



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TECNICA QUIRURGICA DE LA
INCLUCION DENTARIA

TESIS PROFESIONAL

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

IRMA ELENA DE LA CRUZ MARTINEZ



México, D. F.

1984



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.

TEMARIO

INTRODUCCION

- I.- GENERALIDADES
- II.- ETIOLOGIA
- III.- CLASIFICACION
- IV.- ESTUDIO RADIOGRAFICO
- V.- DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO
- VI.- ESTUDIO PREOPERATORIO
- VII.- TRATAMIENTO
- VIII.- CUIDADOS POSOPERATORIOS
- IX.- COMPLICACIONES
- X.- CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El fin de ésta tesis es el conocimiento y el poder dominar la técnica quirúrgica de uno de los problemas que con mayor frecuencia nos enfrentamos los cirujanos dentistas.

En la actualidad la inclusión dentaria es un padecimiento que cada día se generaliza más. Los motivos son muchos; uno es la evolución normal, confirmando que " organo que no se usa se atrofia " ya que la falta de uso del tercero y cuarto molar, hacen que poco a poco desaparezcan, claro con las complicaciones hereditarias que motiva la falta de espacio de estos dientes provocando su inclusión.

Otro motivo puede ser las dietas blandas y ricas en carbohidratos que provocan caries prematuras, y , como consecuencia exfoliación prematura por extracción, que da como resultado, falta de espacio para la erupción normal de los dientes, por lo tanto al no tener espacio estos se incluyen.

El objetivo principal de éste trabajo es mostrarles a mis compañeros de futuras generaciones y a la mía. Todos los conocimientos y pasos indispensables, para poder realizar el tratamiento de la inclusión dentaria.

Quiero dar las gracias a los honorables miembros del jurado la atención prestada a ésta tesis, que de ninguna manera trata de dar a conocer el resultado de una investigación. Ya que es una síntesis realizada por las experiencias e investigaciones de varios autores que dominan perfectamente ésta técnica.

Espero éste trabajo les sea útil.

Gracias.

TEMA I GENERALIDADES

La erupción dentaria normal es el resultado local del crecimiento y desarrollo. Todo cambio en el ritmo de la erupción denota - alteración del crecimiento. La mejor manera de comprender los fenómenos asociados a la erupción dentaria normal y anormal, su diagnóstico y tratamiento es a través del crecimiento y desarrollo.

El epitelio bucal se espesa y se invagina en el mesénquima muy temprano en la vida intrauterina, y allí se forma la lámina dentaria, los gérmenes dentarios temporarios y la anlage para los dientes permanentes. La dirección de crecimiento de éstos derivados epiteliales es hacia afuera de la cavidad bucal. Una vez formado el diente, comienza un movimiento en dirección opuesta o coronal hacia la cavidad bucal, este movimiento es la erupción dentaria.

La erupción dentaria se llamó en un tiempo salida o emergencia en la cavidad bucal, pero la definición moderna considera la emergencia en si meramente como accidente importante en un proceso de mayor relevancia. Este proceso incluye todo el lapso entre el comienzo del movimiento coronario hasta el momento en el que se pierde el diente, continua aún después de que los dientes alcanzan a su antagonista en el nivel oclusal, como compensación a la abrasión.

El diente incluido, es uno que no ha emergido en la boca, pero que sigue en movimiento. Este diente es normal. Si el diente ha dejado de erupcionar por causa de algún diente o tejido interpuesto, es un diente retenido.

El diente o tejido causal de esta condición es la sustancia retenedora, y la circunstancia o estado se llama retención. Ya que se puede corregir de varias maneras la retención, la detención que causa es temporaria, y una vez eliminada, el diente podrá retomar su camino, siempre y cuando no esté terminada su fuerza eruptiva, o esté condicionado a otros factores como: giroverción, enfermedades

sistémicas entre otras.

DEFINICION.-

Se denominan dientes retenidos aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

Existen dos formas de retención:

RETENCION INTRAOSEA.- Es cuando el diente está rodeado completamente por tejido óseo.

RETENCION SUBGINGIVAL.- Es cuando el diente está embuelto por mucosa gingival.

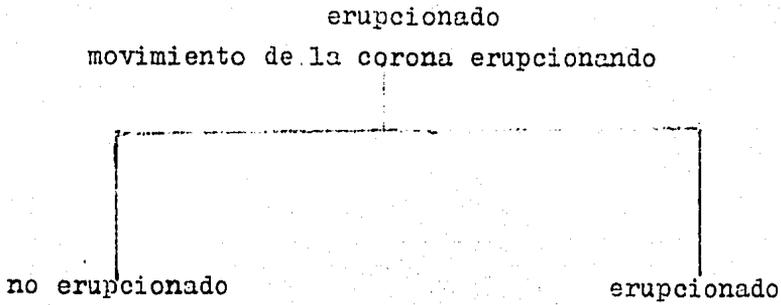
Generalmente se ha utilizado la palabra inclusión para significar la retención parcial o total de un diente. Del análisis de las dos expresiones, hallamos que inclusión es la acción de encerrar o comprender una cosa dentro de otra. Y retención es la de suspender total o parcialmente su acción.

De éste simple comentario se deduce que mientras inclusión tiene el significado de introducir totalmente, el de retención admite la detención total o parcial de una acción de un proceso etc.. Es la suspensión de algo dinámico como es la erupción dentaria, un proceso vital.

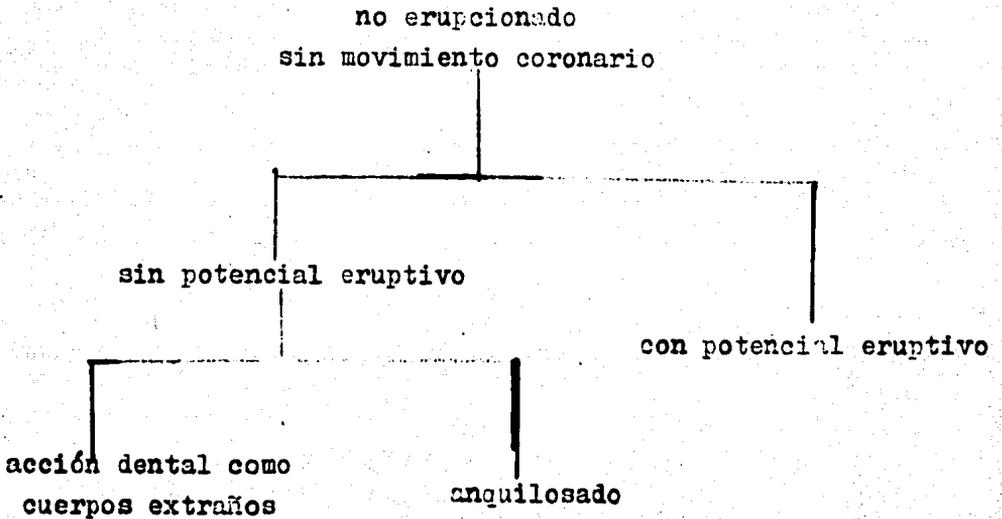
Cualquier diente temporario o supernumerario puede quedar retenido, en el maxilar o mandíbula. Cuando los temporales están retenidos (rara vez) se denomina inclusión secundaria, porque solo puede ser posible por una acción mecánica de los dientes vecinos que vuelven a introducir al diente.

La retención dentaria se presenta en el siguiente orden de frecuencia: terceros molares inferiores, segundos molares inferiores, caninos superiores, segundos premolares inferiores, segundos premolares superiores, incisivos superiores debido a piezas supernumerarias.

ERUPCION NORMAL



ERUPCION ANORMAL



rios. Estos últimos pueden estar o no incluidos, estos datos fueron tomados de las estadísticas de la clínica periférica de Aragón.

La cirugía bucal es la más antigua especialidad reconocida. Muchos procedimientos de cirugía bucal pueden ser realizados por el dentista general.

En el año de 1864 la cirugía bucal como especialidad de la odontología, fue incluida en el plan de estudios de la escuela de odontología de Filadelfia, actualmente escuela de odontología de la Universidad de Temple. (10)

Winter introdujo el término exodoncia en el lenguaje médico (10)

Esculapio inventó instrumentos primitivos para realizar la extracción dentaria. (2). Garangeot (1740) creó la llave de su nombre, la cual con ligeras modificaciones se usó durante más de un siglo en Francia e Inglaterra. El instrumento era poco eficaz, había causado muchos accidentes, por la forma en que actuaba. (2)

Paul de Aegina en el siglo XVII señaló que los dientes supernumerarios pueden causar maloclusión. (10). En 1771 Jhon Hunter dijo: Toda vez que exista dientes supernumerarios será indicada la extracción porque causa daño o desfiguran la boca. (11). En 1750 Ruspine reconoció y definió como entidad clínica a los dientes supernumerarios como " Todos los dientes que excedan los treinta y dos ". (10).

En 1917 Bolk introdujo el término "Mesio-dens", cuando los dientes supernumerarios se presentan de forma única, y situado entre los incisivos centrales superiores. (2).

A veces es difícil hacer un diagnóstico cuidadoso y determinante, si un diente está impactado o simplemente no ha hecho erupción. Cualquier diente que no haya logrado adoptar una posición funcional normal en el arco alveolar, que no haya hecho erupción o solo en parte, y que no tenga ninguna función de utilidad, debe --

" extraerse" para evitar futuras complicaciones tales como el desarrollo de quistes dentígeros, lesiones periodontales, caries dental e irritación crónica de tejidos adyacentes.

En ésta tesis nos referiremos a las inclusiones dentarias más frecuentes, como son:

- El tercer molar inferior
- Los caninos superiores
- Los dientes supernumerarios.

El tercer molar inferior es la inclusión dentaria más frecuente en México (datos tomados de las estadísticas de la clínica periférica de Aragón).

En éstos días de excelente asistencia dental, el individuo joven que recibe buena terapéutica odontológica, debería tener todos los terceros molares extraídos antes de la edad de 17 años. A esto llamamos buena odontología preventiva, sin importar si éstos dientes están impactados o no han hecho erupción.

Es más fácil extraer éstos dientes en el individuo joven, porque el paciente tolera mejor el procedimiento y no necesita cirugía extensa como el adulto. Los jóvenes se recuperan más rápidamente y la posibilidad de complicación periodontal subsecuente a la cirugía es menor.

Los caninos superiores le siguen en frecuencia a los terceros molares inferiores, a éstos dientes se les puede prevenir su inclusión por medio de la odontología preventiva e inteseptiva, que realiza el odontopediatra. Su tratamiento siempre se realiza junto con el ortodonsista, para obtener mejores resultados.

Los dientes supernumerarios son dientes ~~con~~ ~~exceso~~, excepto cuando se consideran dientes natales o elementos de una dentición pospermanente. La incidencia es de 1%, con una proporción del maxilar superior al inferior de 8:1, y de dientes no salidos a sali-

lidos a salidos de 5:1. (19). No es rara la presentación bilateral. Los dientes supernumerarios no salidos pueden ocasionar o estar relacionados con procesos patológicos como quistes o neoplasias.

Alguna vez las coronas de los dientes supernumerarios hacen erupción, por lo menos parcial, a través de la encía, pero frecuentemente se encuentran en la región apical de los centrales superiores, en posición lingual.

En pacientes con paladar hendido los dientes supernumerarios se encuentran en el premaxilar superior o justo distales a la hendidura.

El tratamiento para los dientes supernumerarios es la extracción, siempre y cuando éste provocando un proceso patológico, o mala posición dentaria, inclusión de una pieza dental permanente, diastemas o rotación. De no provocar ninguno de éstos problemas, no está indicado ningún tipo de tratamiento.

Los dientes supernumerarios en algunos casos tienen apariencia de piezas normales y en otros son rudimentarios y en forma de gancho. Algunos muestran formación de "dens in dente", otras se asemejan a formaciones radiculares anormales.

La extracción de los dientes impactados siempre está indicada pero hay casos en que está contraindicado como:

- 1.- Pacientes cuya salud general sea tan mala que el procedimiento quirúrgico no sea aconsejable.
- 2.- Paciente cuya edad sea tal, que en la presencia de un diente asintomático, el procedimiento quirúrgico resulte innecesario y poco prudente.

TEMA II ETIOLOGIA

El problema de la retención dentaria es ante todo de índole mecánica el diente que está destinado a hacer su normal erupción y aparecen en la arcada dentaria, como sus congéneres erupcionados, encuentra en su camino un obstáculo que la realización del normal-trabajo que le está encomendado.

Un diente no hace erupción por las razones siguientes:

RAZONES EMBRIOLOGICAS.-

Rodasch dice: que los factores etiológicos de la inclusión dentaria son exclusivamente de carácter embriológico. Sostiene que la inclusión se produce por trastornos de las relaciones afines que normalmente existen entre el folículo dentario y la cresta alveolar durante las diversas fases de evolución. Los cambios de evolución de éstas fases se producen como consecuencia de alteraciones en la formación del tejido aseo y que hace desplazar el folículo dentario. (1)

La ubicación especial de un germen dentario en sitio muy alejado del de normal erupción; el diente originado con éste germen se encuentra imposibilitado mecánicamente para llegar al borde alveolar. El germen dentario se puede encontrar en su lugar pero con una angulación tal que al calcificarse el diente e iniciar el trabajo de erupción la corona toma contacto con un diente vecino retenido o erupcionado; este contacto constituye una verdadera fijación del diente. Sus raíces se constituyen, pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en su eje que le permita erupcionar normalmente.

