y MATERIAL QUIRURGICO.....	19
---	----

CAPITULO IV.

DIENTES RETENIDOS.....	22
A) Conceptos generales.....	22
B) Etiología.....	23
C) Clasificación.....	27
D) Tratamiento. (transoperatorio).....	34

CAPITULO V.

CIRUGIA PERIAPICAL - APICECTOMIA.....	52
A) Definición.....	52
B) Indicaciones y Contraindicaciones.....	52
C) Accidentes y Complicaciones.....	53
D) Técnica Quirúrgica (transoperatorio).....	55

CAPITULO VI.

POSTOPERATORIO.....	64
----------------------------	-----------

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

El estudio de la cirugía bucal constituye una fase importante de la Odontología, ya que nos habilita a través de los conocimientos que adquirimos para la terapéutica que requiera la técnica quirúrgica. Dichos conocimientos son fundamentales para abordar el inicio de la cirugía, sin los cuales es peligroso incursionar dentro del campo quirúrgico, debido a que, en determinado momento, se atenta contra la seguridad y la vida del paciente. Por ello la técnica quirúrgica tiene una gran importancia, mediante ella se tendrá la preparación y la práctica indispensable para ejercer la cirugía bucal.

CAPITULO I.

HISTORIA DE LA CIRUGIA.

Enumerar todos los avances logrados hasta la fecha, en el campo de la cirugía, seguramente nos llevaría acumular un gran texto y como hemos observado, el progreso siempre ha estado latente en todos los tiempos y es la actual meta del hombre.

A) La cirugía en el renacimiento.

El renacimiento marcó el origen del pensamiento humano en todos los aspectos de la cultura y como consecuencia, la medicina no podía escapar a esta influencia en donde los médicos de ésta época pensaron que era necesario que la medicina y la cirugía se unieran, por lo tanto, la cirugía empezó a tomar una posición muy alta como ciencia.

La cirugía ya no estaba en manos de los barberos, sino que ya se enseñaba y practicaba por los médicos más famosos. Además, la anatomía empezó a tener un gran auge.

Uno de los centros que más se distinguió fue Bolonia, donde las enseñanzas consistían en lecturas del latín tomadas de traducciones árabes y fué el primer centro donde se practicó la disección pública. Desde el sur de Francia hasta Bolonia viajó Guy de Chauliac, autor de un sumario denominado "Chirurgia Magna" cuyas observaciones estaban tomadas de Galeno, Avicena y Albucais. Se dice que fué el primero que ejerció la odontología como especialidad. Su obra "Chirurgia Magna" se publicó en 1478, cien años después de su muerte.

Giovani Arcolani fué profesor de medicina y cirugía en Bolonia y en Padúa, además, escribió un tratado de cirugía práctica, publi

cado en Venecia en 1483, por lo que se le considera uno de los -- pioneros de la cirugía.

Las disecciones que se efectuaban en las Universidades tenían como objeto demostrar las ideas de Galeno y de Avicena, no obstante, los artistas del renacimiento consiguieron iluminar con sus trabajos el campo de los anatomistas. Miguel Angel, Rafael, Donatello, Leonardo da Vinci y Andrés Mantegna practicaban la disección con el fin de representar lo más fielmente posible la anatomía del -- cuerpo humano.

Tres grandes anatomistas: Vesalio, Falopio y Eustaquio fueron los que verdaderamente describieron la anatomía humana en el renaci-- miento.

Un personaje muy importante lo fué Ambrosio Paré, nació en la provincia de Maine (Francia), en 1510, iniciando sus conocimientos -- como barbero cirujano y luego fue a París, donde estudió cirugía y anatomía, se inscribió en el hotel Dieu, que era famoso hospital de beneficencia, ahí empezó a realizar y a desarrollar su ex-- traordinaria destreza manual y sus grandes conocimientos de medicina, que le permitieron obtener grandes éxitos.

La importancia de Paré radica en que empezó a curar heridos por -- pólvora, con una solución digestiva de yema de huevo, aceite de -- rosas y trementina, que vino a romper la tradición de curar éstas con aceite hirviente; ésta forma de curar tuvo muy buenos resulta-- dos, nos demuestra que Paré era un gran experimentador y que sus conocimientos eran producto de su experiencia.

Peter Lowe, publicó un tratado cuyo nombre es "A Discourse of the Whole Art of Chirugiere", que es famoso por su definición de ciru-- gía, él decía: "cirugía es una ciencia o arte que busca la forma--

de trabajar sobre el cuerpo humano ejerciendo todas las operaciones necesarias para curar al hombre, utilizando las medicinas -- convenientes".

Tomás Vicary, publicó a mediados del siglo XVI su inmejorable definición de las cualidades que un cirujano debe poseer y son las siguientes: que sea letrado, experto e ingenioso.

B) La cirugía en los siglos XVII y XVIII.

Fue una época de teóricos e implantadores de sistemas; aparecieron un número importante de originales espíritus científicos.

Estos siglos vieron el origen de la moderna patología y de la cirugía experimental, ambas creadas por John Hunter, nacido en Escocia en 1728, fue un mal estudiante, pero a los 20 años empezó a estudiar anatomía con su hermano William, e inició el desarrollo de su gran habilidad en la preparación de piezas anatómicas para su propio museo, así como su destreza de cirujano experimental. Realizó trabajos sobre las enfermedades venéreas, en este trabajo confundió la sífilis con la gonorrea, sin embargo, en 1794 apareció su libro "Tratado de la sangre, la inflamación y las heridas por arma", aquí encontramos la explicación de que tuvieran tanto éxito sus conferencias sobre cirugía, fisiología, patología y muchas veces una combinación de las tres. Consideraba que, en ocasiones la inflamación no sólo resulta causa de enfermedad sino que muchas veces es un modo de curación.

Hunter mereció ampliamente el epitafio que le dedicó el historiador médico Fielding H. Garrison, cuando dijo así: "con la aparición de John Hunter, la cirugía dejó de considerarse una simple técnica terapéutica y empezó a ocupar su lugar como rama de la -

medicina científica, fundada firmemente en la fisiología y patología.

Además, Hunter contribuyó notablemente a la odontología estableciendo una nomenclatura científica para los dientes y fué quien empleó por primera vez los términos de cúspide para el canino y bicúspide para los premolares. Para corregir la protusión de la arcada superior, recomendaba la extracción de un bicúspide de cada lado.

Pierre Fouchard fué un gran clínico, comprendió la importancia de las enfermedades de la boca con relación a la salud corporal; escribió un compendio "Le Chirurgien Dentiste", el cual contenía disertaciones sobre cirugía, implantes, patología, materia médica y procedimientos de ortodoncia y prótesis.

Anselmo Luis Bernard Jourdain Berchillet, practicó lo que hoy en día es la cirugía bucal, como son; abscesos, caries, necrosis de los maxilares, enfermedades de las glándulas salivales y de sus conductos, tumores, hemorragias y problemas sinusales.

Simon Hüllihen nació en Florida, autodidacta, practicó la cirugía dental en Ohio y en el este de Virginia, fué el primer especialista en cirugía maxilofacial. Perfeccionó numerosos instrumentos dentales y consiguió reunir una importante cantidad de trabajos sobre prognatismo, paladar hendido y una formidable descripción de muchas operaciones.

James Garretson, conocido como "el padre de la cirugía bucal", fué el que dió este nombre a la especialidad. Se dedicó, con gran interés, a la cirugía bucal introduciendola en el Dental College de Filadelfia en el año de 1804.

C) La cirugía en los siglos XIX y XX.

El siglo XIX fué testigo de increíbles descubrimientos. Se descubrió la anestesia, en la década de 1840, correspondiendo a W.T.G. Morton el honor de que se le acredite la primera anestesia quirúrgica (éter), en el hospital general de Massachusets, el 16 de Octubre de 1846.

Joseph Lister creó la cirugía aséptica después de 8 años de estudio en 1867. Luis Pasteur en la década de 1860, postuló su teoría microbiana de la enfermedad.

La histología también tuvo grandes avances, después del descubrimiento del microscopio, por Antoine Van Leunwenhoek en el siglo - XVII y el descubrimiento de las células por Roberto Hooke, vinieron los descubrimientos de Rodoph Virchow, quién publicó en 1858 su "Celular Patology".

Wilhelm K. Roentgen, descubrió los rayos "X", elemento indispensable dentro de la clínica práctica.

La cirugía del siglo XX se ha caracterizado por levantar los ojos de la lesión local y de la operación correspondiente para considerar los aspectos más generales de los trastornos quirúrgicos; que según Churchill son: dolor, infección, hemorragia y shock, que -- eran los cuatro procesos más difíciles de dominar. A medida que -- se fue estudiando cada uno de ellos, los horizontes de la cirugía fueron ampliándose.

Las enfermedades de las válvulas cardíacas siempre han sido objeto de estudio, debido a la gran mortalidad que produce este tipo de alteraciones, para las cuales se han logrado notables avances. Muy importantes han sido los descubrimientos realizados por el -- doctor Francis D. Moore, quién definió aspectos muy objetivos del metabolismo de los pacientes quirúrgicos; así como los realizados

por Lawrence J. Henderson, quién estudió ampliamente el equilibrio ácido - básico de los pacientes.

Debemos citar a Paul Ehrlich, padre de la quimioterapia moderna; a Alexander Fleming, descubridor de la penicilina, que con esto abrió un camino amplísimo en las investigaciones de los antibióticos, que tanto bien han realizado a la humanidad. También los descubrimientos de Alexis Carrel, acerca de las técnicas de sutura y anastomosis de los vasos, que, a pesar del tiempo transcurrido siguen mostrando efectividad.

La apicectomía probablemente fué practicada por primera vez en los Estados Unidos por Farrar y Brophy antes de 1880. Fue poco conocida hasta 1890, época en que ganó popularidad a través de Rhein, quién la recomendaba ampliamente como método radical para el tratamiento de los abscesos alveolares crónicos. Desde entonces la técnica para llevar a cabo esta intervención se ha venido perfeccionando, y ahora, la pueden practicar tanto el dentista de práctica general como el cirujano bucal.

Por último, debemos citar todas las investigaciones que se llevan a cabo, en lo referente al cultivo y transplante de órganos y tejidos.

D) La cirugía en México.

Tenemos como grandes acontecimientos que marcan el punto de partida de actividades intelectuales de orden quirúrgico, la impresión de los dos primeros libros de cirugía, publicados en México por Alfonso López de Hinojosa y el doctor García de Farfán.

El doctor López de Hinojosa ejerció en México, tanto la medicina como la cirugía durante 14 años, siendo médico del hospital Real. En el año de 1576, se practicó la "autopsia de un indio" en el --

hospital Real de México, por el doctor Juan de la fuente, con objeto de estudiar las lesiones producidas por el cocolixtli, enfermedad epidérmica que según parece era el tifo exantemático. - Fué la primera disección llevada a cabo en América.

El doctor López de Hinojosa en 1578, publica la "Suma y Recopilación de Cirugía", vuelto a publicar en 1595. Murió en el Colegio de San Pedro y San Pablo en 1597.

El doctor García de Farfán, nació en Sevilla en 1535, llegando a México siendo muy niño, estudió en la Universidad y se graduó en 1567. Profesó de Fraile Agustino al enviudar, cambiando su nombre por el de Fraile Agustino al enviudar, cambiando su nombre por el de Fray Agustín de Farfán, en ésta época los Frailes Agustinos poseían uno de los centros más importantes de difusión de cultura, el Colegio de San Pedro y San Pablo, hoy Hospital Juárez.

Con el nombre de Fray Agustín de Farfán, aparece como autor de los siguientes tratados; "Tratado breve de cirugía y de algunas enfermedades" en 1597 y Tratado breve de medicina y todas las enfermedades".

En el año de 1553, encontramos uno de los datos más significativos respecto a la cirugía en México, el doctor Méndez ejecuta la extracción de una piedra de la vejiga del tamaño de un huevo, siendo este el dato más antiguo sobre Urología.

En ese mismo año, aquí en México se funda la real y Pontificia Universidad de México, que con la de Lima Perú son las más antiguas de todo el continente.

En 1580, se estableció la cátedra de Prima de Medicina, a cargo del doctor Juan de la Fuente, que era el estudio del cuerpo sano, comprendiendo datos anatómicos. En 1598, se establece la de vis-

peras de Medicina, que era el estudio del cuerpo enfermo y en la cual se daban nociones de cirugía.

La verdadera revolución en anatomía, fué cuando las Universidades la consideraron como elemento indispensable de cultura estableciendo sus "teatros anatómicos".

Juan Valverde, nacido en España, escribió en castellano un libro de Anatomía, además, se caracterizaba por la gran disposición para resaltar detalles anatómicos de proyección externa del humano. En 1606, Juan de Barrios, posterior a López de Hinojosa y a Agustín de Farfán, edita verdaderos tratados de Anatomía, sin dejar de ser interesante que en México el clero, durante la época de la Colonia prohibía las practicas anatómicas en cadaveres humanos.

