

2ej. 106



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Bello
Salgado

Técnicas Quirúrgicas en Terceros Molares Retenidos

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
Amalia Bello Salgado.

" POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU "

CIUDAD UNIVERSITARIA MCMLXXXII



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.

INDICE

INTRODUCCION	PAG.
I. HISTORIA DE LA CIRUGIA, SUS DESCUBRIMIENTOS Y APORTACIONES.	1
II. ANATOMIA DE MAXILARES	
2.1. ANATOMIA DE MAXILARES NORMALES	11
2.2. CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRÁNEO-FACIAL	18
2.3. EMBRIOLOGÍA DENTAL	20
2.4. HISTOLOGÍA NORMAL DEL DIENTE	23
2.5. CRONOLOGÍA DE LA ERUPCIÓN	25
III. TEORIAS SOBRE LAS POSIBLES CAUSAS DE DIENTES RETENIDOS	29
IV. ESTADISTICA	32
V. COMPORTAMIENTO QUIRURGICO EN QUIROFANO	
5.1. HISTORIA CLÍNICA	37
5.2. EXÁMENES DE LABORATORIO	42
5.3. QUIRÓFANO	44
5.4. COMPORTAMIENTO DEL CUERPO OPERATORIO	44
VI. OPERACION	
6.1. PROCESO DE OPERACIÓN	47
6.2. INSTRUMENTAL USADO EN CIRUGÍA BUCAL	56
6.3. ANESTESIA LOCAL Y GENERAL	64

**VII. TECNICA QUIRURGICA DE TERCEROS MOLARES
RETENIDOS**

7.1. CLASIFICACIÓN DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS	69
7.2. TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA LA EXTRAC- CIÓN DE TERCEROS MOLARES SUPERIO- RES E INFERIORES RETENIDOS	71
7.3. TRATAMIENTO POSOPERATORIO	97
7.4. COMPLICACIONES CAUSADAS POR TERCE- ROS MOLARES RETENIDOS	99
CONCLUSIONES	105
BIBLIOGRAFIA	107

INTRODUCCION

EL OBJETIVO DE ESTE TRABAJO ES ANALIZAR LA IMPORTANCIA QUE TIENEN LAS RETENCIONES DENTARIAS, DENTRO DE LA CIRUGÍA BUCAL.

ESTA INVESTIGACIÓN ES UN COMPENDIO DE LAS DIFERENTES TEORÍAS Y RESULTADOS EN BASE A LA EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL ESTUDIO DE LAS RETENCIONES DENTARIAS.

SE PRESENTAN ELEMENTOS QUE PODRÁN ENRIQUECER NUESTRA CULTURA COMO LA HISTORIA DE LA CIRUGÍA, NO SÓLO A NIVEL NACIONAL, SINO A NIVEL MUNDIAL, CONOCIENDO TAMBIÉN LA HISTORIA DE LOS ANTIBIÓTICOS Y DEL INSTRUMENTAL, Y LAS APORTACIONES TAN IMPORTANTES QUE HASTA LA FECHA USAMOS COMO SON LA ANESTESIA, ANTIBIOTICOTERAPIA, ASEPSIA, YA QUE CON ÉSTOS MEJORÓ MUCHO LA CIRUGÍA Y HUBO UN ÍNDICE MENOR DE FRACASOS.

POR LO TANTO, EN ESTE TRABAJO SE INCLUYE LA ANATOMÍA EN QUE SE ENCUENTRA ESTE TIPO DE ANOMALÍAS, ANATOMÍA MICROSCÓPICA, EMBRIOLOGÍA DENTAL, CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS MAXILARES Y CRONOLOGÍA DE LA ERUPCIÓN.

SE ANALIZAN LAS DIFERENTES TEORÍAS SOBRE LAS POSIBLES CAUSAS DE LAS RETENCIONES DENTARIAS, EL INSTRUMENTAL ADECUADO PARA LLEVAR A CABO LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y LOS DIFERENTES TIPOS DE INCISIONES USADOS DENTRO DE LA CIRUGÍA BUCAL, ASÍ COMO EL ACTO QUIRÚRGICO EN SÍ Y SUS DIFERENTES PASOS A SEGUIR, SUS INDICACIONES Y SUS CONTRAINDICACIONES.

SE CLASIFICAN Y DESCRIBEN LOS DIFERENTES TIPOS DE ANESTÉSICOS Y SUS INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES, ASÍ COMO LOS REQUISITOS Y CUALIDADES QUE DEBE POSEER EL ANESTÉSICO.

EL COMPORTAMIENTO SEGUIDO EN UN QUIRÓFANO Y -

LAS CUALIDADES QUE ÉSTE DEBE POSEER PARA CONSERVAR UNA -
ASEPSIA ADECUADA, ASÍ COMO EL TRABAJO QUE DEBE DESEMPE -
ÑAR CADA MIEMBRO EN EL QUIRÓFANO.

ES NECESARIO HACER UNA COMPLETA HISTORIA CLÍ -
NICA DE NUESTRO PACIENTE, ANÁLISIS DE LABORATORIO, COMO -
QUÍMICA SANGUÍNEA, RECUENTO HEMÁTICO, TIEMPO DE COAGULA -
CIÓN Y DE SANGRADO, ANÁLISIS DE ORINA, Y SOBRE TODO CONQ -
CER LA NORMAL, PARA DARNOS CUENTA EN DETERMINADO MOMENTO
DE LO ANORMAL O PATOLÓGICO.

SE CLASIFICAN LOS DIENTES RETENIDOS, EN SUPE -
RIORES E INFERIORES, CUYAS TÉCNICAS ESPECÍFICAS DE CADA -
UNO DE ELLOS ES ELEGIDA SEGÚN NUESTRA PRÁCTICA Y MANEJO -
DE INSTRUMENTAL.

ES IMPORTANTE LA ATENCIÓN POSOPERATORIA YA -
QUE ÉSTA NOS PERMITE VER A NUESTRO PACIENTE EN SU TOTALI -
DAD.

. HISTORIA DE LA CIRUGIA, SUS DESCUBRIMIENTOS Y APORTA -
CIONES.

HISTORIA DE LA CIRUGIA

EN LA EPOCA PREHISTORICA, SE DESCUBRIÓ UN - ESQUELETO EN LOS MONTES ZACROS (IRÁN) CON UNA AMPUTA -- CIÓN DE UN BRAZO QUE ES UN EJEMPLO DE CIRUGÍA HUMANA CO -- NOCIDO, TAMBIÉN SE REALIZARON TREPANACIONES CRANEANAS, - ESTE TIPO DE CIRUGÍA LO REALIZABAN LOS INDÍGENAS DEL -- ARCHIPIELAGO BISMARCK, LOS INDIOS TARAHUMARAS, Y MÁS RE -- CIENTEMENTE, LOS THEBIBS DE LOS MONTES AURÉS.

NUMEROSAS TRIBUS AUSTRALIANAS CONOCÍAN LA - INMOVILIZACIÓN DE LAS FRACTURAS RODEANDO LOS MIEMBROS - LESIONADOS CON UNA ESPESA CAPA DE ARCILLA.

LA CIRUGIA EN CHINA. EXISTÍA UNA CIRUGÍA DE NECESIDAD PARA CURAR LAS FRACTURAS Y LAS HEMORROIDES, - HASTA EL SIGLO XVIII CON LA DINASTIA DE HAN, LA CIRUGÍA TUVO UN TIEMPO FLORECIENTE EN LA CHINA ANTIGUA.

EL CIRUJANO MÁS FAMOSO FUE HUA-T'O, LUEGO - FUE CONSIDERADO COMO DIOS DE LA CIRUGÍA.

LAS OPERACIONES PRACTICADAS FUERON LAS CAS -- TRACIONES EN NIÑOS DE 3 MESES DE NACIDOS Y LAS OPERACIQ -- NES EN NIÑAS DE 7 AÑOS DE EDAD, EN LOS PÍES.

LA CIRUGIA HINDU. FUE UNA DE LAS MÁS DESTA -- CADAS DE LA ANTIGÜEDAD. LAS OBRAS QUE PERMITEN AFIRMAR -- SON LAS DE CHARAKA (SIGLO I D. DE J.C.) Y, DE UNA MANE -- RA ESPECIAL, LA DE SUBRUTA (SIGLO V D. DE J.C.).

LA CIRUGÍA SE PRACTICABA CON ANIMALES E IN -- CLUSO CON PLANTAS, Y ELLO LES PERMITÍA REALIZAR LAS DI -- SECCIONES MÁS FINAS.

SUBRUTA, DESCRIBE UNA GRAN CANTIDAD DE INS -- TRUMENTOS QUE DESDE ENTONCES FUERON UTILIZADOS: 121 MO --

DELOS DE TODOS LOS TIPOS, AUNQUE SUSRUTA, AÑADE QUE EL MEJOR INSTRUMENTO ES LA MANO DEL HOMBRE. LOS HINDÚES UTILIZARON COMO ANESTÉSICO LOS EFECTOS NARCÓTICOS DEL BALEÑO Y DEL CAÑAMO HINDÚ.

LAS OPERACIONES PRACTICADAS FUERON: RECONSTRUCCIÓN DE ALGUNAS FRACTURAS, HERIDAS, Y ABCESOS, INCLUSO TUMORES SUPERFICIALES, HERNIAS, CESARIAS Y LAS INCISIONES DE PERINÉ Y LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA ALCANZÓ EN LA INDIA LA PERFECCIÓN (RECONSTRUCCIÓN PLÁSTICA DE NARÍZ).

LA CIRUGIA PRECOLOMBINA, LOS INCAS EN PERÚ Y LOS AZTECAS EN MÉXICO.

EN MATERIA DE CIRUGÍA ERAN MUY HÁBILES REDUCIENDO FRACTURAS, QUE INMOVILIZABAN UTILIZANDO UNA ESPECIE DE EMPLASTO A BASE DE RAÍCES DE SASALIS HOJAS DE COCA Y MARIJUANA, ESTOS CIRUJANOS SABÍAN SUTURAR SENSIBILIZANDO AL ENFERMO, A LO LARGO DE LA OPERACIÓN USABAN PLANTAS NARCÓTICAS EMBRIAGADORAS PARA QUE NO SINTIERAN EL DOLOR (PEYOTE).

LA CIRUGIA SUMERIA Y CALDEA, NO SE PUEDE DECIR QUE PRACTICABAN LA CIRUGÍA. LA ESCASEZ DE DOCUMENTOS ES TODAVÍA MAYOR EN LO QUE RESPECTA A ESTAS CULTURAS.

LA CIRUGIA EGIPCIA. LOS DOCUMENTOS DEL ANTIGUO EGIPTO NOS MUESTRAN QUE LA CIRUGÍA ALCANZÓ UN GRAN DESARROLLO.

LOS CONOCIMIENTOS FRAGMENTARIOS QUE SE POSEEN PROVIENEN ESPECIALMENTE DE TRES PAPIROS (BRUSH, EBERS Y SMITH).

EL PAPIRO EBERS, SE REMONTA EN EL SIGLO XV A. DE J.C., CONTIENE CURACIONES DE LLAGAS, DE QUEMADURAS, DE CIERTOS TUMORES DEL CUELLO, ETC.

EL PAPIRO DE SMITH, SIGLO XVIII A. DE J.C. SE TRATA DE FRAGMENTOS DE UN MANUSCRITO QUE SE REFIERE A PATOLOGÍA TRAUMÁTICA (HERIDAS, LUXACIONES, FRACTURAS, CONTUSIONES, ETC.) Y DESCRIBE METÓDICAMENTE TODO EL CUERPO. -- PRESENTA CUARENTA Y OCHO CASOS NOTABLES POR EL ESTUDIO DE LOS SÍNTOMAS, EL RAZONAMIENTO DE LA OBSERVACIÓN Y LOS RESULTADOS DE LOS PRONÓSTICOS.

LA CIRUGIA GRIEGA: HIPÓCRATES. LA PARTE QUE DEDICADA A LA CIRUGÍA ES MODELO, YA QUE ESTÁ COMPUESTA DE 6 TRATADOS: EL DE LAS ARTICULACIONES (EL MÁS COMPLETO), DE LAS FRACTURAS (APARATO PARA LAS REDUCCIONES DE LAS HERIDAS DE LA CABEZA), DE LAS HERIDAS EN GENERAL, DE LAS HEMORROIDES Y FÍSTULAS, DEL MÉDICO Y DEL LUGAR DEL CONSULTORIO. NO ADMITE LA CIRUGÍA SINO EN CASO DE URGENTE NECESIDAD.

ALEJANDRIA. EL PRIMER CIRUJANO DE ALEJANDRIA FUE CORNELIO CELSO YA QUE PRACTICABA OPERACIONES Y REALIZÓ UN RESUMEN DE LOS TRATADOS DE HIPÓCRATES DE LAS HERIDAS, FRACTURAS Y LUXACIONES, INTERVENCIONES DE LOS OJOS, TRATAMIENTOS DE LAS VERRUGAS, DE LOS HIDROCELES Y VÁRICES.

ROMA. DOS ACONTECIMIENTOS ILUMINAN ESTE PERÍODO BASTANTE CONFUSO: LA APARICIÓN DE UNA PERSONALIDAD -- PREEMINENTE COMO GALENO Y LA ORGANIZACIÓN DE LA CIRUGÍA MILITAR.

A) EL GALENISMO ES UNA POSTURA COMPLETAMENTE OPUESTA AL HIPOCRATISMO. GALENO AFIRMA QUE LA ENFERMEDAD-

ES UNA FORMA VICIOSA DEL SER, QUE DEBEMOS REDUCIR Y DOMINAR. POR EL CONTRARIO HIPÓCRATES VE EN LA NATURALEZA LA FORMA O SOLUCIÓN PARA LAS ENFERMEDADES.

B) LA ORGANIZACIÓN DE LA CIRUGÍA MILITAR. LA CIVILIZACIÓN HELÉNICA INICIA LA CIRUGÍA CIENTÍFICA, ELIMINANDO LA ESTRUCTURA MÍSTICA O ERRÓNEA PROPORCIONÁNDOLE LA FORMA Y ORIENTACIÓN DEFINITIVAS QUE CONDUCIRÁN HASTA LA CIRUGÍA ACTUAL.

PERO LA CIVILIZACIÓN GRECORROMANA FUE ROBADA POR LOS BÁRBAROS INVASORES, Y CON ELLO LA CIRUGÍA RECIENCRADA. Y GRACIAS A LOS BIZANCIOS QUE CONSERVARON LAS OBRAS ESCRITAS Y A LOS ÁRABES QUE LAS TRANSMITIERON.

LA CIRUGIA EN BIZANCIO. LA ÚNICA ORIGINALIDAD QUE ENCONTRAMOS EN LA CIVILIZACIÓN, EN MATERIA DE CIRUGÍA ES LA MULTIPLICACIÓN DE HOSPITALES.

LA CIRUGIA ARABE. EN MATERIA DE CIRUGÍA LOS ÁRABES SON UNOS RECOLECTORES, SE IDENTIFICAN CON LA ENSEÑANZA HIPOCRÁTICA: LA OBSERVACIÓN, LA EXPERIENCIA Y LA LÓGICA FORMAN LA BASE DE SUS ESCRITOS.

LA EDAD MEDIA, LA IGLESIA, CUYA AUTORIDAD ES EN ESTA ÉPOCA INDISCUTIBLE, LANZA NUMEROSAS PROHIBICIONES QUE DURANTE MUCHO TIEMPO IMPIDE LA APARICIÓN DE TODO ESPÍRITU DE INVESTIGACIÓN, CONCRETAMENTE LA PROHIBICIÓN DE LA DISECCIÓN FUE MANTENIDA HASTA EL AÑO DE 1480.

LA LABOR MÁS IMPORTANTE QUE REALIZARON LOS MONASTERIOS ES LA TRANSMISIÓN DE LOS ESCRITOS ANTIGUOS.

DESDE FINALES DEL SIGLO XIII Y EN EL XIV, AL-

GUNOS HOMBRES SE LIBERARON DE LAS CONTINGENCIAS DE LA ÉPOCA, INCLUSO CONSIGUEN LEVANTAR LA CONDENACIÓN CONTRA EL ESTUDIO DE LA ANATOMÍA SOBRE EL CADÁVER.

EN EL AÑO DE 1376, GUY DE CHAULIAC FUE AUTORIZADO A DISECAR UN CADÁVER POR AÑO.

ANTERIORMENTE EL EMPERADOR FEDERICO II AUTORIZABA EN SUS ESTADOS LA DISECCIÓN DE LOS CADÁVERES HUMANOS EN EL AÑO DE 1240.

LOS MÉDICOS DE ESTA ÉPOCA REHUSABAN A REALIZAR LAS LABORES QUIRÚRGICAS, LAS QUE DEJABAN A LOS INFERIORES QUE TENÍAN A SU SERVICIO.

BARBERO-CIRUJANO. UN SIMPLE OBRERO ILUSTRADO Y LAICO.

EN ESTA ÉPOCA MEDIEVAL LOS CIRUJANOS SE DIVIDÍAN EN TRES PARTES:

1.- LOS BARBEROS CIRUJANOS DE ROPA LARGA, SON PERSONAS INSTRUIDAS TEÓRICAMENTE O SEA TENÍAN INFORMES ENTRESACADOS DE LOS ESCRITOS ANTIGUOS, FRECUENTEMENTE MAL TRADUCIDO Y ENTENDIDO (NO REALIZABAN NINGÚN EJERCICIO PRÁCTICO DE LA CIRUGÍA). SIENDO CLÉRIGOS, REHUSABAN A LAS OPERACIONES. DEDICADOS A CUIDAR A PERSONAS DE ELEVADA POSICIÓN SOCIAL.

2.- LOS BARBEROS CIRUJANOS DE ROPA CORTA, ERAN IGNORANTES ASIMILANDO LAS ESCASAS ENSEÑANZAS EN EL TÉN DE LA FACULTAD. ELLOS FUERON LOS QUE EJERCIERON TODAS LAS CIRUGÍAS QUE SE PRACTICABAN EN LAS CIUDADES.

3.- LOS OPERADORES AMBULANTES, ÉSTOS RECORRÍAN LAS CIUDADES Y CASTILLOS OFRECIENDO SUS SERVICIOS; EN LA PRÁCTICA RESULTABAN LOS MEJORES OPERADORES DE LA

ÉPOCA, PRACTICABAN LA ALTA CIRUGÍA, ESPECIALISTAS EN 1 Ó 2 TIPOS DE CIRUGÍAS.

EL RENACIMIENTO Y EL SIGLO XVII. EN ESTA ÉPOCA SE DESTACA EL ESTUDIO DE LAS CIENCIAS IMPORTANTES PARA LA CIRUGÍA: ANATOMÍA, FISIOLOGÍA E HISTOLOGÍA.

LA REVOLUCION FRANCESA Y EL IMPERIO. EN ESTA ÉPOCA MURIERON MÁS DE 600 CIRUJANOS Y TERMINÓ LA RIÑA QUE HABÍA ENTRE MÉDICOS Y CIRUJANOS, RECIBIENDO ESTOS DOS GRUPOS LAS MISMAS ENSEÑANZAS.

DE 1815 A 1846. EL CONOCIMIENTO DE LA CIRUGÍA ANTERIOR Y POSTERIOR AL ACTO QUIRÚRGICO SE VA PRECISANDO, SIN EMBARGO, LA SOLUCIÓN APARECERÍA MUY PRONTO.

EL DESCUBRIMIENTO DE LA ANESTESIA. VALERIUS - CORDUS PREPARÓ ÉTER ETÍLICO EN 1543 Y PASARON TRES SIGLOS ANTES QUE SE UTILIZARA COMO AGENTE DE ANESTESIA GENERAL. - EN 1776 PRIESTLEY DESCUBRIÓ EL ÓXIDO NITROSO Y EN 1799 -- HUMPHRY DAVY AFIRMÓ QUE ESTE GAS TENÍA LA CAPACIDAD DE SUPRIMIR EL DOLOR, Y SUGERÍÓ SU USO EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

EL ÓXIDO NITROSO TIENE EFECTOS INHALANTES.

EN ENERO DE 1846, SE INTRODUJO EL ÉTER EN LA ANESTESIA.

EN 1847, JAMES SIMPSON, PROFESOR DE OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD DE EDIMBURGO, INTRODUJO POR PRIMERA VEZ LA ANESTESIA CLOROFÓRMICA, COMO MÉTODO SISTEMÁTICO PARA PRODUCIR ADORMECIMIENTO E INSENSIBILIDAD AL DOLOR, EN LAS OPERACIONES QUIRÚRGICAS Y DURANTE EL PARTO. ESTE TIPO

DE ANESTESIA FUE ELABORADO POR PRIMERA VEZ POR EL QUÍMICO ALEMÁN LIEBIG, EN 1831, PERO NO SE HABÍA ENCONTRADO APLICACIÓN PRÁCTICA.

HUBO POLÉMICAS CON ESTE ANESTÉSICO (CLOROFORMO) YA QUE POR SU IMPERFECCIÓN DE SUS APARATOS UTILIZADOS Y LA INHABILIDAD PARA DOSIFICARLO, CAUSARON MUERTES POR SÍNCOPE CARDIACO O POR PARO RESPIRATORIO, ESTO TRAJÓ EL USO CONTINUO DEL ÉTER. CLOVER INVENTÓ UN INHALADO ESPECIAL EN 1876.

SE HAN INVENTADO DIFERENTES TIPOS DE ANESTESIAS COMO EL CICLOPROPANO, EL FLUOTANE, ETC.

DESPUÉS DEL VERONAL OTRA SERIE DE BARBITÚRICOS SE HAN INTRODUCIDO EN LA TERAPÉUTICA, HASTA LLEGAR AL USO DEL PENTHOTAL. A PARTIR DEL AÑO DE 1945, OTRAS DOS DROGAS FUERON USADAS EN ANESTESIA: EL CURARE Y LA SUCCINILCOLINA, LAS DOS PRODUCEN RELAJAMIENTO MUSCULAR.

LA ANESTESIA LOCAL, FUE USADA POR PRIMERA VEZ EN AUSTRIA, EN 1884, POR CARL KOLLER, QUIEN SUPUSO QUE LA COCAÍNA PODÍA SERVIR PARA PRODUCIR ANESTESIA LOCAL, EN OPERACIONES OFTALMOLÓGICAS, GARGANTA Y OTRAS REGIONES, EL USO DE SUBSTANCIAS MENOS TÓXICAS COMO LA PROCAÍNA Y LA LOCALAÍNA FUERON POSTERIORMENTE SUBSTITUYENDO A LA COCAÍNA.

LA ANESTESIA EN LA ACTUALIDAD HA SIDO UNO DE LOS PRINCIPALES AVANCES EN LAS SALAS DE OPERACIONES, Y LA TAREA DEL ANESTESISTA ES BASTANTE MÁS COMPLEJA QUE LA DE DORMIR AL PACIENTE, PUES TIENE QUE ESTAR PENDIENTE QUE SE REALICE LA RELAJACIÓN MUSCULAR Y CONTROLAR EL PULSO Y LA RESPIRACIÓN, ASÍ COMO INTERVENIR EN FORMA EFICIENTE CUANDO SE PRODUZCAN CAMBIOS SUBSTANCIALES DE LA PRESIÓN ARTERIAL.

GRACIAS A LA CONTRIBUCIÓN DE LOS INVESTIGADORES EN LOS CAMBIOS DE ASEPSIA, LA HEMOSTASIA, LA ANESTESIA Y LAS MEDIDAS PARA COMBATIR EL SHOCK, SE DEBEN A LOS AVANCES DE LA CIRUGÍA MODERNA, QUE PRÁCTICAMENTE HA LLEGADO A OPERAR A TODOS LOS RINCONES DEL ORGANISMO, QUE HACE POCO MENOS DE UN SIGLO ESTABAN VEDADOS A LA MANO DEL CIRUJANO, Y NO SÓLO SE HAN DESARROLLADO TÉCNICAS MUTILANTES O DE REACOMODO DE ESTRUCTURAS ANATÓMICAS, SINO QUE SE HA EXPLORADO AMPLIAMENTE LA REPARACIÓN Y EL INJERTO DE DIVERSOS ÓRGANOS DE LA ECONOMÍA, ENTRE LOS CUALES EL TRASPLANTE DEL CORAZÓN, HA SIDO EL MÁS ESPECTACULAR.

CREACION DEL METODO ANTISEPTICO. 1867, GRACIAS AL QUÍMICO, LOVIA PASTEUR, LOS CIRUJANOS CONSIGUIERON SUPERAR EL SEGUNDO OBSTÁCULO QUE ES EL DE LA INFECCIÓN.

LISTER ERA UN SEGUIDOR DE PASTEUR, SE DEDICÓ A LA INVESTIGACIÓN DE ESTE MÉTODO Y EN EL AÑO DE 1875 SE ADOPTÓ EN TODAS PARTES.

LA NIEBLA DEL ÁCIDO FÓLICO SE USÓ COMO ANTISEPTICO PARA EVITAR LA ENTRADA DE GÉRMENES EN EL CAMPO OPERATORIO.

ESTE PERÍODO DURÓ ALREDEDOR DE 10 AÑOS.

LA DIFERENCIA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA, SEGÚN PASTEUR, DIJO EN UNA SESIÓN REALIZADA EL 30 DE AGOSTO DE 1878 EN LA ACADEMIA DE MEDICINA:

EN LUGAR DE INTENTAR UNA PROTECCIÓN CONTINUA DEL ORGANISMO OPERADO, CONTRA LOS GÉRMENES QUE PUEDEN LLEVAR LOS INSTRUMENTOS Y LAS ESPONJAS DEL OPERADO, PASTEUR PROPONE ÚNICAMENTE LA UTILIZACIÓN DE INSTRUMENTOS, VENDA-

JES E HILOS Y SUTURAS PREVIAMENTE ESTERILIZADAS CON EL CALOR.

HALSTED, EN 1885 ENCONTRÓ LA SOLUCIÓN, COMENZÓ A UTILIZAR GANTES DE CAUCHO, QUE PODÍAN SER ESTERILIZADOS PREVIAMENTE JUNTO CON LOS INSTRUMENTOS.

EN 1890 LA ASEPSIA ESTABA EN TODAS PARTES, -- HOY EN DÍA, SON EMPLEADOS LOS MISMOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACIÓN.

LA CIRUGIA MODERNA. EN ESA ÉPOCA SE DESCUBRE Y SE CATALOGA LA MAYORÍA DE LAS ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS ABDOMINALES, HASTA ENTONCES TOTALMENTE IGNORADOS O SEMI INVESTIGADOS. EJEMPLO LA APENDICITIS ES LA ENFERMEDAD MÁS FRECUENTE, SU DESCUBRIMIENTO SE SITÚA EN ESA ÉPOCA.

HUBO MUCHOS PROGRESOS INSTRUMENTALES Y MEJORES MÉTODOS DE CURACIÓN.

EL CIRUJANO DEL SIGLO XX TIENE EN SUS MANOS - TODOS LOS MÉTODOS Y PRINCIPIOS QUE CON LA LÓGICA POSIBILITA TODAS SUS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

CIRUGIA ACTUAL. LOS CIRUJANOS SE ESPECIALIZAN EN LAS INSTITUCIONES, EN ELLAS SE ORGANIZAN LOS SERVICIOS DE UN MODO MÁS PERFECTO, REUNIENDO A SU ALREDEDOR, EL SERVICIO OPERATORIO PROPIAMENTE DICHO, EL EQUIPO DE DIAGNÓSTICO, LOS LABORATORIOS QUÍMICOS E HISTOLÓGICOS Y EL CENTRO DE INVESTIGACIONES EXPERIMENTALES.