OBSTACULOS MECANICOS.-

a).- Falta material de espacio.- El germen del tercer molar inferior debe desarrollarse entre una pared inextensible (cara distal del segundo molar inferior) y la rama montante de la mandíbula; el canino superior tiene su germen situado en lo más ele-

vodo de la fosa canina. Completada la calcificación del diente, y en maxilares de dimensiones reducidas, no tiene lugar para ir a ocupar su sitio normal en la arcada. Se lo impide el incisivo lateral y el premolar que ya erupcionaron.

Goldsmith dice: El canino se haya alto con el maxilar cuando los premolares van a hacer erupción. En este momento los incisivos se encuentran implantados en su posición del plano frontal. - El canino temporal es muy angosto mesiodistalmente para retener el espacio necesario para la erupción del permanente. La presión mesial del segundo molar en su erupción es transmitida de un diente a otro hasta el canino deciduo, causando su acúñamiento o retardando su exfoliación por un período de tiempo considerable, aun estando su raíz casi reabsorbida. (4)

Esta situación origina una contracción parcial de esta zona donde decide el canino causando su desviación hacia una posición anormal.

b).- Hueso con una condensación tal, que no puede ser vencida en el trabajo de erupción (enostosis, osteítis condensante, osreoclerosis).

c).- El impedimento que se opone a la normal erupción puede ser: un órgano dentario; dientes vecinos que por extracción prematura del temporal 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: Dientes supernumerarios; tumores odontogénicos (odontomas); constituyen un impedimento mecánico de la erupción dentaria. Quistes dentíferos; no permiten al diente, cuya corona envuelven al hacer erupción. Un quiste puede rechazar o incluir profundamente al diente que encuentra en su camino, impidiendo su erupción.

CAUSAS GENERALES.-

Todas las enfermedades generales en direc-

ta relación con las glándulas endócrinas pueden ocasionar transtor nos en la erupción dentaria, retención y ausencia de dientes. Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio (raquitismo y las enfermedades que le son propias) tienen también influencia en la retención dentaria.

Taracido dice: Que la causa mas frecuente de la inclusión del canino es la que tiene origen en el desequilibrio de tención entre la musculatura externa e interna de las arcadas dentarias. Cuando por hábitos adquiridos o por contracciones espasmódicas, que se efectúan en los movimientos mecánicos, tics y otras modalidades gesticulatorias, se produce un exceso de presión externa, como la de la lengua, llegará a alterarse el equilibrio que mantiene a los dientes en su posición normal y es por sí solo, especialmente en los niños, capaz de perturbar el crecimiento y de tener el desarrollo de los maxilares. (1).

Esta ligera pero constante presión muscular que reciben los dientes anteriores y que es suficientemente fuerte para torcerlos, y esa misma fuerza retrasmítida sucesivamente a cada diente hacia atrás, puede influir hasta el tercer molar de cuya inclusión no dudo, sea también una de sus causas, por estar limitada por delante de la expansión de las arcadas y de este modo mantiene disminuído el crecimiento del maxilar y la mandíbula.

En niños que sufren de disostosis cleidocraneal se encuentran muchas piezas impactadas.

Los dientes supernumerarios son probablemente de origen hereditario, siendo su proceso patogénico fundamental una hiperactividad de la lámina dentaria. Sin embargo no se ha puesto en claro si ésta afección es debida a la formación de un tercer germen dentario o a la división del germen permanente. Debe pensarse en un efecto del atavismo, ya que la dentición de los primates extinguidos contenía 44 dientes, con 3 incisivos y 4 premolares en cada cuadrante.

Los dientes supernumerarios causan retraso en la erupción de piezas permanentes, o anomalías de posición como: diastemas y rotación.

La presión de éstos sobre las piezas adyacentes puede causar la resorción de sus raíces con el daño pulpar consiguiente, puede producirse infección del folículo dentario. Otros factores de complicación son el desarrollo de quistes dentígeros, o si ocurre degeneración del órgano del esmalte en formación, antes de la deposición de esmalte en formación se producen quistes primordiales o foliculares.

TEMA III CLASIFICACION

La inclusión dentaria se clasifica dependiendo del diente que esté incluido, de la posición de éste y sus desviaciones en el maxilar y la mandíbula.

Cabe mencionar que cualquier diente puede quedar incluido, pero hay un conjunto de ellos, los cuales tienen una mayor predisposición para quedar retenidos; en otras palabras, hay un número de dientes a los cuales les corresponde la patología de los dientes - incluidos como son:

- Los terceros molares
- Los caninos superiores
- Los dientes supernumerarios

CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Todos los terceros molares se clasifican como dientes retenidos, aún cuando clínicamente se les pudiera considerar erupcionados. Se clasifican así porque la técnica quirúrgica es la misma para la extracción de unos y otros.

El tercer molar inferior incluido se presenta en la mandíbula en distintas posiciones y en diferentes desviaciones, con su cara mesial libre o cubierta. Su clasificación es:

POSICION VERTICAL SIN DESVIACION

Cara mesial accesible.-

El tercer molar se encuentra alineado detrás del segundo sin desviaciones en sentido bucal o lingual y con su cara mesial libre de hueso. El hueso distal puede terminar a nivel del cuello del tercero, cubrir su cara distal o continuarse con el hueso oclusal.

Cara mesial inaccesible.-

Igual que el anterior solo que la e cara mesial está cubierta por hueso. Su inaccesibilidad explica -- que no haya triángulo interdentario.

POSICION VERTICAL CON DESVIACION BUCAL

Cara mesial accesible.-

El tercer molar se encuentra dirigido hacia afuera (lado bucal del maxilar); el hueso mesial se detiene a nivel del cuello del tercero y deja libre o accesible su cara mesial. Este puede estar parcial o totalmente cubierto por mucosa.

Cara mesial inaccesible.-

Igual que el anterior, con la diferencia de su cara mesial cubierta con hueso. El molar puede presentarse en retención intraósea parcial o total.

POSICION VERTICAL CON DESVIACION LINGUAL

Cara mesial accesible.-

El molar se encuentra dirigido hacia adentro, siendo su cara oclusal francamente lingual. El hueso mesial deja al descubierto la cara mesial; sin embargo el molar puede estar cubierto en sus caras oclusa, distal lingual y bucal por cantidades variables de hueso.

Cara mesial inaccesible.-

Su diferencia con el anterior reside en que la cara mesial esta cubierta por hueso mesial y los huesos vecinos pueden cubrir las caras homónimas, a tal punto que por regla general éstos molares son totalmente intraóseos.

POSICION VERTICAL CON DESVIACION BUCOLINGUAL

Cara mesial accesible.-

Si bien se presentan verticalmente colocado, el tercer molar está dirigido hacia la tabla externa (hacia bucal) y al mismo tiempo su cara oclusal está desviada hacia el lado lingual. Su cara mesial está libre de hueso. Estando desviado hacia el hueso bucal, la parte media del ángulo distobucal.

Cara mesial inaccesible.-

Se diferencia del tipo anterior en que la cara mesial está cubierta de hueso mesial, y los huesos vecinos pueden extenderse sobre las distintas caras, hasta el extremo de ofrecer molares en retención intraósea total.

POSICION MESIOANGULAR SIN DESVIACION

Cara mesial accesible.-

El eje mayor del tercer molar forma con el segundo un ángulo agudo abierto hacia abajo; sus caras bucal y lingual coinciden con los planos homónimos de los molares anteriores y la cara mesial está libre de hueso mesial.

Cara mesial inaccesible.-

Igual que el anterior, pero la cara mesial se encuentra protegida con hueso; en retenciones profundas, el hueso oclusal cubre la cara homónima del molar retenida.

POSICION MESIOANGULAR CON DESVIACION BUCAL

Cara mesial accesible.-

La angulación del del tercer molar es igual que la anterior, pero su masa está dirigida hacia el lado bucal. El hueso mesial deja libre la cara respectiva. En éste tipo de retención el hueso distal se comporta de manera distinta con respecto a la cara distal del molar retenido, como que llega insensible hasta su cuello o cubre la cara distal y se continúa en gra-

do variable con el hueso oclusal.

Cara mesial inaccesible.-

Este tipo es más frecuente que el anterior, presenta como detalle diferencial el hueso mesial cubierto por la cara mesial del molar, por otra parte puede encontrarse en completa retención ósea y por lo tanto cubierto también por mucosa.

POSICION MESIOANGULAR CON DESVIACION LINGUAL

Cara mesial accesible.-

Igual que el anterior solo que la cara oclusal está dirigida hacia lingual. La cúspide mesiobucal del tercero, está colocado aproximadamente a nivel del centro de la cara distal del segundo molar; El plano lingual de los molares viene a cortar al tercero, a nivel de su tercio lingual. El hueso mesial deja libre la cara mesial.

Cara mesial inaccesible.-

A diferencia del tipo anterior, la cara mesial está recubierta por el hueso homónimo; el hueso bucal puede llegar hasta el ángulo bucooclusal o rebasarlo, para continuarse con el hueso oclusal, motivo por el cual el molar se encuentra en retención intraósea total.

POSICION MESIANGULAR CON DESVIACION BUCOLINGUAL

Cara mesial accesible.-

Raros en la práctica, dado que por regla general los mesiangulares y los horizontales, en desviación bucolinguales, presentan su cara mesial inaccesible, estos molares están dirigidos de atrás adelante, de abajo arriba y de fuera a dentro. Por lo tanto su cara oclusal está dirigida hacia el lado lingual, de tal forma que el punto medio del ángulo diedro me-

sicoclusal de su corona está en contacto con el ángulo distobucal de la corona del segundo molar.

Cara mesial inaccesible.-

Las angulaciones son semejantes que el anterior, la diferencia reside en que la cara mesial está cubierta por hueso mesial.

POSICION HORIZONTAL SIN DESVIACION

Cara mesial accesible.-

Situado horizontalment en la mandíbula, su eje mayor forma con el segundo, un ángulo rectoabierto hacia abajo y atrás. Su cara mesial está libre de hueso mesial.

Cara mesial inaccesible.-

La diferencia con el tipo anterior reside con la altura en que se encuentra con la cara mesial, que es por debajo de la línea cervical del segundo molar, y en presencia de hueso sobre ésta cara, lo hace inaccesible.

POSICION HORIZONTAL CON DESVIACION BUCAL

Cara mesial accesible.-

Se presenta con la angulación similar a la del tipo anterior, pero su masa está dirigida hacia el lado bucal. En esta condiciones un trozo de la corona del tercero se su perpone a un segmento de la corona del segundo. Su cara mesial está libre de hueso mesial.

Cara mesial inaccesible.-

La diferencia con el tipo anterior es que el molar, más profundamente colocado, presenta su cara distal por debajo del plano oclusal de los molares vecinos y su cara mesial está cubierta por hueso mesial.

POSICION HORIZONTAL CON DESVIACION LINGUAL

Cara mesial accesible.-

El tercer molar forma con el segundo- el ángulo que le corresponde, pero el eje mayor de aquél se presenta dirigido de atrás adelante y de afuera adentro, su cara oclusal está desviada hacia el lado lingual. No es una forma común de ubicación del molar. La cara mesial está libre de hueso homónimo.

Cara mesial inaccesible.-

En éstos molares, con su cara mesial al cubierta por hueso mesial, la mayor parte de las restantes están cubiertas por hueso.

POSICION HORIZONTAL CON DESVIACION BUCOLINGUAL

Cara mesial accesible.-

Posición y desviación difíciles de ser interpretadas, los molares correspondientes son los que originan más dificultades operatorias, El molar retenido, con su angulación propia de su posición, está dirigido hacia el lado bucal y su cara oclusal, desviada hacia el lado lingual. Esta forma de retención no es común; casi todos los molares mesiangulares y horizontales se presentan con la cara mesial inaccesible.

Cara mesial inaccesible.-

Naturalmente, la cara mesial está cubierta de hueso mesial. Por regla general la retención intraósea es total y hay también por lo tanto, cubierta mucosa.

POSICION DISTOANGULAR SIN DESVIACION

Cara mesial accesible.-

El eje mayor del tercero, forma con el del segundo un ángulo agudo abierto hacia atrás y arriba, en tanto que la corona del retenido, está dirigida hacia la rama acci

dente, y la cara mesial está libre de hueso mesial.

Cara mesial inaccesible.-

Presentación frecuente y serio problema quirúrgico, la diferencia con el tipo anterior radica en la cubierta ósea de toda la cara mesial, en su mayoría son molares en retención intraósea total.

POSICION DISTOANGULAR CON DESVIACION BUCAL

Cara mesial accesible.-

Estos molares presentan una doble inclinación en su eje mayor; éste último forma, con el eje mayor del segundo, un ángulo abierto hacia arriba y atrás, pero al mismo tiempo se desvía hacia afuera, porque el tercer molar no se desplaza en bloque hacia el vestibulo, sino que sus ápices están aproximadamente en la línea curva que une los ápices del primero y segundo molares. Su cara mesial está libre de hueso mesial.

Cara mesial inaccesible.-

La diferencia con el tipo anterior es que los molares están cubiertos por hueso mesial y provoca la falta de acceso a esa cara. Por lo general el molar se encuentra en retención intraósea total.