Finalmente, se establece en 1616 la cátedra de Anatomía y Cirugía, siguiendo ésta las lecciones clásicas de Galeno y las técnicas de la disección anatómica.

CAPITULO II.

PREOPERATORIO.

Llamamos preoperatorio, a la aplicación de una serie de exámenes, con el fin de llevar al paciente al acto operatorio en las mejores condiciones posibles de estado general, modificando todo desequilibrio que pudiera ser causa de contraindicación.

A) Historia Clínica.

La historia clínica es el medio por el cual conocemos más a fondo a nuestro paciente y nos sirve para poder establecer un mejor diagnóstico.

Contenido de la historia clínica:

- 1.- Ficha de identificación.- Nos interesa saber nombre, sexo, edad, fecha de nacimiento, origen, lugar de residencia, ocupación y estado civil, debido a que éste tipo de datos nos sirven para conocer al paciente y en algunos casos particulares, determinar él origen y causas del padecimiento.
- 2.- Molestia principal.- Consta de la relación evolutiva sintomática del padecimiento del paciente, así como de preguntas y respuestas accesorias al mismo, que tienen por objeto, el determinar un marco de referencia dentro del que puede ser identificado.
- 3.- Antecedentes dentales.- Al repasar los antecedentes dentales del paciente, obtenemos datos muy valiosos, tales como; curaciones anteriores, reacciones anestésicas, actitudes del paciente hacia el dentista, etc. , lo que nos ayuda a establecer un diagnóstico y formular un plan de tratamiento adecuado.
- 4.- Antecedentes personales patológicos.- Se requiere investigar a través del interrogatorio, los padecimientos o enfermedades sufridos por el paciente, que puedan tener importancia en el trata-

miento que se pretende establecer, determinando el tiempo de inicio, duración, complicaciones, secuelas, terapia y en general, - los datos específicos que puedan afectar, en función del tipo de padecimiento, al tratamiento. Algunas enfermedades que repercu--ten con mayor frecuencia en odontología, son por ejemplo; reuma--tismo, tuberculosis, neumonías, tendencias hemorrágicas y enfer--medades venéreas.

5.- Antecedentes personales no patológicos.- Se refiere a las -- condiciones generales de vida; alimentación, habitación, costum--bres, hábitos (fumar, ingerir bebidas alcohólicas), etc.

6.- Antecedentes hereditarios.- Se requiere conocer las enferme--dades que sus familiares han padecido, debido a que se puede he--redar dicho padecimiento o enfermedad. Por ejemplo; cáncer (tipo, origen), enfermedades de la sangre (hemofilia, anemia, etc.), - estados alérgicos (fiebre de heno, asma, etc.), diabetes, artritis, enfermedades vasculares (hipertensión), padecimientos rena--les, etc.

7.- Examen general.- Este da al dentista una secuencia lógica, - para el completo recuento de los antecedentes clínicos del enfer--mo. Para ello se hacen preguntas destinadas a poner en claro síntomas que podrían indicar procesos patológicos en los distintos órganos.

7.1.- Estudio de cabeza, cara y cuello.- En la cabeza se observa--rán asimetrías, agrandamientos o deformidades del cráneo, presen--cia de lesiones o señales de cicatrices del cuero cabelludo; en--la cara se observará la expresión facial, color de la piel y de--los ojos, lesiones cutáneas, asimetrías, hipertrófias, paraste--sias; en el cuello se observará la contextura, color y contorno--

de la piel, palpando ganglios y glándulas.

7.2.- Examen bucal.- debe realizarse siguiendo un orden cronológico, por ejemplo:

- a) Labios.- Su forma, consistencia, color, presencia de lesiones.
- b) Mucosa labial.- Se observará su textura.
- c) Pliegues mucobucales.- Fondo de saco.
- d) Frenillos.- Observar sus inserciones.
- e) Paladar.- Revisando, el paladar duro y blando, así mismo los tejidos faríngeos anteriores incluyendo la úvula.
- f) Lengua.- Tamaño, forma, consistencia, etc.
- g) Encías.- Forma, color, textura, etc.
- h) Dientes.- Forma, color, movilidad, medición del intersticio gingival, tratamientos operatorios anteriores, desgastes oclusales, presencia de tártaro, etc.

7.3.- Revisión por aparatos y sistemas.- Los siguientes puntos nos son útiles para obtener síntomas de posibles enfermedades de las que quizá el paciente no tiene conocimiento:

7.3.1.- Aparato Cardiovascular.

- a) Palpitaciones.
- b) Dolor precordial (sensación de presión en el interior del pecho con irradiaciones hacia el brazo izquierdo, el que se prolonga hasta el dedo medio de la mano).
- c) Cefaleas (dolores de cabeza frecuentes).
- d) Mareos.
- e) Edema de los tobillos.
- f) Lipotimias.
- g) Fragilidad capilar.

7.3.2.- Renal.

- a) Nicturia (orinar por la noche).
- b) Poliuria (orinar frecuentemente).
- c) Edema palpebral (hinchazón de párpados).
- d) Hematuria (presencia de sangre en la orina).
- e) Disuria (dolor al orinar).
- f) Piuria (pus en la orina).

7.3.3.- Sistema Nervioso.

- a) Problemas emocionales.
- b) Irritabilidad.
- c) Antecedentes de convulsiones epilépticas.
- d) Parálisis.
- e) Temblor.
- f) Parestesias.
- g) Sueño.

7.3.4.- Digestivo.

- a) Meteorismo.
- b) Estreñimiento o diarreas.
- c) Náuseas o vómitos frecuentes.
- d) Disfagia (dificultad al tragar).
- e) Dispepsia (dificultad en la digestión).
- f) Polifagia (necesidad constante de comer).
- g) Anorexia (pérdida del apetito).

7.3.5.- Respiratorio.

- a) Cianosis (falta de oxigenación - coloración azulosa).
- b) Disnea (dificultad para respirar).
- c) Epistaxis (hemorragias nasales).
- d) Espectoraciones frecuentes.

e) Tes frecuente (investigar la causa).

7.3.6.- Genital.

Estados fisiológicos de la mujer:

- a) Menstruación.
- b) Embarazo.
- c) Menopausia.
- d) Lactancia.

Se pregunta acerca de enfermedades venéreas u otro tipo de alteraciones observadas por el paciente.

B) Pruebas de laboratorio.

Es importante conocer los factores y datos para el diagnóstico de los trastornos hemorrágicos.

La evaluación por el laboratorio de la hemostasis tiene dos objetos:

- 1.- Establecer la presencia o ausencia de un trastorno hemorrágico.
- 2.- Hacer identificación diagnóstica específica de cualquier anomalía encontrada.

A continuación se mencionan una serie de pruebas, por medio de las cuales pueden descubrirse los defectos que alteran a las plaquetas o a los factores plasmáticos:

a) Tiempo de sangrado.

Ivy 2 - 6 minutos.

Duk 1 - 3 minutos.

Los defectos en el número o función de las plaquetas dan lugar a una prolongación del tiempo de sangrado, por ejemplo: trombocitopenia (aumento en el número).

b) Tiempo de coagulación.

5 a 8 minutos.

Hay tiempo prolongado en caso de deficiencia grave de uno de los factores intrínsecos (VII, IX, XI y XII), por ejemplo; hemofilia A (deficiencia del factor VIII), hemofilia B (deficiencia del factor IX) y hemofilia C (deficiencia del factor XI).

c) Tiempo parcial de tromboplastina.

50 a 55 segundos.

Cuando existe alteración demuestra perturbación de la formación intrínseca de tromboplastina.

d) Tiempo de protrombina.

13 a 16 segundos.

El tiempo de protrombina se encuentra alterado si los siguientes factores se encuentran alterados; V, VII, X y II. Por ejemplo; --avitaminosis K, tratamientos con cumarina, enfermedad de parénquima hepático, etc.

e) Cuantificación de fibrinógeno.

Esta prueba es una medición de la tasa de conversión de fibrinógeno en fibrina, bajo la influencia de un exceso de trombina.

f) Prueba del torniquete o de Rumpell - Leede.

Esta prueba (prueba de Hess, de resistencia o de fragilidad capilar, fenómeno de Rumpell - Leede) mide la resistencia de las paredes capilares al aumento de presión y a la anoxia parcial.

Puesto que las plaquetas y la vitamina C son los factores de mayor importancia para conservar la integridad y la resistencia de los capilares, la prueba del torniquete se vuelve positiva cuando falta cualquiera de ellos, por ejemplo; trombocitopenia y escorbuto.

Cifras normales para la prueba del torniquete. -

Normal.- Hasta 10 petecuias en el círculo de 5 cm.

Dudosa.- De 10 a 20 petecuias en el círculo de 5 cm.

Anormal.- Más de 20 petecuias en el círculo de 5 cm.

C) Estudio radiográfico.

Las investigaciones con rayos "X" son de esencial importancia, de biendo ser específico al ordenar estudios radiológicos y estar se guros de la manera en que se puede lograr un diagnóstico final, - cuando el estudio ha sido completo.

Consideraciones radiológicas en la apicectomía:

El proceso periapical.- Bajo este título debe considerarse; la ← clase y extensión del proceso, las relaciones con las fosas nasa-- les, con los dientes vecinos, con los conductos u orificios óseos y las estructuras anatómicas vecinas. Se debe realizar con preci-- sión el diagnóstico del proceso periapical para saber de antemano la clase de lesión que encontraremos después de trepanar el hueso.

El conducto palatino anterior puede ser tomado muchas ocasiones - (lo mismo pasa con el agujero mentoniano) por un elemento patoló-- gico, detalle que debemos tener en cuenta en nuestro diagnóstico.

El estado de la raíz.- El diente puede estar atacado, por caries que ha destruido grandes porciones de la raíz, o ésta puede hallar se enormemente ensanchada, por tratamientos previos, que dan a la raíz una gran fragilidad.

Es menester conocer con precisión antes del acto quirúrgico, la -- existencia de instrumentos rotos, obturaciones o pivotes dentro -- del conducto, debido a que estas situaciones pueden variar la for-- ma del procedimiento.

Estado del parodonto.- Resorción del hueso por parodontitis, si -

es así, puede contraindicar la operación.

Consideraciones radiológicas en dientes retenidos:

El examen radiográfico debe ser realizado bajo ciertas normas de utilidad. Para encarar el problema quirúrgico, no es suficiente una radiografía intrabucal, tomada sin reglas radiográficas precisas imprescindibles para ubicar el diente a extraer. Tal radiografía intrabucal sólo nos impondrá de la existencia del diente; las normas para las radiografías de utilidad quirúrgica son las siguientes:

Es necesario ubicar el diente de acuerdo a los 3 planos del espacio; es imprescindible ver la (s) cúspide (s) y el ápice (s) y conocer las relaciones de vecindad de estas porciones y de todo el diente con los órganos vecinos, y con los dientes vecinos. La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo (densidad, rarefacción, presencia del saco pericoronario, existencia de procesos óseos pericoronarios).

Antes de encarar un problema quirúrgico de esta especie, debemos verificar con absoluta precisión, la clase a que pertenece el diente retenido (véase inciso C - capítulo IV) para imponer el tipo de operación necesaria (vía de acceso, incisión, etc.). Sólo así evitaremos operaciones mutilantes, traumáticas y llenas de inconvenientes.

Para este estudio contamos con dos tipos de radiografías, intraorales y extraorales.

Intraorales.

Radiografía periapical.- Este tipo de radiografía es la más usual y con la que obtenemos datos más acertados, debido a que se adaptan fácilmente a la región que ha de radiografiarse, dándonos ---

resultados más detallados, tales como; contraste y longitud rádicular.

Radiografía oclusal.- Se toma en inclusiones totales, ya que nos permite conocer con precisión la relación vestibulopalatina (en caninos superiores retenidos) y bucolingual (en terceros molares inferiores retenidos), eligiendo de ésta manera la vía de acceso que se ha de practicar.

Extraorales.

No son muy frecuentes, se utilizan en terceros molares inferiores retenidos, cuando el molar está alojado en la rama ascendente del maxilar o en la proximidad de su ángulo, en la cual las películas intraorales no alcanzan para darnos la imagen total que necesitamos. También se usan en caninos superiores retenidos para conocer la relación que estos guardan con respecto a estructuras anatómicas tales como; seno maxilar, senos paranasales, etc. Esta película extraoral es de gran utilidad en aquellos pacientes que no pueden abrir suficientemente la boca para colocar las películas intraorales, dentro de las cuales se pueden mencionar la ortopantomografía y la radiografía lateral.

D) Anestesia.