HISTORIA DE LOS ANTIBIOTICOS. PAUL EHRLICH, - DE FRANCKFORF (1854-1915) USÓ VARIOS COMPUESTOS QUÍMICOS- DERIVADOS DE LOS COLORANTES DE ANILINA, Y DESPUÉS EXPERIMENTÓ CON DERIVADOS ARCENICALES, 1910 UN COMPUESTO DEL AR

CÉNICO LLAMADO ARSFENAMIDA O SOLVARSÓN (QUE OCUPÓ EL 606-LUGAR DE EXPERIMENTACIÓN), ERA MORTAL PARA LOS PROTOSUA - RIOS PARÁSITOS Y ENTRE ELLOS EL PARA TREPONEMA DE LA SÍFI LIS. POSTERIORMENTE NEO-ARSFENAMIDA, NEO-SALVERSÓN Ó 914-LUGAR.

SULFODAMIDAS. EN 1923, FUESTER, DE DUSSELDURF, LAS DESCUBRIÓ, YA QUE OBSERVÓ QUE TENÍAN ACCIÓN ESPECÍFI - CA SOBRE OTRAS INFECCIONES COMO LA NEUMONÍA, LA MENINGI - TIS CEREBRO-ESPINAL, LAS GONORREAS, LA ERICPELA Y LA FIE BRE PUERPERAL (PARA ÉSTA SE USÓ PRONLOSIL EN 1936 CON BUE NOS RESULTADOS).

LA PENICILINA. FLOREY Y COLABORADORES DE Ox - FORD EN 1941, TOMÓ CUERPO EL USO TERAPÉUTICO DE LA PENICI LINA COMO EFICAZ AGENTE BACTERIOSTÁTICO.

DESPUÉS APARECE EN EL PANORAMA DE LA TERAPÉU - TICA LA ESTRECTOMICINA, LA AURIOMICINA, LA BACITRACINA, - LA TETRACICLINA, EL CLORAFENICOL, LA ERITROMICINA, LA NO - VOBIOCINA, LA NISTATINA, LA CANAMICINA, ETC., CON LO QUE - SE HA LOGRADO UN EXTRAORDINARIO AVANCE CONTRA LA LUCHA DE LAS ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS Y PARASITARIAS.

II. ANATOMIA DE MAXILARES

2.1. ANATOMIA DE MAXILARES NORMALES

MAXILAR SUPERIOR

ESTE HUESO FORMA LA MAYOR PARTE DEL MAXILAR SUPERIOR, SU FORMA ES APLANADA DE FUERA HACIA DENTRO, PRESENTA DOS CARAS, CUATRO BORDES, CUATRO ÁNGULOS Y UNA CAVIDAD O ANTRO DE HARMORO.

CARA INTERNA. EN SU LÍMITE DE SU CUARTA PARTE INFERIOR DESTACA UNA SALIENTE HORIZONTAL, DE FORMA CUADRANGULAR, TIENE UNA CARA LISA, QUE FORMA PARTE DEL PISO DE LAS FOSAS NAALES Y OTRA INFERIOR RUGOSA CON PEQUEÑOS ORIFICIOS VASCULARES QUE FORMAN GRAN PARTE DE LA BÓVEDA PALATINA. EL BORDE EXTERNO DE LA APÓFISIS ESTÁ UNIDO AL RESTO DEL MAXILAR Y EL BORDE INTERNO SE ADELGAZA HACIA ATRÁS Y SE ARTICULA CON EL MISMO BORDE DE LA APÓFISIS PALATINA DEL MAXILAR OPUESTO. ESTE BORDE INTERNO JUNTO CON EL OTRO FORMAN LA ESPINA NASAL ANTERIOR. EL BORDE ANTERIOR DE LA APÓFISIS PALATINA, FORMA PARTE DEL ORIFICIO ANTERIOR DE LAS FOSAS NAALES. SU BORDE POSTERIOR SE ARTICULA CON LA PARTE HORIZONTAL DEL PALATINO. AL NIVEL DEL BORDE INTERNO, POR ATRÁS DE LA ESPINA NASAL ANTERIOR EXISTE UN SURCO QUE, CON EL OTRO DEL MAXILAR OPUESTO, ORIGINAN EL CONDUCTO PALATINO ANTERIOR. POR ÉL PASAN EL NERVIO ESFENOPALATINO INTERNO Y UNA RAMA DE LA ARTERIA ESFENOPALATINA.

SE ENCUENTRA MÁS ADELANTE DEL SENO DEL MAXILAR QUE TIENE COMO INTERPOSICIONES DE LAS MASAS LATERALES DEL ETMOIDES POR ARRIBA, DEL CORNETE INFERIOR POR ABAJO, DEL UNGUIS POR DELANTE Y DE LA RAMA VERTICAL DEL PALATINO

POR ATRÁS.

POR DELANTE DEL ORIFICIO DEL SENO, EXISTE UN CANAL VERTICAL O CANAL NASAL, POR LA APÓFISIS ASCENDENTE DEL MAXILAR SUPERIOR QUE PRESENTA EN SU CARA EXTERNA AL CANAL LAGRIMAL.

CARA EXTERNA. EN SU PARTE ANTERIOR SE OBSERVA POR ENCIMA DEL LUGAR DE IMPLANTACIÓN DE LOS INCISIVOS, LA FOSETA MIRTIFORME, DONDE SE INSERTA EL MÚSCULO MIRTIFORME, FOSETA QUE ESTÁ LIMITADA POSTERIORMENTE POR LA EMINENCIA-CANINA.

POR ATRÁS Y ARRIBA DE ÉSTA SE ENCUENTRA LA -- APÓFISIS PIRAMIDAL, ÉSTA TIENE UNA BASE POR LA CUAL SE -- UNE CON EL RESTO DEL HUESO, UN VÉRTICE TRUNCADO Y RUGOSO, QUE SE ARTICULA CON EL HUESO MALAR, TRES CARAS Y TRES BORDES.

LA CARA SUPERIOR U ORBITARIO FORMA PARTE DEL PISO DE LA ÓRBITA Y LLEVA AL CONDUCTO SUBORBITARIO.

EN LA CARA ANTERIOR SE ENCUENTRA EL AGUJERO - SUBORBITARIO QUE ES LA TERMINACIÓN DEL CONDUCTO SUBORBITARIO.

DE LA PARED DEL CONDUCTO SUBORBITARIO SALEN - UNOS CONDUCTOS QUE VAN A TERMINAR A LOS ALVÉOLOS DE LOS - INCISIVOS Y CANINOS LLAMADOS CONDUCTOS DENTARIOS ANTERIORES. LA CARA POSTERIOR DE LA APÓFISIS PIRAMIDAL ES CONVEJA, CORRESPONDE POR DENTRO A LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR Y POR FUERA A LA FOSA CIGOMÁTICA. EXHIBE DIVERSOS CANALES Y ORIFICIOS, DENOMINADOS AGUJEROS DENTARIOS POSTERIORES, -- POR DONDE PASAN LOS NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES Y LAS - ARTERIAS ALVEOLARES DESTINADAS A LOS GRUESOS MOLARES, LA-

APÓFISIS PIRAMIDAL TIENE TRES BORDES: INFERIOR FORMA PARTE DE LA HENDIDURA VESTIBULOCIGOMÁTICA, ANTERIOR FORMA LA PARTE INTERNA E INFERIOR DEL BORDE DE LA ÓRBITA, POSTERIOR A LA MAYOR DEL ESFENOIDES FORMÁNDOSE ENTRE AMBOS LAHENDIDURA ESFENOIDAL.

BORDE ANTERIOR. ABAJO PRESENTA LA PARTE ANTERIOR DE LA APÓFISIS PALATINA CON LA ESPINA NASAL ANTERIOR. MÁS ARRIBA MUESTRA UNA ESCOTADURA QUE, CON LA DEL LADO OPUESTO, FORMAN EL ORIFICIO ANTERIOR DE LAS FOSAS NASALES, Y MÁS ARRIBA AÚN, EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA Y APÓFISIS ASCENDENTE.

BORDE POSTERIOR. ES GRUESO, CONSTITUYE LA LLAMADA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR. SU PARTE SUPERIOR FORMA PARTE ANTERIOR DE LAS FOSAS PTERIGOMAXILAR Y EN SU PORCIÓN MÁS ALTA PRESENTA RUGOCIDADES PARA RECIBIR A LA APÓFISIS-ORBITARIA DEL PALATINO.

EN SU PARTE MÁS BAJA, SE ARTICULA CON LA APÓFISIS PIRAMIDAL DEL PALATINO Y CON EL BORDE ANTERIOR DE LA APÓFISIS PTERIGOIDES. LA ARTICULACIÓN ESTÁ PREVISTA DE UN CANAL QUE FORMA EL CONDUCTO PALATINO POSTERIOR POR DONDE PASA EL NERVIO PALATINO ANTERIOR.

BORDE SUPERIOR. FORMA EL LÍMITE INTERNO DE LA PARED INFERIOR DE LA ÓRBITA Y SE ARTICULA POR DELANTE CON EL UNGUIS, DESPUÉS POR EL ETMOIDES Y ATRÁS CON LA APÓFISIS ORBITARIA DEL PALATINO.

BORDE INFERIOR. LLAMADA TAMBIÉN ALVEOLAR, PRESENTA UNA SERIE DE CAVIDADES CÓNICAS O ALVÉOLOS DENTARIOS, DONDE SE ALOJAN LAS RAÍCES DE LOS DIENTES. LOS ALVÉOLOS -

SON SENCILLOS EN LA PARTE ANTERIOR, MIENTRAS EN LA PARTE-
POSTERIOR LLEVA DOS O MÁS CAVIDADES SECUNDARIAS. SU VÉRTI
CE PERFORADO DEJA PASO A SU CORRESPONDIENTE PAQUETE VASCU
LONERVIOSO DEL DIENTE, Y LOS DIVERSOS ALVÉOLOS SE HALLAN-
SEPARADOS POR TABIQUES ÓSEOS, QUE CONSTITUYEN LA APÓFISIS
INTERDENTARIAS.

ANGULOS. PRESENTA CUATRO ÁNGULOS, DE LOS CUA-
LES DOS SON SUPERIORES Y DOS INFERIORES. DEL ÁNGULO ANTE-
ROSUPERIOR SE DESTACA LA APÓFISIS ASCENDENTE DEL MAXILAR-
SUPERIOR. EN SU EXTREMIDAD SUPERIOR PRESENTA RUGOSIDADES,
PARA ARTICULARSE CON LA APÓFISIS ORBITARIA INTERNA DEL --
FRONTAL. LA CARA INTERNA DE ESTA APÓFISIS FORMA PARTE DE-
LA PARED EXTERNA DE LAS FOSAS NAALES, MIENTRAS SU CARA -
EXTERNA, MÁS O MENOS LISA Y CUADRILÁTERA PRESENTA UNA - -
CRESTA VERTICAL LLAMADA CRESTA LAGRIMAL ANTERIOR. POR DE-
LANTE DE LA CRESTA SE INSERTA EL MÚSCULO ELEVADOR COMÚN -
DEL ALA DE LA NARÍZ Y DEL LABIO SUPERIOR. PARTE DE LA - -
CRESTA FORMA PARTE DEL CANAL LAGRIMAL EN SU PARTE ANTE --
RIOR. SUS BORDES SE ARTICULAN, EL ANTERIOR CON LOS HUESOS
PROPIOS DE LA NARÍZ, EN SU PARTE POSTERIOR L O HACE CON -
EL UNGUIS.

OSIFICACION. SE ORIGINA EL MAXILAR SUPERIOR -
MEDIANTE CINCO CENTROS DE OSIFICACIÓN QUE APARECEN AL FI-
NAL DEL SEGUNDO MES DE VIDA FETAL.

- 1.- EL EXTERNO O MALAR
- 2.- EL ORBITONASAL
- 3.- EL ANTEROESFENONASAL
- 4.- EL INTERNO O PALATINO
- 5.- EL QUE FORMA LA PIEZA INCISIVA, SITUADO -

ENTRE LOS CENTROS NAALES Y DELANTE DEL PALATINO.

MAXILAR INFERIOR

SE DIVIDE EN UN CUERPO Y UNA RAMA.

EL CUERPO EN SU CARA INTERIOR SE LOCALIZA LA SÍNFISIS MENTONIANA, EN LA PARTE INFERIOR LA EMINENCIA MENTONIANA Y AGUJERO MENTONIANO POR DONDE SALEN EL NERVIO Y LOS VASOS MENTONIANOS.

MÁS ATRÁS SE OBSERVA LA LÍNEA OBLICUA EXTERNA DEL MAXILAR DONDE SE INSERTA EL TRIANGULAR DE LOS LABIOS, EL CUTÁNEO DEL CUELLO Y EL CUADRADO DE LA BARBA.

CARA POSTERIOR SE ENCUENTRA LA APÓFISIS GENI-SUPERIOR EN DONDE SE INSERTAN LOS MÚSCULOS GENIHIOIDEOS Y LOS APÓFISIS GENI INFERIORES EN DONDE SE ENCUENTRAN LOS MÚSCULOS GENIHIOIDEOS.

TAMBIÉN SE ENCUENTRAN LA LÍNEA OBLICUA INTERNA O MILOHIOIDEA QUE SIRVE DE INSERCIÓN PARA EL MÚSCULO MILOHIOIDEO.

POR FUERA DE LA APÓFISIS GENI Y POR ENCIMA DE LA LÍNEA OBLICUA SE OBSERVA LA FOSETA SUBLINGUAL EN DONDE SE ALOJAN LAS GLÁNDULAS DEL MISMO NOMBRE.

EN LA PROXIMIDAD DEL BORDE INFERIOR SE ENCUENTRA LA FOSETA SUBMAXILAR EN DONDE SE ALOJAN LAS GLÁNDULAS DEL MISMO NOMBRE.

EN EL MISMO BORDE INFERIOR SE ENCUENTRA LA FOSETA DIGÁSTRICA SITUADA A CADA LADO DE LA LÍNEA MEDIA EN DONDE SE INSERTA EL MÚSCULO DIGÁSTRICO.

EL BORDE SUPERIOR SE ENCUENTRA LA APÓFISIS IN

TERDENTARIA, DONDE SE INSERTAN LOS LIGAMENTOS CORONARIOS-DE LOS DIENTES.

RAMAS. CARA EXTERNA ES RUGOSA Y SE INSERTA EL MÚSCULO MASETERO.

CARA INTERNA EL ORIFICIO DEL CONDUCTO DENTARIO POR EL CUAL SE INTRODUCE EL NERVIO DENTARIO Y LOS VASOS DENTARIOS INFERIORES.

TAMBIÉN SE ENCUENTRA LA ESPINA DE SPEE SOBRE EL CUAL SE INSERTA EL MÚSCULO ESFENOMAXILAR Y EL LIGAMENTO DEL MISMO NOMBRE.

EL BORDE ANTEROINFERIOR COMO EL POSTERIOR FORMA EL CANAL MILOHIOIDEO DONDE SE ALOJAN EL NERVIO Y LOS VASOS MILOHIOIDEOS.

BORDE. EL BORDE ANTERIOR FORMA EL LADO EXTERNO DE LA ENDIDURA VESTÍBULO CIGOMÁTICA.

BORDE POSTERIOR O PAROTÍDEO SE RELACIONA CON LA GLÁNDULA PAROTÍDEA.

BORDE SUPERIOR POSEE UNA ESCOTADURA SIGNOIDEA, SITUADA ENTRE: LA APÓFISIS CORONOIDES (SE INSERTA AL MÚSCULO TEMPORAL) POR DELANTE Y EL CÓNDILO DEL MAXILAR INFERIOR POR DETRÁS.

LA ESCOTADURA SIGNOIDEA COMUNICA LA REGIÓN MASETERINA CON LA FOSA CIGOMÁTICA, DEJANDO PASO A LOS VASOS Y NERVIOS MASETERINOS.

EL CÓNDILO ES DE FORMA ELIPSOIDAL APLANADO DE DELANTE ATRÁS; PERO CON UN EJE DIRIGIDO ALGO OBLICUAMENTE HACIA DELANTE Y A FUERA. SE ARTICULA CON LA CAVIDAD GLENOIDEA DEL TEMPORAL, SE UNE AL RESTO DEL HUESO POR EL CUE

LLO DEL CÓNDILO, EN DONDE SE INSERTA EL MÚSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO.

ESTRUCTURAS. FORMADO POR TEJIDO ESPONJOSO, RECUBIERTO POR UNA GRUESA CAPA DE TEJIDO COMPACTO, SE HALLA RECUBIERTO INTERIORMENTE EL MAXILAR POR EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR DESDE EL ORIFICIO SITUADO DETRÁS DE LA ESPINA DE SPEE Y SE DIRIGE HACIA ABAJO Y ADELANTE, A LO LARGO DE LAS RAÍCES DENTARIAS, HASTA EL SEGUNDO PREMOLAR.

AQUÍ SE DIRIGE EN CONDUCTO EXTERNO, QUE VA A TERMINAR AL AGUJERO MENTONIANO Y OTRO INTERNO, QUE SE PROYECTA HACIA EL INCISIVO MEDIO.

OSIFICACION. AL FINAL DEL PRIMER MES DE VIDA-
INTRAUTERINA SE FORMA UNA PIEZA CARTILAGINOSA (CARTÍLAGO-
DE MEKEL) A EXPENSAS DEL CUAL SE ORIGINARÁN LAS DOS MITADES DEL MAXILAR INFERIOR.

ESTE CARTÍLAGO APARECE ENTRE LOS 30 Y 40 DÍAS.
HAY CUATRO CENTROS DE OSIFICACIÓN:

- 1.- EL CENTRO INFERIOR, EN EL BORDE DEL MAXILAR.
- 2.- EL CENTRO INCISIVO A LOS LADOS DE LA LÍNEA MEDIA.
- 3.- EL CENTRO SUPLEMENTARIO DEL AGUJERO MENTONIANO.
- 4.- EL CENTRO CONDÍLEO PARA EL CÓNDILO.
- 5.- EL CENTRO CORONOIDES, PARA LA APÓFISIS CORONOIDES.
- 6.- EL CENTRO DE LA ESPINA DE SPIX.

2.2. CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEO-FACIAL

AL NACER EL ESQUELETO FACIAL COMPRENDE LA NOVENA PARTE COMPARADA CON EL TAMAÑO DEL CRÁNEO, EN ÉL LA BASE ES CORTA Y LA BÓVEDA SE ENCUENTRA INCOMPLETA, EL MAXILAR ES MUY PEQUEÑO Y CARECE DE PROCESOS ALVEOLARES, LA MANDÍBULA TIENE UN ASPECTO POSNORMAL, NO HAY PROMINENCIA-MENTONEANA Y SE ENCUENTRA DIVIDIDO EN DOS PARTES UNIDAS - POR UNA SUTURA FIBROSA ES LA SÍNFISIS Y CARECE TAMBIÉN DE PROCESOS ALVEOLARES.

LOS DIENTES TEMPORALES TANTO EN EL MAXILAR COMO EN LA MANDÍBULA SE ENCUENTRAN LIBRES DE CAPA ÓSEA EN SU PORCIÓN SUPERIOR, LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR - NO SE HA DESARROLLADO COMPLETAMENTE ENCONTRÁNDOSE LA FOSA GLENOIDEA MUY PEQUEÑA.

EN CUANTO AL ASPECTO FACIAL ENCONTRAMOS A LOS MÚSCULOS FLÁCIDOS, EL LABIO SUPERIOR SE HALLA APLANADO Y EL INFERIOR SE SITÚA POR DEBAJO DEL SUPERIOR. EL FRENILLO DEL LABIO SUPERIOR SE ENCUENTRA INSERTADO EN LA CRESTA GINGIVAL, ENCONTRÁNDOSE LOS MÚSCULOS FACIALES MÁS DESARROLLADOS QUE LOS DE LA MASTICACIÓN, LA ENCÍA ES CORTA Y FIRME, LA SUPERIOR EN FORMA DE HERRADURA Y LA INFERIOR APLANADA EN SU PORCIÓN ANTERIOR ENCONTRÁNDOSE AMPLIAMENTE SEPARADAS POR LO QUE ES DÍFICIL ESTABLECER UNA RELACIÓN VERTICAL.

EL CRECIMIENTO DE LA CARA ESTÁ SEPARADO PRINCIPALMENTE A LA FUNCIÓN MASTICATORIA Y EL CRECIMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN, ASÍ COMO LA LENGUA, OJOS, DENTICIÓN Y ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR.

LA BÓVEDA CRANEANA CRECE POR PROLIFERACIÓN --

DE TEJIDO SUTURAL AL AUMENTAR EL TAMAÑO DEL CEREBRO, PRODUCE REABSORCIÓN DE LA SUPERFICIE INTERNA CERCA DE LOS BORDES DE LA SUTURA Y UNA APOSICIÓN EN LA SUPERFICIE EXTERNA DE LAS ZONAS CENTRALES ALEJADAS DE LAS SUTURAS.

ESTE CRECIMIENTO PRODUCE UN CAMBIO EN LA FORMA RELATIVAMENTE CUADRADA AL NACIMIENTO A UNA MÁS ALARGADA DURANTE LOS DOS PRIMEROS AÑOS, POSTERIORMENTE SE LLEVA A CABO EL ENGROSAMIENTO DE LOS HUESOS POR APOSICIÓN EN DOS SUPERFICIES EXTERNA E INTERNA.

LA BASE DEL CRÁNEO CRECE A PARTIR DE CARTÍLAGO PRINCIPALMENTE.

EN EL FETO LA BASE DEL CRÁNEO ES UNA LÁMINA DE CARTÍLAGO EN LA CUAL APARECEN CENTROS DE OSIFICACIÓN COLOCADOS EN LA CINCONDROSIS ESFENO-ETMOIDAL, INTER-ESFENOIDAL, ESFENO-OCCIPITAL E INTRA-OCCIPITAL. LA CINCONDROSIS INTER-ESFENOIDAL SE OSIFICA ANTES O INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL NACIMIENTO; LA INTER-OCCIPITAL ENTRE LOS CUATRO Y CINCO AÑOS. LA ESFENO-ETMOIDAL A LOS 7 AÑOS, Y LA ESFENO-OCCIPITAL SE OSIFICA ENTRE LOS 16 Y 20 AÑOS.

LA FORMA DE LA BASE DEL CRÁNEO NO CAMBIA DESDE EL NACIMIENTO HASTA LA EDAD ADULTA. LA UNIÓN DEL ESFENOIDE CON EL ETMOIDES ALCANZA SUS DIMENSIONES DEFINITIVAS ALREDEDOR DE LOS 7 AÑOS, POR LO QUE LOS DEMÁS HUESOS CRÁNEO-FACIALES CUYAS SUTURAS SE OBLITERAN MUCHO MÁS TARDE, ESTÁN GUIADOS EN SU CRECIMIENTO POR EL COMPLEJO ESFENOETMOIDAL QUE LOS DIRIGE EN SU DESARROLLO TANTO EN SENTIDO LATERAL COMO ANTEROPOSTERIOR Y VERTICAL.

EL MAXILAR SUPERIOR ESTÁ FORMADO POR DOS MAXILARES EN ASOCIACIÓN CON LOS HUESOS PALATINOS. LAS ADHESIONES O APOSICIONES SUPERFICIALES A LOS HUESOS HACEN QUE ÉS

TOS AUMENTEN DE TAMAÑO.

LA RESORCIÓN ES IMPORTANTE YA QUE MANTIENE LA FORMA DE LOS HUESOS Y REDUCE EL VOLUMEN ÓSEO.

EN EL MAXILAR SUPERIOR CIERTAS ESTRUCTURAS -- SON CENTROS PROLÍFEROS DE CRECIMIENTO, ES EL PERFIL EL -- RESTO DE LA SUTURA FRONTO-MAXILAR Y CIGOMÁTICO MAXILAR, - INDICA QUE EL CRECIMIENTO EN ESTOS LUGARES PRODUCIRÁ UN - DESPLAZAMIENTO HACIA DELANTE Y HACIA ABAJO O LA TOTALIDAD DEL MAXILAR SUPERIOR.

LA SUTURA PTERIGO-PALATINA SE PROYECTA TAM -- BIÉN HACIA ABAJO. LA SUTURA CIGOMÁTICA-TEMPORAL PROYECTA EL MAXILAR HACIA ABAJO Y CONTRIBUYE EL CRECIMIENTO HORIZONTAL DE LA CARA POR MEDIO DE ADHESIONES SUPERFICIALES - EN LA SUPERFICIE LATERAL DEL CIGOMÁTICO Y POR RESORCIÓN - DE LA SUPERFICIE MEDIA DEL MISMO.

EL CRECIMIENTO DE LA MANDÍBULA SE LLEVA A CABO POR ADHESIÓN DE HUESO A LA CARA POSTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE SE REABSORBE MÁS LENTAMENTE EN EL BORDE INTERNO O ANTERIOR DE LA RAMA DE MANERA QUE VA DANDO LUGAR A LA ERUPCIÓN DE LOS MOLARES PERMANENTES. EL CRECIMIENTO DE LA CABEZA DEL CÓNDILO INCREMENTA LA ALTURA DE LA CARA ASÍ COMO SU PROFUNDIDAD YA QUE, SE VA DIRIGIENDO LATERALMENTE A MEDIDA QUE EL CRÁNEO CRECE HORIZONTALMENTE.

EL CENTRO DE CRECIMIENTO DE LA MANDÍBULA SE LLEVA A CABO EN EL CÓNDILO.

2.3. EMBRIOLOGIA DENTAL.

EL DESARROLLO DEL DIENTE SE INICIA DURANTE LA SEXTA O SÉPTIMA SEMANA DE VIDA EMBRIONARIA.

LAS ETAPAS SON TRES:

1.- YEMA. CADA DIENTE SE DESARROLLA A PARTIR DE UNA YEMA DENTARIA QUE SE FORMA PROFUNDAMENTE Y CONSTA DE TRES PARTES:

A) ÓRGANO DENTARIO DERIVA DEL ECTODERMO BUCAL Y PRODUCE EL ESMALTE.

B) PAPILA DENTARIA PROVIENE DEL MESÉNQUIMA -- ORIGINA A LA PULPA DENTARIA.

C) SACO DENTARIO DERIVA DEL MESÉNQUIMA Y FORMA NO SÓLO EL ESMALTE SINO TAMBIÉN EL LIGAMENTO PARODONTAL.

EN ESTA ETAPA EL EPITELIO BUCAL CONSISTE DE UNA CAPA BASAL DE CÉLULAS CILÍNDRICAS Y OTRA SUPERFICIAL DE CÉLULAS APLANADAS.

EL EPITELIO ESTÁ SEPARADO DE TEJIDO CONJUNTIVO POR UNA MEMBRANA BASAL, ALGUNAS CÉLULAS DE LA CAPA BASAL COMIENZAN A PROLIFERAR MÁS RÁPIDAMENTE QUE LAS CÉLULAS ADYACENTES ORIGINANDO UN ENGROSAMIENTO DE TEJIDO EPITELIAL EN EL FUTURO ARCO DENTARIO, EXTENDIÉNDOSE EN TODO EL BORDE LIBRE DE LOS MAXILARES, DICHO ENGROSAMIENTO SE CONOCE COMO LÁMINA DENTARIA.

2.- ETAPA DE CASQUETE. SE CARACTERIZA POR UNA INVAGINACIÓN POCO MARCADA EN LA SUPERFICIE PROFUNDA DE LA YEMA; EN ESTA ETAPA SE FORMAN:

A) EPITELIO DENTARIO EXTERNO E INTERNO: EL EXTERNO LO CONSTITUYE UNA HILERA DE CÉLULAS PERIFÉRICAS Y EL INTERNO DE CÉLULAS CILÍNDRICAS.

B) RETÍCULO ESTRELLADO O PULPA DEL ESMALTE: ES UNA MAYA DE CÉLULAS DEL CENTRO DEL ÓRGANO DENTARIO, -- QUE SE SEPARA POR AUMENTO DEL LÍQUIDO INTERCELULAR. LAS --

CÉLULAS TIENEN FORMA RETICULAR RAMIFICADO CONTIENEN LÍQUIDO MUCOIDE RICO EN ALBUMINA QUE LE DÁ AL RETÍCULO CONSISTENCIA ACOJINADA. ÉL RETÍCULO DESPUÉS SOSTIENE Y PROTEJE A LOS AMELOBLASTOS.