POSICION DISTOANGULAR CON DESVIACION LINGUAL

Cara mesial accesible.-

Además de su angulación correspondiente, el tercer molar presenta su eje mayor desviado hacia el lado lingual, y así su cara bucal se dirige hacia la lengua. La cara mesial libre de cubierta ósea.

Cara mesial inaccesible.-

La diferencia con el tipo anterior reside en que éstos molares están cubiertos por hueso (retención intraósea total) y lo están también por la mucosa.

POSICION LINGUANGULAR

Cara mesial accesible o inaccesible.-

Bastante frecuente en la práctica diaria, éstos molares presentan su eje mayor horizontal, pero dirigido de afuera adentro, de modo que la cara oclusal que es vertical está dirigida de afuera adentro, de modo que la cara oclusal que es vertical está dirigida hacia el lado lingual. Es más frecuente que presenten su cara mesial inaccesible. Radiográficamente se reproducen los detalles anatómicos: forma discoidea o de moneda del molar, rodeada por un halo radiolúcido que es el saco pericoronario. En la mayoría de los casos sus raíces no están completamente formadas.

POSICION BUCOANGULAR

Cara mesial accesible o inaccesible.-

Esta posición es excepcional, su eje mayor horizontal como en el caso anterior, pero dirigido de adentro a fuera, permite que la cara oclusal este dirigida hacia la cara externa o vestibular de la mandíbula. Se encuentran en retención intraosea total con cara mesial inaccesible.

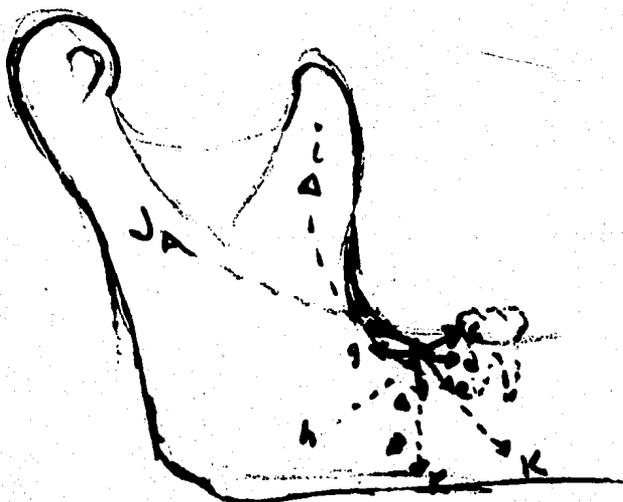
POSICION PARANORMAL (INVERTIDA; ECTOPICA; HETEROTOPICA)

El tercer molar inferior puede presentarse en posiciones que no encuadran en la clasificación anterior. Estos molares se pueden encontrar en cualquier sitio de la mandíbula, cerca del cóndilo, de la apófisis coronoides o en las vecindades del ángulo. Se encuentran por lo general acompañados de procesos patológicos comoquistes dentígeros. Todos tienen su cara mesial inaccesible.

Existen otras clasificaciones para el tercer molar inferior retenido. Así tenemos que Ginestet nos da la siguiente clasificación

- a y b).- Dientes en inclusión vertical. Uno más profundo que otro.
- c).- Diente en inclusión oblicua mesial o anterior.
- d).- Diente en inclusión horizontal mesial o anterior.
- e).- Diente en inclusión oblicua mesial invertida (corona hacia abajo y adelante).
- f).- Diente en inclusión oblicua distal (corona hacia atrás).
- g).- Diente en inclusión horizontal distal (corona hacia atrás).
- h).- Diente en ectopia hacia el ángulo mandibular.
- i).- Diente en ectopia hacia la apófisis coronoides.
- j).- Diente en ectopia hacia el cóndilo.
- k).- Diente en ectopia hacia el borde basilar.

Este autor nos da su clasificación colocando flechas en un ecorte lateral de mandíbula. Coloca un punto en el lugar de la posición normal del tercer molar, y las flechas dirigidas hacia las posibles posiciones del molar.



Así como Winter y Ginestet nos dan su clasificación para el tercer molar inferior incluido, de la misma manera lo hacen Pell y Gregory de sus estudios realizados sobre éste diente.

Pell y Gregory clasifican el tercer molar inferior incluido - tomando como base la distancia que existe entre la cara distal del segundo molar inferior y el borde interno de la rama ascendente de la mandíbula. Y la distancia que existe entre la cara oclusal del segundo molar inferior y su posición apical.

Así tenemos que existe la clase I, II y III y la subclase A, B, C. Y las diferentes combinaciones que resulten de éstas.

Clase I.-

Es cuando el tercer molar se encuentra entre la distancia de la cara distal de segundo molar inferior y el borde interno de la rama de la mandíbula.

Clase II.-

Es cuando el tercer molar se encuentra abarcando una parte de la distancia entre la cara distal del segundo molar inferior y el borde interno de la rama ascendente de la mandíbula, y la otra parte se encuentra dentro de la rama ascendente de la mandíbula.

Clase III.-

Es cuando el tercer molar se encuentra completamente dentro de la rama ascendente de la mandíbula.

Subclase A.-

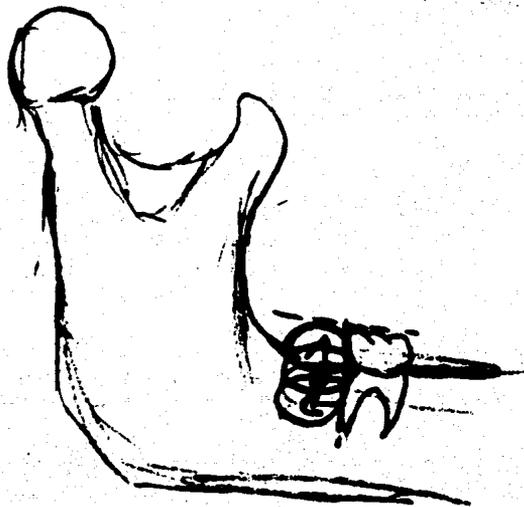
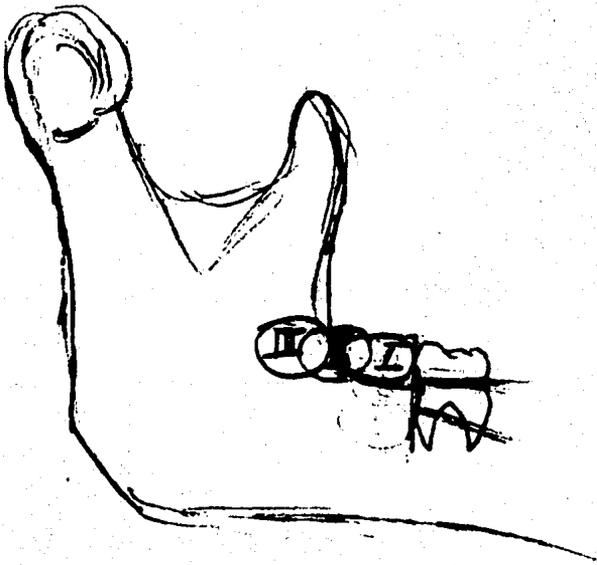
Es cuando el tercer molar se encuentra entre el plano oclusal y el borde cervical del segundo molar inferior.

Subclase B.-

Es cuando el diente se encuentra (tomando en cuenta la posición correcta del segundo molar inferior) abarcando una porción de la corona del segundo molar y otra de su raíz.

Subclase C.-

Es cuando el diente se encuentra junto a la raíz distal del segundo molar inferior, o sea está totalmente dentro del cuerpo de la mandíbula.



CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO

Las distintas posiciones que el tercer molar puede ocupar en el maxilar son:

Posición vertical.-

El eje mayor del tercer molar se encuentra paralelo al eje del segundo. El diente puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso.

Posición mesiangular.-

El eje del molar retenido está dirigido hacia adelante. En esta posición, la raíz del molar está vecina a la apófisis pterigoides. Son frecuentes las caries en la cara distal de la raíz o corona del segundo molar.

Posición distoangular.-

El eje del tercer molar está dirigida hacia la tuberosidad del maxilar. La cara triturante del tercer molar mira hacia la apófisis pterigoides.

Posición horizontal.-

El molar está dirigido hacia el carrillo, con la cual la cara triturante puede ponerse en contacto. La cara triturante del molar suele también dirigirse hacia la bóveda palatina o presentarse horizontal.

Posición paranormal.-

El molar retenido puede ocupar diversas posiciones, que no encuadran en la clasificación dada.

CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

La retención de los caninos superiores puede presentarse de 2 maneras, de acuerdo con el grado de penetración en el tejido óseo:

Retención intraósea.

Retención subgingival.

Los caninos pueden ser clasificados de acuerdo:

- 1).- Con el número de dientes retenidos; simple o doble.
- 2).- Con la posición que éstos presentan en el maxilar; caninos situados en el lado palatino o en el lado vestibular.
- 3).- Con la presencia de dientes o ausencia en la arcada; en maxilar con dientes o en ausencia de ellos.

De acuerdo con éstos tres puntos se puede ordenar una clasificación que corresponde a todos los casos de éstas retenciones:

Clase I.-

Maxilar dentado. Dientes ubicados del lado palatino retención unilateral: a).- cerca de la arcada dentaria; b).- lejos de la arcada dentaria.

Clase II.-

Maxilar dentado. Dientes ubicados del lado palatino. Retención bilateral.

Clase III.-

Maxilar dentado. Diente ubicado del lado vestibular. Retención unilateral.

Clase IV.-

Maxilar dentado. Dientes ubicados del lado vestibular. Retención bilateral.

Clase V.

Maxilar dentado. Caninos vestibulopalatinos, con la raíz hacia el lado vestibular. Retención mixta o transalveolar según Giets. ()

Clase VI.-

Maxilar desdentado. Dientes ubicados del lado palatino; a).- retención unilateral, b).- retención bilateral.

Clase VII.-

Maxilar desdentado. Dientes ubicados del lado vestibular; a).- retención unilateral, b).- retención bilateral.

CLASIFICACION DE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS

La clasificación de los dientes supernumerarios es muy simple ya que no son muy frecuentes, y no existen reglas establecidas de su forma y posición.

Los dientes supernumerarios se pueden adaptar a la clasificación de los caninos superiores retenidos.

Se encuentran más frecuentemente en el maxilar que en la mandíbula, en algunas ocasiones hacen erupción total o parcial, pero generalmente se encuentran en retención intraósea. Con respecto al maxilar o mandíbula pueden estar ubicado unilateralmente o bilateral, con simetría o sin ella.

Si se encuentran en la línea media se les llama mesiodentes, - éstos dientes son los más frecuentes, su forma generalmente es cónica pequeño. Puede aparecer en la primera dentición o en la permanente, como cualquier diente supernumerario, pero es más frecuente en la segunda dentición.

TEMA IV ESTUDIO RADIOGRAFICO

La radiografía es el único medio para conocer si se trata de hipodondia o retención, y también es el único medio para conocer el número real de dientes supernumerarios retenidos y la posición de ellos.

CONTROL DE LA ERUPCION.-

Los signos radiográficos que permiten el control de la erupción son:

- A).- Dirección del germen.
- B).- Espesor de lámina dura-espacio periodóntico.
- C).- Grado comparativo de erupción.

A).- DIRECCION DEL GERMEN.

La posición del germen en el espacio indica su dirección. Según Seward, puede observarse ocasionalmente desde la cripta osea donde se aloja el germen, la presencia del conducto gubernamental, hasta el borde libre de la apófisis alveolar. (5). Es interesante tener éste dato en cuenta, para no interpretar el registro de éste conducto normal por anormal. La dirección anormal del germen puede tener como consecuencia:

- a).- Resorción incompleta del temporal (presencia de restos radiculares). La resorción incompleta de algunos dientes temporales, es la causa de que se observen con relativa frecuencia restos radiculares temporales entre las raíces de los permanentes.
- b).- RETENCION. Esta común anomalía dentaria es provocada por la dirección anormal del germen y, además, por la obstaculización que pueden presentar tumores, persistencia de temporales, infección, trauma y aún causas generales. En orden de frecuencia la retención se presenta en supernumerarios, terceros molares inferiores, segundos molares inferiores, terceros molares superiores, caninos superiores e inferiores y premolares inferiores y supe-

riores, y también en otros (incisivos, primeros molares y aún temporarios). La retención además puede presentarse simétrica. También puede sumarse otra anomalía, esto es, migración osea, el desplazamiento del diente -- desde el lugar de su formación a otro más o menos distante.

B).- ESPESOR DE LÁMINA DURA/ESPACIO PERIODONTICO.

El índice radiográfico de actividad eruptiva lo constituye éste espesor frente al extremo apical. El aumento de éste espesor indica actividad eruptiva; su reducción falta de ella. En la práctica, éste signo permite controlar:

- a).- Si un diente temporario no está impidiendo la erupción; el espesor de espacio periodontico-lámina dura, será comparativamente mayor que el de los dientes que ya hayan hecho erupción (por actividad eruptiva).
- b).- Si un diente carece de actividad eruptiva: El espacio periodontico-lámina dura, se mostrará relativamente más reducido.

C).- GRADO COMPARATIVO DE DESARROLLO.

En los casos en los cuales les no exista correlación entre el estado de desarrollo del germen y los restantes, se tratará indudablemente de detención o retraso de la erupción, provocado por factores de orden general (hipopituitarismo, hipotiroidismo, etc.).