Será determinada por la preferencia personal del odontólogo, por los deseos del paciente, sus condiciones físicas, edad y temperamento; por el tipo o extensión de la intervención, por las condiciones de la zona por operar (¿hay una infección local que impida la infiltración de la solución anestésica?), por el lugar donde se va a operar, por ejemplo, el consultorio o el quirófano. Todos estos factores deben estudiarse con atención y la decisión.

final será la que ofrezca mayor grado de seguridad para el paciente y permita por lo tanto, una cirugía cuidadosa sin inconvenientes.

Por lo general en la apicectomía y en la cirugía de dientes retenidos, se usa anestesia local.

CAPITULO III.

INSTRUMENTAL Y MATERIAL QUIRURGICO.

El instrumental se clasifica en : equipo para cirugía general y - para especialidades.

El llamado de cirugía general es el que se utiliza en toda operación, y no se puede prescindir de él. Comprende: los instrumentos de campo (pinzas de campo, etc.), de diéresis (bisturí, tijeras, sonda acanalada, estilete, ganchos separadores y pinzas de disección), de hemostasis (todas las pinzas de forcipresión, de Kelly, de Crille, de mosquito, de Kocher, de Allis, etc.) y de sutura -- (aguja, portaaguja y materiales de sutura).

Los instrumentos para especialidades, como es lógico comprender, serán distintos para cada clase de intervención, pues tienen que ser apropiados para el acto quirúrgico que se va a realizar; así, si se trata de practicar la apicectomía, será necesario utilizar además del instrumental de cirugía general, el apropiado para la apicectomía, como son; leguas, periostótomos, escoplo y martillo, fresas, limas para hueso, cucharillas para hueso y pinzas gubias.

En tanto que para practicar una intervención quirúrgica de dientes retenidos necesitaremos, elevadores y los fórceps que creamos convenientes, así como también los instrumentos indicados previamente para la apicectomía.

Instrumental y material quirúrgico destinado para la cirugía de - dientes retenidos y apicectomía:

Bisturí.

Se utiliza comunmente el mango de bisturí de hoja intercambiable. Bard Parker número 3, porque tiene la ventaja de poderse usar en el mismo, distintas formas de hoja, de acuerdo a las caracterís--

ticas de la incisión que se vaya a practicar.

Tijeras.

Las tijeras de tipo usual pueden ser rectas o curvas, de rama aguda o roma y de distintas longitudes siendo las más usuales de 13- a 17 mm. Sirven para la sección de tejidos blandos.

Pinzas de disección.

Se utilizan para la preparación y separación del colgajo y pueden ser de dos tipos; con dientes (pinzas de diente de ratón) y sin - dientes (son planas).

Pinzas para algodón, gasa, etc.

Se utilizan en el curso de la intervención para limpiar el campo-operatorio, de la sangre que mana de los vasos del sitio de la intervención.

Ganchos separadores.

Para mantener separados los labios del colgajo se pueden emplear los ganchos separadores de Farabeu o los de Austin.

Legras o Periostótomos.

Se utilizan para desprender el colgajo mucoso de su inserción --- ósea, también sirven para sostener el colgajo durante la intervención.

Escoplo y martillo.

Se usan en la osteotomía eliminando el tejido óseo que cubre el - objetivo de la intervención.

Fresas.

Tienen aplicación tanto en la osteotomía como en la odontosección, por intermedio de la pieza de mano. Por lo general, se utilizan -- fresas de carburo (de bola y de fisura), debido a que estas simplifican las maniobras por realizar.

Pinzas gubias.

Es un instrumento a manera de fórceps empleado para retirar hueso, mediante una acción de tijera o corte. También es útil para hacer alveolectomías.

Limas para hueso.

La lima para hueso se utiliza para el corte final del borde óseo (alisar bordes) después de hacer la eliminación principal con el alveolotómo.

Cucharillas para hueso.

Se usan para eliminar fragmentos del saco pericoronario, esquirlas óseas y cuerpos extraños.

Fórceps y elevadores.

De la gran variedad de estos instrumentos, pueden seleccionarse un número de ellos de acuerdo al caso.

Portaagujas.

Se usa para manipular y dirigir la sutura.

Material quirúrgico.

Batas quirúrgicas, campos quirúrgicos, guantes, cubrebocas, eyector quirúrgico, compresas esterilizadas, gasas.

Material para sutura.

Puede dividirse en : absorbibles y no absorbibles. Los primeros son de origen biológico y los segundos son de origen vegetal, animal, mineral o sintéticos.

Absorbibles { 1) Catgut.
2) Dexón.

No

Absorbibles { 1) Nylón.
2) Seda.

CAPITULO IV.

DIENTES RETENIDOS.

A) Conceptos generales.

Definición:

El término se refiere a dientes cuya erupción normal es impedida por dientes adyacentes o tejido óseo; dientes en mal posición, hacia palatino o vestibular con respecto al arco normal, o en infraoclusión; y dientes que no han erupcionado después de su tiempo -- normal de aparición clínica.

La inclusión dentaria puede presentarse en dos formas:

Inclusión intraósea.- Cuando el diente está rodeado completamente por tejido óseo.

Inclusión subgingival.- Cuando el diente está cubierto por la mucosa gingival.

De acuerdo a la estadística de Berten - Cieszyuski, la frecuencia que corresponde a los dientes retenidos es la siguiente:

Tercer molar inferior.	35%
Caninos superiores.	34%
Tercer molar superior.	9%
Segundo premolar inferior.	5%
Canino inferior.	4%
Incisivo central superior.	4%
Primer premolar inferior.	2%
Incisivo lateral superior.	1.5%
Incisivo lateral inferior.	0.8%
Primer premolar superior.	0.8%
Segundo premolar superior.	0.5%
Segundo molar inferior.	0.5%

Primer molar superior	0.4%
Incisivo central inferior.	0.4%
Segundo molar superior.	0.1%

B) Etiología.

Las causas de retención de los dientes, serán tratadas desde dos puntos de vista; por Durbeck y por Berger.

Durbeck.

Establece que la etiología de las retenciones es más teórica que real, por lo tanto, deberá ser tratada bajo tres encabezados o teorías diferentes. Primero se encuentra la teoría ortodóntica, en la cual el crecimiento normal de los maxilares y el movimiento de los dientes son en dirección anterior, cualquier interferencia con tal desarrollo causará la inclusión de los dientes. El hueso denso suele provocar el retraso dental anterior y muchas afecciones patológicas provocan una condensación del tejido óseo. Por ejemplo, las infecciones agudas, fiebre, trauma severo y mal oclusión, así como la inflamación local de la membrana periodontal pueden aumentar la densidad ósea.

La respiración bucal constante también conduce a la contracción de las arcadas, por lo tanto, los dientes que hacen erupción al final carecen de espacio. En ocasiones, la pérdida prematura de los dientes deciduos puede provocar falta de desarrollo del maxilar y malposición de los dientes permanentes, o ambos, lo que da como resultado una inclusión.

La segunda teoría interesante es la teoría filogénica, la cual dice que debido a nuestros hábitos nutricionales (dieta blanda), el desarrollo de la mandíbula y el maxilar no es el adecuado y como consecuencia de ésta función alterada, el tamaño de los mismos ha-

disminuido.

La tercera y última es la teoría mendeliana. Es posible que la herencia - tal como la transmisión de maxilares pequeños de un padre y dientes grandes del otro - pueden ser un factor etiológico-importante en las inclusiones.

Berger.

Divide las causas en locales y sistémicas:

Factores locales:

- 1) Irregularidad en la posición y presión de un diente.
- 2) Densidad del tejido óseo que lo cubre.
- 3) Inflamaciones crónicas.
- 4) Membrana mucosa muy densa.
- 5) Falta de espacio en maxilares poco desarrollados.
- 6) Indebida retención de los dientes primarios.
- 7) Pérdida prematura de la dentición primaria.
- 8) Enfermedades adquiridas, como necrosis debida a infección o abscesos.
- 9) Cambios inflamatorios en el tejido óseo por enfermedades exantemáticas en los niños.

Factores Sistemicos:

Las retenciones se encuentran a veces, donde no existen condiciones locales presentes. En estos casos existen:

1.- Causas Prenatales.

1.1) Herencia.

1.2) Mezcla de razas.

2.- Causas Posnatales.

Todas las causas que pueden interferir en el desarrollo del niño, tales como:

2.1) Raquitismo.

Enfermedad ósea metabólica que resulta de una inadecuada ingesta, una inadecuada absorción de calcio o vitamina "D" o ambas.

El defectuoso depósito de sales de calcio en los lugares de forma ción de hueso, produce defectos tanto maxilares como mandibula res y como consecuencia, en los dientes en crecimiento de los niños.

Los defectos hipoplásicos pueden ser: coronas anormalmente pequeñas y de forma alterada, que a su vez, contribuyen a un anormal - espaciamiento entre los dientes.

2.2) Anemia.

Los pacientes afectados por anemia presentan deficiencia de glóbulos rojos, que puede depender de una pérdida demasiado rápida o - una producción demasiado lenta de hemáties.

2.3) Sífilis Congénita.

Es una enfermedad general crónica infecciosa ocasionada por el treponema pallidum.

En la sífilis congénita la infección es transmitida por la madre - al hijo antes del nacimiento o en el momento de éste. La infec - ción tiene lugar a través de la placenta, hacia el quinto mes del embarazo.

En la sífilis congénita precoz, se observan alteraciones de tipo - óseo.

2.4) Tuberculosis.

Generalmente se produce por diseminación hematógica, a partir de - lesiones pulmonares o como parte de una tuberculosis generalizada. Como medio de infección, también se admite la penetración del mycobacterium tuberculosis en los alveólos de los dientes reciente -

mente extraídos o en tejidos blandos traumatizados.

Las lesiones tuberculosas de los maxilares también pueden presentarse en forma de osteomielitis.

2.5) Disendocrinas.

2.6) Desnutrición.

3.- Condiciones Raras.

3.1) Disostosis Cleidocraneal.

Es una condición congénita muy rara, en la cual hay osificación defectuosa de los huesos craneales, ausencia completa o parcial de las clavículas, recambio dentario retardado, dientes permanentes no erupcionados y dientes supernumerarios rudimentarios.

3.2) Oxicefalia.

Es la llamada "cabeza cónica", en la cual la parte superior de la cabeza es puntiaguda.

La sinostosis precoz de los huesos del paladar y vómer da lugar a un paladar elevado, apuntado e incluso hundido.

El micrognatismo maxilar que se origina, ocasiona el apiñamiento y mal posición de los dientes superiores y oclusión defectuosa -- con alteración del periodonto ocasionada por falso prognatismo.

3.3) Progeria.

Representa envejecimiento prematuro. Es una forma de infantilismo caracterizada por estatura pequeña, ausencia de vello facial y -- púbico, piel arrugada, cabello gris y el aspecto facial, actitudes y maneras del anciano.

3.4) Acondroplasia.

Es una enfermedad del esqueleto, que empieza en la vida fetal y -- produce una forma de enanismo. Existe una disfunción del cartilago mandibular, que se caracteriza por un fallo en su contribución-

al crecimiento normal.

3.5) Paladar Fisurado.

Clinicamente se observa como un defecto de longitud variable en la línea media del paladar, que expone la cavidad nasal al ambiente de la boca.

La hendidura alveolar puede pasar entre los incisivos centrales y laterales superiores, o entre el incisivo lateral y el canino, o incluso, más distalmente que el canino.

Una de las alteraciones debida a la hendidura, son las raíces torcidas curvadas o con otras deformaciones; la mal oclusión, la inversión de los dientes dentro de la hendidura.

C) Clasificación.

Debido a la frecuencia con que se presentan los terceros molares inferiores y los caninos superiores retenidos, la clasificación que a continuación se presenta está orientada a éstos dientes.

Clasificación de terceros molares inferiores retenidos (véase --- fig. IV - 1) :

Una buena clasificación es la que ofrecen Pell y Gregory. Esta 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. Esto puede explicarse en detalle como sigue:

1.- Relación del diente con la rama ascendente del maxilar inferior:

Clase I. 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 todo, o la mayor parte del tercer molar se encuentra dentro de la rama ascendente.

2.- Profundidad relativa del tercer molar dentro del hueso:

Posición A. Cuando la porción más alta del diente incluido se encuentra al mismo nivel, o por encima de la superficie oclusal del segundo molar.

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

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

3.- La posición del diente en relación con el eje mayor del segundo molar: vertical, horizontal, invertido, mesioangular y disto--angular.