ESTAS CÉLULAS TAMBIÉN FORMAN EL NÓDULO DEL ESMALTE QUE SE PROYECTA HACIA LA PAPILA DENTARIA SUBYACENTE. EL NÓDULO DEL ESMALTE CRECE EN FORMA EXTERNA Y VERTICAL - LLAMADA CURVA DEL ESMALTE.

C) CADA PAPILA DENTARIA ES UNA CONDENSACIÓN - DE MESÉNQUIMA ENCERRADO PARCIALMENTE POR EL EPITELIO DENTAL INTERNO EN LA QUE HAY GEMACIÓN ACTIVA DE CAPILARES Y MITOSIS Y SUS CÉLULAS PERIFÉRICAS CONSTITUYEN EL EPITELIO DENTARIO INFERIOR, CRECE Y SE DIFERENCIA DESPUÉS EN ODNTOBLASTOS.

D) SACO DENTAL CONDENSACIÓN EN EL MESÉNQUEIMA QUE LOS RODEA.

3.- ETAPA DE CAMPANA. CONFORME A LA INVAGINACIÓN DEL EPITELIO PROFUNDIZA Y SUS MÁRGENES CONTÍNUAN CRECIENDO, EL ÓRGANO DEL ESMALTE ADQUIERE FORMA DE CAMPANA.

EL DESARROLLO DE LA RAÍZ COMIENZA DESPUÉS DE LA FORMACIÓN DEL ESMALTE Y LA DENTINA HA LLEGADO A FUTURA UNIÓN CEMENTO.

EL ÓRGANO DENTAL EPITELIAL DE HERTWG, QUE MODELA LA FORMA DE LAS RAÍCES E INICIA LA FORMACIÓN DE LA DENTINA.

LA UNIÓN CONSISTE DE LOS EPITELIOS DENTARIOS- EXTERNO E INTERNO.

2.4. HISTOLOGIA NORMAL DEL DIENTE.

LA MASA DE CADA DIENTE ESTÁ FORMADA POR UN TIPO ESPECIAL DE TEJIDO, CONECTIVO CALCIFICADO LLAMADO DENTINA, ESTÁ CUBIERTA CON UNO DE OTROS DOS TIPOS CALCIFICADOS. LA DENTINA QUE SE PROYECTA A TRAVÉS DE LAS ENCÍAS HACIA LA BOCA ESTÁ CUBIERTO POR UNA CAPA MUY DURA DE TEJIDO EPITELIAL CALCIFICADO, DENOMINADO ESMALTE, ESTA PARTE - - CONSTITUYE LA CORONA ANATÓMICA.

LA RAÍZ ANATÓMICA CUBIERTA DE UN TEJIDO CONECTIVO CALCIFICADO DENOMINADO CEMENTO.

HAY DOS TIPOS HISTOLÓGICOS DE CEMENTO.

LOS TEJIDOS SON DE DOS TIPOS: DUROS (CALCIFICADOS) Y BLANDOS (NO CALCIFICADOS). INCLUYEN DENTINA, ESMALTE, CEMENTO, PULPA DENTAL Y MEMBRANA PERIODONTAL, CON EXCEPCIÓN DEL ESMALTE, TODOS SON TEJIDOS CONECTIVOS.

DENTINA. DESPUÉS QUE EL ÓRGANO DEL ESMALTE SE HA DESARROLLADO HASTA CIERTO PUNTO LAS CÉLULAS EPITELIALES SE CONVIERTEN EN CÉLULAS CILÍNDRICAS ALTAS DENOMINADAS AMELOBLASTO PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS CELULARES EN EL INTERIOR DE LA PAPILA DENTAL.

LOS ODONTOBLASTOS EMPIEZAN A FORMAR MATRÍZ DE DENTINA MUY PRONTO DE HABER ADOPTADO SU FORMA TÍPICA, AL PRINCIPIO QUEDAN SEPARADOS DE LOS AMELOBLASTOS SOLAMENTE POR UNA MEMBRANA BASAL, PERO MUY PRONTO DEPOSITAN UNA CAPA DE SUBSTANCIA INTERCELULAR, QUE LOS SEPARA Y ALEJA DE ELLOS. LA PRIMERA SUBSTANCIA INTERCELULAR QUE SE FORMA ES UN COMPLEJO DE FIBRAS RETICULARES Y MATERIAL DE CEMENTO AMORFO.

ESTOS HACES DE FIBRAS RETICULARES RECIBEN EL NOMBRE DE FIBRAS KORFF. LAS FIBRAS QUE SE PRODUCEN MÁS -- TARDE SON COLAGENASA.

LA SUBSTANCIA INTERCELULAR FORMADA POR LOS -- ODONTOBLASTOS Y LA MEMBRANA BASAL, LO DEPOSITADO RODEA ESTAS TERMINACIONES CITOPASMÁTICAS, QUE QUEDAN INCLUIDAS EN PEQUEÑOS CONDUCTOS DENOMINADOS LÓBULOS DENTINARIOS.

LA CALCIFICACIÓN DE LA SUBSTANCIA INTERCELULAR DE LA DENTINA EN DESARROLLO NO PARECE OCURRIR TAN RÁPIDAMENTE. ÉSTA CAPA DE DENTINA NO CALCIFICADA RECIBE EL NOMBRE DE PREDENTINA.

LA DENTINA MÁS VIEJA ES LA QUE SE HALLA MÁS -- CERCA DE LA MEMBRANA BASAL QUE LA SEPARA DEL ESMALTE.

LA DENTINA MÁS JOVEN SE HALLA CERCA DE LOS -- ODONTOBLASTOS.

EN UN ÓRGANO EN CRECIMIENTO LA DENTINA CALCIFICADA MÁS VIEJA ESTÁ SEPARADA DE LOS ODONTOBLASTOS Y ES LA PREDENTINA.

ESMALTE. LA PRESENCIA DE AMELOBLASTOS DIFERENCIADOS DEL ÓRGANO DEL EPITELIO INTERNO DEL ÓRGANO DEL ESMALTE ES NECESARIO PARA QUE LAS CÉLULAS DE LA PAPILA DENTAL MESENQUIMATOSA SE DIFERENCIA EN ODONTOBLASTOS, ÉSTOS HAN PRODUCIDO LA PRIMERA CAPA DE DENTINA LOS AMELOBLASTOS SON INDUCIDOS PARA PRODUCIR ESMALTE. EL ESMALTE CUBRE LUEGO Y REVISTE LA DENTINA, PERO SÓLO A NIVEL DE LA CORONA -- ANATÓMICA DEL DIENTE; SE FORMA PRIMERAMENTE UNA MATRÍZ RELATIVAMENTE CALCIFICADA, QUE MÁS TARDE SE CALCIFICA.

LA MEMBRANA BASAL QUE HAY ENTRE LOS AMELOBLASTOS Y LA DENTINA NEO-FORMADA SE HACE MÁS GRUESA.

EL ESMALTE PLENAMENTE FORMADO Y CALCIFICADO ES MUY RICO EN CALCIO (APROXIMADAMENTE 95% DE ELEMENTOS INORGÁNICOS) CONSTRUIDOS POR VARILLAS LARGAS HEXAGONALES REUNIDAS POR UNA SUBSTANCIA CALCIFICADA INTERPUESTA DE CEMENTO. EL ESMALTE ES INERTE. NO TIENE CÉLULAS PORQUE LOS AMELOBLASTOS SE PERDIERON DESPUÉS QUE PRODUJERON EL ESMALTE Y TUVO LUGAR LA ERUPCIÓN DEL DIENTE. EL ESMALTE ES TOTALMENTE INCAPAZ DE REPARACIÓN.

HAY UN RECAMBIO BASTANTE RÁPIDO DE CIERTOS IONES ENTRE ESMALTE Y LA SALIVA. HAY PRESENCIA DE FOSFALASA EN LOS NÚCLEOS Y EN EL CITOPLASMA DE LOS AMELOBLASTOS ANTES QUE TENGAN LUGAR LA FORMACIÓN DE MATRIZ DE ESMALTE.

CEMENTO. EL CEMENTO EN EL TERCIO SUPERIOR DE LA RAÍZ ES ACELULAR, EL RESTO CONTIENE CÉLULAS EN SU MATRIZ A SEMEJANZA DE LOS OSTIOCITOS ESTÁN INCLUIDOS EN PEQUEÑOS ESPACIOS DE LA MATRIZ CALCIFICADA DENOMINADAS LAGUNAS, COMUNICADOS CON SU FUENTE DE NUTRICIÓN POR CANALÍCULOS.

EL CEMENTO COMO EL HUESO, SÓLO PUEDEN AUMENTAR EN CANTIDAD POR ADHESIONES A SU SUPERFICIE.

PULPA. LA PULPA ESTÁ FORMADA DE TEJIDO CONECTIVO DE TIPO MESENQUIMATOSO.

LOS LADOS DE LA CAVIDAD PULPAR ESTÁN REVESTIDOS DE CÉLULAS TISULARES CONECTIVAS DENOMINADAS ODONTOBLASTOS, Y SU FUNCIÓN ES PRODUCIR DENTINA.

2.5. CRONOLOGIA DE LA ERUPCIÓN.

TANTO LA EXPERIENCIA COMO LA LÓGICA INDICA QUE LOS DIENTES SON GEMADOS A MEDIDA QUE HACEN ERUPCIÓN, POR -

FUERZAS MÚSCULARES QUE ACTÚAN SOBRE ELLOS DESDE LOS MOVIMIENTOS NORMALES DE LA LENGUA A LOS LABIOS.

ESTE CONCEPTO SE EXPRESA FORMALMENTE EN LA --
TEORÍA DEL EQUILIBRIO QUE DICE, QUE LOS DIENTES TOMAN POSICIONES EN LAS CUALES ESTÁN EQUILIBRADAS LAS FUERZAS QUE ACTÚAN SOBRE ELLOS, POR LO CUAL NO SE PRODUCEN MOVIMIENTOS.

DESDE EL MOMENTO QUE UN DIENTE COMIENZA A SALIR SE VE SOMETIDO A FUERZAS AMBIENTALES QUE ORIENTAN SU VÍA DE ERUPCIÓN. A MEDIDA QUE PROSIGUE ÉSTE, LOS DIENTES Y LOS PROCESOS ALVEOLARES CRECEN EN SENTIDO VERTICAL Y -- TAMBIÉN SON DESVIADOS HACIA DELANTE O HACIA ATRÁS POR LA ACCIÓN DE LA LENGUA Y LOS LABIOS.

ESTE MECANISMO PERMITE LA ACTUACIÓN DEL AMBIENTE FUNCIONAL QUE INFLUYE DIRECTAMENTE SOBRE LA FORMA DEL ARCO DENTAL Y LAS RELACIONES OCLUSALES Y ASEGURA QUE LOS DIENTES ADOPTEN POSICIONES EN ARMONIA CON LA MÚSCULATURA. SIN EMBARGO, LAS MALOCLUSIONES SON ESTABLES, AUNQUE LA DISPOSICIÓN DE LOS DIENTES SE HALLEN EN POSICIÓN DE -- EQUILIBRIO ENTRE LAS FUERZAS OPUESTAS QUE ACTÚAN SOBRE -- ELLOS.

ERUPCIÓN DENTAL. LAS PIEZAS POR SI MISMAS, --
CONTRIBUYEN ENORMEMENTE A LA FORMA DE LA CARA.

EL ORDEN NORMAL DE ERUPCIÓN EN LA DENTICIÓN --
PRIMARIA ES EL SIGUIENTE:

PRIMERO LOS INCISIVOS CENTRALES, SEGUIDOS EN --
ESE ORDEN, POR LOS INCISIVOS LATERALES, PRIMEROS MOLARES, CANINOS Y SEGUNDOS MOLARES. LAS PIEZAS MANDIBULARES GENERALMENTE PRECEDEN A LOS MAXILARES.

ESTE ORDEN NO SIEMPRE SE VERIFICA, HAY CASOS-
EN QUE LA PRIMERA PIEZA EN ERUPCIÓN ERA EL INCISIVO LATE-
RAL MAXILAR.

EN OTRO CASO LOS INCISIVOS LATERALES PRIMA- -
RIOS MAXILARES BROSTARÁN ANTES QUE LOS LATERALES PRIMARIOS
MANDIBULARES.

ERUPCIÓN DE DIENTES TEMPORALES

MAXILAR		MANDIBULA	
DIENTE	EDAD DE ERUPCIÓN	DIENTE	EDAD DE ERUPCIÓN
CENTRALES SUPERIORES	6 MESES	CENTRALES Y LATERALES	7 A 8 MESES
LATERALES PRIMARIOS SUPERIORES	8 Ó 9 MESES		
AL AÑO PRI MEROS MOLA RES		PRIMEROS MOLARES	12 MESES
CANINOS PRIMARIOS	11 MESES	CANINOS PRIMARIOS	16 MESES
SEGUNDOS MOLARES PRIMARIOS	2 AÑOS	SEGUNDOS MOLARES PRIMARIOS	2 AÑOS

LA ERUPCIÓN DENTAL EJERCE INFLUENCIA EN EL DESARROLLO ADECUADO DEL ARCO DENTAL QUE EL TIEMPO REAL DE LA ERUPCIÓN, ES DE TRES O CUATRO MESES DE DIFERENCIA EN CUALQUIER SENTIDO NO IMPLICA NECESARIAMENTE QUE EL NIÑO PRESENTE ERUPCIÓN ANORMAL; TAMPOCO ES RARO EL CASO DE NIÑOS QUE NACEN CON ALGUNA PIEZA YA ERUPCIONADA.

ERUPCIÓN DE DIENTES PERMANENTES. EL PRIMER DIENTE QUE ERUPCIONA ES EL PRIMER MOLAR MANDIBULAR, PERO A MENUDO EL INCISIVO CENTRAL PERMANENTE PUEDE APARECER AL MISMO TIEMPO Y EN OCASIONES ANTES. LOS INCISIVOS LATERALES PUEDEN HACER ERUPCIÓN ANTES QUE TODAS LAS DEMÁS PIEZAS MAXILARES PERMANENTES.

A CONTINUACIÓN ENTRE LOS 6 Y 7 AÑOS HACE ERUPCIÓN EL PRIMER MOLAR MAXILAR, ENTRE LOS 7 Y 8 AÑOS LOS INCISIVOS LATERALES MAXILARES PERMANENTES HACEN ERUPCIÓN ENTRE LA EDAD DE 8 A 9 AÑOS.

EL CANINO MANDIBULAR HACE ERUPCIÓN ENTRE LOS 9 Y 11 AÑOS, SEGUIDO DEL PRIMER PREMOLAR, EL SEGUNDO PREMOLAR Y EL SEGUNDO MOLAR.

EN EL ARCO MAXILAR SE PRESENTA GENERALMENTE UNA DIFERENCIA EN EL ORDEN DE ERUPCIÓN: EL PRIMER PREMOLAR MAXILAR HACE ERUPCIÓN ENTRE LOS 10 Y 11 AÑOS. ANTES QUE EL CANINO MAXILAR QUE ERUPCIONA ENTRE LOS 11 Y 12 AÑOS DE EDAD, O SEGUNDO MOLAR, DEBE APARECER A LOS 12 AÑOS DE EDAD. LAS VARIACIONES DE ESTE PATRÓN PUEDE CONSTITUIR UN FACTOR QUE OCASIONA CIERTOS TIPOS DE MALOCLUSIONES.

III. TEORIAS SOBRE LAS POSIBLES CAUSAS DE DIENTES RETENIDOS.

III. TEORIAS SOBRE LAS POSIBLES CAUSAS DE DIENTES RETENIDOS.

PATOGENIA. EL PROBLEMA DE LA RETENCIÓN DENTARIA ES ANTE TODO UN PROBLEMA MECÁNICO. EL DIENTE ENCUENTRA UN OBSTÁCULO QUE IMPIDE LA REALIZACIÓN DEL NORMAL TRABAJO QUE LE ESTÁ ENCOMENDADO, COMO ES LA MASTICACIÓN.

POSIBLES CAUSAS EMBRIOLOGICAS POR LAS CUALES EL DIENTE NO HACE ERUPCIÓN. LA UBICACIÓN DEL GERME DENTARIO SE ENCUENTRA ALEJADO E IMPOSIBILITADO AL LLEGAR HASTA EL BORDE ALVEOLAR.

EL GERME DENTAL PUEDE HALLARSE EN SU SITIO, PERO EN UNA ANGULACIÓN TAL, QUE AL CALCIFICARSE EL DIENTE Y AL EMPEZAR EL TRABAJO DE ERUPCIÓN, LA CORONA HACE CONTACTO CON UN DIENTE VECINO RETENIDO O ERUPCIONADO, ESTO CONSTITUYE UNA FIJACIÓN DEL DIENTE EN ERUPCIÓN.

SUS RAÍCES SE CONSTITUYEN, PERO SU FUERZA IMPULSIVA NO LOGRA COLOCAR AL DIENTE EN SU EJE QUE LE PERMITE ERUPCIONAR NORMAL.

POSIBLES OBSTACULOS MECANICOS.

A) FALTA DE MATERIAL DE ESPACIO

B) HUESO DE TAL CONDENSACIÓN, QUE NO PUEDE SER VENCIDO EN EL TRABAJO DE ERUPCIÓN (ENOSTOSIS).

C) ORGANOS DENTARIOS; DIENTES VECINOS QUE POR EXTRACCIÓN PREMATURA DEL TEMPORARIO HAN ACERCADO SUS CORONAS, CONSTITUYENDO UN OBSTÁCULO MECÁNICO A LA ERUPCIÓN DEL PERMANENTE; POSICIÓN VICIOSA DE UN DIENTE RETENIDO QUE CHOCA CONTRA LAS RAÍCES DE LOS DIENTES VECINOS.

D) ELEMENTOS PATOLÓGICOS. PUEDEN Oponerse A LA NORMAL ERUPCIÓN DENTARIA; DIENTES SUPERNUMERARIOS, TUMORES ODONTOGÉNICOS.

UN QUISTE PUEDE RECHAZAR O INCLUIR PROFUNDAMENTE AL DIENTE QUE SE ENCUENTRA EN SU CAMINO, EVITANDO SU ERUPCIÓN.

POSIBLES CAUSAS LOCALES DE RETENCION.

1.- IRREGULARIDAD EN LA POSICIÓN Y PRESIÓN - DE UN DIENTE ADYACENTE.

2.- INFLAMACIÓN CRÓNICA, Y MEMBRANA MUCOSA Y DENSA.

3.- REDUCCIÓN EVOLUTIVA Y GRADUAL DEL TAMAÑO DE LOS MAXILARES.

4.- INDEBIDA RETENCIÓN DE LOS DIENTES PRIMARIOS.

5.- ENFERMEDADES ADQUIRIDAS COMO NECROSIS DEBIDO A INFECCIONES O ABSCESOS.

6.- CAMBIOS INFLAMATORIOS EN EL HUESO POR ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS EN LOS NIÑOS.

POSIBLES CAUSAS GENERALES DE RETENCION DENTARIA. LAS ENFERMEDADES GENERALES EN DIRECTA RELACIÓN CON LAS GLÁNDULAS ENDÓCRINAS PUEDEN OCASIONAR TRASTORNOS EN LA ERUPCIÓN DENTARIA, RETENCIONES Y AUSENCIA DE DIENTES.

1.- CAUSAS PRENATALES

A) HERENCIA

B) MEZCLA DE RAZAS

2.- CAUSAS POSNATALES: TODAS LAS CAUSAS QUE PUEDEN INTERFERIR EN EL DESARROLLO DEL NIÑO TALES COMO:

A) RAQUITISMO

- B) ANEMIA
- C) SÍFILIS CONGÉNITA
- D) TUBERCULOSIS
- E) DISENDOCRINIAS
- F) DESNUTRICIÓN

3.- CONDICIONES RARAS:

- A) DISOSTOSIS CLEIDOCRANEAL
- B) OXICEFALIA
- C) PROGERIA
- D) ACONDROPLASIA
- E) PALADAR FISURADO

- B) ANEMIA
- C) SÍFILIS CONGÉNITA
- D) TUBERCULOSIS
- E) DISENDOCRINIAS
- F) DESNUTRICIÓN

3.- CONDICIONES RARAS:

- A) DISOSTOSIS CLEIDOCRANEAL
- B) OXICEFALIA
- C) PROGERIA
- D) ACONDROPLASIA
- E) PALADAR FISURADO

IV. ESTADÍSTICA

ORDEN DE FRECUENCIA DE LOS DIENTES RETENIDOS SEGÚN OBSERVACIONES DE ARCHER WILLIAM.

D I E N T E	MANDÍBULA	MAXILAR
TERCEROS MOLARES	PRIMER LUGAR	SEGUNDO LUGAR
CANINOS	TERCER LUGAR	QUINTO LUGAR
PREMOLARES	CUARTO LUGAR	SEXTO LUGAR
INCISIVO CENTRAL	SÉPTIMO LUGAR	OCTAVO LUGAR

**FUENTE: CIRUGÍA BUCAL, ARCHER WILLIAM, ARGENTINA 1968. --
PAG. 125**

**SE PRESENTA UNA MAYOR RETENCIÓN DE TERCEROS -
MOLARES EN EL MAXILAR INFERIOR QUE EN EL SUPERIOR, SEGÚN-
SE OBSERVAN EN EL CUADRO.**

**PREDOMINIO DEL SEXO MASCULINO EN LA PRESENCIA DE DIENTES
RETENIDOS.**

S E X O	NÚMERO DE DIENTES RETENIDOS	PORCENTAJE
MUJERES	101	48.4%
HOMBRES	108	51.6%

**FUENTE: CIRUGÍA BUCAL, GUILLERMO RIES CENTENO, ED. ATENEO,
SÉPTIMA EDICIÓN. ARGENTINA 1968 PÁG. 344**

**EL NÚMERO TOTAL DE DIENTES RETENIDOS QUE ES -
DE 209, PARA AMBOS SEXOS, SE DA UN MAYOR PORCENTAJE EN EL
HOMBRE RESPECTO A LA MUJER, EN TALES DATOS HAY 3,2% MÁS -
EN EL HOMBRE.**

BLUM (1923) PRESENTA UNA ESTADÍSTICA QUE CONTIENE SEGÚN -
ÉL, LOS DIENTES MÁS FRECUENTEMENTE RETENIDOS:

D I E N T E	MANDIBULA		MAXILAR	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
TEMPORARIOS	3	2%	1	0.4%
SUPERNUMERARIOS	11	6%	5	2%
INCISIVO CENTRAL	9	5%	0	-
INCISIVO LATERAL	1	0.5%	1	0.4%
CANINO	99	51%	10	4%
PRIMER PREMOLAR	0	-	2	0.8%
SEGUNDO PREMOLAR	5	3%	14	6%
PRIMER MOLAR	0	-	1	0.4%
SEGUNDO MOLAR	0	-	1	0.4%
TERCER MOLAR	62	33%	231	86%
	190		167	

FUENTE: CIRUGÍA BUCAL, GUILLERMO RIES CENTENO, ED. ATENEO
SÉPTIMA EDICIÓN, ARGENTINA 1967 PÁG. 300.

ESTOS DATOS NOS REVELAN QUE, HAY UN PREDOMI -
NIO DE LOS TERCEROS MOLARES EN EL MAXILAR EN UN 53% MÁS -
EN RELACIÓN A LA MANDÍBULA.

ESTADÍSTICA DE BETEN-CIESZYNSKI SOBRE EL PORCENTAJE DE --
DIENTES RETENIDOS.

DIENTE RETENIDO	MANDIBULA	MAXILAR
	PORCENTAJE	PORCENTAJE
TERCER MOLAR INFERIOR	35%	
CANINO SUPERIOR		34%
TERCER MOLAR SUPERIOR		9%
SEGUNDO PREMOLAR INF.	5%	
CANINO INFERIOR	4%	
INCISIVO CENTRAL SUP.		4%
SEGUNDO PREMOLAR SUP.		3%
PRIMER PREMOLAR INF.	2%	
INCISIVO LATERAL SUP.		2.5%
INCISIVO LATERAL INF.	0.8%	
PRIMER PREMOLAR SUP.		0.8%
PRIMER MOLAR INF.	0.5%	
SEGUNDO MOLAR INF.	0.5%	
PRIMER MOLAR SUP.		0.4%
INCISIVO CENTRAL SUP.	0.4%	
SEGUNDO MOLAR SUP.		0.1%

FUENTE: CIRUGÍA BUCAL. GUILLERMO RIES CENTENO, ED. ATENEO
SÉPTIMA EDICIÓN, ARGENTINA 1968 PÁG. 301

CONTINUANDO CON EL ANÁLISIS DE LOS TERCEROS MOLARES SE TIENE UN MARCADO PREDOMINIO EN LA MANDÍBULA SOBRE EL MAXILAR.

ESTADÍSTICA QUE DA WITH CONSIDERANDO LA EDAD EN QUE SE PRESENTAN LAS RETENCIONES DENTARIAS:

EDAD	NUMERO DE DIENTES RETENIDOS	PORCENTAJE
14 AÑOS	1	0.47%
15 A 20 AÑOS	35	17.2 %
21 A 25 AÑOS	112	53%
26 A 30 AÑOS	34	16.3 %
31 A 35 AÑOS	13	6.7 %
36 A 40 AÑOS	4	2.4 %
41 A 45 AÑOS	3	1.4 %
46 A 50 AÑOS	1	0.47%
51 A 55 AÑOS	2	0.90%
56 AÑOS	1	0.47%
62 AÑOS	1	0.47%

FUENTE: CIRUGÍA BUCAL. GUILLERMO RIES CENTENO. ED. ATENEO. SÉPTIMA EDICIÓN. ARGENTINA 1967 PAG. 344.

SE TIENE QUE, ENTRE LA EDAD DE LOS 21 A 25 - - AÑOS HAY UNA MARCADA RETENCIÓN, MENOR ÉSTA DE LOS 15 A 20-AÑOS; UN POCO MENOS DE LOS 26 A 30 AÑOS Y CASÍ NULA A LOS- 14, 46 A 50, 56 Y 62 AÑOS.

EN GENERAL SE PUEDE AFIRMAR QUE LOS TERCEROS - MOLARES INFERIORES, PRESENTAN UN MAYOR ÍNDICE DE RETENCIÓN A LA EDAD DE LOS 18 A 28 AÑOS EN AMBOS SEXOS.

V. COMPORTAMIENTO QUIRURGICO EN QUIROFANO

5.1. HISTORIA CLINICA

DATOS PERSONALES

- A. NOMBRE DEL PACIENTE _____
B. SEXO _____ C. EDAD _____ D. ESTADO CIVIL _____
E. DIRECCIÓN _____
F. TELÉFONO _____ G. NACIONALIDAD _____.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS FAMILIARES

- A. DIABETES
B. CARDIOPATÍAS
C. CÁNCER
D. OTROS

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

- A. ESTATURA
B. TALLA
C. PESO
D. DIETA
E. HÁBITOS
F. SENSIBILIDAD DE ALGÚN MEDICAMENTO
G. SENSIBILIDAD DE ALGÚN ALIMENTO
H. QUÉ MEDICAMENTO (S) ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE.
I. MEDICAMENTO (S) QUE HA TOMADO DESDE HACE UN AÑO.