Los dientes supernumerarios o polidoncia, o hiperodoncia. Es una anomalía que ocurre con mayor frecuencia en el sexo masculino y en cualquier sector de los maxilares, tiene predilección de hacerlo en el siguiente orden de frecuencia decreciente:

- Región anterior superior.
- Regiones molares.
- Región premoar inferior.

riores, y tambien en otros (incisivos, primeros molares- y aún temporarios). La retención ademas puede presentarse simétrica. Tambien puede sumarsele otra anormalidad, - esto es, migración osea, el desplazamiento del diente -- desde el lugar de su formación a otro más o menos distante.

B).- ESPESOR DE LAMINA DURA/ESPACIO PERIODONTICO.

El índice radiográfico de actividad eruptiva lo constituye éste espesor frente al extremo apical. El aumento de éste espesor indica actividad eruptiva; su reducción falta de ella. En la práctica, éste signo - permite controlar:

- a).- Si un diente temporario no está impidiendo la erupción; - el espesor de espacio periodontico-lámina dura, será comparativamente mayor que el de los dientes que ya hayan - hecho erupción (por actividad eruptiva).
- b).- Si un diente carese de actividad eruptiva: El espacio periodontico-lámina dura, se mostrará relativamente más reducido.

c).- GRADO COMPARATIVO DE DESARROLLO.

En los casos en los cuales no exista correlación entre el estado de desarrollo del germen y los restantes, se tratará indudablemente de detención o retraso de la erupción, provocado por factores de orden general (hipopituitarismo, hipotiroidismo, etc.).

Los dientes supernumerarios o polidoncia, o hiperodoncia. Es una anormalidad que ocurre con mayor frecuencia en el sexo masculino y en cualquier sector de los maxilares, tiene predilección de - hacerlo en el siguiente orden de frecuencia decreciente:

Región anterior superior.

Regiones molares.

Región premojar inferior.

Otros datos de dientes supernumerarios son:

- 1.- Cuando éstos presentán el aspecto (forma-tamaño) de dientes normales, se denominan suplementarios.
- 2.- Los instalados en la l-línea media que son los más frecuentes, se denominan mesiodents, la mayoría son odontoides.- aparecen muy raramente en la mandíbula.

Otro detalle que debemos tomar en cuenta durante la interpretación es que a causa de su proximidad a las raíces de los centrales, pueden llegar a provocar en éstos: retardo en la erupción, --malposición, y aún resorción radicular.

- 3.- En la región de los molares los dientes supernumerarios - están representados por el no muy frecuente cuarto molar y/o el más rarísimo quinto molar, ambos de reducidas dimensiones. Se denominan distomolares a causa de su ubicación distal.

Las radiografías que nos son más útiles para el diagnóstico son: En primer lugar buenas periapicales, oclusales y transversales. El método de Clark para localización radiográfica es muy útil perspectivas oclusales y lateral del maxilar superior anterior. Esta se toma pidiendo al paciente que sostenga la película oclusal - paralela a la mejilla. Esta vista nos dice si las piezas son palatinas o labiales, con relación a las piezas permanentes, a la altura de cada una.

Sin duda alguna la radiografía panorámica (ortopantomografía) nos ofrese muchas ventajas, cabe señalar: Mayor comodidad para el paciente y profesional, Menor dosis de radiación, registros más amplios, esto nos indica que podremos observar mejor las retenciones los dientes supernumerarios y los casos de anodóncia.

Existen varias técnicas radiográficas para las panorámicas, como son: Los estáticos (sin movimiento) , y los cinimáticos (con movimiento).

Entre los procedimientos estáticos tenemos el procedimiento de Ott (clásico). En ésta técnica se utilizan dos películas una, para el maxilar y otra para la mandíbula.

En procedimiento de Isard se utiliza una sola película, a la cual se le hace un orificio en el centro por el cual se introduce el tubo de exposición.

Debo señalar que la diferencia entre el procedimiento estático y cinemático depende de la aparatología utilizada. Por lo tanto la técnica cinemática-aparatos se clasifica en:

- 1.- Con un centro fijo de rotación (trayectoria semicircular) fue ideado por Paatero y posteriormente modificado por Blackman. (5).
- 2.- Con dos centros fijos de rotación, procedimiento-aparato estudiado y perfeccionado por C. Hudson, J. W. Kumpula y G. Dickson en 1957. (5).
- 3.- Con tres centros fijos de rotación, también creado por Paatero.
- 4.- Con un centro móvil de rotación. Este procedimiento-aparato, se diferencia de los anteriores, porque con el mismo se sigue una trayectoria semiéptica, mediante un eje móvil de rotación. Fue creado en 1971. (5).

TEMA V DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

El diagnóstico lo podemos definir como la habilidad y destreza del clínico para descubrir, reconocer y saber la naturaleza del proceso patológico, en otras palabras, estar familiarizado con las cualidades, la evolución y el desarrollo (patogenia) de la anomalía. Para tener éxito en el diagnóstico, se deben conocer no sólo los signos clínicos de la enfermedad, sino también aquellas facetas relacionadas con ella, como las causas, patogenia y manifestaciones rontgenológicas e histopatológicas.

El objetivo último del diagnóstico es sugerir y proporcionar una base segura para que el plan terapéutico sea el más adecuado, - el diagnóstico llega a ser, en realidad, un requisito indispensable del tratamiento.

Los métodos de diagnóstico son:

- 1.- Diagnóstico clínico.
- 2.- Diagnóstico radiológico.
- 3.- Diagnóstico a través de los datos anamnésticos.
- 4.- diagnóstico de laboratorio.
- 5.- Diagnóstico quirúrgico.
- 6.- Diagnóstico terapéutico.
- 7.- Diagnóstico inmediato.
- 8.- Diagnóstico diferencial.

Para obtener el diagnóstico de los dientes incluidos nos auxiliamos de algunos de los métodos anteriores, que puede ser:

Diagnóstico clínico, que es la identificación de una enfermedad basada solo en la observación y valoración de los signos y -- síntomas clínicos de la enfermedad. Los que son observables con -- los ojos o palpables manualmente, sin acudir a datos o información de otro origen.

Este diagnóstico se pone en práctica en los terceros molares-- incluidos y en los caninos, cuando al observarlos en posiciones ec

tópica o parcialmente erupcionados, nos indican su inclusión como diagnóstico.

El diagnóstico radiográfico se parece al diagnóstico clínico-excepto en que las características y los criterios diagnósticos se obtienen de radiografías. Este método es muy importante en la inclusión más que el clínico, ya que no siempre los dientes incluidos están parcialmente erupcionados y los podemos identificar tan fácilmente. Por lo tanto el diagnóstico radiográfico nos verifica la inclusión dentaria, también podemos conocer la forma y posición de éstos dientes.

El término de diagnóstico inmediato se usa para referirse al procedimiento de identificación que se hace literalmente en el mismo sitio; por ejemplo, un rápido e inmediato diagnóstico basado en datos mínimos, si éstos son clínicos o radiográficos o de otro tipo. Este diagnóstico es el que ponemos en práctica para la inclusión, confirmando lo antes dicho.

Como conclusión tenemos que la inclusión la podemos diagnosticar por los métodos; clínico, radiográfico, inmediato y anamésico, - que es la historia clínica, de la cual obtenemos datos importantes como los hereditarios o las causas predisponentes para la inclusión.

La historia clínica no podemos omitirla en ningún caso, ya -- que no solo nos ayuda en el diagnóstico, sino también en el pronóstico y nos ayuda a elaborar el plan de tratamiento, y obtener éxito quirúrgico.

Una buena historia clínica la podemos lograr siguiendo las reglas establecidas, y la mayor veracidad de ésta nos da como resultado un diagnóstico certero, y , nos ayuda a conocer el estado general del paciente, para así poder controlar cualquier complicación subsiguiente, ya sea en el acto quirúrgico o en el posoperatorio.

El pronóstico o también llamado diagnóstico preoperatorio, es el diagnóstico presuntivo del clínico, o lo que es lo mismo que van a ser los resultados del tratamiento, o los problemas con los que se puede enfrentar durante el acto quirúrgico, o en el posoperatorio. El pronóstico también nos hace suponer la repercusión emocional y psicológica que tendrá el paciente durante el tratamiento.

La terminología del pronóstico es: favorable, reservado, bastante reservado, grave, de gravedad progresiva, desfavorable. Como habíamos dicho antes el pronóstico lo obtenemos de la historia clínica y las pruebas de laboratorio.

En la inclusión dentaria el pronóstico depende de varios factores como son: la posición del diente, su forma y su anclaje, la cantidad de tejido óseo que tenga a su alrededor, el número de tejidos adyacentes que involucre, y de el estado general del paciente.

De la posición del diente podemos decir que, puede ser favorable el pronóstico, por estar casi erupcionado, o únicamente estar en tejidos blandos. O desfavorable por dificultar el campo quirúrgico, o no permitir su fácil acceso.

La forma del diente y su anclaje nos da un pronóstico desfavorable cuando su raíz, o raíces están dilaceradas y favorecen su anclaje.

Cuando hablamos de tejidos adyacentes que son involucrados en la inclusión, tenemos un diagnóstico favorable cuando no es necesaria la sección de ninguna vena, arteria o nervio de importancia.

La cantidad de tejido óseo que contenga el diente a su alrededor sin duda alguna nos va a dificultar el acceso, o nos puede dar un pronóstico desfavorable al dejar un soporte óseo débil.

El estado general del paciente es mucho más importante que los puntos anteriores, ya que al buen estado de salud favorece cualquier tratamiento, en cambio cualquier padecimiento sistémico puede de fracasarlo.

El diagnóstico de un canino retenido en el maxilar superior, e su posición, la relación con los dientes vecinos y su clasificación, se realizan por medio de la palpación, inspección y por el examen radiográfico.

La ausencia del canino permanente en la arcada, la persistencia del temporario, pueden hacer sospechar la retención. En caso de retención palatina o vestibular, la inspección visual descubre una elevación o relieve en el paladar o vestíbulo. No se debe confundir el relieve originado por el canino, con el que puede producir la raíz del incisivo lateral o del premolar; confusión que puede suceder con facilidad en algunas condiciones.

El diagnóstico en dientes supernumerarios solo lo podemos obtener, en algunos casos por accidente al observar una radiografía que sacamos con otro fin. Solo en el caso de su erupción como el más frecuente mesiodes, lo diagnosticamos en la inspección. 2

En el caso del tercer molar incluido o de cualquier otro diente podemos poner en práctica todo lo antes dicho.

TEMA VI ESTUDIO PREOPERATORIO

El estudio preoperatorio debe comenzar cuando el paciente es visto por primera vez, ya que la observación completa del mismo puede dar al cirujano una impresión que puede ser provechosa.

El estado físico del paciente: sus maneras, lenguaje, edad, fisiológica, etc., auxilian al cirujano en la valoración del paciente respecto al tipo de anestesia a utilizar: local, premedicación y local, o, general.

La historia clínica es la base del estudio preoperatorio, es sin duda alguna tan importante, que una buena elaboración de ésta puede revelar una información que requiera una preparación adecuada para el acto quirúrgico, como en el caso de paciente con reciente tratamiento con esteroides.

Las radiografías pueden revelar estados insospechados que requieran diferentes maniobras operatorias; son importantes para el diagnóstico, pero el estudio preoperatorio no se basa únicamente en los datos que obtiene de éstas.

Para poder lograr la confianza del paciente es absolutamente indispensable explicar los motivos de la operación, el carácter del procedimiento, los riesgos implicados, la anestesia y los resultados anticipados, esto demuestra una honradez profesional. Es importante establecer una comunicación suficiente con el paciente como persona, antes de tratar la necesidad y carácter del tratamiento quirúrgico. Una explicación minuciosa y considerada del problema del paciente (lo que el cirujano piensa que deba hacer como y cuando) puede ser más importante, tanto para el paciente como para el cirujano, que la fase técnica, desde luego que facilitará el período posoperatorio para ambos.

La preparación nutricional y metabólica del paciente es importante para llevarlo a la operación en el mejor estado biológico posible.

Algunos detalles específicos por los que debe preocuparse el cirujano durante el periodo preoperatorio son;

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

Todos los sistemas deberán funcionar adecuadamente o de acuerdo con el riesgo implicado. Es necesario preguntarse, si es necesaria la operación?, de ser afirmativa la pregunta, ¿es urgente?, ¿de emergencia o electiva?. A continuación debe defender no solamente su decisión por la operación, sino también el tipo y la programación del procedimiento.

La historia clínica es esencial en la valoración de los enfermos y es una de las ayudas más importantes para establecer un diagnóstico. Una buena historia comprende los datos más importantes sobre el padecimiento del paciente. La calidad de la historia clínica está determinada por la capacidad del entrevistador, pero también por la capacidad de comunicación del enfermo.

El tipo de tipo de historia clínica que usamos en cirugía es:
Ficha bibliográfica.-

Aquí anotamos el nombre, edad, sexo, domicilio, ocupación del paciente, su edo. civil y teléfono.

Antecedentes heredofamiliares.-

Aquí anotamos las enfermedades de sus padres, abuelos y parientes cercanos, y se pregunta:

Antecedentes diatésicos, fímicos, alérgicos, psiquiátricos, -
luéticos, traumáticos, quirúrgicos, neoplásicos, infecciosos, reu-
máticos, hemorrágicos y embriogénicos.