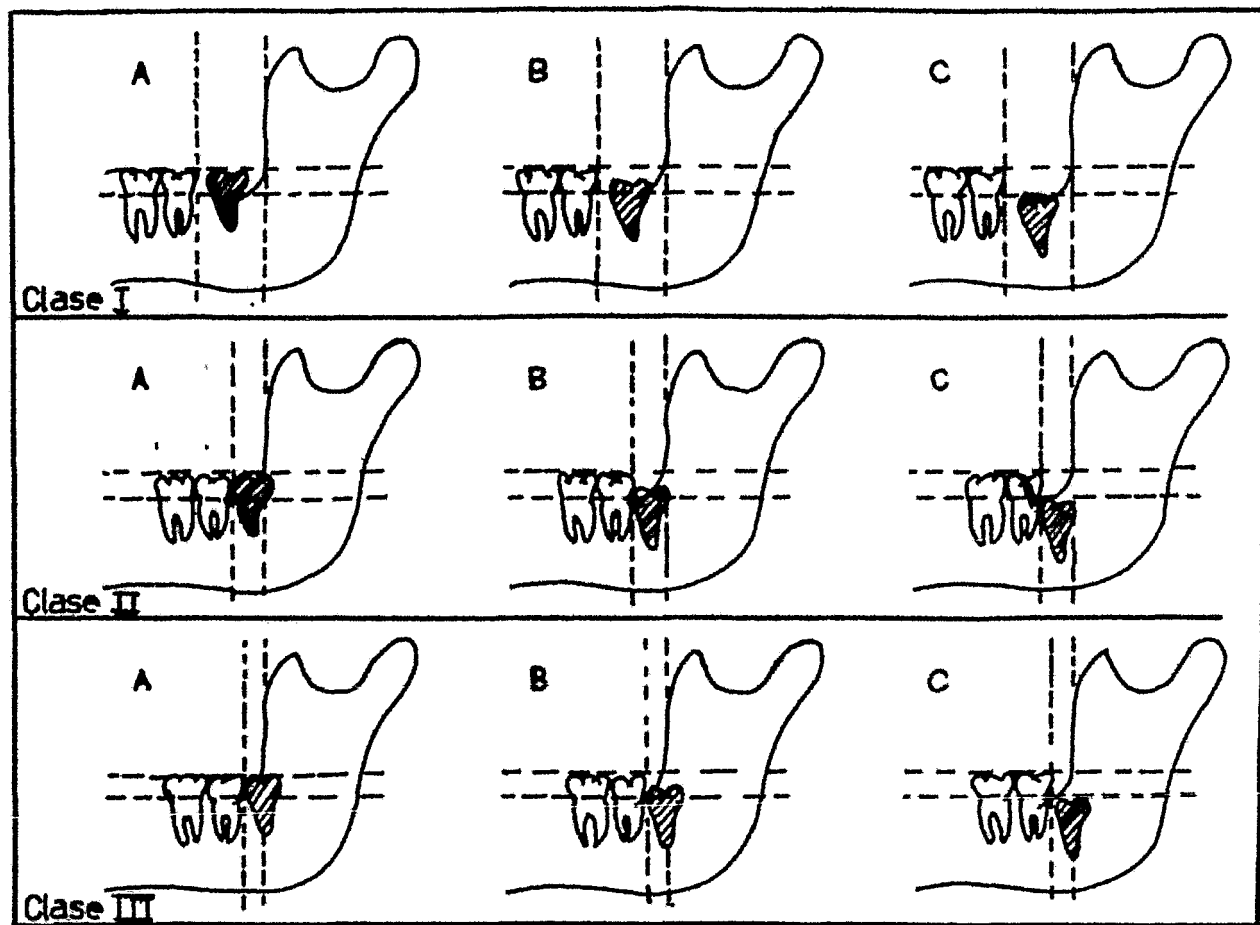


Fig. IV - 1 .-- Clasificación de inclusión de terceros molares retenidos

Los caninos pueden ser clasificados de acuerdo a: 1) Al número de dientes retenidos. La retención puede ser simple o doble, presentándose ambos caninos retenidos, 2) La posición que estos dientes presentan en el maxilar. Caninos situados en el lado palatino o en el lado vestibular, y 3) La presencia o ausencia de dientes en la arcada dentaria. Caninos en maxilares dentados o en maxilares sin dientes.

Se puede ordenar la siguiente clasificación, correspondiente a todos los casos de retención indicados en los tres puntos anteriores:

Clase I (véase fig. IV - 2): Maxilar Dentado. Dientes ubicados del lado palatino. Retención unilateral : a) cerca de la arcada dentaria, b) lejos de la arcada dentaria.

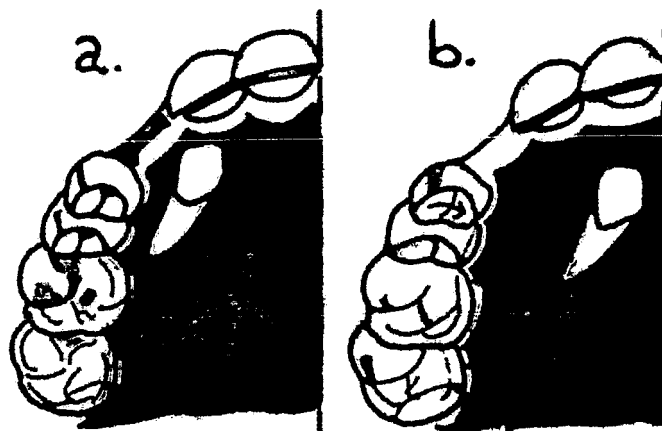


Fig. IV - 2.- Clase I.

Clase II (veáse fig. IV - 3): Maxilar Dentado. Dientes ubicados - del lado palatino. Retención bilateral.

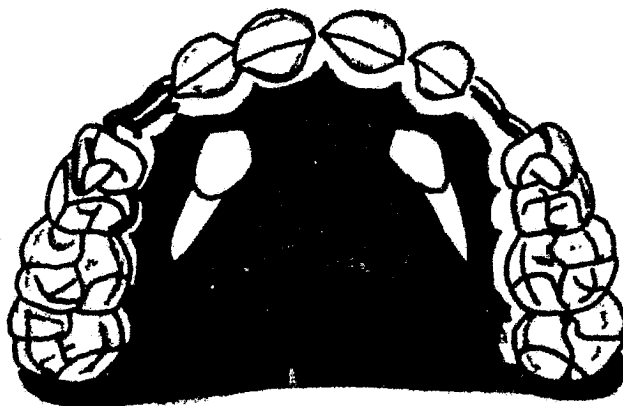


Fig. IV - 3.- Clase II.

Clase III (veáse fig. IV - 4): Maxilar Dentado. Diente ubicado - del lado vestibular. Retención unilateral.

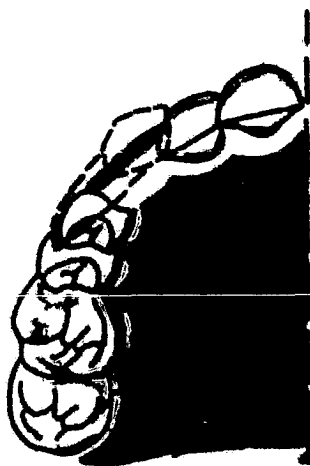


Fig. IV - 4.- Clase III.

Clase IV (veáse fig. IV - 5): Maxilar Dentado. Dientes ubicados del lado vestibular. Retención bilateral.

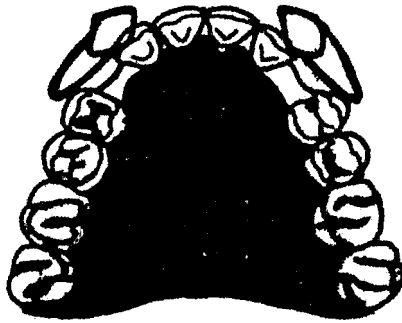
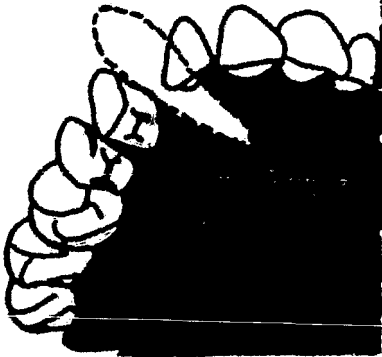


Fig. IV - 5.- Clase IV.

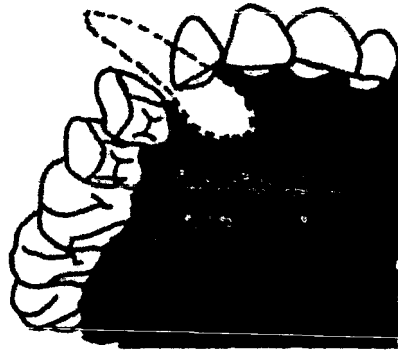
Clase V (veáse fig. IV - 6): Maxilar Dentado. Caninos vestibulopalatinos con la corona o raíz hacia el lado vestibular. También -- llamadas retenciones mixtas o transalveolares.

a.



a) Palatovestibular.

b.



b) Vestibulopalatino.

Fig. IV - 6.- Clase V.

Clase VI (veáse fig. IV - 7): Maxilar desdentado. Dientes ubicados del lado palatino; a) retención unilateral; b) bilateral.

Clase VII (veáse fig. IV - 7): Maxilar desdentado. Dientes ubicados del lado vestibular; a) retención unilateral; b) bilateral.



Fig.IV - 7 Clases VI y VII.

Retenciones de los caninos en maxilares desdentados.

El objetivo de estos sistemas de clasificación, es crear una técnica ordenada para la evaluación y diagnóstico así como para las técnicas quirúrgicas de la cirugía de terceros molares inferiores y caninos superiores retenidos. También, proporcionan datos valiosos para el asistente capacitado que así sabrá el tipo de instrumentos necesarios, al igual que el tiempo que deberá ser apartado para la operación. La utilización de esta técnica ordenada para los problemas de inclusión contribuirá al éxito del procedimiento, dando armonía a lo que de otra manera podría resultar una experiencia desalentadora para todos aquellos relacionados con la cirugía de estos dientes.

D) Tratamiento.

Técnica quirúrgica para terceros molares inferiores retenidos:

La técnica que explicaremos a continuación se realiza en las intervenciones de terceros molares inferiores incluidos cualquiera que sea su retención.

Consideraciones preliminares.- Use anestesia local en los tejidos adyacentes al (o los) diente (s), aunque puede ser aplicada anestesia general, sin embargo, la primera es más apropiada para éste tipo de intervenciones.

Dividiremos en 8 pasos la técnica quirúrgica:

1) Incisión.- Se hará la incisión utilizando la técnica de bisel invertido, empleando para tal fin, la hoja de bisturí Bard Parker-número 15, asegurándose que la incisión se extienda hasta el hueso, debiendo realizarla de un sólo trazo, sin líneas secundarias que impidan una correcta adaptación posterior del colgajo.

La longitud anteroposterior de la incisión estará dada por el tipo de retención del tercer molar. Por lo tanto, se basa en los detalles que se obtengan del examen radiográfico.

Descripción de la técnica incisional (véase fig. IV - 8):

Se traza una incisión en la parte más alta de la cresta distal, a partir del borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula, hasta el segundo molar, de aquí se continúa la incisión por la cara distal de ésta pieza y hacia bucal, después por bucal se continúa festoneando la encía en su adaptación al cuello del segundo y primer molar, deteniéndose en el espacio interdentario, entre el primer molar y el segundo premolar.

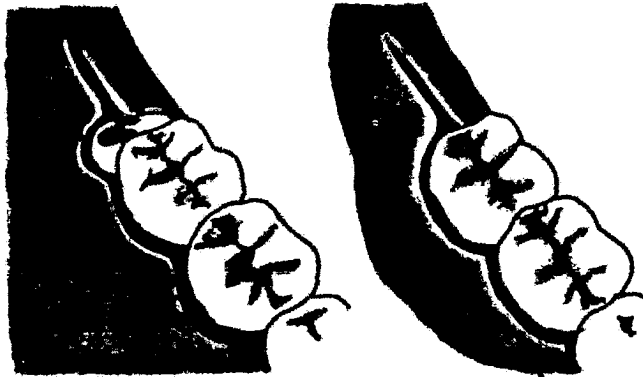
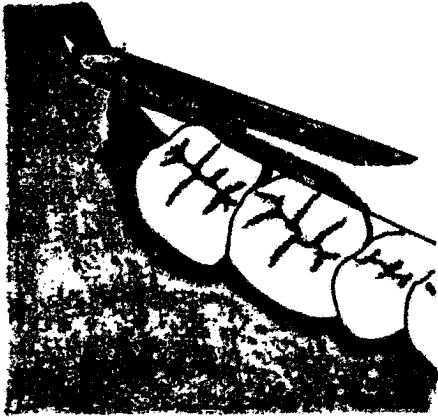


Fig. IV - 8.- Incisión.

2) Levantamiento del colgajo (veáse fig. IV - 9):

Los principios quirúrgicos que son la base del diseño de un colgajo son; 2.1) que éste posea base amplia que asegure un buen aporte sanguíneo, 2.2) que sea lo suficientemente grande para permitir un buen acceso sin estiramiento, 2.3) que el colgajo sea de grosor total e incluya al perióstio cuando sea levantado, 2.4) que cuando el colgajo se regrese a su sitio original, sus márgenes descansensobre hueso sano para reducir al mínimo el tiempo de cicatrización y la contracción del tejido blando.