J. HA ESTADO HOSPITALIZADO EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS.

K. OPERACIONES PRACTICADAS.

PADECIMIENTO ACTUAL

A. TIPO DE ENFERMEDAD

B. TIEMPO DE PADECERLA

C. TRATAMIENTO AL QUE ESTÁ SOMETIDO

D. DR. QUE LO ESTÁ ATENDIENDO

E. SÍNTOMAS DEL PADECIMIENTO

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

APARATO DIGESTIVO

A. NAÚSEAS

B. TIPO DE DEGLUCIÓN

C. EXTRINÍMIENTO

D. DIARREA

E. FALTA DE APETITO

F. PRESENCIA DE GASTRITIS

G. TIPO DE DEFECACIÓN

H. CRECIMIENTO DEL ABDOMEN

I. DOLOR EPIGÁSTRICO.

APARATO RESPIRATORIO

A. PRESENCIA DE TOS

- B. EXPONTÁNEA O PROVOCADA
- C. EXISTENCIA DE ESPECTORACIÓN
- D. CON SANGRADO O SIN ELLA.
- E. PADECE SEGUIDO DE GRIPA
- F. DIFICULTAD PARA RESPIRAR

APARATO CIRCULATORIO

- A. TAQUICARDIA
- B. DISNEA
- C. EDEMA
- D. PRESIÓN ARTERIAL
- E. DOLOR PRECORDIAL
- F. PULSO
- G. CEFALEAS
- H. VÉRTIGOS
- I. CAMBIOS BRUSCOS DE POSICIÓN

APARATO GENITO-URINARIO

- A. PRESENCIA DE MENSTRUACIÓN
- B. RITMO
- C. CANTIDAD
- D. DOLOR
- E. FLUJO
- F. MICCIÓN

- G. CUÁNTAS VECES AL DÍA
- H. EXISTENCIA DE DOLOR
- I. CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA
- J. NÚMERO DE EMBARAZOS
- K. EMBARAZOS NORMALES
- L. CESÁREAS
- M. ABORTOS
- N. NATURALES

SISTEMA ENDOCRINO

- A. POLIURIA
- B. POLIDIPSIA
- C. POLIFAGIA
- D. PÉRDIDA DE PESO
- E. MANIFESTACIONES DE HIPERTIROIDISMO
- F. INSUFICIENCIAS SUPRARRENALES

SISTEMA HEMATOPOYETICO

- A. ANEMIA
- B. PALIDEZ
- C. SANGRADO ANORMAL
- D. PRESENCIA DE EQUIMOSIS
- E. SANGRADO PROLONGADO EN LAS HERIDAS

SISTEMA NERVIOSO

- A. PRESENCIA DE CEFALÉAS FRECUENTES**
- B. VE BIEN**
- C. OYE BIEN**
- D. PERCIBE EL OLOR DE LAS COSAS**
- E. TACTO**
- F. DISMINUCIÓN DE LA MEMORIA**
- G. FALTA DE COORDINACIÓN**
- H. PROBLEMAS EN SU FAMILIA**
- I. PROBLEMAS EN SU MEDIO SOCIAL**
- J. PROBLEMAS ECONÓMICOS**
- K. OTROS**

FECHA
FIRMA DEL MÉDICO

5.2. EXAMENES DE LABORATORIO

TIEMPO DE SANGRADO. Es una medida de punsi3n-capilar, n3mero de plaquetas que se adhieren a la pared vascular entre ellas para formar el tap3n.

M3todo de Ivy es de 3 hasta 11 minutos.

El tiempo de hemorragia est3 alargado en las trombocitopenias y cuando hay disfunci3n plaquetaria, debido a la no producci3n del tap3n plaquetario.

TIEMPO DE COAGULACION. Es el lapso necesario para que tenga lugar la coagulaci3n una vez vertida la sangre.

M3todo de Lee y White el tiempo de coagulaci3n es de 5 - 7 minutos

M3todo de Frang el tiempo de coagulaci3n es de 3 - 7 minutos.

La coagulaci3n est3 marcadamente prolongada en la hemofilia.

BIOMETRIA HEMATICA. Es la prueba con la cual nos vamos a dar cuenta de cualquier deficiencia de nuestro paciente, as3 como de procesos infecciosos:

VALORES NORMALES DE LA F3RMULA ROJA:

HOMBRE 5 000 000 x mm^3
MUJER 4 000 000 x mm^3

Su aumento puede indicar una afecci3n card3aca con los consecuentes trastornos, tambi3n puede indicar una afecci3n o nefritis cr3nica. Su disminuci3n nos indi-

CA UNA ANEMIA QUE PUEDE SER ATRIBUIDA A HEMORRAGIA CRÓNICA, INTOXICACIÓN Y OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS.

HEMOGLOBINA, NORMAL 14 MG. X MM^3

SU DEFICIENCIA PUEDE DEBERSE A UNA ANEMIA.

VALORES NORMALES DE LA FÓRMULA BLANCA:

LINFOCITOS 20 A 14%

MONOCITOS 4 A 8%

EUSINÓFILOS 1 A 3%

NEUTRÓFILOS 63 A 65%

BASÓFILOS 0 A 1%

EN INFECCIONES AGUDAS VA A VER AUMENTO DE LEUCOCITOS O LEUCOCITOSIS.

SU DISMINUCIÓN O LEUCOPENIA SE PUEDE OBSERVAR EN PROCESOS INFECCIOSOS ANEMIAS E INTOXICACIONES.

AUMENTO DE NEUTRÓFILOS ES UNA REACCIÓN DEL ORGANISMO A: ABSCESOS, AMIGDALITIS, CALCINOMAS, EMPEOMA -- (LESIÓN DE LOS SENOS FRONTALES Y NASALES), ESCORBUTO Y -- SEPTICEMIA.

UNA MONOCITOSIS INDICA UNA ENDOCARDITIS.

VALORES NORMALES DE LAS PLAQUETAS:

20 000 A 30 000 X MM^3 , SU DISMINUCIÓN INDICA ANEMIA PERNICIOSA, PÚRPURA HEMORRÁGICA, AUMENTO EN DETERMINADAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS O EN LEUCEMIA.

LA GLUCOSA EN SANGRE NORMAL ES DE 80 - 120 G.

EXÁMENES DE ORINA.

EL ASPECTO NORMAL DE LA ORINA ES TRANSPARENTE, CUANDO ES OSCURA PUEDE SER PRESENCIA DE SALES O DE PUS.

EL COLOR AMBAR O INTENSO INDICA LESIÓN CON TENDENCIA A LA DEABETES.

SI SE PRESENTA CLARA PUEDE DEBERSE A UNA DEABETES INCÍPIDA O ESCLEROSIS RENAL.

SI OBSCURESE PUEDE SER DEBIDO A UNA INFECCIÓN-CARDIACA O ICTERICIA.

5.3. QUIROFANO

LOS REQUISITOS DE UN QUIRÓFANO SON: NO DEBE HABER EXCESO DE MUEBLES Y DEBEN ESTAR LIMPIOS Y ARREGLADOS, - NO DEBE HACER CUADROS COLGADOS DE LA PARED, CORTINAS NI TAPETES YA QUE PUEDEN ACUMULAR POLVO.

LA LIMPIEZA SE FACILITA EN UN CUARTO CON PAREDES Y PISO DE MOSAICO.

EN EL QUIRÓFANO ES NECESARIO QUE HALLA UN APARATO DE ASPIRACIÓN CON ASPIRADORES DE VARIOS TAMAÑOS Y AUNQUE NO SE REALICEN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS BAJO ANESTESIA GENERAL ES NECESARIO UN APARATO DE OXÍGENO PORTÁTIL.

5.4. COMPORTAMIENTO DEL CUERPO OPERATORIO

LA MÚSICA Y, EL AMBIENTE APACIBLE Y LA CONVERSACIÓN INTERESANTE DEL OPERADOR AYUDA A ESTABLECER UNA ATMÓSFERA FAVORABLE.

CUALQUIERA QUE SEA EL LUGAR EN DONDE SE REALICE LA CIRUGÍA, HOSPITAL, CLÍNICA, CONSULTORIO DENTAL, SE DEBEN DE TOMAR EN CUENTA LAS REGLAS QUE TODA CIRUGÍA IMPONE:

LA ROPA DE CALLE SE SUSTITUYE POR UNOS PANTALQ

NES DE LINO Y UNA BLUSA DE MANGA CORTA, SE USA UN CUBRE - BOCA ESTÉRIL.

EL PELO DEBE ESTAR CUBIERTO POR EL GORRO. SE LAVAN LAS MANOS Y ANTEBRAZOS, SE CEPILLAN LAS MANOS A LOS CODOS CON JABÓN O DETERGENTE DE HEXACLOROFENO Y AGUA CON DURACIÓN DE 10 MINUTOS. SE SECAN LAS MANOS CON UNA TOALLA ESTÉRIL.

EL AYUDANTE, YA PUESTA LA ROPA Y GUANTES ESTÉRILES, AYUDA AL CIRUJANO A PONERSE LA BATA ESTÉRIL, OTRO AYUDA A ASEGURAR LA BATA DEL CIRUJANO EN LA PARTE POSTERIOR.

AL CIRUJANO SE LE AYUDA A PONER SUS GUANTES DE MANERA QUE SOLAMENTE LA PARTE INTERNA DE LOS GUANTES ES TOCADA POR SUS MANOS, LA PARTE EXTERNA DE LOS GUANTES SE CONSIDERA ESTÉRIL.

POSICIÓN DEL PACIENTE, DEL OPERADOR, DEL AYUDANTE, DEL ANESTESISTA, DEL INSTRUMENTISTA Y DE LOS AYUDANTES AMBULANTES EN CIRUGÍA BUCAL.

POSICIÓN DEL PACIENTE. EL PACIENTE SE ENCUENTRA VESTIDO Y SENTADO, EL RESPALDO DEL SILLÓN DEBE COLOCARSE EN ALTURA Y ANGULACIÓN DIFERENTES SEGÚN LA UBICACIÓN DE LA OPERACIÓN O SEA EN MAXILAR SUPERIOR O EN MANDÍBULA.

POSICIÓN DEL OPERADOR, EL CIRUJANO SE COLOCA DE PÍE Y CUANDO LA CIRUGÍA LO PERMITE SE SIENTA, A LA DERECHA DEL PACIENTE, DE FRENTE A ÉL Y SUS BRAZOS DEBEN TENER UNA FRANCA MOVILIZACIÓN Y COMODIDAD EN SUS MOVIMIENTOS.

POSICIÓN DEL OPERADOR, PUEDE VARIAR, DEPEN --

DIENDO DE LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA OPERACIÓN, PUEDE DES -
VIARSE HACIA LA DERECHA O HACIA LA IZQUIERDA, O HACER IN -
CLINAR LA CABEZA DEL PACIENTE HACIA UNO U OTRO LADO.

POSICIÓN DEL ANESTESISTA. LA POSICIÓN DEL - -
ANESTESISTA ES ATRÁS DEL PACIENTE.

POSICIÓN DEL AYUDANTE. ES A LA IZQUIERDA DEL -
PACIENTE, DOMINANDO AL CAMPO Y TENIENDO ACCESO A ÉL.

SUS FUNCIONES REQUIEREN QUE DEBA SEGUIR LOS -
MOVIMIENTOS Y LAS MANIOBRAS DEL CIRUJANO, EL AYUDANTE PUE
DE SOSTENER LOS SEPARADORES CON LA MANO DERECHA Y CON LA -
IZQUIERDA HACER OTRA MANIOBRA.

POSICIÓN DEL INSTRUMENTISTA, ES LIGERAMENTE -
HACIA LA DERECHA DEL CIRUJANO Y DEBE ESTAR PENDIENTE DE LO
QUE NECESITE EL CIRUJANO.

AYUDANTES AMBULANTES, SON LOS ENCARGADOS DE -
PROPORCIONAR TODO LO QUE HAGA FALTA EN LA INTERVENCIÓN.

VI. OPERACION

6.1. PROCESO DE OPERACION

TODA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA REQUIERE VARIOS-TIEMPOS:

- 1.- DIÉRESIS DE LOS TEJIDOS
- 2.- LA OPERACIÓN PROPIAMENTE DICHA
- 3.- SÍNTESIS DE LOS TEJIDOS

LA CIRUGÍA BUCAL NO SE APARTA DE ESTOS PRINCIPIOS AUNQUE ADQUIERE MODALIDADES PARTICULARES.

REGLAS PARA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA BUCAL.

- 1.- INCISIÓN.
- 2.- OSTEOTOMÍA O OSTECTOMÍA
- 3.- OPERACIÓN PROPIAMENTE DICHA
- 4.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA
- 5.- SUTURA

INCISION. MANIOBRA MEDIANTE LA CUAL SE ABREN-LOS TEJIDOS PARA LLEGAR A PLANOS MÁS PROFUNDOS. SI ESTA -INCISIÓN ES EN CAVIDAD BUCAL Y EN CASO DE INCLUSIONES DENTARIAS, TENDREMOS QUE INCIDIR POR MEDIOS MECÁNICOS, TÉRMICOS O ELÉCTRICOS, AL TEJIDO GINGIVAL.

INSTRUMENTOS USADOS EN LAS INCISIONES:

- 1.- INCISIÓN CON BISTURÍ
- 2.- INCISIÓN CON TIJERA

PARA REALIZAR CUALQUIER TIPO DE INCISIÓN SE MANTIENE TENSA LA FIBROMUCOSA O ENCÍA CON LOS DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA, LOS CUALES, A SU VEZ APARTAN LOS LABIOS.

DENTRO DE LA CIRUGIA BUCAL EXISTEN DOS TIPOS-DE INCISIONES.

INCISION DIRECTA. SE CARACTERIZA POR LA REFLEXIÓN MUCOPERIOSTIA (SE LLEGA DE UNA SOLA INCISIÓN AL HUESO), Y SE PRACTICA EN MAXILARES.

EL PUNTO DE APOLLO PARA HACER EL CORTE VA HABER EN ESTRUCTURA DURAS.

VENTAJAS.

- 1.- DA UNA CIRUGÍA MÁS VISIBLE, MÁS LIMPIA
- 2.- NOS PROPORCIONA AYUDA PARA LA NEOFORMACIÓN FIBROSA (VA AYUDAR A LA CICATRIZACIÓN).

INCISION INDIRECTA. ESTA INCISIÓN NO VA A TOCAR HUESO, SE UTILIZA ESTE TIPO DE INCISIÓN CON PALADAR Blando, PISO DE BOCA, LENGUA Y ES POCO PROFUNDA.

SE HACE CON LOS DEDOS, TIJERAS Y PINZAS.

EN CIRUGIA BUCAL SE REALIZAN LOS SIGUIENTES COLGAJOS.

- 1.- COLGAJO DE PARTCH DE ARCO O SEMILUNAR, CARACTERIZADO POR UNA BUENA IRRIGACIÓN, NO HAY ÁNGULOS MENORES DE 90°, LA VISIBILIDAD ES BUENA, ES PARA UN DIENTE O DOS. UTILIZADO EN LOS TRATAMIENTOS DE LOS QUISTES SUPERIORES.

2.- EL COLGAJO DE WASMOND, CARACTERIZADO POR SER UN BUEN COLGAJO, SE UTILIZA EN MAXILAR SUPERIOR, ABARCA MÁS DE DOS DIENTES.

3.- EL COLGAJO DE NIUMÁN, CONSISTE EN SEGUIR EL MARGEN CERVICAL DE LOS DIENTES, ES BUENO POR SU AMPLITUD, UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA PARADONTITIS, FOCOS APICALES, CANINOS RETENIDOS.

4.- COLGAJO DE SEMINIUMÁN, NO REQUIERE TANTA AMPLITUD.

5.- COLGAJO ANGULAR, SÓLO PARA TERCEROS MOLARES INCLUIDOS.

6.- COLGAJO DE LA BÓVEDA PALATINA, SE USA PARA LA EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE LOS CANINOS RETENIDOS.

REQUISITOS PARA HACER UN BUEN COLGAJO. PARA QUE EL COLGAJO CONSERVE SU VITALIDAD Y SE REINCORPORA A LAS FUNCIONES QUE LE CORRESPONDEN, DEBE REUNIR ESTOS REQUISITOS:

1.- DISEÑO, CON FLOR DE YODO, VIOLETA DE GENCIANA SE DISEÑA, PERO EN BOCA ES DIFÍCIL PINTAR.

A) EL COLGAJO DEBE TENER VISIBILIDAD

B) DEBE CONSERVAR UNA BUENA IRRIGACIÓN, PARA QUE EL TEJIDO NO SE NECROSE.

C) AMPLITUD DEL COLGAJO, ESTO ES PARA NO DESGARRAR.

2.- LA BASE DEBE SER MÁS ANCHA QUE LA ZONA -- QUE SE VA A DESPRENDER.

3.- LA ANGULACIÓN DE LOS CORTES (INTERNO), DEBE SER MAYOR DE 90° POR LA IRRIGACIÓN SANGUÍNEA.

4.- DEBE TENER SOPORTE DE TEJIDO SANO

5.- QUE SEA MUCOPERIOSTIO.

OSTEOTOMIA. ES LA REMOCIÓN DE TEJIDO ÓSEO QUE RECUBRE AL DIENTE.

TIPOS DE OSTEOTOMIA

1.- OSTEOTOMÍA CON ESCOPIOS Y MARTILLO

2.- OSTEOTOMÍA CON PINZAS GUBIAS, SE USAN PARA AGRANDAR ORIFICIOS PREVIAMENTE PREPARADOS CON LOS ESCOPIOS

3.- OSTEOTOMÍA CON FRESA, ÉSTA ACTÚA ELIMINANDO EL HUESO EN SU TOTALIDAD.

LA FRESA DEBE ACTUAR SIEMPRE BAJO UNA IRRIGACIÓN DE AGUA ESTERILIZADA O SUERO FISIOLÓGICO, PARA EVITAR RECALENTAMIENTOS DEL HUESO, QUE PUDIERAN OCASIONAR LESIONES O SECUESTROS ÓSEOS.

FRESAS PARA HUESO. LAS FRESAS UTILIZADAS EN CLRUGÍA BUCAL SON DE CARBURO DE BAJA VELOCIDAD DE BOLA - - - (NÚMS. 03 Y 10) Y FISURA (NÚMS. 02 Y 04).

LAS FRESAS PARA HUESO DEBEN SER AFILADAS, Y COMENZAR EL CORTE A TRAVÉS DE LA DENSA CORTICAL ÓSEA.

LAS FRESAS AL IR CORTANDO VAN ACUMULANDO ASTILLAS ÓSEAS, POR LO TANTO SE DEBE LIMPIAR LA FRESA PARA EVITAR QUE SE CALIENTE Y QUEME EL HUESO, YA QUE ESTO DA COMO RESULTADO LA MUERTE DE LAS CÉLULAS ÓSEAS Y DOLOR POSOPERATORIO.

REGLAS GENERALES PARA LA OSTEOTOMIA. LA CANTIDAD DE HUESO POR ELIMINAR ALREDEDOR DE UN DIENTE RETENIDO EN MALA POSICIÓN O NO ERUPCIONADO, DEPENDE DEL TIPO DE RETENCIÓN, LA POSICIÓN DEL DIENTE, EL ACCESO A LA ZONA EN LA QUE ESTÁ EL DIENTE Y EL TAMAÑO DEL DIENTE RETENIDO.

1.- DEBE ELIMINARSE BASTANTE HUESO PARA PERMITIR ELEVAR EL DIENTE DE SU LECHO Y EVITAR PRESIÓN YA QUE ÉSTA PRODUCE FRACTURA.

2.- JAMÁS SE EXTRAER UN DIENTE RETENIDO A TRAVÉS DE UNA ABERTURA PEQUEÑA.

3.- AL EXTRAER UN DIENTE POR UNA ABERTURA PEQUEÑA SI NO SE FRACTURA, HABRÁ TRAUMATISMO, LO QUE AUMENTA LAS COMPLICACIONES POSOPERATORIAS.

ODONTOSECCION. PROCEDIMIENTO POR EL CUAL SE SECCIONA UN DIENTE, CONSERVANDO CON ELLO MÁS TEJIDO ÓSEO.

LA TECNICA DEL SECCIONAMIENTO ES LA REDUCCIÓN DE LA CORONA EN PIEZAS PEQUEÑAS, QUE SE VAN SACANDO POCO A POCO PERMITIENDO LA CREACIÓN DE UN ESPACIO A TRAVÉS DEL CUAL SE QUITAN LAS PORCIONES RESTANTES.

VENTAJAS:

1.- EL CAMPO DE OPERACIÓN ES MÁS PEQUEÑO QUE AL TRABAJAR POCO O NADA EN LA ZONA POSTERIOR AL DIENTE, LAS INCISIONES SON MENOS EXTENSAS, ESTO SIGNIFICA, MENOS HINCHAZÓN Y MENOS TRISMUS POSOPERATORIO.

2.- LA EXÉRESIS ÓSEA ES ELIMINADA O CONSIDERABLEMENTE REDUCIDA.

3.- EL TIEMPO OPERATORIO ES CORTO.

4.- EL TRISMUS PRODUCIDO POR LA LESIÓN DE LOS LIGAMENTOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR, RESULTADO DE LA ELEVACIÓN DEL DIENTE POR EL USO DE LA FUERZA, SE -- ELIMINA USANDO PEQUEÑOS ELEVADORES.

5.- NO SE LESIONAN LOS DIENTES ADYACENTES NI EL HUESO.

6.- EL RIESGO DE LA FRACTURA ES MENOR.

DESVENTAJAS:

1.- LOS DIENTES CON SURCOS POCO PROFUNDOS NO SE PARTEN, SE DEBE SECCIONAR LA CORONA CON FRESA.

2.- DIENTES DE PACIENTES ANCIANOS, DIFÍCILES DE PARTIR, EN ESTOS CASOS LAS CORONAS SON SECCIONADAS CON FRESA.

3.- EN ALGUNAS OCASIONES ES DIFÍCIL USAR EL ESCOPLA, SIGUIENDO EL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE.

4.- EN OCASIONES NO SE PUEDE CONTROLAR EL CORTE.

ES MÁS SENCILLO UTILIZAR LA FRESA EN EL SECCIONAMIENTO DE UN DIENTE QUE EL ESCOPLA.

EL ACTO DE EXTRAER UN DIENTE DE SU ALVEOLO REQUIERE TRES PASOS.

1.- PREMENSIÓN, CONSISTE EN LA APLICACIÓN DE LOS BOCADOS DEL FORCEPS HASTA EL CUELLO ANATÓMICO DEL DIENTE, EN DONDE SE APOLLA Y A EXPENSAS DEL CUAL SE DESARROLLA LA FUERZA PARA MOVILIZAR EL DIENTE.

2.- LUXACIÓN O DESARTICULACIÓN DEL DIENTE, EN-

EL CUAL ÉSTE ROMPE LAS FIBRAS DEL PERIODONTO Y A LA VEZ -
DILATA AL ALVÉOLO INTERVINIENDO DOS MOVIMIENTOS.

A) MOVIMIENTO DE LATERALIDAD O SEA DE VESTI-
BULAR O EXTERNO, PALATINO O INTERNO,

ES MÁS LARGO EL MOVIMIENTO VESTIBULAR, PORQUE
LA TABLA EXTERNA ES MÁS FLEXIBLE, MÁS POROSA, VA A CEDER-
FACILMENTE A LA LUXACIÓN.

EL MOVIMIENTO INTERNO O PALATINO O LINGUAL ES
MÁS CORTO PORQUE EL HUESO ES MÁS COMPACTO.

B) MOVIMIENTO DE ROTACIÓN, ÉSTE ES COMPLEMEN-
TARIO DEL ANTERIOR, EL CUAL CONSISTE EN DAR MEDIO GIRO A-
LA MANO HACIA DISTAL Y MESIAL, ESTE MOVIMIENTO ÚNICAMENTE
SE DA EN DIENTES UNIRRADICULARES.

3.- EXTRACCIÓN, ES EL ÚLTIMO MOVIMIENTO DESTI-
NADO A DESPLAZAR AL DIENTE DE SU ALVÉOLO, ESTE MOVIMIENTO
SE REALIZA CUANDO LAS PRELIMINARES HAN DILATADO EL ALVÉO-
LO Y ROTO LOS LIGAMENTOS.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA. LOS FRAGMEN -
TOS ÓSEOS SE QUITAN DE LA HERIDA CON UNA CURETA PEQUEÑA,-
SE EXTRAEN LOS RESTOS DE TEJIDO BLANDO EN EL ALVÉOLO (TE-
JIDO DE GRANULACIÓN, FOLÍCULO DE ERUPCIÓN) CUIDADOSAMENTE
CON UNA CUCHARILLA, TRATANDO DE NO LESIONAR LOS NERVIOS -
DENTARIOS INFERIORES Y VASOS CORRESPONDIENTES Y LOS BOR -
DES DE LA CRESTA ÓSEA SE ALIZAN CON LA CURETA.

SE LAVA PERFECTAMENTE LA CAVIDAD CON AGUA ES-
TERILIZADA.

EL TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA SE REALIZA-
COLOCANDO DENTRO DE ELLA MEDICAMENTOS, GASAS CON MEDICA -
MENTOS O DRENAJES.

MEDICAMENTOS USADOS EN LOS TRATAMIENTOS DE ALVEOLITIS:

- 1.- CEMENTO QUIRÚRGICO
- 2.- LAVAJES DE LOS ALVÉOLOS O CAVIDAD ÓSEA CON SOLUCIONES ANESTÉSICAS O ANTISÉPTICAS.
- 3.- SUSTANCIAS COMO VASELINA, VASELINA BORICADA, PASTAS DE DIENTES DE DISTINTAS FÓRMULAS, CALDOS Y VACUNAS.

GASAS CON MEDICAMENTOS O TAPONAMIENTO:

- 1.- GASA SOLA
- 2.- GASA IMPREGNADA CON MEDICAMENTO:
 - A) GASA YODOFORMADA
 - B) GASA XEROTORNADA
 - C) GASA EUROFORMADA
 - D) GASA CON FENOL ALCANFORADO
 - E) GASA TINTURA DE BENJUÍ

EL TAPONAMIENTO SE HACE CON DOS FINES:

- 1.- EVITAR LA ENTRADA A LA CAVIDAD DE SUSTANCIAS O CUERPOS EXTRAÑOS.
- 2.- PREVENIR LA HEMORRAGIA Y EL DOLOR.

EN CASO DE AFECCIÓN, SE HACE UN DRENAJE ENTRECAVIDAD Y EL EXTERIOR, POR UN TIEMPO VARIABLE.

EL DRENAJE, SE PUEDE HACER CON GASA O CON GOMA

SUSTANCIAS USADAS PARA LA OBTURACIÓN DE CAVIDADES ÓSEAS EN CIRUGÍA BUCAL:

1.- PENICILINA, PUEDE SER USADA SOLA O INTRODUCIDA EN EL ALVÉOLO DENTARIO, COMBINADOS CON OTROS AGENTES O MATERIALES QUE ACTÚAN COMO VEHÍCULO SIENDO ÉSTE LA GELFOAM REDUCE A UN MÍNIMO LA HEMORRAGIA.

LA PENICILINA MEDICAMENTO QUE, COLOCADO DENTRO DE LOS ALVÉOLOS O CAVIDADES ÓSEAS, CONTRIBUYE EN ALTO GRADO AL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES LOCALES POSOPERATORIAS.

2.- FIBRINFOAN, PUEDE SER USADO COMO TAL O COMO VEHÍCULO PARA OTROS MEDICAMENTOS: COMO LOS ANTIBIÓTICOS Y LA TROMBINA.

EL USO DE FIBRINFOAN PARA LA PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSOPERATORIA TIENE UNA SERIA INDICACIÓN EN CIRUGÍA BUCAL, EN HEMOFÍLIA Y EN SUJETOS CON PROBLEMAS HEMORRÁGICOS, OBTENIÉNDOSE ÓPTIMOS RESULTADOS.

SINERESIS. EN LA CIRUGÍA PRECOLOMBINA (EN PERÚ Y LOS AZTECAS EN MÉXICO) EN EL SIGLO XVI, UTILIZABAN CABELLO COMO HILO DE SUTURA, Y SI LA CICATRIZACIÓN ERA DEFECTUOSA, NO DUDABAN EN REPETIR LA OPERACIÓN.

SE ENTIENDE POR SINÉRESIS EL COSIDO QUIRÚRGICO QUE SE PRACTICA EN LOS BORDES O EXTREMOS DE UN COLGAJO, CON EL FIN DE MANTENERLOS UNIDOS, MIENTRAS SE OBTIENE LA CICATRIZACIÓN.

REGLAS GENERALES QUE RIGEN LA EJECUCION DE TODOS LOS NUDOS QUIRURGICOS.