Antecedentes personales no patológicos.-

Aquí anotamos los há
bitos y costumbres del paciente, como: dieta, horas de sueño, habi-
tación, hábitos que tiene, higiene oral, tabaquismo, etilismo, cua-
dro de inmunización, si ha recibido sangre o donado.

Antecedentes personales patológicos.-

Aquí anotamos las enfer-
medades que ha padecido el paciente como: antecedentes diatésicos,
fímicos, alérgicos, psiquiátricos, luéticos, traumáticos, quirúr-
gicos, neoplásicos, infecciosos, reumáticos, y embriogénicos.

Exploración física.-

Aquí anotamos el peso, talla, conforma-
ción, constitución, facies y características del paciente.

Aparatos y sistemas.-

Aquí anotamos los síntomas que refiera-
el paciente de cada uno de sus aparatos y sistemas como del:
Aparato respiratorio, digestivo y cardiovascular, y del sistema ner-
vioso, genitourinario, y endócrino.

Padecimiento actual.-

Aquí anotamos lo que el paciente refie-
re, en el caso de la inclusión dentaria el paciente nos referirá,
dolor o, inflamación, falta de erupción, diastemas o giroverciones
Anotamos la localización de la molestia, la zona inflamada, el tie-
mpo de evolución, la consistencia, sintomatología y los tratamien-
tos previos.

■ continuación anotamos el:

Diagnóstico

Pronóstico

tratamiento.

Las pruebas de laboratorio son una ayuda para el diagnóstico. Son útiles solo si el clínico conoce que prueba o pruebas a pedir y como interpretar los resultados.

Aun paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica del tipo de impacciones dentarias. Es conveniente solicitarle las pruebas de laboratorio que nos ayuden a conocer el estado actual del paciente. Si en la historia clínica nos revela algún estado patológico o hereditario aunque, aun no presente síntomas, es de suma importancia pedirle sus análisis de orina y de sangre.

ANÁLISIS DE ORINA

ORINA.-

Determinación	Valor normal
Acetona	0
Proteína de Bence Jones	0
Bilis	0
Calcio	150 mg o menos por 24 horas°
Acido diacético	0
Glucosa	0
17-Hidroxicorticosteroides	
varón	2-6 mg/24 horas
hembra	3-10 mg/24 horas
17-cetosteroides	
varón	7-20 mg/24 horas
hembra	5-15 mg/24 horas
Proteínas	0-30 mg/24 horas
Riboflavina (vitamina B ₂)	0,5-0,8 mg/24 horas
Densidad	1,005-1,030
Tiamina (vitamina B ₁)	50-500 mg/24 horas
Urobilinógeno	1 mg/24 horas

El análisis de la orina puede proporcionar información valiosa sobre enfermedades renales y extrarrenales.

ANALISIS DE SANGRE

Sangre*-

Determinación	Valor normal
Hormona adrenocorticotropa (ACTH)	0, 15-0, 38 mg/cm ³
Acido ascorbico	0, 4-1, 5mg%
Tiempo de sangría	1-3 minutos
Constantes celulares:	
Volumen corpuscular medio (MCV)	80-90 μ
Hemoglobina corpuscular media (MCH)	27-32 μ g
Tiempo de coagulación	menos de 15 minutos
Formula leucocitaria:	
Neutrófilos	55-70 %
Eosinófilos	0-4 %
Basófilos	0-1 %
Linfocitos	25-40 %
Monocitos	0-8 %
Glucosa (en ayunas)	70-100mg %
Hematocrito	
varones	40-50 %
hembras	37-47 %
Contenido en hemoglobina	
varones	14-17, 5 g %
hembras	12, 5-15, 5 g %
Número de plaquetas	200.000-400.000/mm ³
Tiempo de protrombina	12-15 segundos

Número de hematíes	
varones	4, 5-5, 5 x 10/mm ³
hembras	4, x 10/mm ³
Número de reticulocitos	0,5-1, 5%
Velocidad de sedimentación globular	0-20 mm/1 Hora
Volumen sanguíneo	8,5-9 % del peso del cuerpo en Kg.
Número de leucocitos	5.000-10.000/mm ³

La sangre total se analiza para determinar su contenido en hemoglobina. El hematócrito revela el porcentaje en volumen de los hematíes sobre los leucocitos. El recuento de hematíes da el número de hematíes por milímetro cúbico de sangre total.

El contenido de hemoglobina, el valor de hematócrito y el recuento de hematíes disminuyen en la anemia y aumentan en la poliцитеmia (primaria o secundaria) o en la deshidratación.

TEMA VII TRATAMIENTO

El tratamiento para todas las inclusiones dentarias es la extracción del diente. La extracción de éstos dientes es considerada como un acto quirúrgico, ya que tenemos que abrir la encía que tapiza la región que cubre el diente por extraer, preparar los colgajos resultantes de la primera maniobra, eliminar el hueso que protege el diente retenido, extraer el diente y terminar la operación procurando que sobrevenga la restitución íntegra de los tejidos afectados por las maniobras quirúrgicas.

Este acto quirúrgico consta de los siguientes pasos:

- 1º.- Incisión.
- 2º.- Preparación de los colgajos.
- 3º.- Osteotomía y osteotomía.
- 4º.- Operación propiamente dicha.
- 5º.- Tratamiento de la cavidad ósea.
- 6º.- Sutura de los colgajos.

Para poder llevar a cabo los pasos antes mencionados nos auxiliamos de instrumental especializado para cada uno de éstos pasos. Estos deben ser manipulados con suavidad, evitando la brusquedad, y su acción debe ser controlada y realizada con entera seguridad-- de mano.

Pero antes de realizar ningún paso es importante mencionar la anestesia a utilizar y que ésta debe ser perfecta. Ya que todas las maniobras para éste tratamiento provocan dolor.

El término anestesia se usa para designar el procedimiento -- que se realiza para suprimir el dolor, pero también significa pérdida total o parcial de las distintas formas de sensibilidad, con o sin intervención del anestésico o del cirujano.

En cirugía bucal utilizamos varios tipos de anestesia con : -

Local infiltrativa, regional troncular y anestesia general.

La anestesia general es la pérdida total de las distintas --- formas de sensibilidad y llega a la pérdida de la consciencia y a una optima relajación muscular.

La anestesia general puede obtenerse por inhalación, por via intravenosa y por via rectal, ésta se usa excercionalmente.

En el tratamiento de la inclusión dentariansi podemos utilizar la anestesia general como en los casos de: Extracción de caninos impactados bilaterales, terceros molares y dientes supernumerarios impactados de: Niños miedosos, o indociles. Pcientes con trismus, pacientes nerviosos o pusilánimes, pacientes que presentan ma marcada susceptibilidad por la adrenalina del anestésico local, paciente que la solicita.

Anestesia local es la supresión, por medios terapéuticos, de la sensibilidad de una región del organismo, en éste caso de la ca vidad bucal. La consciencia del paciente pemanese intacta. La anes tesia local por infiltración, se vale de la inyección de sustancias químicas, que al ponerse en contacto con las terminaciones ner viosas periféricas anulan la trasmisión del dolor a los centros su periores.

La anestesia regional troncular es la que se realiza poniendo la solución anestésica en contacto con un tronco o rama nerviosa - importante. Recordemos que la boca está bajo el dominio del quinto par o trigémino. El instrumento a usar es una jeringa Garpule.

INCISION. /

Ya anestesiada la zona procedemos a incidir utili zando el instrumental para tejidos blandos que es:

Bisturí de hoja corta.

Pinzas de disección y de dientes de ratón.

Pinzas para algodón.

Espejo bucal.

BREPARACION DE LOS COLGAJOS.-

Terminada la incisión que es -- con el fin de obtener un colgajo (o más), preparamos los colgajos desprendiendo la fibromucosa del perióstio y manteniendo los labios del colgajo separados sin ser heridos ni traumatizados, en los siguientes pasos quirúrgicos. EL instrumental que se úza tambien es para tejidos blandos, como son:

Legra o periostótomo, o espátulas romas (como la 7a. para cera).

Pinzas de dientes de ratón.

Pinzas de disección.

Pinzas de Kocher.

Pinzas de Halsted.

Separadores (Farabeuf, Volkman)

Material e instrumental para sutura.

OSTECTOMIA. Y OSTECTOMIA.-

La osteotomía consiste en abrir el hueso y la ostectomía en la extracción del hueso que cubre el diente. Este tiempo operatorio se realiza con:

Escoplo.

Martillo.

Pinzas gubias.

fresas quirúrgicas.

OPERACION PROPIAMENTE DICHA.-

Como su nombre lo indica es la ejecución del tiempo de la operación, o sea la extracción del diente retenido, y nos valemos de:

Elevadore.

Pinzas para extracción

Escoplo y martillo

Fresa. (Estos dos ultimos en caso de oditosección).

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.-

Tanto en la extracción de -- los terceros molares, como de canino incluido y dientes supernumerarios, el tratamiento consiste en eliminar el saco pericoronario, eliminar las esquirlas de hueso o diente, limar el hueso y lavar la cavidad. Se recomienda aislar la cavidad, para evitar la contaminación con saliva y colocar algún medicamento en la cavidad. El instrumental a usar es:

- Cucharillas para hueso.
- Limas para hueso.
- Pinzas gubia.

SUTURA DE LOS COLGAJOS.-

Este es el paso final de la operación y consiste en unir los tejidos separados por la incisión. En -- las retenciones casi siempre se usan puntos aislados que se logran con el siguiente instrumental y material:

- Sutura (consiste en una aguja curva sencilla pequeña y el hi lo pasada por ésta, que puede ser seda o catgut.).
- Portaagujas.
- Tijeras.

Debemos de mencionar también el material que es indispensable durante la cirugía como:

- Campos quirúrgicos (para instrumental).
- Tapaboca o campo para el paciente.
- Suficientes cartuchos de anestesia.
- Gasas esterilizadas y cortadas en trozos.
- Agua bidestilada o solución salina.
- Jeringa para irrigar.
- Capsula de porcelana o de vidrio pirex (en ésta se vierte la-

solución fisiológica, con la cual se irriga el campo operatorio durante la intervención, para evitar recalentamiento del hueso.

Aspirador de sangre.

Pieza de mano o contraángulo.

La disposición correcta del instrumental y material en la ó - las mesas, permitirá al cirujano encontrar los instrumentos rápida - mente sin pérdidas inútiles de tiempo y perjudiciales para la ope - ración y el paciente. El orden debe ser fijo, y cada vez que se use un instrumento se le colocará luego en el mismo lugar de donde se lo tomo.

Acostumbremos a dividir imaginariamente la mesa en 4 ó 2 - sectores, uno derecho y otro izquierdo.

En el sector derecho de la mesa colocamos el instrumental para seccionar las partes blandas, separarlas y mantenerlas: bisturí, pinzas de disección y de dientes de ratón, tijeras rectas, pinzas de Cocher, pinzas de Halsted, pinzas para algodón, un espejo bucal, legras, espátulas romas y separadores. También colocamos en éste sector el instrumental destinado para óstectomía y el tratamiento de la cavidad: escoplos, martillo, pinzas gubia, fresas para hueso, cucharillas para hueso.

En el sector izquierdo de la mesa colocamos los instrumentos dedicados a la sutura: agujas, portaagujas; además exploradores especiales, gasas, la capsula de porcelana, una jeringa, pinzas de extracción y elevadores.

La cirugía para dientes retenidos se puede realizar en un quirófano, o en el consultorio dental, en ambos lugares es indispensable cumplir con las medidas de asepsia de toda cirugía.

Todo el instrumental así como el material, deberán estar perfectamente esterilizados. Por ningún motivo debemos contaminar el

campo operatorio. Esto se evita cuando el cirujano y sus ayudantes están vestidos con ropa limpia y esteril como: bata quirúrgica o filipina, gorro para cubrir el pelo, cubreboca para evitar que la flora del cirujano llegue al campo operatorio, cepillos para la limpieza de las manos, los guantes de goma completan las medidas de asepsia. No podemos aliviar el jabón, alcohol, tintura de yodo y tintura de merthiolate, elementos de uso común en cirugía.

Es bueno mencionar que el uso de anestesia general facilita la operación.

CANINOS SUPERIORES.-

Tal impacción debería descubrirse tempranamente, para exponer el diente y darle tempranamente oportunidad así de hacer erupción en una posición normal. La exposición debe brindar una vía suficientemente amplia para que la corona del diente pase libremente a través del hueso.

Si el diente está tan profundamente situado que la posibilidad de que sea cubierto por tejido blando durante la curación es muy grande, debe prevenirse esto colocando un paquete quirúrgico o un relleno periodontal, que debe mantenerse durante un periodo de tres a cuatro semanas.

TRATAMIENTO.-

El tratamiento de estas piezas es la exposición quirúrgica o la extracción. Esta operación se realiza en niños entre 12 y 16 años. La decisión del tratamiento está decidido por el operador, en muchas ocasiones solo depende de dejar expuesta la corona. Las radiografías no siempre proporcionan la información correcta. Y con frecuencia la consulta con el ortodontista ayuda a decidir el tratamiento.

La electrocirugía está contraindicada, porque puede lesionar el hueso, lo que prolongará el tiempo de curación y causaría mayores molestias.

Existiran casos en que será imposible la exposición quirúrgica seguida de tratamiento ortodóntico despues de haber expuesto la corona y la extracción será necesaria durante la operación. Siempre habrá que advertir a los padres ésta posibilidad.