Trazada la incisión, se hace hemostasis comprimiendo por breves instantes la región. Se toma el periostótomo o en su defecto una legra, y se introduce entre los labios obtenidos por la incisión, progresando desde el lado distal hacia el mesial. El periostótomo deberá tocar y apoyarse en hueso, y con suaves movimientos de lateralidad y de giro del instrumento, se desprende el labio bucal de la incisión.

El colgajo debe ser, lo más amplio como sea necesario y lo más pequeño como sea posible.

Terminado el desprendimiento, 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 postoperatorio.

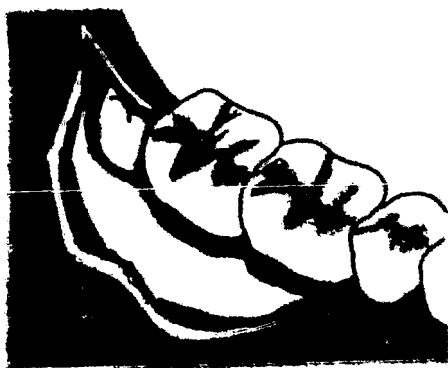


Fig. IV - 9.- Levantamiento del colgajo.

3) Osteotomía (véase fig. IV - 10):

Es la eliminación de hueso necesario para tener acceso al molar y disminuir la resistencia que está dada por la cantidad y calidad del hueso.

Toda la osteotomía se deberá realizar con irrigación de suero fi-

siológico, para evitar el calentamiento y por lo tanto, la necrosis de la zona que se está trabajando.

La fresa es el instrumento de nuestra preferencia.

Una vez ubicada con precisión la corona del diente retenido (por la radiografía y por el relieve óseo), se practican orificios circundando la corona del tercer molar incluido. Los diversos orificios creados por la fresa se unen entre sí, seccionando el hueso que los separa, con una fresa de fisura fina, quedando libre una tapa ósea la cual deberá ser levantada.



Fig. IV - 10.- Osteotomía.

4) Odontosección (véase fig. IV - 11):

Una de las más valiosas ayudas en la remoción de muchos terceros molares inferiores incluidos cuya extracción es difícil, es la técnica de odontosección, o sea, la reducción de la corona en piezas pequeñas, permitiendo la creación de un espacio a través del cual se quitan las porciones restantes de la raíz. Por este proceso se conserva mucha substancia ósea, lo cual es conveniente en la cicatrización postoperatoria; en algunos casos no es necesario seccionar la pieza, pero esta técnica nos ahorra tiempo operatorio y molestias postoperatorias.

Esta se basa en el estudio radiográfico, el cual nos sirve para deliberar la manera de seccionar la pieza dentaria de acuerdo al caso en particular. En la figura IV - 11 se da un ejemplo.



a) Odontosección

b) Extracción de los fragmentos.

Fig. IV - 11.

5) Extracción propiamente dicha.- Al eliminar las estructuras óseas que significan la resistencia, se inicia la operación propiamente dicha, que consiste en la extracción del tercer molar debido a la aplicación de las palancas, en la forma que a continuación se menciona.

El elevador llega a la cara mesial del molar incluido y allí se aplica la palanca, el instrumento, con punto de apoyo en el borde óseo por vestibular, y una fuerza ejercida sobre su mango, eleva el molar siguiendo el camino de menor resistencia, ésta es la mecánica de una extracción sin menor complicación; será diferente cuando la pieza a extraer tenga posiciones que no permitan la expulsión de la pieza completa, para lo cual utilizamos la técnica de la odontosección.

6) Regularización de bordes.- Se regularizan los bordes óseos con la lima para hueso, en caso de que exista un borde muy saliente y agudo se elimina con la pinza gubia; los movimientos deben ser de adentro hacia afuera para evitar lesionar el paquete vasculoner-

vioso.

7) Curetaje y lavado de la cavidad (véase fig. IV - 12):

Se hace el curetaje con una cucharilla para hueso abarcando todas las paredes del alveólo; se extraen con la cucharilla restos del saco pericoronario y esquirlas óseas, se lava con suero fisiológico a presión y se unen los bordes del colgajo procurando que no se encimen uno sobre otro, si ésto sucede, se corta una porción de mucosa con tijeras y se une nuevamente.



Fig. IV - 12.- Curetaje y lavado de la cavidad.

8) sutura (véase fig. IV - 13):

Por lo general, se usa la técnica de puntos aislados. Se perfora la fibromucosa por el lado lingual a medio centímetro del borde de la incisión, se sigue la aguja en una misma dirección hasta perforar el colgajo bucal. Posteriormente retiramos la aguja hasta que el hilo queda tenso y se unen los labios de la herida. Tomamos con los dedos índice y pulgar el cabo que tiene la aguja, lo apoyamos en el portaagujas y se hace dar al hilo dos vueltas completas alrededor del extremo libre de éste; se abre 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 y el cabo libre pase entre ellas, ajustándose a nivel de la herida. Hasta aquí, se tiene realizada la primera parte del nudo, para completarlo se hace nuevamente la misma maniobra pero en sentido inverso y se ajusta el nudo. Si se cree necesario puede realizarse otro punto de sutura, a distal del primero.

Técnica quirúrgica para caninos superiores retenidos:

En realidad los pasos que se siguen en la técnica quirúrgica para el tratamiento de los caninos superiores retenidos⁽¹⁾, son los mismos que en el tratamiento de los terceros molares inferiores retenidos, variando únicamente la zona de trabajo, y por lo tanto, la forma de hacerlo, como a continuación se detalla.

Extracción de los caninos por vía palatina:

Clase I.

1.- Incisión (véase fig. IV - 14):

Se utiliza un bisturí de hoja corta (# 12), el cual se coloca entre el cuello de los dientes y la encía, dirigido en sentido perpendicular a la bóveda palatina, llegando hasta el hueso. La incisión se inicia en el límite ya prefijado (cara distal del segundo-premolar, cara distal del primer molar), y se extiende en sentido anterior hasta los incisivos centrales, lateral o molar del lado opuesto, según sea el sitio que ocupe el o los caninos retenidos.

(1) Recordemos que se tienen dos vías de acceso, vía vestibular y vía palatina.

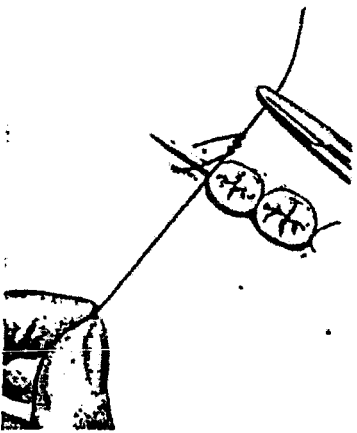
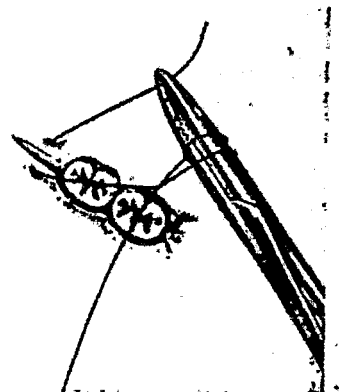
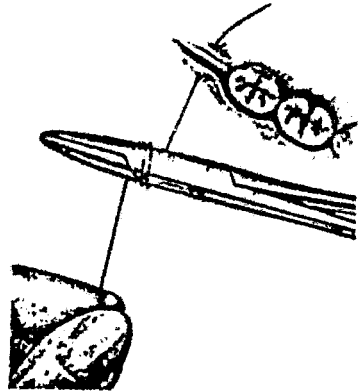
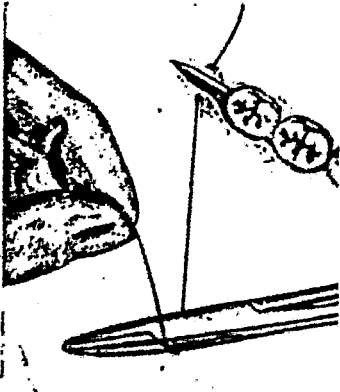
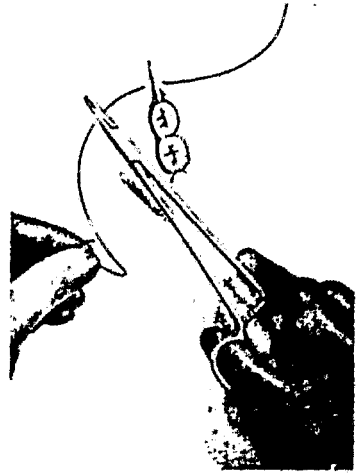
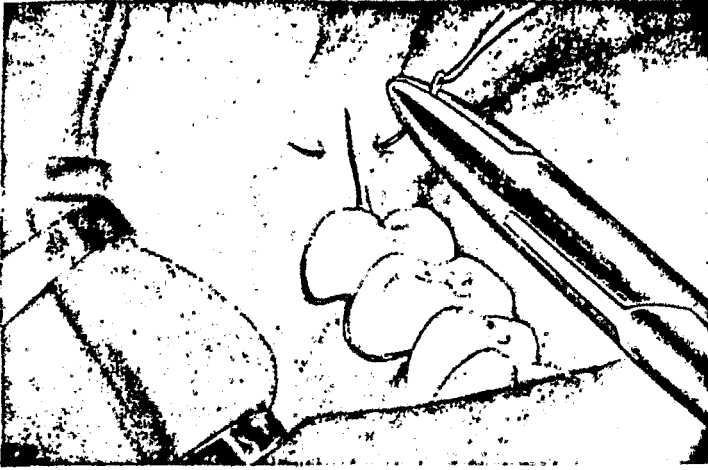
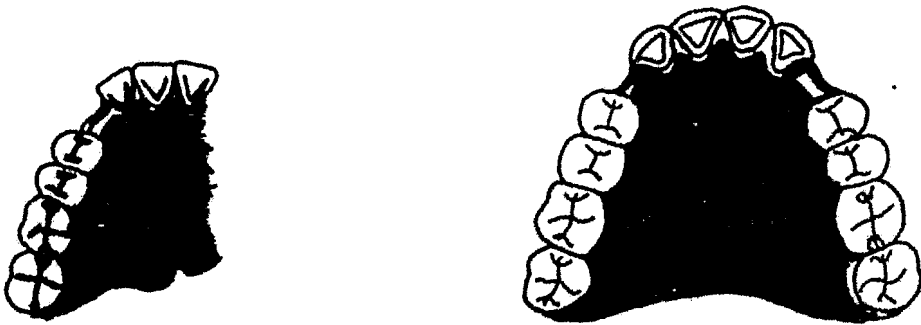


Fig. IV - 13.- Sutura.



a) Clase I.

b) Clase II.

Fig. IV - 14.- Incisión.

2) Levantamiento del colgajo (veáse fig. IV - 15):

Practicada la incisión, se toma el periostótomo o en su defecto -- una legra e iniciamos el desprendimiento del colgajo. Este instrumento se insinúa entre la arcada dentaria y la fibromucosa palatina, y por pequeños movimientos, sin herir ni desgarrar la encía, -- se desprende la fibromucosa hasta dejar al descubierto el hueso de la bóveda palatina. Es conveniente después de desprendido tomarlo con una pinza de disección, ya que el colgajo debe ser mantenido -- inmóvil durante el curso de la operación.

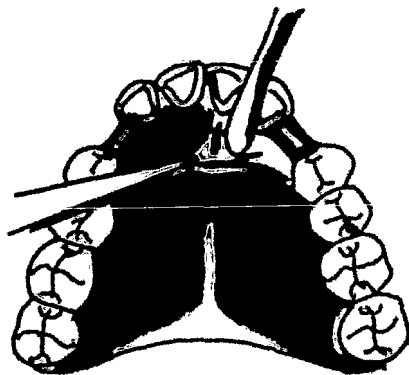


Fig. IV - 15.- Levantamiento del colgajo.

3) Osteotomía (veáse fig. IV - 16):

Al igual que en los terceros molares retenidos, la podemos realizar por medio de varios métodos, aunque todos llevan al mismo fin.

El más común es por medio del uso de la fresa.

Una vez ubicada con precisión la corona del diente retenido (por la radiografía y por el relieve óseo), se practican orificios circundando la corona y el primer tercio radicular. Los diversos orificios creados por la fresa se unen entre sí, seccionando el hueso que los separa, con una fresa de fisura fina quedando libre -- una tapa ósea la cual deberá ser levantada.



Fig. IV - 16.- Osteotomía.

4) Odontosección (veáse fig. Iv - 17):

La manera en que debe realizarse depende de cada caso en particular. El diente se corta en el número de fragmentos que sea necesario, se extraen sus partes por separado, y a expensas de los espacios creados por las partes desalojadas se completa la extracción de los fragmentos que quedan.