- 1.- EL NUDO MÁS SENCILLO DEBE SER FIRME
- 2.- NO DEBE SER VOLUMINOSO, PARA EVITAR REACCIÓN TISULAR EXCESIVA.

3.- DEBE EVITARSE LA FRICCIÓN PARA EVITAR EL DELIMITAMIENTO DEL MATERIAL.

4.- LAS SUTURAS Y NUDOS, NO DEBEN HACERSE CON DEMASIADA TENSIÓN, PARA IMPEDIR QUE SE LESIONEN LOS TEJIDOS POR EXTRANGULACIÓN, Y PARA EVITAR LA RUPTURA DE LOS MISMOS.

5.- EL NUDO DEBE HACERSE DE MODO AUTOMÁTICO, NO DEBE DISTRAERSE DURANTE SU EJECUCIÓN LA ATENCIÓN DEL CIRUJANO.

6.2. INSTRUMENTAL USADO EN CIRUGIA BUCAL.

SUSRUTA (SIGLO V D. DE J.C.) FUE UNA DE LAS OBRAS MÁS AVANZADAS DE LA ANTIGÜEDAD HINDÚ, EN DONDE NOS DESCRIBE UN GRAN NÚMERO DE INSTRUMENTOS QUE DESDE ENTONCES FUERON UTILIZADOS, 121 MODELOS DE TODOS LOS TIPOS, AUNQUE SUSRUTA AÑADE QUE " EL MEJOR DE LOS INSTRUMENTOS ES LA MANO DEL CIRUJANO ".

KOEBERLÉ CREÓ Y UTILIZÓ LAS PINZAS HEMOSTÁTICAS LLAMADAS "DE CERROJO" UTILIZADAS PARA DETENER LA HEMORRAGIA, SIENDO ÉSTAS MUY DIFÍCILES DE MANTENER CERRADAS, EN 1854 KOEBERLÉ MODIFICÓ ESTAS PINZAS, REEMPLAZANDO EL SISTEMA DE "CUÑAS" POR OTRO DE SEGURO DE CREMALLERA. LA PINZA DE PÉAN CUYOS MODELOS VAN A MULTIPLICARSE, ES UTILIZADA HOY EN DÍA, SU PRINCIPIO ES LA BASE DE NUESTROS INSTRUMENTOS AUTOSTÁTICOS. SU PRIMERA VENTAJA DE ESTAS PINZAS ES LA DE PERMITIR OPERAR, COMO LO HACÍA PÉAN, CUYO EMPLEO DE ELLAS, HACEN QUE LAS MANOS NO TOQUEN NUNCA LA HERIDA.

EQUIPO. SILLÓN DENTAL, LA VENTAJA DEL SILLÓN-DENTAL DE TIPO CAMAPÉ ES QUE EL PACIENTE PUEDE SENTARSE EN FORMA MÁS CÓMODA Y CUANDO EL SILLÓN SE EMPUJA LIGERAMENTE HACIA ATRÁS, SUS PIERNAS Y SUS PIES SE ELEVAN, AYUDANDO, A MANTENER UNA MAYOR DISTRIBUCIÓN DE LA CIRCULACIÓN Y RESUMIR AL MÍNIMO EPISODIOS DE SÍNCOPE LIGERO.

UN SOPORTE PARA LA CABEZA DE TIPO BLOQUE O CIRCULAR ES PREFERIBLE A UNO DE TIPO CUNA.

LOS DOS PRIMEROS ESTABILIZAN MEJOR LA CABEZA, DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.

LAMPARA PARA ILUMINAR. LÁMPARA CON MANGO QUE PUEDEN QUITARSE PARA ESTERILIZARSE Y SE DEBE DE TENER UNJUEGO EXTRA.

LA LUZ DEBERÁ PONERSE EN POSICIÓN CORRECTA CUIDADOSAMENTE, ANTES QUE EL DENTISTA PROCEDA A LA ASEPSIA, Y DEBERÁ COMPROBARSE QUE EL RAYO DIRIGIDO ESTÉ EN LA DIRECCIÓN QUE EL OPERADOR DESEA, ESTO PERMITE QUE LOS OJOS DEL OPERADOR QUEDEN AJUSTADOS A LA LUZ DENTRO DE LA CAVIDAD BUCAL Y CONSERVA LAS PUPILAS LO SUFICIENTEMENTE DILATADAS PARA RECIBIR TANTO LUZ REFLEJADA COMO SEA POSIBLE DESDE EL ÁREA OBSERVADA.

EL SOPORTE Y LA BANDEJA DE INSTRUMENTOS. SE DEBE COLOCAR FUERA DE LA VISTA DEL PACIENTE. EL SOPORTE MAYO ESTÁ EQUIPADO CON UNA CHAROLA DE ACERO INOXIDABLE QUE PUEDE ESTERILIZARSE.

EQUIPO DE ESTERILIZACIÓN. ENTRE LOS MÉTODOS COMPLETAMENTE EFICACES DE ESTERILIZACIÓN ESTÁN LOS QUE SE REALIZAN POR MEDIO DE AUTO-CLAVE, LA ESTERILIZACIÓN POR

GAS (CON BIÓXIDO DE ETILO), Y LA QUE SE HACE CON ALTAS --
TEMPERATURAS CON CALOR SECO.

MATERIALES:

**JERINGA Y AGUJAS HIPODERMICAS. LAS HAY EN TRES
TIPOS:**

- 1.- JERINGA DE CRISTAL
- 2.- JERINGA DESECHABLE DE PLÁSTICO .
- 3.- JERINGA DE CARTUCHO (UN CILINDRO QUE PUEDE
VOLVER A USARSE Y CARTUCHOS ESTÉRILES DESECHABLES), QUE --
PUEDEN ADQUIRIRSE VACÍOS O CONTENIENDO UNA DROGA ESPECÍFI-
CA.

**AGUJAS DE SUTURA. SE PUEDEN ADQUIRIR EN UNA VA
RIEDAD DE TAMAÑOS Y FORMAS, LAS AGUJAS UNIDAS A DIVERSOS -
MATERIALES DE SUTURA PUEDEN ADQUIRIRSE EN PAQUETES ESTÉRI-
LES LISTOS PARA USARSE.**

**LA AGUJA PEQUEÑA SEMICIRCULAR DE BORDE CORTAN-
TE, ES LA IDEAL PARA LA MAYOR PARTE DE LAS SUTURAS INTRA -
BUCALES.**

**MATERIALES DE SUTURA. LA SEDA NEGRA TRENZADA -
DE TAMAÑO 3-000 ES BASTANTE SATISFACTORIO EN TRABAJOS IN --
TRABUCALES; EL TRENZADO TIENDE A IMPEDIR QUE EL HILO SE --
TUERZA Y SE ENREDE DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE SUTURAR. LA
SEDA 4-0 Ó 5-0 SE USA PARA CERRAR ALGUNOS TIPOS DE INCISIQ
NES CUTÁNEAS.**

**EL NÚMERO CRECIENTE DE CEROS EN EL TAMAÑO DEL-
MATERIAL DE SUTURA INDICA UN DIÁMETRO DECRECIENTE.**

EL HILO SE DIVIDE EN DOS GRUPOS: MATERIALES - ABSORBIBLES Y MATERIALES NO ABSORBIBLES.

LOS ABSORBIBLES (CARTGUT) SON AQUELLOS QUE SE PUEDEN ABSORBER O SER DIGERIDOS POR LOS TEJIDOS DURANTE EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN.

LOS NO ABSORBIBLES (SEDA, NYLON, ALAMBRE, ALGODÓN) NO SON AFECTADOS POR LA ACCIÓN FAGOCITARIA, Y PERMANECEN EN EL ORGANISMO, A MENOS QUE ÉSTE LOS EXPULSE O SEAN EXTRAÍDOS.

APARATOS DE IRRIGACION. DEBE DE USARSE LÍQUIDO ESTÉRIL E ISOTÓMICO, SE UTILIZAN JERINGAS DESECHABLES DE 10 ML. SON ADECUADAS PARA APLICAR LA SOLUCIÓN SALINA NORMAL ESTÉRIL DIRECTAMENTE EN EL EXTREMO DEL INSTRUMENTO CORTANTE ROTATORIO.

SEPARADORES DE BOCA. EL EMPLEO DE UN SEPARADOR DE BOCA DURANTE PROCESOS QUIRÚRGICOS PROLONGADOS, HACE QUE EL PACIENTE RELAJE LOS MAXILARES PARA EVITAR EL DESPLAZAMIENTO DE INSTRUMENTOS, TENGA VISIÓN EL OPERADOR, Y DEBERÁ ESTERILIZARSE ANTES Y DESPUÉS DE HABERLO UTILIZADO.

TIPOS DE SEPARADORES:

- 1.- SEPARADOR DE CREMALLERA DE MOLT
- 2.- SEPARADOR DE BLOQUE DE GOMA INTRABUCAL DE MCKESSON.

COMPRESORES O GASA. DE 5 x 5 CM. SIN ALGODÓN, PARA SECAR SALIVA O SANGRE EN LA INTERVENCIÓN.

**INSTRUMENTOS. LOS 8 PRIMEROS INSTRUMENTOS DEJ
CRITOS SON CORTANTES, TIENEN BORDES DE TRABAJO AFILADOS -
O ABRASIVOS SE EMPLEAN PARA INCIDIR TEJIDOS BLANDOS O PA-
RA CORTAR HUESO:**

BISTURÍ	MANGO BARD-PARKER NÚM. 3
HOJAS DE BISTURÍ	BARD-PARKER TIPO NÚM. 15 (NÚM. 11 Y 12, OPCIONAL)
TIJERAS	TIPO DEIN, RECTAS O EN ÁNGULO
PINZAS GUBIA	CLÁSICO O TIPO BLUMENTHAL
LIMA DE HUESO	DE DOS PUNTAS (HU FRIEDY NÚM. 21)
ELEVADOR DE PERIOSTIO	MULT NÚM. 9
PINZAS DE EXTRACCIÓN	SUPERIORES UNIVERSALES NÚM. 150 INFERIORES UNIVERSALES NÚMS. 151,- 23 Y 222.
ELEVADORES	RECTOS NÚMS. 1 Y 8 (HU FRIEDY) DE CRYER NÚMS. 44 Y 45 (HU FRIEDY)
PUNSONES PARA PUNTAS DE RAÍCES	HEIDBRINK NÚMS. 2 Y 3 (HU FRIEDY)
CURETAS	DOBLE PUNTA, QUIRÚRGICO CLÁSICO DE MILLER NÚMS. 10, 12 Y 13 (HU - - - FRIEDY)
PINZAS DE HEMOSTACIA DE MOSQUITO	CURVAS Y RECTAS
PORTA AGUJAS	GARDNER 12.50 DE 15 CM.

BISTURIES. EN UN MANGO DEL NÚMERO TRES, SE PUEDEN MONTAR HOJAS DEL NÚMERO 11 (HOJA RECTA O PUNTIAGUDA), - NÚM. 12 (HOJA RECTIFORME CON UN EXTREMO PUNTIAGUDO), NÚM. - 15 (HOJA CON UN BORDE CORTANTE CONVEXO, QUE SE VUELVE RECTA A MEDIDA QUE SE APROXIMA AL MANGO.

LA HOJA DEL NÚMERO 11 SE USA PARA INCIDIR ABCE- SOS, INTRODUCIENDO LA PUNTA Y CORTANDO HACIA ARRIBA AL RE- TIRAR LA HOJA PARA MITIGAR LA PRESIÓN A LOS TEJIDOS EDEMA- TIZADOS, TAMBIÉN SE UTILIZA PARA CORTES MUY CUIDADOSOS EN- BORDES DE HERIDAS, ANTES DE SUTURAR.

HOJA NÚM. 12 SE UTILIZA EN DIENTES POSTERIORES.

HOJA NÚM. 15 ES LA MÁS ÚTIL DE LAS TRES, SU TA- MAÑO AYUDA A NO TENER ACCIDENTES, SE UTILIZA PARA LAS INCI- SIONES INTRABUCALES QUE SE NECESITEN COMO REFLEXIÓN DE COL- GAJOS O DE EXPOSICIÓN DE ESTRUCTURAS QUE QUEDAN BAJO LA -- BIOS, MEJILLAS, PALADAR, LENGUA Y PISO DE BOCA.

TIJERAS. LAS TIJERAS USADAS PARA TEJIDOS BLAN- DOS NO DEBE USARSE PARA CORTAR SUTURA.

CADA PARTE DE TIJERA TIENE DOS HOJAS, SE IDEN- TIFICAN COMO ROMAS, CUANDO LOS EXTREMOS DE AMBAS HOJAS ES- TÁN REDONDOS; AFILADOS Y ROMOS, CUANDO UNA HOJA ES PUNTI- AGUDA Y LA OTRA REDONDA Y AFILADAS AMBAS HOJAS.

CINCELES Y MARTILLOS. EL CINCEL DOBLE GENERAL- MENTE SE EMPLEA PARA UNDIR DIENTES Y EL DE BICEL SENCILLO- SE COLOCA CONTRA EL HUESO CON EL BICEL HACIA ARRIBA ALEJA- DO DE LA SUPERFICIE ÓSEA.

MARTILLOS. TIENEN CABEZA PESADA, PUEDEN TENER- PLOMO O NYLÓN EN LA SUPERFICIE DE CONTACTO, PARA AMORTI -- GUAR EL RUIDO QUE HACEN AL GOLPEAR, LOS HAY DE DIFERENTES-

NÚMEROS Y FORMAS.

IMPACTADORES. HAY DOS TIPOS DE INSTRUMENTOS - DE IMPACTACIÓN: LOS CINCELES DE RESORTE Y LOS CINCELES DE MOTOR.

PINZAS GUBIA. SE UTILIZAN PARA CORTAR HUESO - O ALVEOLOTOMO.

LIMAS PARA HUESO. VIENEN EN UNA GRAN VARIEDAD DE FORMA Y TAMAÑO, LA LIMA DE DOBLE PUNTA HU FRIEDY NÚM.- 21 ES LA MÁS RECOMENDABLE PARA CIRUGÍA BUCAL, SISTEMÁTICA, USADA PARA LIMAR Y PULIR BORDES DE HUESO QUE HAN SIDO MAL TRATADOS O COMPRIMIDOS DURANTE EXTRACCIONES DE DIENTES U OTRO TIPO DE CIRUGÍA.

BURILES. BURIL REDONDO NÚM. 6 Y EL NÚM. 703 - FISURA, SON LOS MÁS COMÚNMENTE USADOS EN CIRUGÍA PARA PARTIR DIENTES Y CORTAR HUESO.

PIEDRAS DE ANULAR. SON DE DIAMANTE SE USAN PARA CORTAR HUESO O ALIZAR BORDES.

ELEVADORES DE PERIOSTIO. SE UTILIZAN PARA MANTENER LOS COLGAJOS EN RETRACCIÓN MIENTRAS SE PROSIGUE EL ACTO QUIRÚRGICO.

ELEVADORES Y FORCEPS. DESCRITOS ANTERIORMENTE.

CURETAS. LAS DE MILLER NÚMS. 10, 11 Y 12, SE EMPLEAN PARA QUITAR TEJIDO DE GRANULACIÓN DEL FONDO DE -- LOS ALVÉOLOS Y MEMBRANA QUÍSTICA.

PINZAS. HAY INFINIDAD DE PINZAS:

1.- PINZAS DE DISECCIÓN, TIENEN EL USO DE TOMAR OBJETOS PEQUEÑOS (GASA, SUTURA), TOMAR EL TEJIDO CUANDO SE ESTA SUTURANDO. FORMAS: LISAS O DENTADAS (MÁS NÚMERO O MENOS NÚMERO DE DIENTES).

2.- PINZAS DE CURACIÓN, SE UTILIZAN PARA HACER CURACIONES (ZONA RETROMOLAR, Y SUBLINGUAL) HERIDAS EN ABDOMEN.

3.- PINZAS HEMOSTÁTICAS DE KELLY (SIRVEN PARA HEMOSTASIS) PARA CUALQUIER COSA QUE SE PUEDA PINZAR, LASHAY CURVAS ESTO DA COMO VENTAJA LA VISIBILIDAD, TOMAR HILO CUANDO SE ESTÁ SUTURANDO, TOMAR EL COLGAJO CUANDO SE ESTÁ SUTURANDO.

4.- PINZAS DE MOSQUITO, TIENEN LA PUNTA MÁS PEQUEÑA, SU PECULIARIDAD ES QUE ESTÁ RALLADA, SU PUNTO DE CONTACTO ES PAREJO, ATRÁS TIENE UN ADITAMENTO QUE SE FIJA Y SE PUEDE DEJAR ASÍ YA QUE SIRVE COMO UN SEGURO.

5.- PINZAS DE ALLIS, SON RECTAS Y PINZAN SÓLO EN LA PUNTA, SE USAN PARA TUMORES (NO SE RECOMIENDAN LASHAY DENTADAS).

6.- PINZAS DE CAMPO, SIRVEN COMO SEGURO.

7.- PINZAS DE CURACIÓN, RECTAS SE USAN EN CIRUGÍA PLÁSTICA DE NARÍZ Y OJO.

8.- PORTA AGUJA, TIENEN UNA RANURA PARA QUE LA AGUJA SEA PRESIONADA, ESTÁ CUADRICULADA PARA QUE LA AGUJA NO SE RESVALE.

RETRACTORES DE MEJILLA Y DE TEJIDOS, PROPORCIONAN MEJOR VISIÓN Y MEJOR ACCESO AL ÁREA QUIRÚRGICA.

LIENZO DE CAMPO ESTÉRIL. EL LIENZO DE CAMPO - ESTÉRIL PROPORCIONA REDUCIR AL MÍNIMO LOS TRAUMATISMOS -- PSICOLÓGICOS, YA QUE AL COLOCARLO BAJO LA CABEZA DEL PA - CIENTE CUBRE LOS OJOS.

EL LIENZO ESTÉRIL TIENE UNA CAVIDAD EN LA PAR - TE QUE CORRESPONDE A LA BOCA PARA FACILITAR EL TRABAJO, Y SOBRE EL PECHO DEL PACIENTE FIJADO CON ALFILERES.

6.3. ANESTESIA LOCAL Y GENERAL

SELECCION DE ANESTESIA. LOS TIPOS DE ANESTE - SIA DISPONIBLES PARA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA SON:

- 1.- ANESTESIA REGIONAL O LOCAL
- 2.- ANESTESIA LOCAL CON SEDACIÓN CONSIDERABLE O COMPLEMENTADA POR ANESTÉSICOS GENERALES LIGEROS.
- 3.- ANESTESIA GENERAL INDUCIDA POR VÍA INTRA - VENOSA O POR INHALACIÓN.

FACTORES QUE DETERMINAN LA SEDACION DE LA - - ANESTESIA.

- 1.- EDAD Y ESTADO FÍSICO DEL PACIENTE.
- 2.- INFECCIÓN
- 3.- TRISMO
- 4.- ESTADO EMOCIONAL DEL PACIENTE.
- 5.- NATURALEZA Y DURACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
- 6.- ALERGIA
- 7.- DESEOS DEL PACIENTE
- 8.- ENTRENAMIENTO Y EQUIPO DE CONSULTORIO DEL OPERADOR.

EL PACIENTE JOVEN SE MANEJA MEJOR CON ANESTÉSICOS GENERALES, POR INHALACIÓN O EN COMBINACIÓN CON PEQUEÑAS DOSIS DE BARBITÚRICOS INTRAVENOSOS; LOS PACIENTES CON MÁS EDAD, TIENEN MÁS PROBABILIDADES DE SUFRIR ENFERMEDADES GENERALES QUE COMPLICAN EL USO DE ANESTESIA GENERAL; EL PACIENTE GERIÁTRICO SE MANEJA CON ANESTESIA LOCAL Y -- CON DOSIS ADECUADAS DE SEDANTES, PARA EVITAR CUALQUIER TEMOR, YA QUE METABOLIZA MAL LOS BARBITÚRICOS.

BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA SE INYECTA SOLUCIÓN DE ANESTESIA LOCAL EN UN ÁREA DE CELULITIS O A TRAVÉS DE ELLA; ESTO SÓLO SIRVE PARA EXTENDER LA INFECCIÓN, CON POSIBLES CONSECUENCIAS GRAVES. DESPUÉS DE HABER DISMINUIDO LAS MANIFESTACIONES TÓXICAS POR MEDIO DE ANTIBIÓTICOS Y ESTANDO EL PACIENTE HIDRATADO PUEDE ADMINISTRARSE UN ANESTÉSICO GENERAL Y EXTRAER EL DIENTE.

TRISMO O INCAPACIDAD PARA ABRIR LA BOCA, PUEDE DIFICULTAR LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTÉSICO LOCAL POR LA VÍA NORMAL.

EL CLORURO DE ETILO ROCIADO SOBRE LA PIEL LOCALIZADA SOBRE LOS MÚSCULOS EN ESPASMO, PERMITE QUE EL PACIENTE ABRA LA BOCA E INTERVENIRLO.

CUANDO EXISTE ANQUILOSIOSIS DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO MAXILAR, PUEDE LLEVARSE A CABO ANESTESIA CON BLOQUEO EXTRABUCALES.

EL ESTADO EMOCIONAL PUEDE DETERMINAR LA SELECCIÓN DE LA ANESTESIA. HAY PERSONAS QUE SUFREN FOBIA A LAS INFECCIONES DENTRO DE LA BOCA, POR ESE MOTIVO SE DEBE -- USAR ANESTÉSICO GENERAL.

SI HAY QUE TRABAJAR BAJO ANESTESIA LOCAL AL PACIENTE TEMEROSO, SERÁ NECESARIO DARLE SEDACIÓN UN DÍA --

EL PACIENTE JOVEN SE MANEJA MEJOR CON ANESTÉSICOS GENERALES, POR INHALACIÓN O EN COMBINACIÓN CON PEQUEÑAS DOSIS DE BARBITÚRICOS INTRAVENOSOS; LOS PACIENTES CON MÁS EDAD, TIENEN MÁS PROBABILIDADES DE SUFRIR ENFERMEDADES GENERALES QUE COMPLICAN EL USO DE ANESTESIA GENERAL; EL PACIENTE GERIÁTRICO SE MANEJA CON ANESTESIA LOCAL Y -- CON DOSIS ADECUADAS DE SEDANTES, PARA EVITAR CUALQUIER TEMOR, YA QUE METABOLIZA MAL LOS BARBITÚRICOS.

BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA SE INYECTA SOLUCIÓN DE ANESTESIA LOCAL EN UN ÁREA DE CELULITIS O A TRAVÉS DE ELLA; ESTO SÓLO SIRVE PARA EXTENDER LA INFECCIÓN, CON POSIBLES CONSECUENCIAS GRAVES. DESPUÉS DE HABER DISMINUIDO LAS MANIFESTACIONES TÓXICAS POR MEDIO DE ANTIBIÓTICOS Y ESTANDO EL PACIENTE HIDRATADO PUEDE ADMINISTRARSE UN ANESTÉSICO GENERAL Y EXTRAER EL DIENTE.

TRISMO O INCAPACIDAD PARA ABRIR LA BOCA, PUEDE DIFICULTAR LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTÉSICO LOCAL POR LA VÍA NORMAL.

EL CLORURO DE ETILO ROCIADO SOBRE LA PIEL LOCALIZADA SOBRE LOS MÚSCULOS EN ESPASMO, PERMITE QUE EL PACIENTE ABRA LA BOCA E INTERVENIRLO.

CUANDO EXISTE ANQUILOSIS DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO MAXILAR, PUEDE LLEVARSE A CABO ANESTESIA CON BLOQUEO EXTRABUCALES.

EL ESTADO EMOCIONAL PUEDE DETERMINAR LA SELECCIÓN DE LA ANESTESIA, HAY PERSONAS QUE SUFREN FOBIA A LAS INFECCIONES DENTRO DE LA BOCA, POR ESE MOTIVO SE DEBE -- USAR ANESTÉSICO GENERAL.

SI HAY QUE TRABAJAR BAJO ANESTESIA LOCAL AL PACIENTE TEMEROSO, SERÁ NECESARIO DARLE SEDACIÓN UN DÍA --

ANTES DE LA INTERVENCIÓN ANTES DE ACOSTARSE Y UNA HORA ANTES DE LA INTERVENCIÓN, PUEDEN ADMINISTRARSE BARBITÚRICOS INTERBUCALES DURANTE LA CIRUGÍA, PARA AUMENTAR LOS YA ADMINISTRADOS.

CUALQUIER PACIENTE QUE RECIBA UN SEDANTE DEBE IR ACOMPAÑADO POR UN ADULTO RESPONSABLE.

LOS PROCEDIMIENTOS QUE REQUIEREN MÁS DE 30 MINUTOS SE MANEJAN BAJO ANESTESIA LOCAL CON PREMEDICACIÓN. CON ANESTESIA GENERAL PROLONGADA, SERÁ NECESARIO UN TIEMPO DE RECUPERACIÓN LARGO.

LOS PACIENTES CON ANTECEDENTES DE ALERGIA A LA PROCAÍNA FRECUENTEMENTE NO SON ALÉRGICOS A LA LIDOCAÍNA, POR LAS DIFERENTES ESTRUCTURAS QUÍMICAS DEL MEDICAMENTO. REACCIONES COMUNES: NÁUSEAS, VÓMITO O CAMBIOS DE ESTADO PSICOLÓGICO.

ANESTÉSICOS. SON SALES DE SUBSTANCIAS BÁSICAS QUE AL PENETRAR A UN MEDIO ALCALINO LIBERAN ÉSTAS, SE FORMAN EN LA FIBRA NERVIOSA Y ESTO IMPIDE QUE EL SODIO ENTRE A LA MEMBRANA CELULAR.

CARACTERÍSTICAS QUE DEBE TENER UN BUEN ANESTÉSICO.

- 1.- PERÍODO DE LATENCIA CORTO 5 A 8 MINUTOS
- 2.- DURACIÓN SEGÚN EL TRATAMIENTO
- 3.- COMPATIBILIDAD CON VASOPRESORES
- 4.- ESTABILIDAD DE LAS SOLUCIONES
- 5.- DIFUSIÓN ADECUADA
- 6.- BAJA TOXICIDAD

7.- ALTA ANESTESIA SATISFACTORIA

VASOPRESORES

- 1.- EPINEFRINA**
- 2.- NEOEPINEFRINA**
- 3.- OPTOPRESIN.**

ANESTESIA PARA LOS TEJIDOS DEL MAXILAR SUPERIOR:

INYECCIÓN SUPRAPERIÓSTICA. ESTE MÉTODO SE REFIERE Estrictamente a la técnica de inyección de soluciones, directamente en los tejidos en donde se va a intervenir, esto indica que la solución anestésica depositada sobre o a lo largo del periostio debe difundirse primero a través del periostio y del hueso cortical para llegar al plexo alveolar superior de los nervios que se alojan en el hueso esponjoso.

GENERALMENTE EL HUESO CORTICAL QUE CUBRE LOS APICES DE LOS DIENTES SUPERIORES ES DELGADO Y ESTÁ PERFORADO CON UNA MULTITUD DE PEQUEÑOS AGUJEROS QUE LE DAN UN ASPECTO POROSO, ESA CONSISTENCIA PERMITE LA RÁPIDA DIFUSIÓN DEL ANESTÉSICO HACIA EL PLEXO DENTAL, SIENDO ÉSTA LA INYECCIÓN MÁS SIMPLE DE TODAS LAS UTILIZADAS EN LA ANESTESIA LOCAL.

ANESTESIA DEL MAXILAR INFERIOR:

SE INSERTA UNA AGUJA GRANDE DEL 20 Y 60 DE LARGO EN EL CENTRO DEL SEMICÍRCULO FORMADO POR EL BORDE INFERIOR DEL ARCO CIGOMÁTICO Y EL BORDE SUPERIOR AGUDO DE LA RAMA MANDIBULAR O ESCOTADURA CIGOMÁTICA.