Al exponerse quirúrgicamente los caninos superiores situados palatinamente pueden seguirse dos metodos:

1.- Si se puede palpar claramente la corona del canino permanente o la elevación causada por ella, se hace excisión en el mucoperiostio que está encima, y se extraee cuidadosamente con fresas; el hueso que se encuentra sobre la corona, para no lesionar el esmalte del canino permanente.

Despues de exponer la corona se ensancha el espacio pericoronario asta la unión de cemento y esmalte con escariadores periodontales, lograr un espacio de 2mm al rededor de la corona. Se adapta una forma de corona de celuloide o aluminio sobre la corona hasta acercarse a la unión esmalte y dentina, y se cementa con oxido de zing y eugenol. La parte oclusal de la corona deberá protruir atravez de la porción cortada de hueso y mucoperiostico, para retener ésta abertura. Despues de ocurrir la ligera erupción de la pieza se toma una impresión de la corona con una banda de cobre se puede hacer un molde con uno o dos ganchos y cementarse y se puede iniciar el tratamiento ortodóntico.

En ocasiones puede utilizarse sobreincrustaciones baseadas en oro despues de la exposición quirúrgica, estas son unidad con ligaduras de acero o hilo elástico para mover los dientes a su posición normal.

2.- Cuando la posición del canino impactado no puede asegurarse por palpación se deberá hacer un colgajo y despues de adaptar y cementar la corona se vuelve a colocar el colgajo y se corta una abertura en él. Despues, se sutura el colgajo desplazandolo en su posición. Despues de la exposición el dolor y la inflamación seran minimos.

Si, al exponer la corona, se encuentra que la posición es tan desfavorable como para no dejar colocar la forma de corona sobre la corona de la pieza, por ejemplo cuando el canino hace contacto con una pieza vecina deberá aplicarse y retorserse con un alambre de acero inoxidable al rededor del cuello de la corona expuesta. Se utilizan para el prosdiiiento ortodóntico las dos extremidades que hacen extrusión en la cavidad bucal.

Para pasar el alambre al rededor de la corona y sea menos difícil, puede hacerse presión con hilo de seda fuerte (del número - 00) entre la cuspide del canino y la raíz adyacente. Generalmente se puede obtener suficiente movimiento del canino para dejar que la sutura se deslice entre los dos aun si el contacto es muy estrecho. La sutura de seda deberá ser doble, para que el alambre pueda llevarse al espacio doblandolo sobre si mismo y tirando de él hacia el area que circunda el cuello.

EXTRACCION DE LOS CANINOS POR VIA PALATINA.-

La extracción de los dientes retenidos es una operación larga y molesta. La anestesia debe preveer la longitud de la operación. Es interesante el empleo de una anestesia base, administrando al paciente un sedante.

- 1.- Retención unilateral. Anestesia infraorbitaria del lado a operarse. Anestesia local infiltrativa de la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y del agujero palatino posterior del lado a operarse.
- 2.- Retención bilateral. Anestesia infraorbitaria en ambos lados. Anestesia local infiltrativa en la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y de ambos agujeros palatinos posteriores.
- 3.- Anestesia general. Los caninos retenidos pueden ser operados bajo anestesia general, por via endovenosa, más pronto de éter, oxígeno.

INCISION.-

Se desprende parte de la fibromucosa, dejando al - descubierta la bóveda palatina. El objeto es preparar un colgajo - que permita el amplio descubrimiento, del lugar donde está retenido el diente por extraer.

Para conseguir éste colgajo se usa un bisturí de hoja corta, e el cual se insinúa entre los dientes y la encía, dirigido en sentido perpendicular a la bóveda, llegando hasta el hueso. El desprendimiento se inicia en el límite ya prefijado (cara distal del segundo premolar, cara distal del primer molar), y se extiende en ese sentido anterior hasta los incisivos centrales, lateral o molar -- del lado opuesto, dependiendo del lugar que ocupe el o, los caninos retenidos. Al llegar a la parte donde falta el diente en la arcada el bisturí contornea parte de la cara mesial del primer premolar; - la incisión sigue la cresta de la arcada y se continúa hasta el lugar elegido. La pequeña lengüeta que resultata de ésta incisión se rá utilizada con provecho al practicar la sutura. Cuando existe el canino temporario, la incisión lo rodea por su cara palatina. Al - desprender el colgajo debemos respetar los elementos que se relacionan con el agujero palatino anterior. Para que tal colgajo sea útil, algunos autores indican una incisión perpendicular a la arcada dentaria y de una extensión aproximada de un centímetro. Esta incisión tiene el peligro de seccionar los vasos palatinos que discurren desde el agujero palatino posterior hacia adelante; esta - sección da una abundante hemorragia. Ampliando suficientemente el límite de desprendimiento de los dientes, no es necesaria la incisión transversal en la bóveda palatina.

Practicada la incisión, el desprendimiento del colgajo se realiza con un instrumento romo (espátula de Freer, o periostótomo)

Este instrumento se insinúa entre la arcada dentaria y la fibromucosa palatina, y con pequeños movimientos, sin herir ni desgarrar

rrar la encía, se desprende la fibromucosa hasta dejar al descubierto el hueso de la bóveda palatina. Es conveniente despues de desprendido un trozo de fibromucosa, tomar éste con una pinza de disección. Este colgajo debe ser mantenido inmóvil durante la operación. Se pasa un hilo de sutura por un punto de la fibromucosa, de preferencia por la lengüeta gingival del espacio del canino. El hilo se anuda por un molar del lado opuesto, y/o se toma sus cabos con una pinza de Kocher y se fijan a la compresa que cubre al paciente.

Se cohibe la posible hemorragia ósea, o de los vasos palatinos, sin cuyo requisito la vición no es correcta y se pasa al otro tiempo quirúrgico.

OSTECTOMIA.-

Para eliminar el hueso que cubre el canino retenido. Existen varios métodos que, aunque llevan el mismo fin, tienen diferentes fundamentos que se refieren al "shock" quirúrgico y a las molestias que pueda sentir el paciente.

Los instrumentos usados son: La fresa quirúrgica y el escoplo impulsado a golpes de martillo.

Es importante indicar la cantidad de hueso a eliminarse. Deben quedar ampliamente descubiertas, en la ostectomia toda la corona retenida y parte de la raíz. Esto es porque en la extracción de un canino retenido el principal obstáculo está en su corona y no en su raíz. La ostectomia debe descubrir toda la corona, especialmente a nivel de la cúspide del diente retenido y en una anchura equivalente al mayor diámetro de la corona, para que ésta se pueda eliminar de la cavidad ósea, sin tropiezos y sin traumatismos. Según sea la inclinación del canino se exigira mayor o menor sacrificio de hueso a nivel de su parte radicular. Por lo general es suficiente descubrir el tercio cervical de la raíz. Con el método de la odontosección, la cantidad de ostectomia está reducida.

La fresa elimina el hueso, limpia y rápidamente, sin molestar al operador. Se deben usar fresas nuevas, para evitar el recalentamiento, éstas deben cambiarse continuamente durante el transcurso de la operación, porque al embotarse con los restos óseos y la sangre, bruñen el hueso y lo calientan. Se recomienda irrigar el hueso con solución fisiológica tibio esterilizado. El uso de fresas de tungsteno y torno de alta velocidad, facilitan la operación.

La ostectomía con fresa se realiza con fresas redondas números 4 a 5. Una vez ubicada con precisión la ubicación de la corona se practican orificios circundando la corona y el primer tercio radicular; la fresa debe llegar a tocar la corona del canino y el operador percibir la sensación particular de dureza del esmalte. Los diversos orificios creados con la fresa se unen entre sí, seccionando el hueso que los separa, con una fresa de fisura fina número 568, o con un escoplo que dirigiéndolo con pequeños golpes, cumple el mismo cometido. Esta tapa ósea se levanta con el mismo escoplo o con una pequeña legra.

Cuando la corona del canino está muy superficial y el hueso que la cubre es papiráceo, puede ser eliminado en total con una fresa redonda grande, números 8 a 9. La fresa puede usarse en el contraángulo o en la pieza de mano, como lo prefiera el operador.

Si preferimos usar el escoplo, usaremos uno recto, angulado o de media caña. Se aplica verticalmente al hueso y con golpes de martillo se elimina el hueso que sea necesario. Esta ostectomía se cumple por partes, retirando el hueso en pequeños trozos.

En las retenciones superficiales el escoplo no causa molestias, sobre todo porque en tales condiciones puede ser usado bajo presión manual. En las profundas, el golpe de martillo es pensadamente soportado por el paciente. Evitarlo es mejorar el acto quirúrgico.

EXTRACCION.-

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

La operación consiste en eliminar un cuerpo duro inextencible (el diente) de un elemento duro que debe considerarse inextencible (hueso). Esta maniobra solo puede realizarse por palancas que apoyadas en el hueso vecino más sólido y más protegido (el hueso de lado interno elevan el diente siguiendo la brecha ósea creada. Esta maniobra exigiria extraordinario esfuerzo. La eliminación de éste cuerpo inextencible dentro del otro cuerpo que debe ser considerado inextencible, se resuelve por dos procedimientos:

- 1.- Se aumenta ampliamente la ventana ásea por donde debe eliminarse el diente.
- 2.- Se disminuye el volumen del diente por extraer.

El primer procedimiento exige el sacrificio estéril del tejido óseo vecino, porque para extraer sin traumatismos un canino retenido, será necesario extirpar una cantidad considerable de hueso.

El segundo procedimiento es sencillo, rápido y elegante. Es la aplicación del clasico método de la odontosección. Se corta el diente en el número de trozos necesario, y se extraen sus partes separado, y a expensas de los espacios creados por las partes desalojadas se completa la extracción de los trozos que quedan.

Existen algunos casos en que el diente está dirigido en un sentido próximo al vertical en los cuales la sección no es aplicable en tal posición, se crea un espacio con fresas, al rededor de la corona del diente canino y siempre que la cúspide no se encuentre enclaustrada, puede ser extraido con un elevador recto, introducido en la cara del retenido que mire a la línea media y a la láred ósea contigua. Con movimientos de rotación se introduce el ins

trumento, con lo cual se consigue imprimir al diente cierto grado de luxación. La extracción, en tales casos, se determina tomando el diente a nivel de su cuello (en los casos accesibles) con una pinza de premolares superiores y ejerciendo suaves movimientos de rotación y tracción en dirección del eje del diente. Dificultades a éstos movimientos significan dilaceración radicular. En estas circunstancias, el esfuerzo empleado debe ser mínimo, por los peligros de fractura de un ápice dolacerado, cuya eliminación es difícilísimo.

La odontosección puede realizarse con dos instrumentos: la fresa y el escoplo.

1.- Con la fresa la maniobra de la sección del diente retenido es sencilla. Exige, como condición necesaria una perfecta posición del diente y su fácil acceso. El diente debe ser cortado a nivel de su cuello, con fresa de fisura números 702 ó 560 dirigida perpendicularmente al eje mayor del diente. Si la región cervical no es accesible habrá que cortar el diente a nivel de su corona, - Para esto será necesario desgastar previamente el esmalte con una piedra, para permitir la introducción de la fresa.

SEccinando el diente se introduce un elevador recto en el espacio creado por la fresa y se imprime al instrumento un movimiento rotatorio con el cual se logrará separar definitivamente raíz y corona, y dar a la corona un cierto grado de movilidad. Luego aplicando el elevador a nivel de la cúspide del cono se dirige la corona en dirección del ápice, aprovechando el espacio creado con la fresa de fisura.

2.- La odontosección puede realizarse por medio del escoplo; en contadas ocasiones tienen éxito estos instrumentos. El diente debe ser cortado a nivel de su cuello el cual puede ser previamente debilitado realizando una muesca con una fresa.

El escoplo tiene que ser dirigido perpendicularmente al eje mayor del diente. Dos o tres golpes son suficientes para realizar la odontosección.

La extracción de la corona se logra introduciendo un elevador angular, de hoja delgada, en la cara del diente que mira hacia la línea media y la estructura ósea. Con un movimiento de palanca, -- con punto de apoyo en el borde óseo y girando el mango del instrumento, se decide la corona.

Eliminando la corona, hay un amplio espacio para dirigir la raíz hacia la cavidad ósea vecina. Cuando la estructura ósea es escasa, puede luxarse la raíz introduciendo el mismo elevador angular que se usó para la corona, entre la pared radicular que mira a la línea media y el hueso adyacente y dirigiendo la raíz hacia abajo y hacia la línea media.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA.-

Extraído el canino, debe inspeccionarse cuidadosamente la cavidad ósea y extraer las esquirlas de hueso o de diente que puedan quedar y eliminar el saco pericoronario del diente retenido; este lo vamos a eliminar con una cucharilla filosa, de no eliminarla podemos provocar trastornos infecciosos y tumorales.

Los bordes óseos agudos y prominentes deben ser alisados con una fresa redonda o con escofinas, o limas para hueso.

SUTURA.-

Con la sutura colocamos en su sitio al colgajo, readaptándolo perfectamente, de manera que las lenguetas interdentarias ocupen su normal ubicación. En los caninos unilaterales, con un punto de sutura es suficiente; se coloca a nivel del espacio. Es necesario desprender, en una pequeña extensión, la fibromucosa vestibular para poder pasar con comodidad la aguja. Si persiste el canino temporario, la sutura del colgajo debe realizarse con una

aguja recta y fina, la cual se pasa por el espacio interdentario-- más ancho. El extremo interno interno del hilo se vuelve, atraviesa el punto de contacto para llegar al triangulo subgingival y se anuda con el extremo externo del hilo.