Ejemplo; La corona puede ser cortada cerca de la línea cervical, retirada y la raíz llevada hacia el espacio creado para que a su vez sea desalojada.

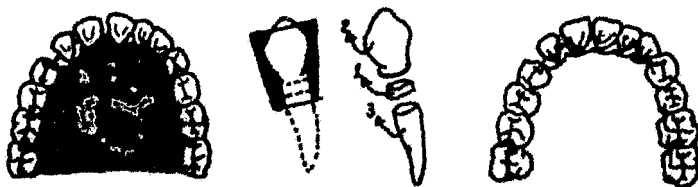


Fig. IV - 17.- Odontosección.

5) Extracción propiamente dicha (véase fig. IV - 18):

Esta parte de la operación exige criterio, habilidad y fineza, para no traumatizar o luxar los dientes vecinos, o fracturar las paredes alveolares.

La operación consiste en eliminar un cuerpo duro inextensible (el diente), de un elemento duro que debe considerarse inextensible -- (el hueso). Esta maniobra sólo puede realizarse con palancas, que apoyadas en el hueso vecino más sólido y más protegido (el hueso del lado interno), elevan el diente siguiendo la brecha ósea creada).

Esta es la mecánica de una extracción sin menor complicación; será diferente cuando la pieza a extraer tenga posiciones que no permitan la expulsión de la pieza completa, para lo cual utilizaros - la técnica de la odontosección.

6) Regularización de bordes.- Esta maniobra se realiza como en la retención de terceros molares inferiores retenidos.

7) Curetaje y lavado de la cavidad (veáse fig. IV - 19):
 Extraído el canino, debe inspeccionarse cuidadosamente la cavidad ósea y extraer las esquirlas de hueso o diente que puedan quedar y eliminar el saco pericoronario del diente retenido, éste se extirpa con una cucharilla filosa. La omisión de esta medida puede traer trastornos infecciosos y tumorales.

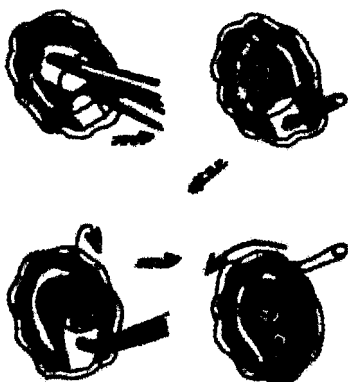


Fig. IV - 18.- Extracción
 propiamente dicha.



Fig. IV - 19.- Curetaje y
 lavado de la cavidad.

8) Sutura (veáse fig. IV - 20):

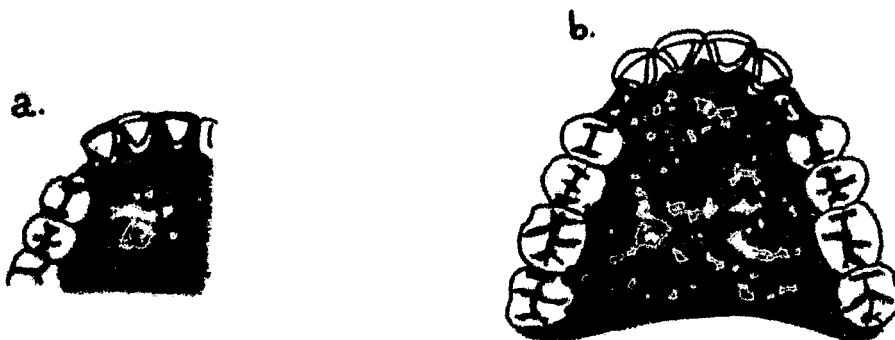
Es un tiempo importante e imprescindible.

El colgajo se vuelve a su sitio, readaptándolo perfectamente, de manera que las papilas interdientarias ocupen su ubicación normal. También para éste tipo de operación utilizamos puntos aislados. En los caninos unilaterales, generalmente un punto de sutura es suficiente; se coloca a nivel del espacio. Es necesario desprender, en una pequeña extensión, la fibromucosa vestibular para poder pasar con comodidad la aguja.

si persiste el canino temporario, la sutura del colgajo debe realizarse con una aguja recta y fina, la cual se pasa por el espacio --

interdentario más ancho.

Terminada la operación, se coloca un trozo de gasa en la bóveda palatina, comprimiendo y manteniendo adosada la fibromucosa.



a) Clase I.

b) Clase II.

Fig. IV - 20.- Sutura.

Clase II.

Consideraciones especiales en la doble retención de caninos, en maxilares con dientes:

1) Incisión (veáse fig. IV - 14b):

La incisión que conviene, en caso de caninos bilaterales, es el desprendimiento del colgajo palatino, separando la fibromucosa del cuello de los dientes, desde distal del segundo premolar o del primer molar (según la ubicación de los ápices de los caninos) en ambos cuadrantes.

2) Levantamiento del colgajo.- Con el periostótomo, y con la misma técnica señalada para la retención unilateral, se desprende la fibromucosa. El colgajo se mantiene inóvil, sujetándolo al segundo-molar.

3) Osteotomía.- Esta maniobra se realiza como la retención unilate

ral.

Los pasos; 4) Odontosección, 5) Extracción propiamente dicha, --
6) Regularización de bordes, y 7) Curetaje y lavado de la cavidad
seguirán los procedimientos enunciados anteriormente.

8) Sutura (veáse fig. IV - 20b):

Su empleo es más necesario que en el caso de retención unilate--
ral. Se pasan tres o cuatro puntos de sutura en los sitios más -
accesibles.

Extracción de los caninos por vía vestibular:

Clase III y IV (veáse fig. IV - 21):

1) Incisión.- Se emplea la incisión en arco de Partsh o la inci--
sión hasta el borde libre, de Neumann. Debe estar lo suficiente--
mente alejada del sitio de implantación del diente, de tal forma
que ésta no coincida con la brecha ósea, al reponer el colgajo -
en su sitio.

2) Levantamiento del colgajo.- Sigue las normas trazadas para --
los otros tipos de colgajo. Este debe mantenerse levantado duran--
te el curso de la operación con un separador romo que no trauma--
tice. Hay que evitar tensiones que repercutan sobre la vitalidad
del tejido gingival.

3) Osteotomía.- La osteotomía se realiza a escoplo y martillo o--
a fresa. Ambos métodos son buenos. La tabla externa no tiene la--
dureza y solidez de la bóveda palatina y permite la osteotomía -
más fácilmente.

4) Odontosección.- La odontosección se realiza con fresa de fisu--
ra (en la pieza de mano). El diente retenido se corta a nivel --
del cuello y se extrae la corona con un elevador recto o angular.

En el espacio creado por la corona extraída se proyecta la porción radicular. La raíz es movilizadada en dirección de su eje mayor, con elevadores, o se practica un orificio en la raíz con una fresa redonda, en el cual se introduce un instrumento delgado, con el que se le desplaza.

Puede ser necesaria una nueva sección de la porción radicular, --- cuando la raíz al ser dirigida hacia adelante tropieza con el diente vecino.

5) Extracción propiamente dicha.- Los caninos vestibulares, des---pués de enucleada la tapa ósea, pueden ser^o extraídos enteros, lu---xandolos previamente con elevadores rectos que se colocan entre el diente y la pared ósea, en los sitios más sólidos. Luxado el diente, se toma con un fórceps recto y se extrae. Cuando no es posible su extracción de ésta manera recurrimos a la técnica de odontosección.

6) Regularización de bordes.- Seguirá los procedimientos enuncia---dos anteriormente.

7) Curetaje y lavado de la cavidad.- Se inspecciona la cavidad ---ósea, se extirpa el saco pericoronario y los restos óseos o dentarios.

8) Sutura.- Dos o tres puntos de sutura con seda o catgut comple---tan la operación, después de repuesto el colgajo en su sitio.

Para la retención bilateral se seguirán los procedimientos enuncia---dos anteriormente.

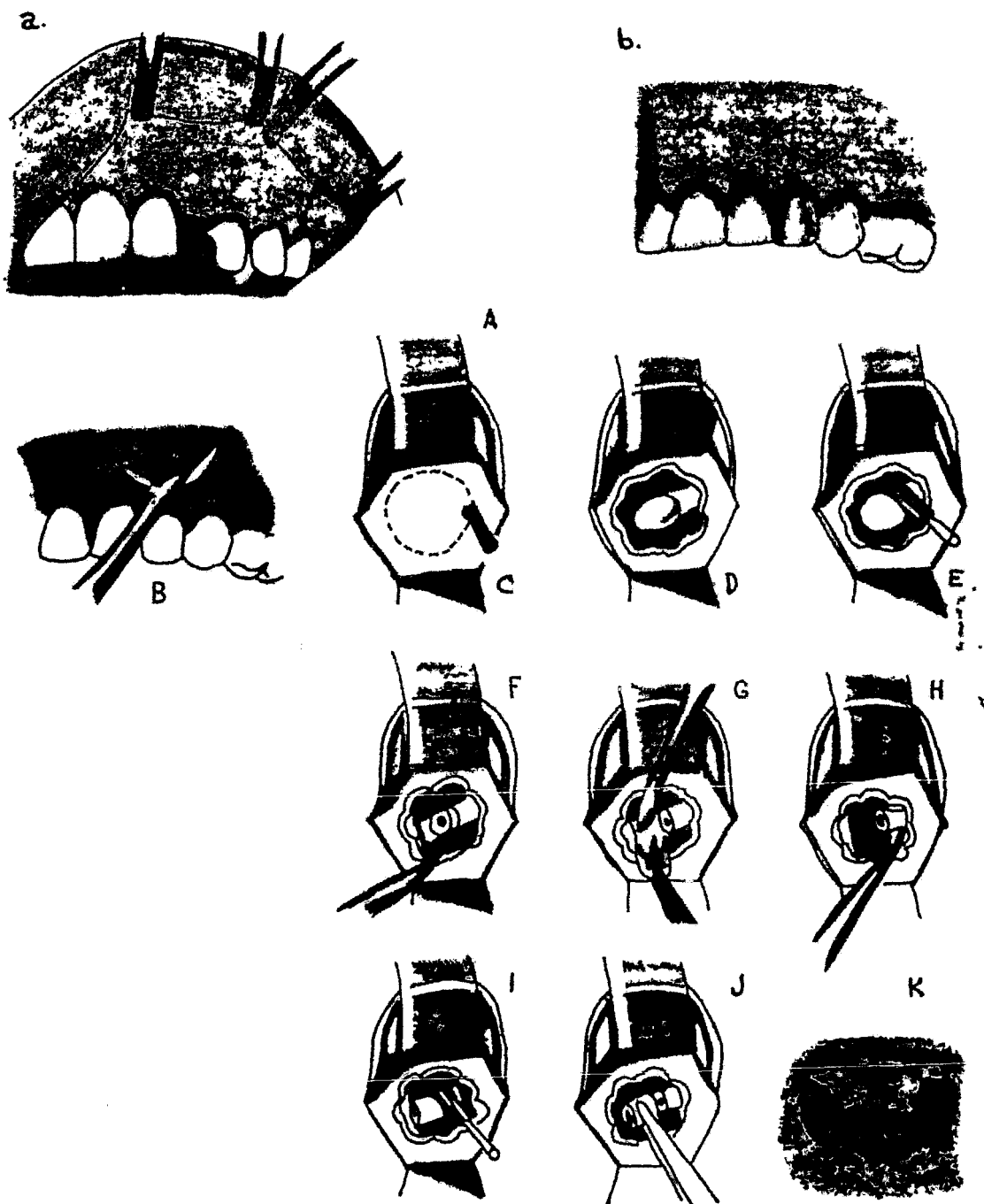


Fig. IV - 21.- Extracción de caninos clase III y clase IV.

Clase V.

Los distintos tipos de retenciones vestibulopalatinas o palatoves tibulares pueden operarse siguiendo las normas señaladas anteriormente.

Extracción de los caninos en maxilares desdentados:

Clase VI y VII (veáse fig. IV - 22):

La vía de elección para la extracción de caninos en maxilares sin dientes, es la vestibular. La ausencia de dientes facilita el problema.

Prácticamente, todos los casos pueden resolverse por esta vía, -- excepto cuando los caninos están colocados muy profundamente, lejos de la tabla externa y próximos a la bóveda. Para estos últimos, el camino más corto es la extracción por vía palatina. Las normas para la extracción de estos dientes se ajustan a las señaladas para los otros tipos de caninos retenidos.

Para la extracción de caninos retenidos en la proximidad de la arcada, deben preverse los riesgos de fractura de porciones de la tabla vestibular, lo cual acarrearía trastornos posteriores, desde el punto de vista protético. Es preferible seccionar el diente, que ejercer presiones peligrosas.