AL ABANZAR LA AGUJA EN ÁNGULO RECTO CON LA SUPERFICIE DE LA PIEL LA AGUJA ENCONTRARÁ AL NERVIO MAXILAR-AL NERVIO MAXILAR INFERIOR APROXIMADAMENTE A UN CENTÍMETRO POR DELANTE DEL AGUJERO OVAL.

ÉSTAS DOS TÉCNICAS SON LAS USADAS EN LAS EXTRA-CCIONES DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS. EN OCASIONES SE RE-FUERZA CON LA ANESTESIA QUE SE CONOCE COMO VERTIBULAR LAR-GA.

VII. TECNICA QUIRURGICA DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS

7.1. CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

A) CLASIFICACIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS, SUGERIDA POR PELL Y GREGORY INCLUYE UNA PARTE DE LA CLASIFICACIÓN DE GEORGE B. WINTER.

A. RELACIÓN DEL DIENTE CON LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR INFERIOR Y EL SEGUNDO MOLAR:

CLASE I: HAY SUFICIENTE ESPACIO ENTRE LA RAMA Y EL LADO DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR, PARA LA ACOMODACIÓN DEL DIÁMETRO MESIODISTAL DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR.

CLASE II: EL ESPACIO ENTRE LA RAMA Y EL EXTREMO DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR ES MENOR QUE EL DIÁMETRO MESIODISTAL DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR.

CLASE III: TODO O CASI TODO EL TERCER MOLAR ESTÁ LOCALIZADO EN LA RAMA ASCENDENTE.

B. PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO:

POSICIÓN A: LA PORCIÓN MÁS ALTA DEL DIENTE, ESTÁ AL NIVEL DE LA LÍNEA OCLUSAL O POR SOBRE ELLA.

POSICIÓN B: LA PORCIÓN MÁS ALTA DEL DIENTE, ESTÁ POR DEBAJO DEL PLANO OCLUSAL, PERO POR ENCIMA DE LA LÍNEA CERVICAL DEL SEGUNDO MOLAR.

POSICIÓN C: LA PORCIÓN MÁS ALTA DEL DIENTE, ESTÁ POR DEBAJO DE LA LÍNEA CERVICAL DEL SEGUNDO MOLAR.

C. LA PORCIÓN LONGITUDINAL DEL DIENTE RETENIDO INFERIOR, EN RELACIÓN CON EL EJE LONGITUDINAL DEL SEGUNDO MOLAR (DE LA CLASIFICACIÓN DE WINTER).

- 1.- VERTICAL
- 2.- HORIZONTAL
- 3.- INVERTIDO
- 4.- MESIOANGULAR
- 5.- DISTOANGULAR
- 6.- VESTIBULOANGULAR
- 7.- LINGOANGULAR

TODAS ESTAS POSICIONES PUEDEN PRESENTARSE EN:

- A) DESVIACIÓN VESTIBULAR
- B) DESVIACIÓN LINGUAL
- C) TORSIÓN

B) CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.

1.- PROFUNDIDAD RELATIVA DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS EN EL HUESO:

CLASE A: LA PORCIÓN INFERIOR DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO, ESTÁ AL NIVEL DEL PLANO OCLUSAL DEL SEGUNDO MOLAR.

CLASE B: LA PORCIÓN INFERIOR DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO, ESTÁ SOBRE EL PLANO OCLUSAL DEL SEGUNDO MOLAR Y LA LÍNEA CERVICAL.

CLASE C: LA PORCIÓN INFERIOR DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO, ESTÁ EN LA LÍNEA CERVICAL DEL SEGUNDO MOLAR O POR SOBRE ELLA.

2.- LA POSICIÓN DEL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE RETENIDO EN RELACIÓN CON EL EJE LONGITUDINAL DEL SEGUNDO MOLAR.

DO MOLAR:

- A) VERTICAL
- B) HORIZONTAL
- C) MESIOANGULAR
- D) DISTOANGULAR
- E) INVERTIDO
- F) VESTIBULOANGULAR
- G) LINGOANGULAR

TODAS ESTAS POSICIONES PUEDEN PRESENTARSE EN:

- 1.- DESVIACIÓN VESTIBULAR
- 2.- DESVIACIÓN LINGUAL
- 3.- TORSIÓN

3. RELACIÓN DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO CON EL SENO MAXILAR.

APROXIMACIÓN SINUSAL (A.S) NO HAY HUESO O HAY UNA PEQUEÑA LÁMINA DE HUESO, ENTRE EL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO Y EL SENO MAXILAR, CONOCIDO COMO APROXIMACIÓN SINUSAL.

NO HAY APROXIMACIÓN SINUSAL (N.A.S.) HAY DOSMILÍMETROS O MÁS DE HUESO, ENTRE EL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO Y EL SENO MAXILAR.

7.2. TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA LA EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES RETENIDOS

ES UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO COMPLICADO QUE

INCLUYE LOS TEJIDOS BLANDOS, MÚSCULOS Y PARTE DEL HUESO - MÁS DURO DEL ESQUELETO, LA ZONA DE OPERACIÓN ES MUY RES - TRINGIDA Y DE DIFÍCIL ACCESO.

PASOS BASICOS EN EL PLANEAMIENTO DE LOS PROCE - DIMIENTOS OPERATORIOS.

1.- EXAMÍNESE BIEN LA RADIOGRAFÍA, PARA ESTAR SEGUROS QUE MUESTRA EL TAMAÑO EXACTO Y COMPLETO, NO ALAR - GADA O ELONGADA LA FORMA DEL DIENTE NÚMERO, TAMAÑO Y CUR - VATURA DE LAS RAÍCES ASÍ COMO CORONAS DEL DIENTE ADYACEN - TE.

2.- CLASIFIQUESE LA RETENCIÓN.

3.- SE DEBE ESTUDIAR LA RADIOGRAFÍA OCLUSAL - PARA ESTABLECER LA RELACIÓN VESTIBULOLINGUAL DEL DIENTE.

4.- SE EXAMINA LA POSICIÓN DE LAS RAÍCES EN - RELACIÓN CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR.

5.- SE HACE UN EXAMEN VITAL Y DIGITAL DE LOS - TEJIDOS DUROS Y BLANDOS QUE RODEAN EL SITIO DONDE SE LLE - VA A CABO LA CIRUGÍA.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION VERTICAL.

EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICIÓN - VERTICAL PUEDE ESTAR COLOCADO EN DISTINTAS FORMAS, CON -- RESPECTO A LAS CURVATURAS DE LA ARCADA:

1.- NORMAL (SIN DESVIACIÓN)

2.- DESVIACIÓN BUCAL

3.- DESVIACIÓN LINGUAL

4.- DESVIACIÓN BUCOLINGUAL

EN LA DESVIACIÓN BUCAL, LINGUAL Y BUCOLINGUAL, LA VARIACIÓN DE LA TÉCNICA RESIDE EN LA MAYOR O MENOR OSTEOTOMÍA DEL HUESO MESIAL Y BUCAL, EN EL PUNTO DE APLICACIÓN DEL ELEVADOR; Y LA DIRECCIÓN EN QUE DEBE MOVERSE EL MOLAR RETENIDO, ESTARÁ DE ACUERDO CON LA FORMA DE DESVIACIÓN.

EN LOS TRES TIPOS DE DESVIACIÓN, SE USAN DIFERENTES DE ODONTOSECCIÓN.

RETENCION VERTICAL SIN DESVIACION, CARA MESIAL ACCESIBLE.

TÉCNICA DE WINTER, CUANDO SÓLO SE NECESITA USAR LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR RETENIDO.

INCISION. CON EL OBJETO DE PROTEGER EL FESTÓNGINGIVAL DE LOS TRAUMATISMOS OPERATORIOS, WINTER REALIZA UNA PEQUEÑA INCISIÓN PERPENDICULAR QUE SE TRAZA SOBRE LA LENGÜETA MESIAL DEL MOLAR RETENIDO.

ESTE TIPO DE INCISIÓN SE REALIZA EN TODOS AQUELLOS CASOS DE RETENCIONES DENTARIAS QUE NO TIENEN PROBLEMAS PARA LA EXTRACCIÓN.

OSTEOTOMIA. TODO EL HUESO QUE EXISTA POR EL LADO DISTAL EN CONTACTO CON LA CORONA DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICIÓN VERTICAL, DEBE SER ELIMINADO PARA QUE EL DIENTE HAGA UN ARCO DE CÍRCULO O SEA QUE LA CORONA DEL MOLAR SEA DIRIGIDA HACIA LA RAMA MONTANTE DEL MAXILAR.

LA CANTIDAD DE HUESO A RESECARSE ES DE ACUERDO

CON LA FORMA RADICULAR, LA RELACIÓN DEL BORDE SUPERIOR DE LA OSIESTRUCTURA CON LA BIFURCACIÓN DE LAS RAÍCES Y LA DISTANCIA QUE EL DIENTE NECESITA PARA SER DIRIGIDO FUERA DE SU ALVÉOLO, HACIA DISTAL Y HACIA ARRIBA POR LA APLICACIÓN DEL ELEVADOR EN LA SUPERFICIE MESIAL O MESIOBUCAL.

LA FORMA DE LAS RAÍCES INDICA EL MOVIMIENTO -- DEL MOLAR Y LA CANTIDAD DE HUESO A RESECARSE.

AMBAS RAÍCES DIRIGIDAS HACIA DISTAL SE DEBE RESECAR BASTANTE HUESO, PARA QUE EL DIENTE PUEDA DESCRIBIR EL ARCO QUE CORRESPONDE LA FORMA RADICULAR Y NO ENCUENTRE HUESO DISTAL QUE SE OPGA A ESTE MOVIMIENTO.

RAÍZ MESIAL DIRIGIDA HACIA DISTAL Y RAÍZ DISTAL RECTA: LA CANTIDAD DE HUESO A ELIMINARSE DEBE SER TAL, QUE PERMITA AL MOLAR DIRIGIRSE HACIA ATRÁS SIGUIENDO EL ARCO DE SU RAÍZ MESIAL.

RAÍZ MESIAL DIRIGIDA HACIA DISTAL Y RAÍZ DISTAL HACIA MESIAL: DEBE DE RESECARSE SUFICIENTE HUESO PARA QUE EL DIENTE PUEDA SER DIRIGIDO HACIA DISTAL.

RAÍCES RECTAS: NO NECESITAN UNA GRAN ELIMINACIÓN DE HUESO DISTAL.

LA TÉCNICA DE LA RESECCIÓN ÓSEA CON LOS OSTEÓTOMOS DE WINTER: LA FUNCIÓN DE ESTE INSTRUMENTO CONSISTE EN EXTRAER O RESECAR LAS PARTES ÓSEAS QUE SE HALLAN COLOCADO SOBRE LOS LADOS DE MOLARES RETENIDOS.

EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA, EMPLEO DE ELEVADORES: LOS ELEVADORES DE WINTER ESTÁN NÚMERADOS DEL 1 AL 9 (ELEVADORES DE APLICACIÓN MESIAL); 9 (ELEVADOR DE APLICACIÓN MESIOBUCAL), Y LOS NÚMEROS 10, 11, 12 Y 13 (APLICACIÓN BUCAL).

ELECCIÓN DEL ELEVADOR: EL ELEVADOR DEBE ESTAR DE ACUERDO CON EL ANCHO DEL ESPACIO INTERDENTARIO 1 (L O R) SE USA CUANDO EL ESPACIO ESTÁ EN CONTACTO CON EL SEGUNDO MOLAR. EL 2 (L O R) PERMITE SU COLOCACIÓN EN UN ESPACIO REDUCIDO.

INTRODUCCIÓN DEL ELEVADOR: SE INTRODUCE SUAVEMENTE EN EL ESPACIO INTERDENTARIO, ENTRE LOS LABIOS DE LA INCISIÓN DE LA MUCOSA Y ACTÚA COMO CUÑA EN EL PRIMER TIEMPO, PERMITIENDO EL DESPLAZAMIENTO DEL MOLAR HACIA EL LADO DISTAL, ELEVANDO Y LUXANDO EL MOLAR RETENIDO.

MOVIMIENTO DEL ELEVADOR: LA PARTE PLANA DE LA HOJA SE APLICA CONTRA LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR Y - SU BORDE EN LA PARTE SUPERIOR DE LA ESTRUCTURA ÓSEA.

MOVIMIENTO DEL ELEVADOR: SE INICIA EL MOVIMIENTO DESTINADO A ELEAR EL DIENTE HACIENDO GIRAR EL MANGO DEL INSTRUMENTO EN EL SENTIDO DE LAS HOJAS DEL RELOJ, - PARA OPERAR EN EL LADO DERECHO O A LA INVERSA EL MOVIMIENTO DE LAS AGUJAS AL ACTUAR EN EL IZQUIERDO. EL INSTRUMENTO ACTÚA COMO PALANCA DE PRIMER GÉNERO. EL MOLAR SE ELEVA Y SE DESPLAZA HACIA DISTAL

ELIMINACIÓN DEL MOLAR: LUXANDO EL DIENTE PUEDE SER EXTRAIDO DE SU ALVÉOLO CON PINZAS PARA EXTRACCIÓN - O CON EL MISMO ELEVADOR A NIVEL DE LA BIFURCACIÓN RADICULAR, GIRANDO EL INSTRUMENTO HACIA AFUERA, SOBRE SU EJE -- CON PUNTOS DE APOYO EN EL BORDE ÓSEO, SE LEVANTA EL MOLAR HACIA ARRIBA Y ADENTRO.

EXTRACCIÓN POR OSTEOTOMIA O FRESA. EL USO DE LA FRESA ES EXCELENTE YA QUE ES POCO TRAUMATIZANTE USÁNDO LAS CON LAS PREVENCIÓNES DEBIDAS.

LA FRESA DEBE SER NUEVA Y CORTANTE Y RENOVARLA POR CADA EXTRACCIÓN Y DEBEN REFRIGERARSE CON AGUA ESTERILIZADA O SUERO FISIOLÓGICO, PARA EVITAR SU RECALENTAMIENTO.

TIPO DE FRESA (NÚM. 506) COLOCADA EN UN ÁNGULO RECTO.

INCISIÓN. LA INCISIÓN SE INDICA A UN CM. DE LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR, LLEGA HASTA ESTA CARA Y SE PROLONGA HACIA DELANTE, CONTORNEANDO EL CUELLO DE LOS DIENTES HASTA EL PRIMER PREMOLAR, PERMITE UN AMPLIO COLGAJO QUE DA UN AMPLIO ACCESO Y VISIBILIDAD, ESTE COLGAJO NO ES SECCIONADO VERTICALMENTE, NI TRAUMATIZADO, Y DESCANSA SOBRE HUESO SANO.

OSTEOTOMÍA. LA FRESA SE INTRODUCE EN EL ESPACIO QUE ELLA MISMA CONSIGUE CREARSE, ENTRE LA CARA DISTAL DEL TERCER MOLAR Y LA PORCIÓN ÓSEA DISTAL, REALIZANDO TANTA OSTEOTOMÍA COMO SE REQUIERA LA EXTENSIÓN DEL HUESO Y LA DISPOSICIÓN RADICULAR.

LA FRESA ES UN INSTRUMENTO DE USO DIARIO DEL ODONTÓLOGO, SU MANEJO, SUS ALCANCES Y SUS PELIGROS, ESTÁN EN LA MENTE DE TODOS LOS PROFESIONALES.

PROCESO DE LA EXTRACCIÓN. CUANDO NO SE DISPONE DE LOS ELEVADORES DE WINTER, SE PUEDE USAR OTRO TIPO DE ELEVADORES.

EL PUNTO DE APOYO SOBRE LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR Y DIRIGIENDO EL INSTRUMENTO HACIA DELANTE (MESIAL) LA HOJA DEL INSTRUMENTO DESPLAZA AL MOLAR HACIA ATRÁS (EL SEGUNDO MOLAR DEBE REUNIR LAS CONDICIONES: INTEGRIDAD DE SU CORONA, SOLIDEZ DEL MACIZO RADICULAR).

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A ESCOPLA. PARA REALIZAR LA OSTEOTOMÍA DISTAL SE UTILIZA UN ESCOPLA DE MEDIA CAÑA, PERPENDICULARMENTE DIRIGIDO HACIA LA SUPERFICIE ÓSEA Y CON GOLPES DE MARTILLO SE RESECA EL HUESO, EN PEQUEÑAS PORCIONES, HASTA DESCUBRIR LA SUFICIENTE CANTIDAD DEL MOLAR, CON EL FIN DE QUE SEAN VENCIDAS LAS RESISTENCIAS (HUESO DISTAL Y PUNTO DE CONTACTO).

EXTRACCION POR ODONTOSECCION. TIENEN INDICACIONES EN AQUELLOS CASOS DE RAÍCES DIVERGENTES CON EXTRAORDINARIA CEMENTOSIS.

RETENCION VERTICAL, SIN DESVIACION, CARA MESIAL INACCESIBLE. ES NECESARIO PREPARAR UNA VÍA DE ACCESO A LA CARA MESIAL YA QUE SE ENCUENTRA SITUADO POR DEBAJO DE LAS ESTRUCTURAS ÓSEAS.

TECNICA DE WINTER, INCISION. SE HACE UNA INCISION DE DOS RAMAS: UNA BUCAL TRAZADA EN LA LENGÜETA INTERDENTARIA BUCAL, SIMILAR A LA RAMA BUCAL DE LAS OTRAS INCISIONES; OTRA RAMA DISTAL TRAZADA SOBRE EL ÁNGULO BUCOCLUSAL DEL MOLAR RETENIDO.

OSTEOTOMIA. SE PRACTICA COMO EN LA RETENCIÓN VERTICAL, CON LA CARA MESIAL ACCESIBLE. CON LOS OSTEÓTOMOS I R Y I L SE EXTIRPA EL HUESO DISTAL O PARA LA APLICACIÓN DEL ELEVADOR EN LA CARA MESIAL DEL MOLAR ES NECESARIO RESECAR PARTE DE LA OSTEOSTRUCTURA MESIAL Y SE EMPLEA EL OSTEÓTOMO NÚMS. 8 R Y 8 L.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. USO DEL ELEVADOR, LA TÉCNICA DEL USO DEL ELEVADOR ES LA MISMA QUE EN -

EL CASO ANTERIOR.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA.

OSTEOTOMIA. EL OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN ES ELIMINAR SUFICIENTE HUESO COMO PARA PODER VENCER LA RESISTENCIA MECÁNICA DEL MOLAR IMPLANTADO EN EL HUESO.

SE REALIZA EN LA TAPA ÓSEA UNA SERIE DE PERFORACIONES, QUE LLEGUEN PROFUNDAMENTE HASTA EL MOLAR RETENIDO, SE UNEN LOS ORIFICIOS CREADOS POR LA FRESA, CON PEQUEÑOS GOLPES DE ESCOPLA O CON UNA FRESA DE FISURA NÚM. 557.

RESECCIÓN ÓSEA EN DISTAL. EL OBJETIVO ES PERMITIR A ESTE NIVEL EL SUFICIENTE ESPACIO EN EL ÓRGANO DENTARIO.

RESECCIÓN ÓSEA EN MESIAL. EL OBJETIVO ES OBTENER UN ESPACIO SUFICIENTE PARA COLOCAR LA HOJA DE UN ELEVADOR Y SE REALIZA CON UNA FRESA REDONDA DEL NÚM. 5 MONTADA EN LA PIEZA MANO.

PROCESO EXTRACTIVO. EL ELEVADOR PENETRA CON UNA ANGULACIÓN DE 45° RESPECTO AL EJE DEL MOLAR, EL ELEVADOR SE ABRE CAMINO EN LA VÍA ÓSEA CREADA POR LA OSTEOTOMÍA MESIAL Y VA AL ENCUENTRO DE LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR.

EL PUNTO DE APOYO ES EN EL BORDE ÓSEO Y EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR, SE TRATA DE LUXAR EL DIENTE HACIA DISTAL, CON PEQUEÑOS MOVIMIENTOS DE TORSIÓN DEL INSTRUMENTO HACIA MESIAL Y HACIA DISTAL (CONDICIONADA POR LA FORMA DE LAS RAÍCES), LUXANDO EL MOLAR, SE ELIMINA DEL ALVÉOLO CON UN ELEVADOR WINTER NÚM. 10 (L O R) DE APLICACIÓN BUCAL, O HACIENDO PALANCA CON UN ELEVADOR DE HOJA FL

NA, COLOCADO POR EL LADO BUCAL, ENTRE LA CORONA DEL MOLAR Y LA TABLA ÓSEA EXTERNA; SI NO HUBIERA POSIBILIDADES DE INTRODUCIR ESTOS INSTRUMENTOS A NIVEL DE LA CARA BUCAL, SE PRACTICA CON UNA FRESA REDONDA UNA MUESCA U ORIFICIO EN LA PARTE MEDIA DEL HUESO BUCAL, ESTA VÍA FACILITA LA COLOCACIÓN DEL ELEVADOR Y LA EXTRACCIÓN DEL MOLAR.

RETENCION VERTICAL. AUSENCIA DE DIENTES VECINOS.

LOS DIENTES VECINOS PUEDEN ESTAR AUSENTES EN SU TOTALIDAD Y EN OCASIONES PRODUCEN ACCIDENTES INFLAMATORIOS O BIEN SÓLO FALTA EL SEGUNDO MOLAR.

EL TERCER MOLAR PUEDE PRESENTARSE DE VARIOS MODOS: LA RETENCIÓN PUEDE SER PARCIAL O TOTAL Y TOTALMENTE INTRAÓSEO O SUBGINGIVAL.

LA TÉCNICA ESTÁ GUIADA POR LOS PRINCIPIOS YA SEÑALADOS.

ES NECESARIO ELIMINAR SUFICIENTE CANTIDAD DE HUESO COMO PARA PODER LLEGAR A LA CARA MESIAL Y COLOCAR ALLÍ LOS ELEVADORES.

INCISION. EN CASO DE RETENCIÓN TOTAL SE USA LA INCISIÓN ANGULAR, LA RAMA LONGITUDINAL DE LA INCISIÓN ES TRAZADA A NIVEL O UN POCO MÁS ADENTRO DEL BORDE LINGUAL DEL MOLAR Y SOBRE PASA LOS LÍMITES DEL BORDE MESIAL, LA OTRA RAMA LA CORTA PERPENDICULARMENTE Y LLEGA HASTA LA PROXIMIDAD DEL SURCO VESTIBULAR.

OSTEOTOMIA. EL HUESO QUE CUBRE EL MOLAR ES RESECADO CON ESCOPILOS (OSTEÓTOMOS DE WINTER, ESCOPILOS A MANO) O FRESAS (REDONDAS NÚMS. 5, 6 U 8).

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. ELEVADORES INDICADOS NÚMS. 11, 12 Y 13 (L O R) DE WINTER O SUS SIMILARES.

SE INTRODUCE LA HOJA DEL ELEVADOR ENTRE LA CARA MESIAL DEL ELEVADOR Y LA PARED MESIAL DEL ALVÉOLO; EL PUNTO DE APOYO ES EN EL BORDE ÓSEO MESIAL, SE GIRA EL MANIGO DEL INSTRUMENTO EN SENTIDO MESIAL, CON LO CUAL SE LOGRA ELEVAR EL MOLAR HACIA ARRIBA Y HACIA DISTAL.

EN LAS PRESENTACIONES CON LA CARA MESIAL INACCESIBLE DEBE EMPLEARSE EL MÉTODO DE LA ODONTOSECCIÓN CON FRESAS, DEL MOLAR, SEGÚN SU EJE MENOR, Y LA EXTRACCIÓN DE CADA PARTE POR SEPARADO.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION MESIOANGULAR.

EN ESTE TIPO DE RETENCIÓN SE AUNAN DOS PROBLEMAS QUIRÚRGICOS QUE HAY QUE RESOLVER.

EN GENERAL EL MOLAR RETENIDO SE ENCUENTRA ALEJADO MÁS PROFUNDAMENTE Y LA CANTIDAD DE HUESO DISTAL SUELE ESTAR DISPUESTO CON MÁS ABUNDANCIA EN LAS RETENCIONES-MESIOANGULARES.

INCISION. SE HACE SOBRE EL BORDE BUCAL DEL MOLAR RETENIDO Y EN LAS MISMAS PROPORCIONES QUE LA ANTERIOR, CON EL FIN DE EVITAR TRAUMATISMO Y LACERACIÓN DEL BORDE GINGIVAL INTERDENTARIO, SE TRAZA UNA INCISIÓN BUCAL DESDE EL BORDE DE LA ENCÍA, HACIA ABAJO Y LIGERAMENTE HACIA DELANTE.

OSTEOTOMIA. EL TRIÁNGULO ÓSEO DISTAL ES ELIMI-

NADO CON UN OSTEÓTOMO NÚMS. 2 R Y 2 L O CON LA TÉCNICA -- USUAL. EL BORDE CORTANTE DEL CINCEL SE APOYA EN LA SUPERFICIE A INCIDIR Y BAJO PRESIÓN MANUAL SE ELIMINA A PEQUEÑOS TROZOS, TODO EL HUESO NECESARIO.

LA CANTIDAD DE HUESO A ELIMINAR ESTÁ INDICADO POR EL GRADO DE VERSIÓN DEL MOLAR (A MAYOR INCLINACIÓN MESIAL, MAYOR OSTEOTOMÍA) Y POR LA FORMA RADICULAR, SIGUIENDO LAS NORMAS ANTERIORES.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. LA ELECCIÓN DEL ELEVADOR ES DE ACUERDO A LA FORMA Y TAMAÑO DEL ESPACIO INTERDENTARIO EXISTENTE ENTRE LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR Y LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR Y BORDE SUPERIOR DEL INTERSEPTUM SON LOS QUE RIGEN EL TIPO DE ELEVADOR QUE SE VA A EMPLEAR.

AL INTRODUCIR EL ELEVADOR ENCONTRAMOS EL ESPACIO INTERDENTARIO DIRIGIDO HACIA ABAJO Y EN SENTIDO LINGUAL ACTUANDO EN ESTE PRIMER TIEMPO COMO CUÑA, CON LIGEROS MOVIMIENTOS GIRATORIOS, EL MANGO DEL INSTRUMENTO DIRIGIDO HACIA MESIAL Y DISTAL.

LA PARTE PLANA DEL ELEVADOR ES APLICADA CONTRA LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR, SU BORDE INFERIOR, SOBRE EL BORDE SUPERIOR DEL ESPACIO INTERDENTARIO.

LOS MOVIMIENTOS DE ESTE INSTRUMENTO DEBEN SER EN SENTIDO MESIAL Y DE ACUERDO CON LA DISPOSICIÓN Y FORMA RADICULAR, SE GRADÚA LA FUERZA NECESARIA PARA ELEVAR EL MOLAR.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA CON FRESA.

OSTEOTOMIA, ESTÁ INDICADA PARA ESTE TIPO DE -

RETENCIÓN. SE USA UNA FRESA REDONDA NÚMS. 4, 5 U 8 COLOCADA EN LA PIEZA DE MANO O EN EL CONTRAÁNGULO, SE HACEN UNOS PEQUEÑOS ORIFICIOS EN EL HUESO, LOS CUALES DEBEN LLEGAR -- HASTA EL MOLAR RETENIDO; LA PORCIÓN ÓSEA LIMITADA ENTRE -- LOS PUNTOS PERFORADOS POR LA FRESA Y EL TERCER MOLAR, SE -- ELIMINAN CON UN GOLPE DE ESCOPLA COLOCANDO HACIA DISTAL.

LA CANTIDAD DE HUESO A RESECAR ESTÁ DE ACUERDO CON EL GRADO DE INCLINACIÓN DEL MOLAR, LA FORMA Y DISPOSICIÓN DE SUS RAÍCES Y EL CONTACTO CON EL MOLAR ANTERIOR.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. LA TÉCNICA DE LA EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA, ES LA YA MENCIONADA ANTERIORMENTE.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A ESCOPLA.