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

RETENCION BILATERAL.-

La técnica para la extracción por la vía palatina se realiza siguiendo los pasos antes mencionados, pero es necesario tomar en cuenta algunas consideraciones:

Incisión, la que se indica en caso de caninos bilaterales, es el desprendimiento del colgajo palatino, separando la fibromucosa - del cuello de los dientes, desde distal del segundo premolar o del primer molar.

El desprendimiento del colgajo lo realizamos con el periostótomo, y con la misma técnica señalada para la retención unilateral se desprende la fibromucosa y el colgajo se mantiene inmóvil, sujetándolo al segundo molar.

La osteotomía y la extracción se realizán siguiendo los pasos como en la retención unilateral.

El empleo de la sutura es más necesario. Se pasan tres o cuatro puntos de sutura en los sitios más accesibles.

EXTRACCION DE LOS CANINOS POR LA VIA VESTIBULAR.-

La extracción por ésta vía es más sencilla que por la vía palatina. La iluminación es más fácil y el acceso al diente retenido es más directo. En el caso de dientes cuya corona se encuentra muy serca de la línea media, se dificulta por esta vía, por lo que se completa la intervención por la vía palatina.

ANESTESIA.-

Usamos la infraorbitaria; se completa con anestesia del paladar a nivel del agujero palatino anterior y una anestesia distal a la altura del ápice del canino. Si se opera con anestesia general es -util realizar una anestesia infiltrativa en el -vestibulo, con fines hemostáticos.

INCISION.-

Se emplea la incisión de Partsch (en arco) o la incisión hasta el borde libre (Neuman). Debe estar lo suficientemente alejada del sitio de implantación del diente, como para que ésta no coincida con la brecha ósea, al reponer el colgajo en su sitio.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.-

Lo desprendemos de la misma manera que todos los colgajos. Este debe mantenerse levantado durante el curso de la operación con un separador romo que no traumatice. Hay que evitar tironeamientos que repercutan sobre la vitalidad del tejido gingival.

OSTECTOMIA.-

La ostectomia se realiza con fresa o escoplo y -martillo. Ambos métodos son buenos. La tabla externa no tiene la dureza y solidez de la bóveda palatina y se facilita la ostectomia.

EXTRACION.-

Los caninos vestibulares, despues de enucleado la tapa ósea, pueden ser extraídos enteros, luxándolos previamente -- con elevadores rectos que se insinúan entre el diente y la pared -- ósea, en los sitios más sólidos. Luxando el diente, se toma con -- una pinza y se extrae.

La odontosección se realiza con fresa de fisura. El diente re -- tenido se corta a nivel del cuello. La corona se extrae con un ele -- vador recto o angular. En el espacio creado por la corona extraída-

se proyecta la porción radicular.

La raíz es movilizada en dirección de su eje mayor, con elevadores, o se practica un orificio en la raíz con una fresa redonda, en el cual se introduce un instrumento delgado, con el que se le a desplaza. Si la raíz tropieza con el diente vecino será necesaria otra sección.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.-

Se extirpa el saco pericoronario y los restos óseos y dentarios.

SUTURA.-

Dos o tres puntos de sutura con seda o hilo completan la operación, despues de repuesto el colgajo en su sitio.

Puede presentarse el caso de tener que xtraer un canino retenido y los dientes de la arcada, esto puede estar aconsejado en algunas circunstancias, y contraindicada en otras. Si extraemos primero los dientes de la arcada, se debilita tanto el la porción alveolar, que al ejerser fuerza con los elevadores sobre el canino retenido, se pude fracturar grandes extenciones de hueso alveolar.

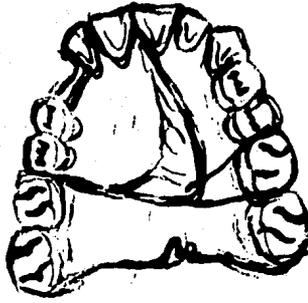
La indicación para la extracción simultanea se indica en los casos en que el canino relativamente serca de la tabla ósea de la bóveda, y seccionando el canino las veces que sean necesarias.

Los caninos profundamente retenidos deben ser intervenidos en distintos tiempos.

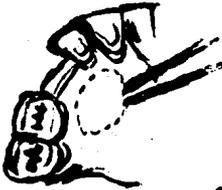
Para la extracción de los caninos retenidos en maxilares desdentados la via de elección será la vestibular. La ausencia de dientes facilita el problema. Para los caninos colocados muy profundamente, el camino más corto para la extacción será por la via palatina. Para la extracción de caninos retenidos en la proximidad de la arcada, deben preverse los riesgos de fractura, lo que ocasionaria problemas desde el punto de vista protético.



A



B



C



D



E



E'



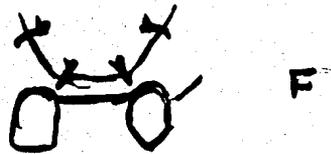
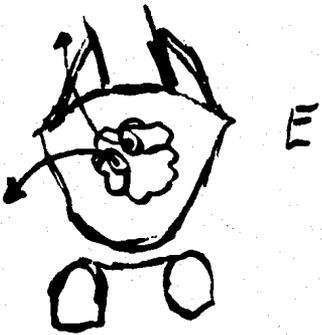
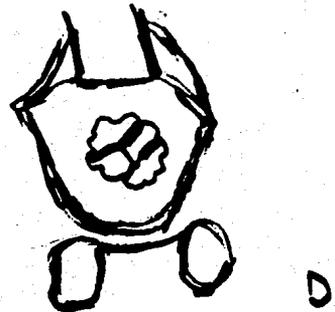
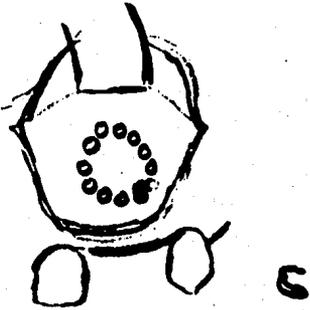
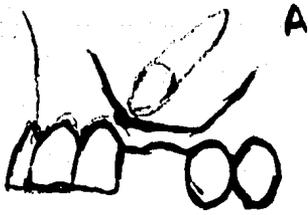
F

EXTRACCION DE UN CANINO RETENIDO POR LA VIA PALATINA.

A.- Incisión

B.- Desprendimiento del colgajo.

C.- Osteotomía realizada con un escóplo. D.- El colgajo se sostiene con un hilo al molar; Después de practicada la osteotomía aparece la corona del canino. E y E'.- Sección del diente a nivel de su cuello. F.- Sutura.



EXTRACCION DE UN CANINO SUPERIOR POR VIA VESTIBULAR.

- | | |
|--|----------------------------------|
| A.- Incisión | B.- Desprendimiento del colgajo. |
| C.- Osteotomía con fresa redonda. | D.- Sección del canino retenido. |
| E.- Extracción de ambos elementos, corona y raíz por separado. | F.- Sutura. |

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO.-

Este tipo de cirugía debe ser realizádp con mucho cuidado, para no dejar un recuerdo penoso al paciente. Este deberá ser pæparado para la operaci3n con una premedicaci3n apropiada. La anestasia debe ser perfecta. Los distintos instrumentos 3tilizados deben ser manipulados -- con suavidad, evitando la brusquedad, y su acci3n debe ser controlada y realizada con entera seguridad de mano.

Ginestèt nos da la siguiente t3cnica de extracci3n de 3stos - dientes: (4).

ANESTESIA.-

Regional en la espina de Spix, se completa con -- anestesia maseterina de Bercher (t3cnica: Aguja de 6 a 7 cm. bicel corto, se introduce en la d3presi3n precondílica, al ras del cigoma de 2 a 3 cm, se enfiltran alguna gotas de soluci3n en el trayecto, y 2 c.c. al final. Empujando la aguja; con la punta dirigida ligeramente arriba y atr3s 3 cm m3s, se alcanza la zona del agujero -- oval, donde pueden ser inyectados de 2 a 4 c.c. para bloquear el - nervio maxilar inferior.).

INCISION.-

En bayoneta de ramas longitudinales de 3 a 4 cm: -- una en el borde interno del tr3gono, partiendo de la base del pilar y llegando hasta el 3ngulo postero-interno del segundo molar; -- la otra partiendo del 3ngulo pastero-externo de 3ste donde se dirige oblicuamente hacia adelante, hacia la l3nea oblicua externa; -- una rama transversal las une a lo largo de la cara posterior del - segundo molar.

Se hace la liberaci3n del colgajo mucoso con la legra larga y fina, con precausi3n para no desgarrar la mucosa. La legra se debe manejar guardando el contacto 3seo, llegando hacia adentro hasta el descubrimiento de la zona 3sea que recubre al diente, y en -

cuya posición, forma y relaciones han sido determinadas previamente por las radiografías. En éste momento se levanta el colgajo y se reclina hacia afuera con la ayuda de un separador apropiado.

TALLADO DE LA VENTANA ÓSEA.-

Preparar mediante una serie de orificios con una fresa redonda lanceolada de Thomas No. 7 6 3, un trazo ovoide paralelo al eje del diente. Se unen los orificios, que deben tener una separación entre ellos de 2 a 3 cm, con una fresa de fisura No. 6 6 7 6 un buril.

Levantar el opérculo óseo así trazado mediante un golpe de cincel, o con golpes de gubia, hasta dejar al descubierto la corona. Liberar el total de la corona y el comienzo de la raíz (cara distal) insistiendo a ese nivel en eliminar bastante tejido óseo sobre la espalda del diente, para permitir su enderezamiento, liberar, discretamente con fresa o con cincel, los flancos externo e interno del diente, o mejor, hacer con fresa de fisura un surco externo profundo y neto hasta media altura del diente para permitir el paso y el apoyo de un elevador. En ese estado el diente es liberado, por su flanco externo, por el surco abierto con la fresa y por su cara posterior, por la resección de la espalda ósea. El molar podrá ser desplazado hacia atrás y adentro, pero para levantarlo se debe excavar, hacia adelante y al ras de la corona, un hoyo con una fresa lanceolada No. 8, con un elevador introducido del lado vestibular en ese hoyo y tomando punto de apoyo sobre su borde anterior, se endereza el diente y se levanta. Es posible luxarlo hacia adentro con un elevador acodado introducido en el surco externo y tomando punto de apoyo sobre su borde externo.

La cavidad limpia, de restos óseos y de sangre, se debe curetear para eliminar los restos del saco pericoronario que pudieran subsistir. Se deja una mecha iodoformada. Sutura del colgajo mucoso rebatido.



INCISION EN BAYONETA SEGUN GINNSTET.

La extracción del tercer molar inferior incluido exige abrir por medios quirúrgicos la encía que tapiza el diente. Por lo tanto la operación consta de los pasos siguientes:

- 1º.- Incisión.
- 2º.- Preparación de los colgajos.
- 3º.- Osteotomía y ostectomía.
- 4º.- Operación propiamente dicha.
- 5º.- Tratamiento de la cavidad ósea.
- 6º.- Sututura de los colgajos.

INCISION.-

La incisión se lleva a cabo con un bisturí de Parker, se inicia la incisión en la parte más alta de la cresta distal, por detras de la cara distal del segundo molar, con trazo energético, que permita percibir debajo del instrumento la sensación de hueso en la cara dentaria. La longitud de la incisión estará dada por el tipo de retención del tercer molar; por lo tanto se funda en detalles que se obtengan del examen radiográfico.

Al llegar a la cara distal del segundo molar contornea su cuello y continúa despues festoneando la encía en su adaptación al cuello del segundo y primer molar, su profundidad llega tambien al hueso y secciona en su penetración los ligamentos correspondientes ; ésta incisión se detiene en el espacio interdentario del primer molar y segundo premolar.

PREPARACION DE LOS COLGAJOS.-

Despues de realizada la incisión, se insinua el periostótomo en la brecha quirúrgica, progresando desde el lado distal al mesial. Desprendido el colgajo se le mantiene con el mismo periostótomo o con un separador.

OSTECTOMIA.-

Consiste en reseca la cantidad de hueso como pa

las pruebas de laboratorio correspondientes, nos podemos adelantar y presumir de un pronóstico favorable, delicado o desfavorable.

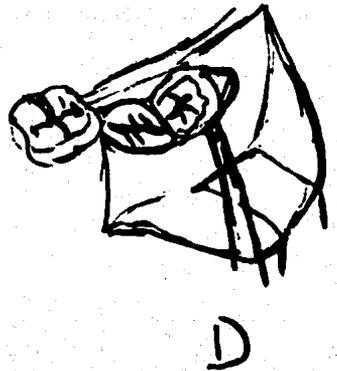
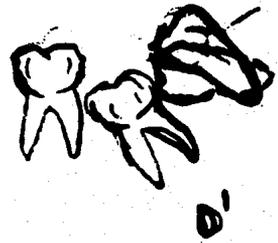
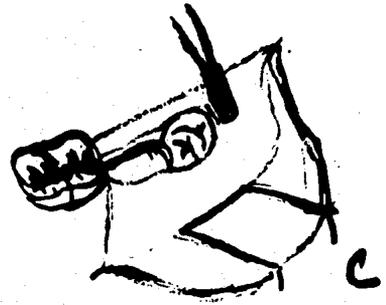
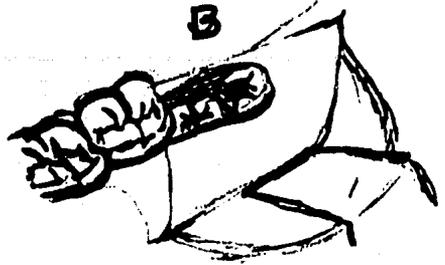
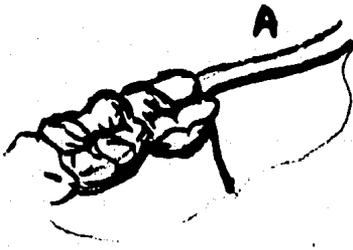
Los estudios preoperatorios son todos aquellos que debemos de tomar en cuenta, antes de realizar la cirugía para los dientes incluidos, como son: La historia clínica, las pruebas de laboratorio y el diagnóstico bien establecido. Que son esenciales antes de la intervención operatoria.