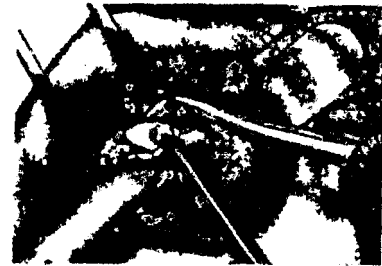
Canino derecho en un desdentado. Incision.



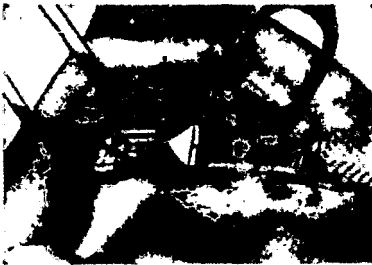
Separación del colgajo con un periostotomo.



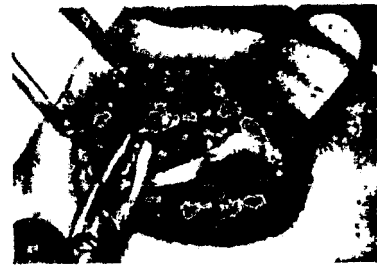
Osteotomía de abordaje con escoplo recto



Con elevador de Winter se luxa el canino.



Extracción del diente retenido con pinzas.



Regulación del hueso con pinza guisa.



suavización de los bordes óseos con raspado



El colgajo ha sido descendido y suturado

Fig. IV - 22.- Extracción de caninos en maxilares desdentados

CAPITULO V.
CIRUGIA PERIAPICAL.

APICECTOMIA.

A) Definición.

La apicectomía, denominada también resección o amputación radicular, es una intervención que consiste en extraer el ápice o tercio apical de la raíz de un diente que se encuentra enfermo y el curetaje de todos los tejidos periapicales adyacentes.

B) Indicaciones y contraindicaciones.

Las indicaciones de la apicectomía son las siguientes:

- 1.- Los seis dientes anteriores superiores e inferiores.
- 2.- Dientes con resorción periapical en los cuales la destrucción ósea no se extienda más de un tercio del total de la raíz.
- 3.- Dientes con granulomas periapicales bien circunscritos.
- 4.- En dientes que presenten falsos conductos.
- 5.- Dientes que han sido fracturados por un traumatismo.
- 6.- Cuando un escariador o lima ha sido roto a través del ápice - del diente y no puede ser extraído por vía del conducto radicular.
- 7.- Cuando ha fracasado el tratamiento radicular.
- 8.- En dientes con dilaceraciones que hagan inaccesible el ápice radicular.
- 9.- En dientes portadores de pivotes, jacket - crowns, u otras ob turaciones que imposibilitan la remoción de ellas para efectuar un nuevo tratamiento radicular; en ese caso, deberán realizarse la apicectomía y la obturación retrógrada del conducto con amalg ma.

La resección quirúrgica del ápice puede realizarse en todos los -
dientes, pero no efectuamos la apicectomía más que en los anterio-
res, por excepción en los premolares y nunca en los molares. Ade-
más, para la operación debemos tener ciertas facilidades razona-
bles de acceso al ápice de los dientes y que no invadan estructu-
ras anatómicas tales como el seno maxilar o el conducto dentario-
inferior.

Las contraindicaciones de la apicectomía son las que a continua-
ción se mencionan:

- 1.- Cuando la salud general del paciente se halla disminuida; por ejemplo: pacientes que presentan reumatismo, diabetes, trastor-
nos cardíacos, etc.
- 2.- En casos en que los dientes están muy cerca de estructuras --
anatómicas de consideración.
- 3.- Dientes portadores de procesos apicales, que han destruido --
hueso hasta las proximidades de la mitad de su raíz.
- 4.- Cuando hay que eliminar demasiada estructura radicular.
- 5.- Dientes con bolsas parodontales profundas y excesiva movili-
dad.
- 6.- Cuando la oclusión traumática no puede ser corregida.
- 7.- En casos inaccesibles.
- 8.- Procesos agudos en los cuales la congestión impide la anemia-
necesaria para que la sangre no moleste el acto operatorio.

Es importante la elección del caso para el éxito de nuestra inter-
vención.

C) Accidentes y complicaciones.

Los accidentes de esta operación se deben a innumerables factores;

unos, obedecen a mala elección del caso, por ejemplo, dientes -- multiradiculares, o con procesos de parodontitis, y otros, a una defectuosa técnica operatoria.

Los accidentes y complicaciones podemos encuadrarlos en la siguiente clasificación:

1.- Lesión de los dientes vecinos.

En algunas ocasiones puede seccionarse el paquete vasculonervioso de un diente vecino. En otras, la errónea ubicación del ápice, puede dar lugar a la amputación del ápice de un diente sano.

2.- Lesión de los órganos o cavidades vecinos.

2.1) Perforación del piso de las fosas nasales.- En los casos de dientes que tienen sus ápices muy vecinos a las fosas nasales, - la cucharilla o la fresa pueden perforar la tabla ósea; este --- accidente no tiene más trascendencia que la hemorragia nasal.

2.2) Perforación del seno maxilar.- En las apicectomías de premolares o en algunas de caninos, la fresa puede perforar el piso o la pared del seno, e introducir el ápice amputado en el interior de esta cavidad.

2.3) Lesión de los vasos y nervios palatinos anteriores.- Es un accidente posible en el curso de la apicectomía de los incisivos centrales. La sección de los vasos produce una abundante hemorragia, la cual para cohibirla hay que taponar la cavidad durante -- largo tiempo.

2.4) Lesión de los vasos y nervios mentonianos.- En este lugar el problema se complica, pues además de la hemorragia en el acto operatorio, se instala la parestesia del labio, por lesión de las ramas nerviosas eferentes.

3.- Fractura o luxación del diente en tratamiento. -

El escoplo mal dirigido puede originar fracturas radiculares que obliguen a la extracción del diente; un golpe exagerado sobre el escoplo puede luxar o también expulsar el diente.

4.- Perforación de las tablas óseas lingual o palatina.

La lesión más importante es la que tiene lugar en el maxilar inferior, pudiéndose originar una propagación de la infección a la región glososuprahioidea. Esta perforación de la tabla lingual, --- puede también ser causa de hemorragias del piso de la boca, que se manifiestan por coloración hemática característica, inflamaciones e ingurgitaciones de la glándula sublingual.

5.- Insuficiente resección del ápice radicular.

Al realizar la operación, la fresa sólo corta la parte anterior de la raíz, dejando un resto importante del ápice, que está infectado. En el caso de tratarse de un premolar, puede sucedernos al seccionar únicamente la raíz bucal dejando la palatina en su sitio.

6.- Insuficiente resección del proceso periapical.

Dejando restos de granuloma, restos de membrana quística, el proceso puede recidivar, a plazos distintos, originando fístulas que denuncian el fracaso de la operación.

D) Técnica quirúrgica.

Consideraciones preliminares.- Use anestesia local en los tejidos adyacentes al (o los) diente (s), aunque puede ser aplicada anestesia general, sin embargo, la primera es más apropiada para este tipo de intervenciones.

Técnica quirúrgica.

Son tres los principales procedimientos acertados para realizarla:

- 1) Obturación del conducto y resección radicular inmediata, 2) obturación del conducto seguida por la apicectomía, varios días o se

manas más tarde, y 3) resección radicular en dientes con obturación del conducto radicular, en los cuales los exámenes radiográficos subsiguientes, meses o años más tarde, revelen la existencia de procesos infecciosos periapicales.

La intervención puede ser realizada en cualesquiera de estos tres procedimientos siendo la técnica quirúrgica la misma.

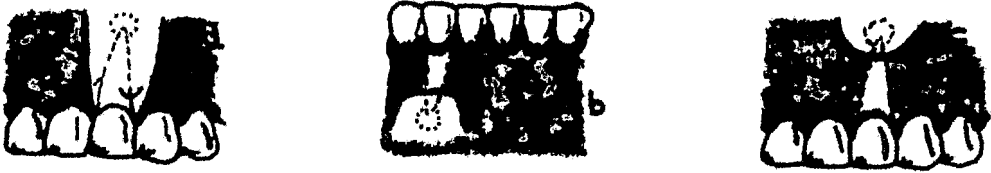
Desarrollo de la técnica quirúrgica:

Primer paso.- Se práctica una incisión. Existen múltiples tipos de incisiones, pero sólo tres aplicamos en los casos que para nosotros están indicados y son los siguientes: la incisión de Wassmund, de Partsh y de Elkan Neumann.

Incisión de Wassmund⁽¹⁾, se realiza de la siguiente manera:

Empieza la incisión a nivel del surco vestibular, desde el ápice del diente vecino al que vamos a intervenir, abarcando en profundidad mucosa y peróstio llegando a hueso. La incisión desciende hasta medio centímetro del borde o margen gingival, y desde allí, evitando hacer ángulos agudos, corre paralela a la arcada dentaria y se remonta nuevamente hasta el surco vestibular, terminando a nivel del ápice del diente vecino del otro lado, quedando en forma semicircular. La figura V - 1 muestra este tipo de incisión.

(1) Para la incisión de Partsh seguir los procedimientos indicados para Wassmund.



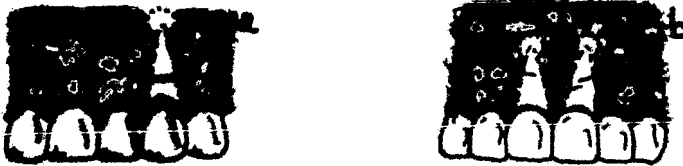
a) En superiores. b) En inferiores. c) Incisión de Partsh.

Fig. V - 1 Incisión de Wassmund.

Incisión de Neumann (véase fig. V - 2): Primer paso.

Se realiza de la siguiente manera;

Empieza la incisión desde el surco gingival hasta el borde libre, festoneando el cuello cervical de los dientes. Las incisiones verticales deben terminar en los espacios interdentarios, siendo de ésta manera la cicatrización más perfecta y no deja huellas.



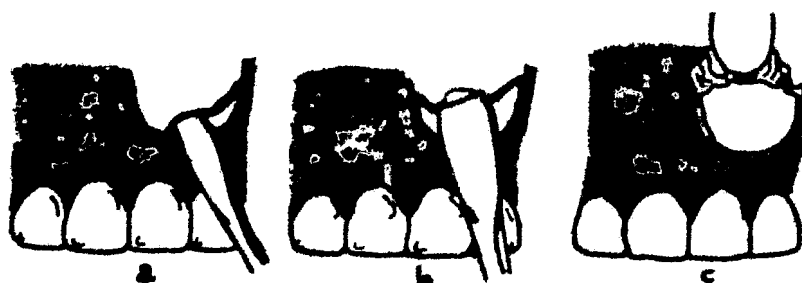
a) Incisivo central. b) En ambos incisivos centrales.

Fig. V - 2.- Incisión de Neumann.

La incisión de Neumann no se debe emplear en aquellos casos en -- que el diente o los dientes a operarse sean portadores de una corona de porcelana, u otro tipo de prótesis, porque la retracción-gingival puede dejar al descubierto la raíz, afectando la estética.

Segundo paso.- Con legra, periostótomo o con una espátula de +---

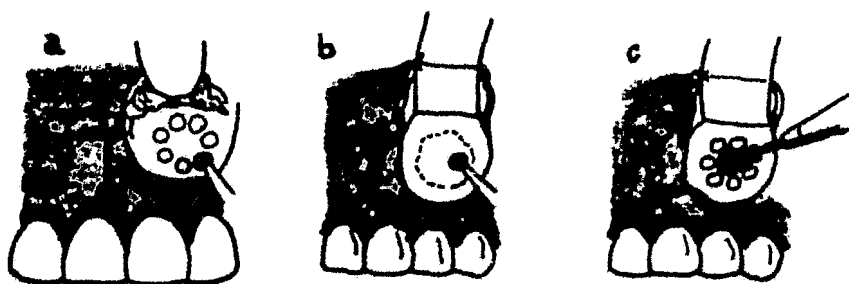
Freer, sepárese la mucosa y el perióstio subyacente, y el ayudante lo sostiene con un separador de Farabeuf. El sostenimiento del colgajo es de gran importancia; la visión del campo operatorio ha de ser perfecta y el colgajo no debe interponerse en las maniobras operatorias. Además, si el colgajo no está fijo y sostenido, puede ser lesionado durante la intervención y luego la cicatrización y el postoperatorio no son normales.



- a) Inicio del desprendimiento del colgajo.
- b) El extremo ancho del instrumento completa la preparación del colgajo.
- c) El colgajo se sostiene con la legra.

Fig. V - 3 Levantamiento del colgajo.

Tercer paso.- Consiste en practicar la osteotomía (véase fig. -- V - 4), para ello se hacen seis perforaciones con fresa de bola del número 3 ó 5 a manera de un círculo, quedando como centro el ápice radicular, inmediatamente se unen las seis perforaciones entre sí por medio de una fresa de fisura o bien con el escoplo y martillo, siguiendo la forma circular para remover después la lámina ósea y dejar a la vista del operador el ápice radicular.



a) Perforaciones.

b) y c) Unión de las perforaciones por medio de fresa.

d) Apice radicular de un incisivo central.