OSTEOTOMIA. SE USA UN ESCOPLA DE MEDIA CAÑA, - PERPENDICULARMENTE DIRIGIDO HACIA LA SUPERFICIE ÓSEA Y CON GOLPES DE MARTILLO SE RESECA EL HUESO, EN PEQUEÑAS PORCIONES, HASTA DESCUBRIR LA SUFICIENTE CANTIDAD DEL MOLAR, CON EL FIN DE QUE SEAN VENCIDAS LAS RESISTENCIAS (HUESO DISTAL Y PUNTO DE CONTACTO).

EN CASOS DE QUE EL MOLAR ESTÉ MUY PROFUNDO, ES MÁS SENCILLO SECCIONARLO LONGITUDINALMENTE Y ELIMINANDO -- LAS CÚPIDES MESIOBUCAL Y MESIOLINGUAL CON UN DISCO DE CARBURUNDO, SI NO SE ELIMINA EL PUNTO DE CONTACTO DE LAS CÚPIDES, HABRÁ QUE EXTIRPAR HUESO POR LO MENOS HASTA LA MITAD DE LA RAÍZ.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. SE REALIZA COMO LA EXTRACCIÓN CON FRESA.

EXTRACCION POR ODONTOSECCION. ESTE MÉTODÓ ESTÁ INDICADO EN ESTE TIPO DE RETENCIÓN Y SE PUEDEN USAR DOS -- FORMAS DISTINTAS: SE DIVIDE EL DIENTE SEGÚN SU EJE MAYOR, - O BIEN SE DIVIDE EN SU EJE MENOR.

LA ODONTOSECCIÓN EN LOS MOLARES RETENIDOS SE - REALIZA CON DISCOS, PIEDRAS DE CARBURUNDO, FRESAS, ESCOPLO RECTO DE MEDIA CAÑA.

RETENCION MESIOANGULAR. AUSENCIA DE DIENTES VE CINOS. LA TÉCNICA QUIRÚRGICA DEBE VENCER SOLAMENTE LAS RESISTENCIAS ÓBEAS QUE CUBREN EL MOLAR, LA OSTEOTOMÍA PUEDE- HACERSE A ESCOPLO O A FRESA, LA ODONTOSECCIÓN SÓLO SE APLI CA EN CASOS DE CEMENTOSIS O RAÍCES DIVERGENTES.

INCISION. EN CASO DE RETENCIÓN COMPLETA SE USA LA INCISIÓN ANGULAR, SI EL MOLAR ESTÁ PARCIALMENTE ERUPCIO NADO, SE APLICA LA MISMA CLASE DE INCISIÓN YA DESCRITA.

OSTEOTOMIA A ESCOPLO. CON UN ESCOPLO FINO O DE MEDIA CAÑA SE RESECA EL HUESO DISTAL PARA DEJAR AL DESCU - BIERTO LA CORONA.

LA RESECCIÓN DE HUESO POR EL LADO MESIAL ESTÁ- CONDICIONADA POR LA LIBERTAD DE ACCESO A LA CARA MESIAL, - SOBRE LA CUAL SE APLICARÁ EL ELEVADOR.

OSTEOTOMIA A FRESA. EL LADO DISTAL SE OPERA -- CON UNA FRESA, EN EL ÁNGULO RECTO, LA OSTEOTOMÍA MESIAL ES REALIZADA CON FRESA REDONDE NÚM. 7 MONTADA EN PIEZA DE MA- NO.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. SON ÚTILES LOS -

ELEVADORES DE WINTER NÚMS. 8 Y 12 (R O L) O LOS ELEVADORES ANGULARES DE ASH.

SE COLOCA LA HOJA DEL INSTRUMENTO ENTRE LA CARA MESIAL DEL MOLAR Y LA SUPERFICIE ANTERIOR DEL ALVÉOLO, SE GIRA EL MANGO DEL INSTRUMENTO HACIA MESIAL CON LO QUE SE CONSIGUE ELEVARE EL MOLAR HACIA ATRÁS Y ARRIBA, LA FUERZA APLICADA ES DE ACUERDO CON EL GRADO DE OSTEOTOMÍA O DE DISPOSICIÓN RADICULAR.

LOS ELEVADORES RECTOS (ELEVADORES ANGULARES DE WINTER DE APLICACIÓN BUCAL) PUEDEN SER COLOCADOS ENTRE LA CARA BUCAL Y LA PARED EXTERNA DEL HUESO, POR MOVIMIENTOS ROTATORIOS DEL MANGO DEL INSTRUMENTO DE DERECHA A IZQUIERDA SE CONSIGUE LUXAR EL MOLAR.

EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICIÓN DISTOANGULAR. LAS DIFICULTADES DE LA EXTRACCIÓN RESIDEN EN LA POSICIÓN DEL MOLAR, PARA SU EXTRACCIÓN DEBE SER DIRIGIDO HACIA DISTAL, ES DECIR, HACIA LA RAMA ASCENDENTE Y EN LA CANTIDAD DE HUESO QUE HAY QUE ELIMINAR PARA VENCER EL CONTACTO DEL TERCER MOLAR CON LA RAMA.

PARA LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR AISLADO, SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS SEMEJANTES A LA RETENCIÓN VERTICAL.

SE PUEDE USAR LA TÉCNICA DE WINTER EN CASOS DE DISTOVERSIONES, CON LA CARA TRITURANTE EXPUESTA EN SUS TRES CUARTOS ANTERIORES Y EN CASOS DE ANGULACIÓN POCO EXAGERADA.

EL TERCER MOLAR EN DISTOVERSIÓN SE HALLA PODEROSAMENTE ANCLADO AL MAXILAR POR SU CARA DISTAL Y TRITURANTE, EN ESTOS CASOS LOS ELEVADORES SON DE MUY DIFÍCIL

APLICACIÓN Y CUANDO SE CONSIGUE UBICARLOS Y LUXAR EL MOLAR, ÉSTE SE DIRIGE SIGUIENDO LA CURVATURA RADICULAR, HACIA LA RAMA MONTANTE, EN DONDE TIENE TENDENCIA A ANCLARSE, POR TAL MOTIVO ES NECESARIO USAR MÉTODO DE OSTEOTOMÍA A ESCOPLLO Y LA ODONTOSECCIÓN QUE DIVIDE AL MOLAR Y FACILITA LA EXTRACCIÓN.

INCISION. SI EL MOLAR ESTÁ PARCIALMENTE ERUPCIONADO, PUEDE UTILIZARSE LA INCISIÓN SEÑALADA.

EN RETENCIONES PROFUNDAS Y COMPLETAS SE USA LA INCISIÓN ANGULAR.

OSTEOTOMIA. CON EL OSTEÓTOMO NÚM. 1 (R O L) Ó 3 (R O L) SE LLEGA HASTA LA PORCIÓN ÓSEA QUE CUBRE LA CARA TRITURANTE Y DISTAL DEL MOLAR RETENIDO Y SE ELIMINA. EL HUESO QUE CUBRE LA CARA TRITURANTE ES RESECADO CON LOS INSTRUMENTOS NÚMS. 35 Y 11 (R O L), Y SOBRE EL HUESO DE LA CARA TRITURANTE CON NÚM. 5 SE HACEN ORIFICIOS EN LOS CUALES SE DESCUBRE LA CARA DEL DIENTE RETENIDO, EL HUESO DE LA CARA BUCAL ES RESECADO.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. LOS ELEVADORES SE COLOCAN EN LA CARA MESIAL CERCA DEL BORDE BUCAL E INTRODUCIENDO COMO SI FUERA UNA CUÑA, ENTRE EL MOLAR Y EL HUESO, EL MOLAR SE DESVÍA HACIA ARRIBA Y HACIA ATRÁS, GIRANDO EL MANGO DEL INSTRUMENTO HACIA EL LADO BUCAL, CONSIGUIENDO ASÍ DESPLAZAR AL MOLAR.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA Y ESCOPLLO. SE SACRIFICA UNA CANTIDAD DE HUESO CONSIDERABLE.

INCISION. SE REALIZA UNA LARGA INCISIÓN QUE -

PERMITA UN COLGAJO AMPLIO QUE DESCUBRA PERFECTAMENTE EL -- CAMPO OPERATORIO.

ESTA INCISIÓN PARTE DE 2 CM. POR DETRÁS DE LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR Y CORRE PRÓXIMO A LA CARA -- DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR RODEA A ESTA CARA Y LA BUCAL DESDE LA LENGÜETA INTERDENTARIA ENTRE EL SEGUNDO Y EL PRIMER-MOLAR, SE DIRIGE HACIA ABAJO FUERA Y DELANTE, SE SEPARAN -- LOS LABIOS DE LA INCISIÓN Y SE MANTIENE EL COLGAJO PARA -- PERMITIR UNA PERFECTA VISIÓN DEL HUESO A RESECARSE.

OSTEOTOMIA. SE HACE LA OSTEOTOMÍA DE LA CARA -- DISTAL Y DE LA CARA TRITURANTE DEL MOLAR RETENIDO, LA CANTIDAD DE HUESO A RESECARSE POR LA CARA DISTAL, DEBE SER TODA LA EXISTENTE ENTRE UNA PERPENDICULAR TRAZADA DESDE EL -- PUNTO MÁS DISTAL DEL MOLAR RETENIDO A LA CARA MESIAL DEL -- MOLAR.

OSTEOTOMÍA MESIAL. CON UNA FRESA REDONDA, NÚMS. 6 Ó 7, SE RESECA EL HUESO QUE CUBRE LA CARA MESIAL DE LA -- CORONA Y TERCIO SUPERIOR DE LA RAÍZ DEL TERCER MOLAR O SEA SE ELIMINA EL TABIQUE INTERDENTARIO YA QUE ESTO SUPRIME TODAS LAS RETENCIONES ÓSEAS QUE SE OPONGAN A LA EXTRACCIÓN Y DISMINUCIÓN DE LOS RIESGOS DE UNA FRACTURA DENTARIA O DEL-MAXILAR, POR EXCESO DE FUERZA.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. SE INTRODUCE UN-ELEVADOR NÚM. 12 ENTRE LA CARA BUCAL DEL MOLAR Y EL HUESO-BUCAL, TRATANDO DE MOVERLO, DE LA MISMA FORMA SE HACE EN -- DISTAL, APOYÁNDOSE SOBRE LA CARA TRITURANTE Y EN LINGUAL.

CON ESTO SE LUXA EL DIENTE RETENIDO, UTILIZAN-DO UN ELEVADOR FINO PUESTO EN LA CARA DISTAL, ENTRE LA CA-RRA TRITURANTE Y EL HUESO; SE GIRA EL MANGO DEL INSTRUMENTO

HACIA DELANTE, SE ELEVA EL MOLAR, CUYA EXTRACCIÓN ES COMPLETADA CON UN INSTRUMENTO NÚM. 10, DE APLICACIÓN BUCAL.

EXTRACCIÓN POR ODONTOSECCIÓN. LA OSTEOTOMÍA Y LA ODONTOSECCIÓN SE COMPLEMENTAN, LA CANTIDAD DE HUESO A RESECARSE Y EL TIPO DE LA ODONTOSECCIÓN, ESTÁN DADAS POR LA CANTIDAD DE HUESO DISTAL, EL GRADO DE INCLINACIÓN DEL MOLAR Y LA FORMA Y DISPOSICIÓN DE SUS RAÍCES.

PARA SER EXTRAÍDO EL TERCER MOLAR EN POSICIÓN-DISTONAGULAR DEBE TRAZAR UN ARCO Y DIRIGIRSE EN LA RAMA MONTANTE; LA PROXIMIDAD DE LA CARA TRITURANTE O DEL BORDE-DISTOTRITURANTE DEL MOLAR CON EL HUESO DE LA RAMA ASCENDENTE, OBLIGA A SUPRIMIR EL TROZO DE DIENTE QUE SE OPGA A LA REALIZACIÓN DEL ARCO.

LA ODONTOSECCIÓN SE REALIZA, COMO EN LAS OTRAS RETENCIONES, CON FRESAS O CON ESCOPLA AUTOMÁTICO.

LA SECCIÓN DE LA CORONA SE REALIZA CON UNA FRESA DE FISURA, MONTADA EN LA PIEZA DE MANO, LA FRESA SE DIRIGE PARALELAMENTE A LA LÍNEA CERVICAL DEL MOLAR RETENIDO Y SE INTRODUCE EN EL ESPACIO CREADO POR LA OSTEOTOMÍA ENTRE LA CARA BUCAL DEL MOLAR Y LA TABLE ÓSEA EXTERNA, ES NECESARIO DESGASTAR PREVIAMENTE EL ESMALTE CORONARIO CON UNA PIEDRA MONTADA NÚM. 36, LA CUAL PREPARA UN MUESCA EN EL DIENTE SEPARANDO LA CORONA DE LA RAÍZ.

LA EXTRACCIÓN DE LA CORONA SE HACE INTRODUCIENDO UN INSTRUMENTO DELGADO EN EL ESPACIO CREADO POR LA FRESA, SE PROYECTA LA CORONA TODO LO DISTALMENTE, CON UNA CUCHARILLA O UN ELEVADOR ANGULAR SE BUSCA LA VÍA DE MENOR RESISTENCIA, ELEVÁNDOSE LA CORONA DEL MOLAR.

LA EXTRACCIÓN DE LA RAÍZ DEPENDE DE SU FORMA Y

DISPOSICIÓN.

LO MÁS SENCILLO ES DESPLAZAR LAS RAÍCES HACIA DISTAL, SIGUIENDO EL EJE DE LAS CURVATURAS DE LAS RAÍCES.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIORES RETENIDO EN POSICION HORIZONTAL. PUEDEN APLICARSE LAS MISMAS -- TÉCNICAS QUE LAS USADAS EN LAS RETENCIONES MESIOANGULAR, -- LOS MÉTODOS USADOS EN ESTE TIPO DE RETENCIÓN SE USA LA -- ODONTOSECCIÓN, DISMINUYE EL ESFUERZO OPERATORIO Y LOS -- RIESGOS POSOPERATORIOS SON MENORES.

CARA MESIAL ACCESIBLE.

INCISION. SIGUE LOS PRINCIPIOS ENUNCIADOS QUE LAS OTRAS RETENCIONES.

OSTEOTOMIA. SE USA LA MISMA TÉCNICA DE LA RETENCIÓN MESIOANGULAR, CON LOS OSTEÓTOMOS 2 Y 4 (R O L) SE ELIMINA LA CANTIDAD DE HUESO NECESARIO.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. LA FORMA Y TAMAÑO DEL ESPACIO MESIAL INDICA EL NÚMERO DE ELEVADORES A -- USARSE. INTRODUCIÉNDOSE ENTRE LA CARA MESIAL Y EL BORDE -- ÓSEO Y EL MOLAR ES DESPLAZADO HACIA ARRIBA EN SENTIDO DISTAL, LA DIRECCIÓN Y FUERZA EJERCIDA SOBRE EL ELEVADOR ESTÁN EN RELACIÓN CON LA FORMA Y DISPOSICIÓN RADICULAR.

CARA MESIAL INACCESIBLE. EN ESTE CASO, LA SUPERFICIE MESIAL ES MÁS BAJA QUE EL BORDE SUPERIOR DE LA -- OSEIESTRUCTURA Y EL ACCESO A LA CARA MESIAL SÓLO PUEDE CONSEGUIRSE INCIDIENDO EL HUESO.

OSTEOTOMIA. LA RESECCIÓN DEL HUESO QUE CUBRE LA CARA DISTAL DEL TERCER MOLAR SE REALIZA POR LOS MISMOS PROCEDIMIENTOS YA ENUNCIADOS, SI EL MOLAR ESTÁ EN COMPLETA RETENCIÓN INTRAÓSEA, LA OSTEOTOMÍA SE REALIZA CON EL INSTRUMENTO NÚM. 5 (R O L), CON EL CUAL SE PRACTICA UN ORIFICIO SOBRE LA CUBIERTA ÓSEA.

LA OSTEOTOMÍA BUCAL SE PRACTICA CON LOS OSTEÓTOMOS NÚMS. 6 U 11 (R O L), LA OSTEOTOMÍA REALIZADA EN LA CARA BUCAL ES USADA, PARA PERMITIR LA ENTRADA Y APLICACIÓN DEL ELEVADOR.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. EN EL ESPACIO CREADO POR EL OSTEÓTOMO SE INTRODUCE UN ELEVADOR NÚM. 2 (R O L) EN LA CARA MESIAL DEL MOLAR RETENIDO, SE DIRIGE EL MANGO DEL INSTRUMENTO HACIA ABAJO Y EL MOLAR SE DESPLAZA HACIA DISTAL Y HACIA ARRIBA.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA Y ESCOPLA. SE DEBE ELIMINAR MÁS HUESO QUE EL ELIMINADO EN LA TÉCNICA DE WINTER. EL MOLAR RETENIDO DEBE TRAZAR, COMO YA SE HA DICHO, UN ARCO CUYO CENTRO ESTÁ CERCA DEL ÁPICE.

INCISION. LA INCISIÓN DESCUBRE LA CARA BUCAL DEL SEGUNDO MOLAR.

OSTEOTOMIA. CON UNA FRESA REDONDA NÚM. 5 Ó 6 SE RESECA EL HUESO DISTAL.

SI LA CARA MESIAL NO ES ACCESIBLE, SE PRACTICA LA OSTEOTOMÍA A FRESA EN LA CARA BUCAL PARA PERMITIR LA APLICACIÓN DEL ELEVADOR.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. CON UN ELEVADOR DE WINTER NÚM. 2 (R O L) O CON UN ELEVADOR RECTO COLOCADO ENTRE LA CARA MESIAL DEL MOLAR Y EL BORDE ÓSEO, SE DIRIGE EL MOLAR HACIA ARRIBA Y HACIA EL LADO DISTAL.

EXTRACCION POR ODONTOSECCION. SE PUEDE REDUCIR LA CANTIDAD DE OSTEOTOMÍA DISTAL, APLICANDO EL PROCEDIMIENTO DE LA ODONTOSECCIÓN.

SE PUEDE HACER LA ODONTOSECCIÓN POR DOS DIFERENTES TÉCNICAS: SEGÚN SE EJE MENOR, ESTA TÉCNICA SE ENCUADRA CON LA ESTUDIADA ANTERIORMENTE PARA LA RETENCIÓN MESIOANGULAR; SE CORTA EL DIENTE EN LA ALTURA DEL CUELLO, CON UNA FRESA DE FISURA, MONTADA EN EL ÁNGULO RECTO.

LA EXTRACCIÓN DE LAS PARTES SECCIONADAS SE EFECTÚA COMO EN LAS ANTERIORES TÉCNICAS.

EXTRACCIÓN DEL MOLAR SECCIONADO SEGÚN SU EJE MAYOR, ESTE MÉTODO ES EMPLEADO CUANDO ESTÁ LIGERAMENTE DESVIADO HACIA BUCAL.

SE PRACTICA LA SECCIÓN CON UN ESCOPLA ANCHO, APLICÁNDOSE SOBRE EL CENTRO DE LA CARA TRITURANTE, DIVIDIÉNDOSE EL MOLAR EN DOS PORCIONES MESIAL Y DISTAL QUE SON EXTRAÍDAS POR SEPARADO.

CUANDO LA PORCIÓN MESIAL ESTÁ SÓLIDAMENTE RETENIDA, ES ÚTIL SEPARARLA EN DOS PORCIONES CON UNA FRESA DE FISURA.

RETENCION HORIZONTAL, AUSENCIA DE DIENTES VECINOS. EL MOLAR PUEDE ENCONTRARSE EN TOTAL RETENCIÓN ÓSEA O SER ÉSTA SUBGINGIVAL, LA ACCESIBILIDAD DE LA CARA MESIAL DETERMINARÍA LA CANTIDAD DE OSTEOTOMÍA.

LA APLICACIÓN DEL ELEVADOR SE HACE SOBRE LA CARA MESIAL Y EL MOLAR SE DIRIGE HACIA ARRIBA Y HACIA DISTAL SIN LA TABLA QUE REPRESENTA EL SEGUNDO. EN ALGUNAS OCASIONES PUEDE EXTRAERSE SIN SER SECCIONADO, APLICANDO LAS TÉCNICAS PARA LA RETENCIÓN MESIOANGULAR, CON LAS VARIANTES QUE IMPONE LA HORIZONTALIDAD DEL MOLAR.

APLICANDO LA OSTEOTOMÍA Y LA ODONTOSECCIÓN SE EVITAN LOS RIESGOS Y EL TRAUMATISMO.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIORES RETENIDO EN POSICION LINGOANGULAR. SU CARA TRITURANTE ESTÁ DIRIGIDA CON GRADO DE INCLINACIÓN VARIABLE HACIA LA TABLA LINGUAL DEL MAXILAR, EL EXAMEN RADIOGRÁFICO MUESTRA EL MOLAR SEGÚN SU EJE MAYOR; SU PRESENTACIÓN RADIOGRÁFICA ES DE UN DISCO.

ESTOS MOLARES, EN GRAN PORCENTAJE PRESENTAN SUS RAÍCES INCOMPLETAS.

PARA EFECTUAR LA EXTRACCIÓN DEBE ELIMINARSE EL HUESO QUE CUBRE LA CARA SUPERIOR (COMO EL MOLAR ESTÁ GIRADO, PUEDE SER LA CARA BUCAL O DISTAL), Y EL HUESO DE LA CARA INTERNA (QUE CUBRE LA CARA TRITURANTE) Y LA SUFICIENTE CANTIDAD DE HUESO DISTAL, PARA PODER DIRIGIR EL MOLAR HACIA ARRIBA Y HACIA DISTAL.

INCISION. LA RAMA ANTEROPOSTERIOR DE LA INCISIÓN DEBE SER TRAZADA AL MISMO NIVEL QUE LA TABLA INTERNA DEL HUESO, LA RAMA VERTICAL SEPARA LA ENCÍA QUE CUBRE EL MOLAR RETENIDO DE LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR, Y SE CONTINÚA HACIA AFUERA, ADELANTE Y ABAJO, COMO LAS OTRAS INCISIONES.

OSTEOTOMIA. SE RESECA EL HUESO QUE CUBRE LA CARA SUPERIOR Y LA CARA TRITURANTE, PUEDE EMPLEARSE LA TÉCNICA DE WINTER.

LA OSTEOTOMÍA SE PUEDE EFECTUAR CON ESCOPIO O CON FRESA (REDONDA NÚM. 8), ES NECESARIO REALIZAR UNA AMPLIA OSTEOTOMÍA DE ABORDAJE, PUES ESTOS MOLARES TIENDEN A RODARSE EN EL INTERIOR DE LA CAVIDAD ALVEOLAR, LA TÉCNICA DE LA OSTEOTOMÍA DEBE SER COMPLETADA CON LA DE ODONTOSECCIÓN.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. SE INTRODUCE UN ELEVADOR NÚM. 2 Ó 7 ENTRE LA CARA MESIAL Y EL HUESO TRATÁNDOSE DE ELEVAR EL MOLAR HACIA ARRIBA Y HACIA ATRÁS.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA. SE ELIMINA EL HUESO DE LA TABLA LINGUAL CON UNA FRESA DE FISURA DEL NÚM. 650 O CON FRESA REDONDA, MONTADA EN EL ÁNGULO RECTO O EN LA PIEZA DE MANO.

LA ODONTOSECCIÓN EN ESTE TIPO DE MOLARES TIENE MUY BUENOS RESULTADOS.

SI POSEE RAÍCES SE SECCIONA A NIVEL DE SU CUELLO CON FRESA REDONDA O TAMBIÉN SE PUEDE DIVIDIR LA CORONA CON EL MISMO INSTRUMENTO O CON UN ESCOPIO, COLOCADO SOBRE LA CARA OCLUSAL EN CASOS DE QUE NO TENGAN RAÍCES SE ELIMINA CADA FRAGMENTO CON UN ELEVADOR DE CLEV-DENT O CON UNA PINZA DE KOCHER CURVA PEQUEÑA, ESTE INSTRUMENTO LOGRA ASIR, Y ELEVAR MEJOR QUE EL ELEVADOR, LOS SEGMENTOS SECCIONADOS POR LA FRESA.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION BUCAL. EN EL EXAMEN RADIOGRÁFICO LA CARA TRI-

TURANTE SE HALLA DIRIGIDA HACIA LA MEJILLA, APARECIENDO - EL MOLAR COMO UN DISCO.

LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICIÓN BUCAL SIGUE LOS MISMOS PRINCIPIOS YA MENCIONADOS, - LA SECCIÓN DEL DIENTE EN EL SENTIDO DE SU EJE MENOR, DIVIDIÉNDOLO CON UNA FRESA DE FISURA DE MESIAL A DISTAL, LAS PARTES SE EXTRAEN POR SEPARADO.

EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS EN POSICION MESIOANGULAR.

INCISION. SE HACE SOBRE LA CRESTA DEL REBORDE, DESDE LA TUBEROSIDAD HASTA EL SEGUNDO MOLAR, AGREGÁNDOSE UN COMPONENTE VERTICAL EN FORMA OBLICUA HACIA ARRIBA Y HACIA DELANTE, PARA TERMINAR SOBRE LA RAÍZ MESIOBUCAL DEL SEGUNDO MOLAR.

EN COLGAJO MUCOPERIÓSTICO SE ELEVA CON CURETA MOLT NÚM. 4.

OSTEOTOMIA. SE COLOCA EL CINGEL PARA HACER UN CORTE VERTICAL PARALELO A LA RAÍZ DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR.

USANDO LIGERAMENTE EL MARTILLO SE LOGRará LLEGAR AL TEJIDO ESPONJOSO BLANDO Y A LA CORONA DE ESMALTE, - SE SIENTE POCO DESPUÉS DE PENETRAR LA PLACA CORTICAL ELEVÁNDOSE LENTAMENTE SOBRE EL LADO BUCAL DEL DIENTE.

EN CASO DE IMPACTACIÓN CONSIDERABLE SE DEBE EXTRAER COMPLETAMENTE.

SE USA UNA CURETA PARA SERCIORARSE SI HAY ACCESO ENTRE EL SEGUNDO MOLAR Y EL TERCER MOLAR.

CUANDO NO EXISTE ESPACIO SERÁ NECESARIO USAR PRESIÓN CONTROLADA Y CONSIDERABLE CON EL ELEVADOR PARA FORZAR LA PUNTA DEL INSTRUMENTO EN EL ESPACIO INTERDENTARIO, EL HUESO DISTAL DEBERÁ EXTRAERSE EN ESTE CASO.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. SE USAN LOS -- ELEVADORES EN PUNTA DE LANZA, NÚMS. 34 Y 14.

LA PUNTA DEL ELEVADOR SE FORZA ENTRE LOS -- DIENTES EN EL ÁREA DE OSISECCIÓN, Y SE APLICA FUERZA RECTA HACIA ABAJO Y A BUCAL.

LA PUNTA DEL BORDE INFERIOR DEL ELEVADOR ENTRA EN CONTACTO CON EL CUELLO ANATÓMICO DEL DIENTE Y LO-ELEVA.

SE TIENE CUIDADO AL VOLTEAR DISTALMENTE EL - ELEVADOR (HACIA ATRÁS) PUESTO QUE ESTO AUMENTA LA POSIBILIDAD DE FRACTURAR LA TUBEROCIDAD.

EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS EN POSICION VERTICAL.

INCISION. Es LA MISMA QUE SE USA EN LA RETENCIÓN DISTOANGULAR.

OSTEOTOMIA. SE HACE UN CORTE ÓSEO VERTICAL - PARALELO AL BORDE MESIAL DEL DIENTE IMPACTADO, EL DELGADO HUESO QUE ESTÁ SOBRE LA SUPERFICIE BUCAL DEL DIENTE - SE ELIMINA CUIDADOSAMENTE; EL CINCEL SE INTRODUCE CUIDADOSAMENTE EN LA PARTE POSTERIOR DE LA SUPERFICIE DISTAL, CON EL OBJETO DE CREAR ESPACIO PARA HACER MOVIMIENTOS HACIA ATRÁS.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. SE INTRODUCE -- UNO DE LOS ELEVADORES DE HOJA DELGADA, DE CUALQUIER TIPO, COMO NO HA SIDO POSIBLE EXTIRPAR HUESO EN ESTE ESPACIO,-- SERÁ NECESARIO USAR FUERZA CONSIDERABLE, EL INSTRUMENTO PUEDE EMPUJARSE EN ESE ESPACIO POR LO TANTO, EL DIENTE PODRÁ EXTRAERSE FACILMENTE, OCASIONALMENTE SE MOVERÁ HACIA- ABAJO, TAN RÁPIDAMENTE QUE PUEDE SER DEGLUTIDO O ASPIRADO, POR TAL MOTIVO DEBE COLOCARSE UNA GASA QUE CUBRA LA BUCO- FARINGE PARA EVITAR ESTA CLASE DE PROBLEMAS.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION INVERTIDA. LA TÉCNICA A EMPLEARSE PARA LA EX- TRACCIÓN VARÍA DE ACUERDO CON LA PROFUNDIDAD DEL MOLAR EN EL HUESO Y SU ACCESIBILIDAD A LA CARA MESIAL.

LOS MOLARES RELATIVAMENTE SUPERFICIALES SE EX- TRAEEN PREVIA RESECCIÓN DE HUESO QUE CUBRE LA CARA MÁS CER- CA AL BORDE ALVEOLAR, QUE ES LA DISTAL.

LA ODONTOSECCIÓN SE REALIZA CON UNA FRESA DE- FIGURA, SEGÚN EL EJE MAYOR DEL DIENTE, Y DIVIDIENDO A ÉS- TE EN DOS ELEMENTOS, SEGÚN LA POSICIÓN DEL MOLAR SE PUE- DEN EXTRAER PRIMERO LA RAÍZ Y LUEGO LA CORONA, Y A EXPEN- SAS DEL ESPACIO CREADO SE ELIMINA LO QUE QUEDA.

LOS MOLARES PROFUNDAMENTE UBICADOS CONSTITU- YEN UN SERIO PROBLEMA QUIRÚRGICO, SE HACE UNA EXTENSA OS- TEOTOMÍA Y UNA CUIDADOSA ODONTOSECCIÓN DEL MOLAR, SE DEBE EMPLEAR CUIDADO EXTREMO EN ESTE TIPO DE INTERVENSIÓN.

EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES RE- TENIDOS EN POSICION DISTOANGULAR. LA IMPACTACIÓN DISTOAN- GULAR, REQUIERE UN COLGAJO QUIRÚRGICO MAYOR Y ELIMINACIÓN EXTENSA DE HUESO CIRCUNDANTE.

INCISION. SE HACE UNA INCISIÓN EN LA CRESTA - MEDIA, EXTENDIÉNDOSE DESDE EL SEGUNDO MOLAR A LA CURVA DE LA TUBEROSIDAD, Y LAS EXTENSIONES VERTICALES O BUCAL Y -- LINGUAL SE HACEN DISTALES AL SEGUNDO MOLAR, ESTE COLGAJO- EXPONE TODA LA TUBEROSIDAD ÓSEA.

OSTEOTOMIA. SE HACE UNA INCISIÓN ÓSEA VERTI - CAL EN DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR HASTA EL ÁREA DE LA PUNTA, SE ELIMINA EL HUESO DE LA CRESTA ALVEOLAR Y BUCAL; EL ÁREA DISTAL A LA IMPACTACIÓN SE EXPONE CUIDADOSAMENTE CON UN -- CINCEL, POR PRESIÓN MANUAL SUAVE.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. EL DIENTE SE ELE VA HACIENDO PALANCA SOBRE EL LADO MESIAL, TAN CERCA DE LA- PUNTA COMO LO PERMITA EL ACCESO, EL SEGUNDO INSTRUMENTO SE COLOCA SIMULTÁNEAMENTE SOBRE LA SUPERFICIE DISTAL (CURETA- MOLT NÚM. 5), PARA SEGUIR AL DIENTE HACIA ABAJO.

SI EL DIENTE SUFRE PRESIÓN DISTOANGULAR GRAVE, SE USA UN ELEVADOR NÚM. 14 SOBRE LA SUPERFICIE CORONARIA - DISTAL, PARA LLEVAR AL DIENTE HACIA ABAJO Y HACIA DELANTE- Y EN OCASIONES SE DEBE DE HACER LA ODONTOSECCIÓN Y EXTRAER SE CON PINZAS.

EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETE NIDOS EN POSICION HORIZONTAL. LA TÉCNICA USADA PARA LA EX- TRACCIÓN QUIRÚRGICA EN LA POSICIÓN HORIZONTAL, ES LA MISMA QUE SE USA PARA LA POSICIÓN DISTOANGULAR, LO ÚNICO QUE VA- RÍA ES QUE EN ESTE TIPO DE RETENCIÓN, SE HACE UNA MAYOR OS- TEOTOMÍA.

7.3. TRATAMIENTO POSOPERATORIO

LA ASISTENCIA POSOPERATORIA EN LOS PACIENTES-TRATADOS EN CIRUGÍA BUCAL ES MUY IMPORTANTE.

DEBE CONSIDERARSE AL PACIENTE EN SU TOTALIDAD ATENDIENDO BIENESTAR, NUTRICIÓN, DESCANSO Y ACTIVIDADES.

APÓSITO DE GASA. AL TERMINAR LA OPERACIÓN DEBEN COLOCARSE APÓSITOS DE GASA HÚMEDA PARA OCLUIR AL ALVÉOLO Y EJERCER PRESIÓN SOBRE LA MEMBRANA MUCOSA, EVITANDO CON ELLO LA ACUMULACIÓN DE SANGRE BAJO EL COLGAJO, DE ESTA MANERA SE ELIMINA LA SANGRE DEL ALVÉOLO MIENTRAS SE LLEVA A CABO LA COAGULACIÓN.

EL PACIENTE DEBE CARGAR LOS APÓSITOS DURANTE 30 A 45 MINUTOS DESPUÉS DE LA OPERACIÓN; SI AL QUITARSE EL APÓSITO CONTINÚA EL SANGRADO, SE DEBE COLOCAR OTRO DURANTE EL MISMO TIEMPO.

COMPRESAS CALIENTE Y FRÍA. SE ACONSEJA AL PACIENTE QUE COLOQUE HIELO ENVUELTO EN TELA O COMPRESAS FRÍAS SOBRE LA CARA DURANTE 8 HORAS SIGUIENTES DE LA OPERACIÓN, EL HIELO DEBE APLICARSE 20 MINUTOS Y QUITARSE PARA PONER 10 MINUTOS EL AGUA CALIENTE Y ASÍ EN FORMA ALTERNATIVA; EL FRÍO ES PARA REDUCIR AL MÍNIMO LA INFLAMACIÓN, EL CALOR AUMENTA LA CIRCULACIÓN Y ESTO PROPORCIONA BIENESTAR.

HIGIENE BUCAL. EL PACIENTE NO DEBE ENJUAGARSE NI ESCUPIR LAS PRIMERAS DOCE HORAS DESPUÉS DE LA OPERACIÓN, DESPUÉS DE ESTE TIEMPO DEBE CEPILLARSE BIEN LOS DIENTES Y LA LENGUA, COMO DE COSTUMBRE.

DIETA. SE INSTRUYE AL PACIENTE A CERCA DE LOS ALIMENTOS Y LÍQUIDOS, QUE DEBE INGERIR ALIMENTOS PARA BEBÉ

DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA; GELATINA, FLAN, NATILLAS, POLVOS-PARA PREPARAR BEBIDAS QUE CONTENGAN SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS, PREPARACIONES DE DIETA LÍQUIDA, JUGOS DE FRUTA, ESPECIALMENTE QUE CONTENGAN VITAMINA C, SOPAS.

LAS BEBIDAS CARBONATADAS SON REFRESCANTES YA-QUE QUITAN EL MAL SABOR Y LAS NÁUSEAS, QUE TIENE EL PA-CIENTE.

SUEÑO. EL PACIENTE DEBE DORMIR SOBRE DOS AL-MOHADAS CUBIERTAS POR UNA TOALLA CON LA CABEZA EN UN ÁNGU-LO APROXIMADO A 30° , YA QUE CON LA CABEZA ELEVADA PUEDE -DEGLUTIR LAS SECRECIONES, ESTO AYUDA A REDUCIR LA PÉRDIDA DE LÍQUIDO, YA QUE ES POSIBLE PERDER HASTA 500 ML. DE LÍ-QUIDO POR ESCURRIMIENTO DURANTE LA NOCHE.

ACTIVIDAD FÍSICA. DEBE EVITARSE EL TRABAJO FÍ-SICO EXTENUANTE Y LOS DEPORTES, NO DEBEN INTENTARSE INME-DIATAMENTE DESPUÉS DE LA OPERACIÓN REALIZAR TRABAJOS SE-DENTARIOS QUE HAGAN PRESIÓN MECÁNICA.

MEDICACIÓN POSOPERATORIA. SE LE DA UN ANALGÉ-SICO PARA EL DOLOR, SE DEBE PRESCRIBIR UNA RECETA EN DON-DE TENGA TODAS LAS INDICACIONES A SEGUIR, ADEMÁS LOS ANAL-GÉBICOS Y ANTIBIÓTICOS COMO MEDICACIÓN SISTEMÁTICA EN EL-PERÍODO POSOPERATORIO.

INFLAMACIÓN Y TRISMOS. EL GRADO DE INCAPACI-DAD ES VARIABLE Y A VECES INESPERADO, LA INFLAMACIÓN Y --TRISMOS DURANTE LAS 48 HORAS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA SE --ATRIBUYEN AL TRAUMATISMO ASOCIADO CON LA CIRUGÍA.

EL AUMENTO DE LA TEMPERATURA Y LA INFLAMACIÓN SON PRUEBAS DE INFECCIÓN POR LO QUE DEBE DE RECETARSE AN-TIBIÓTICO.

CITAS POSOPERATORIAS. SI SE HAN COLOCADO SUTURAS, APÓSITOS, DEBE ESTABLECERSE FECHA Y HORA DEFINIDAS - PARA SU PRÓXIMA CITA, CON EL FIN DE RETIRARLAS.

TRATAMIENTO POSOPERATORIO EN PACIENTES TRATADOS BAJO ANESTESIA GENERAL.

1.- AL DESPERTAR EL PACIENTE SE LE HACE SALIVAR EN UNA RIÑONERA.

2.- SE VIGILA EL VÓMITO, YA QUE SI SE PRESENTA MANCHARÍA LA ROPA DEL PACIENTE Y ÉSTO HAY QUE EVITARLO.

3.- DESPUÉS DE UNOS INSTANTES DE RECUPERADO - EL PACIENTE SE PONE DE PIE, YA QUE EL REFLEJO POSTURAL LO DESPIERTA DEL TODO.

4.- SE RECUESTA UNOS MINUTOS AL PACIENTE.

5.- DEBERÁ SEGUIR LAS MISMAS INSTRUCCIONES -- POSOPERATORIAS DESCRITAS ANTERIORMENTE.

7.4. COMPLICACIONES CAUSADAS POR TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

LA EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS - ES UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO COMPLICADO QUE INCLUYE A - LOS TEJIDOS BLANDOS, MÚSCULO Y PARTE DEL HUESO MÁS DURO - DEL ESQUELETO, LA ZONA DE LA OPERACIÓN ES MUY RESTRINGIDA Y DE DIFÍCIL ACCESO, ESTÁ MUY VASCULARIZADA.

FACTORES QUE COMPLICARÁN LA TÉCNICA OPERATORIA.

1.- CURVATURAS ANORMAL DE LOS DIENTES.

2.- HIPERCEMENTOSIS

3.- PROXIMIDAD AL CONDUCTO DENTARIO

4.- GRAN DENSIDAD ÓSEA , ESPECIALMENTE EN LOS PACIENTES ANCIANOS.

5.- ESPACIO FOLICULAR LLENO DE HUESO, LO QUE SE OBSERVA CON MAYOR FRECUENCIA EN PACIENTES CON MÁS DE 25 AÑOS.

6.- A VECES LAS CORONAS DE LOS DIENTES RETENIDOS EN ANCIANOS, SON PARCIALMENTE POR ACTIVIDAD OSTIOCLÁSICA Y LA SUPERFICIE EROSIONANDO SE LLENA DESPUÉS DE HUESO POR LA ACTIVIDAD OSTIOBLÁSICA, EL RESULTADO ES UNA ANQUILOSIS ENTRE DIENTE Y HUESO, QUE NECESITA REMOCIÓN COMPLETA DE TODO EL HUESO ALREDEDOR DE LA CORONA, ANTES DE SER LUXADO EL DIENTE.

7.- ACCESO DIFÍCIL AL CAMPO OPERATORIO CAUSADO POR:

A) MÚSCULO ORBICULAR DE LOS LABIOS PEQUEÑOS-

B) INCAPACIDAD PARA ABRIR BIEN LA BOCA

C) LENGUA GRANDE E INCONTROLABLE

FACTORES QUE COMPLICAN LA TÉCNICA OPERATORIA EN DIENTES RETENIDOS SUPERIORES.

1.- PROXIMIDAD DEL SENO DEL MAXILAR

2.- UBICACIÓN DEL TERCER MOLAR EN PARTE DENTRO DE LAS RAÍCES DEL SEGUNDO MOLAR SUPERIOR O INMEDIATAMENTE POR ENCIMA DE ELLAS.

3.- FUSIÓN DEL TERCER MOLAR CON LAS RAÍCES DEL SEGUNDO.

4.- PROXIMIDAD DEL HUESO CIGOMÁTICO DEL MAXILAR.

COMPLICACIONES QUE PUEDEN OCURRIR DURANTE LA-
EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS O DESPUES DE ELLA.

1.- EXPOSICIÓN DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR

2.- CORTE DEL NERVIO DENTARIO INFERIOR O LESIÓN O COMPRESIÓN DEL NERVIO, LO QUE DA COMO RESULTADO UNA INSENSIBILIDAD PROLONGADA A PARALISIS DEL LABIO.

3.- TRISMO AGUDO QUE IMPIDE LA MASTICACIÓN.

4.- FRACTURA DE RAÍCES. LAS DEL TERCER MOLAR-SUPERIOR PUEDEN SER FORZADAS HACIA EL SENO MAXILAR, LAS DEL INFERIOR PUEDEN SER DISLOCADAS A TRAVÉS DE LA DELGADA O AUSENTE CORTICAL LINGUAL HACIA EL ESPACIO SUBMAXILAR; SI EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR ESTÁ EN CONTACTO CON LOS ÁPICES DEL TERCER MOLAR INFERIOR, UNA PEQUEÑA FRACTURA -- DEL ÁPICE PUEDE SER IMPULSADA DENTRO DEL CONDUCTO CUANDO SE HACEN LOS INTENTOS DE EXTRACCIÓN, A MENOS QUE SE TOMEN GRANDES CUIDADOS.

5.- DESGARRAMIENTO DE LOS VASOS SANGUÍNEOS -- POR LESIÓN O COMPRESIÓN DE LA ARTERIA Y VENA DENTARIA INFERIOR, CAUSANDO INTERRUPCIÓN DEL APORTE SANGUÍNEO AL COLGAJO PALATINO DURANTE MUCHO TIEMPO, LO QUE DA LUGAR A NECROSIS.

6.- FRACTURA IMPORTANTE DE LA APÓFISIS ALVEOLAR.

7.- TRAUMATISMO O DESPLAZAMIENTO DE LOS DIENTES VECINOS; LO CUAL PUEDE HACERLES PERDER SU VITALIDAD U ORIGINAR PROCESOS INFECCIOSOS PERIAPICALES.

8.- DECOLORACIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS, POR DEBAJO Y POR ENCIMA DE LA MANDÍBULA, DEBAJO DEL OJO, MEJILLAS Y LABIO INFERIOR; ESTO DEPENDE DEL OPERADOR, Y ES RESULTADO DE UNA EQUIMOSIS PRODUCIDA POR UNA HEMORRAGIA-POSOPERATORIA.

9.- LESIONES EN LOS LABIOS, MEJILLAS Y MUCOSAS POR EL USO DE INSTRUMENTOS.

10.-APERTURA DEL SENOS MAXILAR.

11.-CAÍDA DE DIENTES DENTRO DEL SENOS MAXILAR

12.-EMPUJAR UN TERCER MOLAR SUPERIOR DENTRO DE LA FOSA PTERIGOMAXILAR.

13.-COMUNICACIÓN CON LA CAVIDAD NASAL.

14.-PÉRDIDA DE GRAN PARTE DE LA APÓFISIS ALVEOLAR POR NECROSIS DEBIDO AL MAL PLANEAMIENTO DE LA TÉCNICA PARA LA EXTRACCIÓN DE DIENTE RETENIDO, LO QUE SE -- PRODUCE GENERALMENTE POR UN GRAN TRAUMATISMO DEL HUESO, - EXCESO DE PRESIÓN CON EL ELEVADOR, ESCOPILOS NO AFILADOS, QUEMADURA DEL HUESO POR LAS FRESAS USADAS A MUCHA VELOCIDAD O CARENTES DE FILO.

15.-FRACTURA DEL MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR.

16.-EXTENSAS LACERACIONES Y GRAN TRAUMATISMO DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

17.-EXPOSICIÓN EXAGERADA DE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES VECINOS QUE PUEDEN DAR COMO RESULTADO LA PÉRDIDA DE ESTOS DIENTES.

18.-UN ÁPICE EMPUJADO A LA REGIÓN SUBMAXILAR- O AL SENOS MAXILAR O AL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR.

19.-DOLOR QUE PUEDE SER DOLOR NORMAL POR SU -

TRAUMA NORMAL O EL DOLOR INTENSO DE LA ALVEOLITIS (LLAMADA ALVÉOLO SECO).

CAUSAS DE LA EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS.
LOS DIENTES RETENIDOS PUEDEN SER EXTRAÍDOS A CAUSA DE LA PRESENCIA DE INFECCIONES CRÓNICAS, REABSORCIÓN PATOLÓGICA DE LOS DIENTES ADYACENTES Y ESTRUCTURA ÓSEA BLOQUEADA, COMO SE VE EN LOS QUISTES Y TUMORES; DOLOR, FRACTURA Y -- OTRAS COMPLICACIONES.

INFECCIONES CAUSADAS POR DIENTES RETENIDOS. -
PERICORONITIS, ABCESES ALVEOLARES CRÓNICOS O AGUDOS, OSTIITIS SUPURATIVA CRÓNICA, NECROSIS, OSTIOMIELETIS.

DOLOR CAUSADO POR DIENTES RETENIDOS. EL DOLOR PUEDE SER REFLEJO NO SOLAMENTE EN LA ZONA DE DISTRIBUCIÓN DE LOS NERVIOS INTERESADOS SINO TAMBIÉN EN LOS PLEXOS NERVIOSOS ASOCIADOS Y REGIONES MÁS ALEJADAS; A MENUDO, EL DOLOR SE REFLEJA EN EL OÍDO; EL DOLOR PUEDE SER REFLEJADO Y LOCALIZADO EN EL ÁREA INMEDIATA DEL DIENTE RETENIDO, PUEDE SER GRAVE Y AGUDÍSIMO E INCLUIR TODOS LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES, EN EL LADO AFECTADO, EL OÍDO Y LA ZONA POS-AURICULAR, CUALQUIER PARTE ATRAVEZADA POR EL NERVIIO TRIGÉMINO Y AÚN TODA LA ZONA INERVADA POR ESTE NERVIIO.

EL DOLOR PUEDE SER INTERMITENTE CONSTANTE O PERIÓDICO.

EL DOLOR PUEDE SER UNA NEURALGIA INTERMITENTE FACIAL QUE SIMULA UN TIC DOLOROSO (DOLOR AGUDÍSIMO, LANCINANTE, SÚBITO).

FRACTURAS CAUSADAS POR DIENTES RETENIDOS. LA FRACTURA CAUSADA AL MAXILAR INFERIOR ES DEBIDO A DIENTES RETENIDOS, ESTOS SON UN FACTOR DE DEBILITAMIENTO A CAUSA DEL DESPLAZAMIENTO DEL HUESO.

OTRAS COMPLICACIONES CAUSADAS POR DIENTES RETENIDOS. LOS DIENTES RETENIDOS SON CUERPOS EN MAL POSICIÓN Y COMO TALES SON FUENTES POTENCIALES DE OTRAS COMPLICACIONES COMO ÉSTAS:

1.- SONIDOS TINITANTES, SUSURRANTE, SUMBANTE DEL OÍDO.

2.- OTITIS.

3.- INFECCIONES DE LOS OJOS, TALES COMO:

A) DISMINUCIÓN DE LA VISIÓN.

B) CEGUERA.

C) INITIS.

D) DOLOR QUE SIMULA EN EL GLAUCOMA.

CONCLUSIONES

1. SE TIENE QUE LA CIRUGÍA ES DE SUMA IMPORTANCIA PARA TODO DENTISTA GENERAL, YA QUE ÉSTE DEBE CONOCER SU ORIGEN Y SU EVOLUCIÓN ASÍ COMO SUS APORTACIONES -- QUE NOS HAN BRINDADO.

2. ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE NO ES POSIBLE - HABLAR DE LA CIRUGÍA BUCAL COMO ALGO AISLADO Y ESPECÍFICO, SINO COMO PARTE INHERENTE DE LA CIRUGÍA GENERAL, POR TAL MOTIVO AFÍRMASE QUE LA CIRUGÍA BUCAL ES TAN IMPORTANTE COMO CUALESQUIER OTRA ESPECIALIDAD.

3. LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA HISTÓRICAMENTE EMPEZÓ COMO UNA NECESIDAD QUE EJERCÍAN PERSONAS SIN PREPARACIÓN PARA ELLO, POR TAL MOTIVO TUVO QUE PREPARARSE MÁS A ESTA GENTE PARA QUE NO HUBIERA TANTOS FRACASOS, CON LA -- APARICIÓN DE LA ANESTESIA, ANTIBIOTICOTERAPIA Y ASEPSIA -- BAJÓ EL ÍNDICE DE FRACASOS EN LA CIRUGÍA.

4. LA CIRUGÍA ACTUALMENTE, ES UNA ESPECIALIDAD QUE CUENTA CON TODO LO INDISPENSABLE PARA UNA CORRECTA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA QUE EN SU INMENSA MAYORÍA SE REALIZA EN LAS ZONAS MÁS PRÓSPERAS DEL PAÍS, POR RAZONES QUE TIENEN DE CUIDADOS PARA SU PERSONA.

5. EXISTEN VARIAS RAMAS DE LA MEDICINA QUE INTERVIENEN EN LA CIRUGÍA BUCAL, SIENDO LAS PRINCIPALES: ANATOMÍA, HISTOLOGÍA, PATOLOGÍA, FISIOLOGÍA, ETC. QUE FOMENTAN Y FORMAN LA ACTIVIDAD DE LA CIRUGÍA BUCAL.

6.- LA CIRUGÍA BUCAL COMO ESPECIALIDAD ES LA ENCARGADA DE LA EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS, USANDO SIEMPRE SUS MÉTODOS QUE LA RIGEN PERO -- TOMANDO LA TÉCNICA QUE MÁS LE PAREZCA.

7. HAY MUCHAS TEORÍAS POSIBLES DE LAS DIFERENTES CAUSAS DE RETENCIONES DENTARIAS PERO TODAS ENCAMI-

NADAS AL ACORTAMIENTO DE LOS MAXILARES.

8. CON LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA QUE SE LLEVA EN LA LICENCIATURA, SE PUEDE REALIZAR LAS CIRUGÍAS DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS EN EL CONSULTORIO, TOMANDO LAS MEDIDAS NECESARIAS, SI NO EXISTE SEGURIDAD EN LO QUE SE HACE ES PREFERIBLE QUE HAGAN CONSULTA CON UN CIRUJANO ESPECIALIZADO.

9. SE CONSIDERA QUE EL USO DE DETERMINADOS INSTRUMENTOS DESCRITOS EN ESTA TESIS, NO ESTÁN AL ALCANCE DE NUESTRA MANO Y QUE SÓLO UN CIRUJANO ESPECIALIZADO PUEDE ADQUIRIRLOS Y SOBRE TODO SABER EL USO ADECUADO DE CADA UNO DE ELLOS.

10. EN CUANTO A TÉCNICAS EN MI OPINIÓN PERSONAL PIENSO QUE PARA TODO DENTISTA GENERAL ES MÁS FAVORABLE USAR FRESA EN LA TÉCNICA DE ODONTOSECCIÓN Y OSTEOTOMÍA, YA QUE TODA LA CARRERA HEMOS USADO FRESAS Y SABEMOS HASTA DONDE ESTÁN SUS LIMITACIONES, SUS INDICACIONES Y -- SUS CONTRAINDICACIONES.

11. EL ESCOPLA ES UN INSTRUMENTO CON EL CUAL SE AHORRA TIEMPO, PERO QUE SOLAMENTE PERSONAS ESPECIALIZADAS LO PUEDEN USAR YA QUE DEBEN DOMINARLO PARA NO CAUSAR TRAUMATISMOS.

12. ES INTERESANTE CONOCER TODOS LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DESCRITOS EN ESTA TESIS, COMO CONOCIMIENTO GENERAL EN CASO DE QUE NO SE REALICEN ESTAS INTERVENCIONES, POR LO MENOS SE TIENE UNA IDEA DEL PORQUÉ Y CÓMO SE REALIZAN.

BIBLIOGRAFIA

ARCHER, WILLIAM HARRY, CIRUGÍA BUCAL; ED. - BUENOS AIRES, SEGUNDA EDICIÓN, ARGENTINA, 1978.

BERGUIN C., HISTORIA DE LA MEDICINA; LIBRERÍA DE MEDICINA, CUARTA EDICIÓN, MÉXICO, 1969.

BRECKENRIDGE MARIUN EDGAR, CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO; ED. INTERAMERICANA, SEGUNDA EDICIÓN, MÉXICO, 1973.

CASTELLANO, ADOLFO J., CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRÁNEO-FACIAL; MUNDI PARAGUAY, PARAGUAY, 1967.

D' ALLAINES, CLAUDE, HISTORIA DE LA CIRUGÍA; COLECCIÓN ¿ QUÉ SÉ ? NÚM. 26, EDICIONES: IOKOS-TAU, S.A., ESPAÑA, 1971.

PICHTER HANS, CIRUGÍA BUCAL DE LOS MAXILARES; ED. LABOR.

QUIROZ GUTIÉRREZ, FERNANDO, ANATOMÍA HUMANA; ED. PORRÚA, DÉCIMA SÉPTIMA EDICIÓN, MÉXICO, 1977.

PIES CENTENO, CIRUGÍA BUCAL; ED. EL ATENEO, SÉPTIMA EDICIÓN, ARGENTINA, 1968.

WILLIAM G. SHAFER, TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL; ED. INTERAMERICANA, SEGUNDA EDICIÓN, MÉXICO, 1977.

VICENT DE ANGELIS, (TRADUCCIÓN POR BEATRIZ-GONZÁLEZ DE GRAND), EMBRIOLOGÍA Y DESARROLLO BUCAL; ED. INTERAMERICANA, MÉXICO, 1978.

COSTICH-WHITE, CIRUGÍA BUCAL; ED. INTERAMERICANA, PRIMERA EDICIÓN, MÉXICO, 1974.

DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE CIENCIAS MÉDICAS, ED. SALVAT, SEGUNDA EDICIÓN, MÉXICO, 1974.

DICCIONARIO MANUAL E ILUSTRADO DE LA LENGUA-ESPAÑOLA, DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, ED. ESPASA-CALPE, S.A., NOVENA REIMPRESIÓN, MADRID, 1981.

BJHORN JHORGENSEN NIEL SETAL, ANESTESIA ODONTOLÓGICA; ED. INTERAMERICANA, PRIMERA EDICIÓN, MÉXICO, - 1979.

GURALMICK WALTER C., TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL; ED. SALVAT.

HAM ARTHUR W., HISTOLOGÍA; ED. INTERAMERICANA, SÉPTIMA EDICIÓN, MÉXICO, 1977.

KRUGER GUSTAU, TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL; ED. INTERAMERICANA, CUARTA EDICIÓN, MÉXICO 1978.