Fig. V - 4.- Osteotomía

Cuarto paso.- Tiene por objeto seccionar el ápice del diente, con una fresa de fisura dirigiendo el corte con relativo bisel a expensas de la cara anterior. No se corte más de un tercio de la longitud total de la raíz.

La fresa debe introducirse en la cavidad a la profundidad necesaria, para que este instrumento seccione en su totalidad el ápice y no sólo la parte anterior de éste, teniendo cuidado con la presión que se ejerce sobre la fresa y el ángulo con que éste instrumento trabaja, con el objeto de evitar su fractura, accidente que suele producirse con bastante frecuencia.

El empleo del escoplo es peligroso porque puede hacer fracturas longitudinales de las raíces o biseles erróneos.

También, al realizar el corte debemos sostener el diente entre dos dedos, evitando de esta manera fractura o movimiento exagera-

do del diente.

Ahora, sólo nos queda en éste tiempo operatorio, alisar el extremo de la raíz y los bordes óseos, ya que el muñon de la raíz no debe actuar como cuerpo irritante. En la figura V - 5 se muestra la forma de seccionar el ápice.

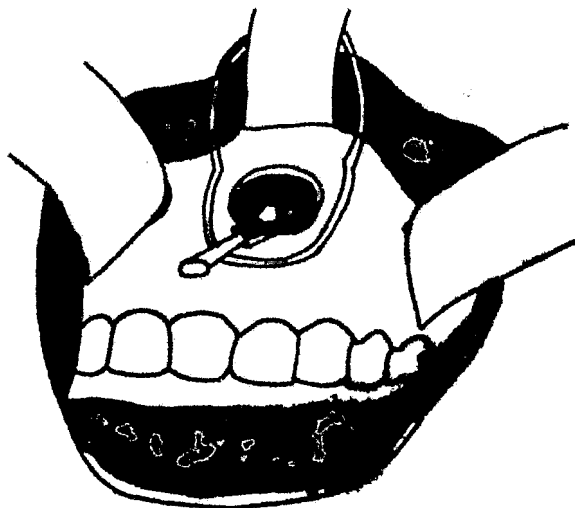


Fig. V - 5.- Seccionamiento del ápice radicular.

Quinto paso.- Consiste en eliminar (veáse fi. V - 6), con una cucharilla bien filosa o en su defecto con fresa de bola, el tejido patológico que rodea al diente en cuestión, teniendo cuidado de no seccionar el paquete vasculonervioso de los dientes vecinos. A esta altura de la operación, lavamos la cavidad ósea con suero-fisiológico tibio, para que arrastre las partículas óseas, dentarias y de tejidos de granulación que no se hayan eliminado con la cucharilla, inmediatamente procedemos a secar la cavidad con gasa y la mantenemos en estas condiciones.

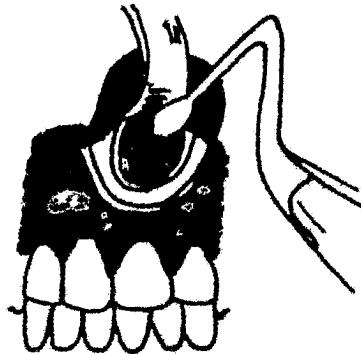


Fig. V - 6 .- Eliminación del tejido patológico con cucharilla.

Sexto paso.- Consiste en la obturación del conducto, para ello debe estar perfectamente seco dicho conducto.

En la actualidad el endodoncista efectúa el tratamiento y obturación del conducto, enviándonos al paciente con su conducto tratado y obturado, para realizarle pocas horas después la apicectomía.

Se prefiere la obturación radicular previa a la resección antes que, la técnica de la obturación posterior a la resección, porque:

1) No hay probabilidad de que mane sangre de la herida dentro del conducto, e interfiera así la obturación adecuada de éste.

2) Puede mantenerse una técnica aséptica con mayor facilidad, debido a que el tratamiento y obturación del conducto se realizan con dique de hule, mientras que en la resección radicular se lleva a cabo inmediatamente después como un procedimiento quirúrgico separado, o la raíz puede ser reseca en una ulterior oportunidad.

3) Simplifica los cambios de un tipo de bandeja de instrumentos (terapia) a otro (resección), en lugar de hacer tres cambios, como requiere la técnica de la obturación posterior a la resección.

Unicamente se realiza en dientes portadores de obturaciones que - imposibiliten un nuevo tratamiento del conducto por vía coronal, - utilizando para ello la técnica de obturación retrógada (2).

Antes de pasar al siguiente tiempo operatorio (sutura) debemos te ner la precaución de raspar ligeramente el fondo y los bordes de la cavidad, llenandose ésta de sangre seguida por la formación -- del coágulo; siendo este el material que organizará la neoforma-- ción ósea.

Séptimo paso.- Ultimo paso operatorio que consiste en reconstruir los planos incididos.

Suturamos (véase fig. V - 7) con pequeñas agujas atraumáticas, -- las que manejamos ayudados por el portaagujas respectivo, usando seda tres ceros (000), nylon o dermalón, con puntos aislados, los que se retirarán al cuarto o quinto día teniendo como resultado - una buena cicatrización.

(2) La obturación del conducto ha de realizarse por vía retrógada (apical) en los casos en que el conducto esta ocupado por un pivote u otro material, que no es posible retirar. Para llevar a -- cabo este tipo de obturación, se prepara una cavidad retentiva en la raíz seccionada mediante fresas, lavando y secando inmediata-- mente dicha cavidad, posteriormente se obtura con amalgama de pla ta, cobre o con oro (de orificar) cohesivo.

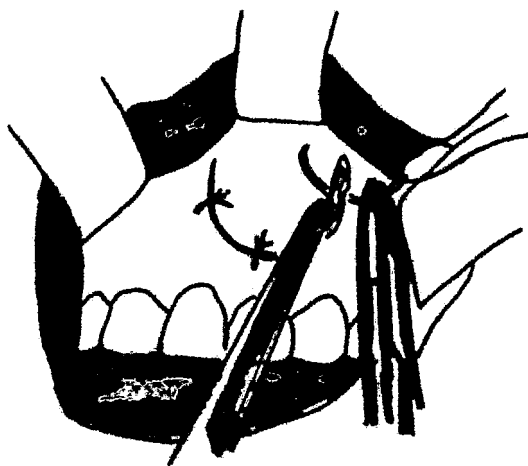


Fig. V - 7.- Sutura.

Es importante mencionar que el diente apicectomizado debe quedar en aquinesia, es decir, debe anularse el choque con el antagonista porque gran parte de los fracasos se deben al trauma oclusal.

CAPITULO VI.
POSTOPERATORIO.

Se entiende por postoperatorio, el conjunto de maniobras que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fi nes 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 la fase más importante, tanto es así, que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente una -- vez terminada la intervención, puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención.

El tratamiento que se realiza después de la operación debe ser es tudiado en dos aspectos: el tratamiento inmediato y el tratamien- to mediato.

1) Tratamiento Inmediato.

Higiene de la cavidad bucal.

Terminada la operación se limpia la cara del paciente con una gasa impregnada de agua oxigenada, se lava la cavidad bucal con un atomizador, el que lleva una solución de agua oxigenada con el -- fin de eliminar sangre y restos blandos, óseos o dentarios, que -- pudieran haberse depositado en los espacios interdentarios, en -- los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palati na, evitando de este modo que los coágulos entren en putrefacción. Se coloca una gasa sobre el lugar de la extracción, indicándole -- al paciente que muerda sobre ella. Además, ^{es} imprescindible mencio- narle que no debe escupir, ni enjuagarse la boca durante las pri- meras tres horas, debido a la posibilidad de desintegrar el coágu lo que está en formación.

2) Tratamiento Mediato.

Este tratamiento lo efectúa en su gran mayoría el paciente, siguiendo y cumpliendo las indicaciones que le son dadas, respecto al cuidado que ha de tener en su domicilio.

Indicaciones:

Gasa.

Debe dejarse la gasa por lo menos durante 30 minutos, si persiste el sangrado, deberá colocarse una gasa esterilizada sobre el lugar de la extracción, la que morderá durante 30 minutos y en caso de no cesar la hemorragia, debe consultarnos.

No se enjuagará la boca hasta la mañana siguiente. El enjuague no debe ser vigoroso.

Reposo.

Cuando llegue a su casa después de la intervención conviene guardar reposo por algunas horas (24 horas), con la cabeza en alto.

Fisioterapia postoperatoria.

Se refiere al empleo de agentes físicos, tales como; frío y calor.

Frío.— Empleamos con gran frecuencia el frío, como tratamiento postoperatorio, se aconseja bajo la forma de hielo o toallas mojas con agua helada, que se colocan sobre la cara del paciente en el sitio de la intervención.

El papel del frío es múltiple; evita el dolor postoperatorio, reduce la inflamación, previene los hematomas y las hemorragias. Se mantendrá en su sitio durante 15 minutos con otros 15 minutos de descanso.

Calor.— Las aplicaciones de calor aumentan la vascularización de la zona, afloja los tejidos, ayuda a la absorción, localiza la infección, apresuran la normalización y la supuración en presen--

cia de infección patógena.

Medicamentos.

Deben recetarse de acuerdo al caso en particular y sólo aquellos que se consideren necesarios (analgésicos, antiinflamatorios, antibióticos, etc).

Dieta.

Por propia comodidad son preferibles los alimentos blandos durante las primeras 24 horas, debe tomar gran cantidad de líquidos - fríos pero sin popotes, también, aumentará el consumo de vegetales, frutas, cereales, y se puede acompañar con vitaminas después de las comidas.

Sueño.

El paciente debe dormir con la cabeza elevada en un ángulo de -- aproximadamente 30 grados, debido a que la herida, puede producir un pequeño exudado durante la noche, y con la cabeza elevada pueden deglutirse las secreciones. Esto ayuda a reducir la pérdida de líquidos, por escurrimiento durante la noche.

Actividad física.

No hay duda de que el paciente se recupere y regrese más rápidamente a sus niveles de actividad normal, si se le aconseja que - descansa durante uno o más días después de la operación, según - la extensión de la cirugía, evitando el trabajo físico extenuante y los deportes.

Eliminación de los puntos de sutura.

Deben retirarse al cuarto o quinto día de la operación; la eliminación prematura puede originar hemorragias secundarias o por lo menos la movilización del coágulo, con los consiguientes trastor

nos.

Estas indicaciones pueden darse por escrito para evitar dudas. El éxito del postoperatorio depende de la colaboración del paciente con el cirujano.

CONCLUSIONES.

Independientemente del procedimiento quirúrgico ha realizar, el cirujano bucal deberá poseer un sistema definido para la evaluación y examen del paciente, estableciendo de ésta manera un diagnóstico final correcto y poder así, elaborar un plan de tratamiento.

En nuestro caso la extracción de dientes retenidos esta indicada, debido a que son factores potenciales de complicaciones posteriores, aplicando para ello correctamente nuestros conocimientos acerca de técnicas de extracción, para tener éxito. Contar con el instrumental y material adecuado nos ayudará para obtener buenos resultados en la intervención quirúrgica.

La apicectomía tiene un buen porcentaje de éxito, pero como todas las cosas, está limitada a ciertos casos, por tal motivo, es necesario conocer la patología del ápice.

Los accidentes operatorios y complicaciones postoperatorias pueden ser evitados haciendo un estudio completo del paciente, y valiéndose de manipulaciones correctas en el tiempo operatorio.

BIBLIOGRAFIA.

COSTICH - WHITE: CIRUGIA BUCAL.

Primera edición, Ed. Interamericana, S.A. de C. V., México 1974.

E. WHITE DANIEL: CIRUGIA BUCAL PRACTICA.

Primera edición, Ed. C.E.C.S.A., México 1978.

GURALNICK WALTER C.: TRATADO DE CIRUGIA ORAL.

Cuarta edición, Salvat Editores, Barcelona 1971.

KRUGER O. GUSTAV.: CIRUGIA BUCAL.

Ed. Interamericana, S.A. de C.V., México 1978.

N. HARRY ARCHER.: CIRUGIA BUCAL.

Segunda edición, Tomo I, Ed. Mundi, Buenos Aires Argentina.

PALACIO GOMEZ ALBERTO.: TECNICAS QUIRURGICAS DE CABEZA Y CUELLO.

Ed. Interamericana, S.A. de C.V., México.

RIES CENTENO A. GUILLERMO: CIRUGIA BUCAL.

Octava edición, Ed. "El Ateneo", Buenos Aires 1968.

RIES CENTENO A. GUILLERMO.: EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.

Reimpresión 1968, Ed. "El Ateneo", Buenos Aires 1968.