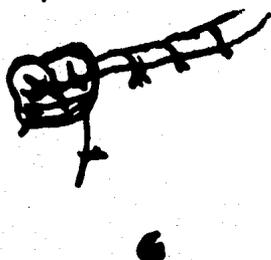
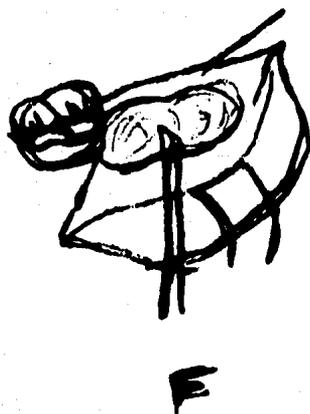
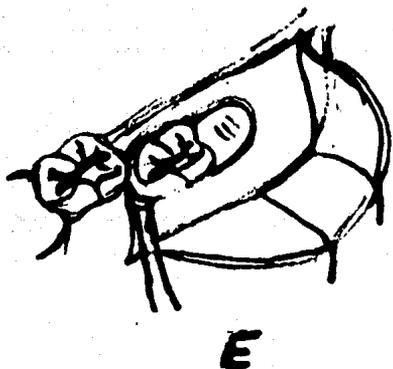
Como siguiente paso está el tratamiento que es en si la extracción del diente incluido. Los pasos a seguir son los mismos que para cualquier acto quirúrgico. Eleccionar el instrumental adecuado. Conocer perfectamente la zona a tratar. Que la anestesia sea perfecta. Se prosede a incidir, preparar los colgajos, hacer la osteotomía, extraer el diente, limpiar la cavidad ósea y suturar a los colgajos.

Los cuidados posoperatorios deben cuidarse perfectamente ya que de lo contrario, podemos tener muchas complicaciones. Estas complicaciones se pueden presentar durante el acto quirúrgico, ó bien en el posoperatorio. De nada serviría llevar a cabo una buena técnica quirúrgica si el posoperatorio lo descuidamos. Despues de la intervención toda las medidas, precauciones y técnicas que se realizan, nos daran el completo restablecimiento del paciente, en un tiempo menor y todo esto será en beneficio del paciente y por supuesto el de nosotros mismos.

No debemos olvidar que el tratamiento de la inclusión dentaria no es tan sencilla como parece, y si no estamos seguros de poder realizar la operación, será mejor remitir al paciente a un especialista. Así nos evitaremos muchas complicaciones.

Las complicaciones que podemos tener son generalmente por no seguir todas las indicaciones correctamente. Se nos pueden presentar durante el acto quirúrgico o en el posoperatorio. Por eso es preciso conocer todas las medidas a seguir en una complicación, aunque ésta no suceda.





EXTRACCION DE TERCERO Y CUARTO MOLARES INFERIORES

- A.- Incisión B.- Colgajo desprendido.
 C.- Osteotomía distal sobre el cuarto molar, con fresa de fisura. C'.- Extensión de la osteotomía distal.
 D.- Elevación con elevador del cuarto molar. D'.- Esquema de el dibujo. E.- Extracción del tercer molar. E'.- Esquema del dibujo. F.- Curetaje. G.- Sutura.

GERMENTOMIA.-

Se efectua con fines preventivos es solisitado por los especialistas en ortodoncia u ortopedia maxilifacial, cuando la evolución del moalar les hace temer una recidiva de palposición. Las radiografias muestran la posición del germen dentario, - constituido por la corona, segun la edad, el esboso de la raices. La extracción de ese germen es más delicada que la de un dicnte completamente formado.

Tecnica.-

Anestecia igual que para el tercer molar incluido.

Insición.-

Igual que para el tercer molar incluido, desendiendo superficialmente en el vestibulo en razón de la profundidad delgermen. Liberación, separación y mantenimiento del colgajo mucoso por un separador.

Preparación del ventanal osoo, por perforaciones sobre el techo que recubre el germen. Es levantada con golpes de cincel o eliminada con fresa. El espesor que puede llegar a 5 mm. obliga a hacer una trepanación profunda.

La parte superior del germen aparece parcialmente. Liberar con fresa de fisura y redonda el contorno de la corona, descendiendo hasta el núcleo. Cuando el germen está en posición intermedia a igual distancia de las dos tablas, se debe agrandar la trepanación por dentro para poder así recligar y levantar el borde mucoso interno, fijandolo con un gancho o hilo.

El germen aunque parese completamente liberado, no puede ser eliminado con el elevador o forceps, porque flota en su cavidad ósea retentiva. En ese caso se debe ampliar el orificio con una fresa de fisura corta o una de espiral. De éste modo el espacio obtenido es suficiente para poder actuar con un elevador acodado.

Curetear con precaución el alveolo vacío, taponar temporalmente si fuera necesario, rebatir el colgajo mucoso y suturar.

DIENTES SUPERNUMERARIOS.-

Siguen el mismo camino que los demás dientes retenidos y deben ser extraídos, por las mismas razones expuestas con anterioridad. Uno de los comportamientos de los dientes supernumerarios es su actuación, a modo de cuña o dique, - que impide la erupción de los dientes permanentes; ésto es frecuente a nivel de los incisivos centrales, donde los supernumerarios son generalmente dos.

La cirugía de éstos dientes, sigue las normas señaladas anteriormente.

TEMA VIII CUIDADOS POSOPERATORIOS

El tratamiento posoperatorio es la fase más importante de la operación. Tanto es así que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente, una vez terminada la operación, pueden modificar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

Podemos definir el posoperatorio por el conjunto de medidas, precauciones y técnicas que se realizan después de la intervención, reparar los daños que surjan durante el acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza, en el logro del perfecto estado de salud del paciente.

Los cuidados posoperatorios deben referirse a la herida misma y al campo operatorio que es la cavidad bucal. Los puntos a seguir durante el tratamiento posoperatorio son:

- 1.- Tratamiento local.
- 2.- Fisioterapia.
- 3.- Cuidados de la herida.
- 4.- Tratamiento general del paciente.
- 5.- Instrucciones para los pacientes.
- 6.- Extracción de los puntos de sutura.

TRATAMIENTO LOCAL.-

Consiste en la higiene de la cavidad bucal. Esta será irrigada con una solución fisiológica ó agua oxigenada tibia, nos da mejores resultados si la proyectamos con un atomizador, que limpiará y eliminará sangre, saliva, restos que eventualmente puedan depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios. Todos éstos elementos extraños de no eliminarse entran en putrefacción y aumentan la riqueza de la flora microbiana bucal.

FISIOTERAPIA.-

Con esto nos referimos al empleo de agentes fi

sicos para mejorar y modificar las condiciones de la herida en la cavidad bucal. Nos referimos al empleo del frío, calor, y radiaciones.

El papel del frío es múltiple: evita la congestión y el dolor posoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias, disminuye y delimita los edemas posoperatorios. Todo esto es por la vasoconstricción periférica que produce el frío. Recomendamos bolsas con hielo o toallas mojadas en agua helada, que se colocan en la cara, frente al sitio de la intervención. Se usa por periodos de 15 minutos, seguido de periodos iguales de descanso, y durante no más de los primeros tres días pues más allá es ineficaz.

La acción del frío puede ser completada con el empleo de una solución enfriada de sulfato de magnesio (100g en 500 ml de agua) en lugar del agua, ésta solución reduce los edemas.

El calor solo lo empleamos para madurar los procesos flogísticos y ayudar a la formación del pus; después del tercer día, puede aplicarse para disminuir las alveolalgias y dolores posoperatorios. Las radiaciones de rayos infrarrojos son fuentes de calor y se usan cuando las extracciones fueron muy laboriosas.

CUIDADOS DE LA HERIDA.-

Un alveolo que sangra y se llena con un coágulo, tiene la mejor defensa contra la infección y los dolores, por lo tanto resulta innecesaria la terapéutica.

Después del segundo día, la herida será suavemente irrigada con suero fisiológico tibio o con una solución alcohólica de fenol alcanforado, (fenol alcanforado, 30 gotas; alcohol, 3ml; agua, 200ml).

TRATAMIENTO GENERAL DEL PACIENTE.-

Este tratamiento debe ser practicado por el clínico que vigila al paciente, en colaboración

con el cirujano bucal. Dicho tratamiento se refiere a la vigilancia del pulso, la tensión arterial, emuntorios, alimentación, y a las medidas terapéuticas de orden general de las complicaciones posoperatorias (vacunoterapia, sulfamidoterapia, tratamiento de las hemorragias, administración de sueros, transfusión sanguínea, tratamiento del shock).

INSTRUCCIONES PARA LOS PACIENTES.-

Antes de despedir al paciente deben dársele instrucciones precisas respecto al cuidado que debe tener en su domicilio. Estas instrucciones deben darse por escrito, para evitarle dudas. Un ejemplo es:

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

-Colocar una bolsa con hielo en la cara, sobre la región operada, durante quince minutos alternados con quince minutos de descanso, por el término de varias horas.

No realizar ninguna clase de enjuagatorios, salvo indicación expresa, por el término de tres horas. Si se hubiera dejado en la boca alguna gasa protectora, retirarla al cabo de una hora.

Después de transcurridas las tres horas, realizar enjuagatorios tibios, con una solución de agua y sal. Estos enjuagatorios se repetirán cada dos horas.

En caso de sentir dolor, tome una tableta del medicamento indicado. Se puede repetir la tableta cada dos horas, si el dolor no cesa.

Si tuviera una salida de sangre mayor que lo normal, el paciente puede realizar un taponamiento de urgencia colocando sobre la herida un trozo apreciable de gasa esterilizada, sobre la cual se deberá morder durante treinta minutos. Llamar por teléfono al cirujano bucal.

Los alimentos en las primeras seis horas deberá ser líquida-

(té con leche, naranjada, caldo tibio). Después de estas horas pue
de tomarse el siguiente menú:

Extracto de carne

Caldo con jugo de carne

Puré de papas o cualquier otra verdura.

Gelatina de aves

Jugo de tomate

Sopa de fideos

huevos tibios

dulce de leche.- (10).

Poniendo atención en los cuidados posoperatorios, que éstos -
sean los correctos y siguiendo las indicaciones precisas, obtene--
mos el éxito de la operación y evitaremos futuras complicaciones.

TEMA IX COMPLICACIONES.

Tiempo perdido en evitar complicaciones es tiempo bien perdido. Tomando en consideración todas las posibilidades en el planteamiento preoperatorio desde su iniciación, la atención final del -- posoperatorio puede evitar muchas complicaciones.

Una cierta intensidad de dolor y de molestias es de esperar -- después de un procedimiento quirúrgico en la calidad oral. Es de -- la responsabilidad del profesional determinar la causa de un dolor que está sufriendo el paciente y cuya naturaleza no es común. El -- dolor, tal como es descrito, es muy importante como ayuda diagnós- -- tica. Su comienzo, la localización, el tipo, la duración y la in- -- tensidad son factores para valorarlo aún cuando el comienzo sea -- incidioso o un insignificante.

Es también responsabilidad del cirujano seguir el curso del -- posoperatorio tan uniformemente como le sea posible y un orden pa- -- ra llevarlo es el siguiente:

- 1.- Prescripción de una medicación adecuada de acuerdo con la intensidad del dolor.
- 2.ª Capacidad para pronosticar con alguna certeza el curso del posoperatorio.
- 3.ª Reconocimiento de una anormalidad en el posoperatorio.
- 4.- Preparación para enfrentarse con las complicaciones.

Dolor y elevación de la temperatura son procesos e invariables -- indicaciones de una complicación. El dolor posoperatorio se exacer- -- va generalmente en las primeras 24 horas después de la intervención al cabo de las cuales va disminuyendo en los próximos días.

El edema posoperatorio aumentará visiblemente entre las 24 -- y 48 horas de la poscirugía y se acompañará de acentuado malestar, pero el enfermo relata que ese malestar es sin importancia y, en -- cambio, se queja de las molestias causadas por los movimientos de la cabeza. El edema es proporcional a la intensidad del trauma que actúa sobre los tejidos duros y blandos, y es el reflejo de como -- el tejido blando ha sido tratado durante la intervención.

La intensidad del tirmus coincidirá de cerca con el edema. - Aún bajo las mejores circunstancias, habrá una pérdida de sangre que es de esperar después de la extracción de uno o varios dientes, pero raramente excesiva, aún cuando el paciente lo crea así, porque la presencia de la sangre en la boca provoca excesiva salivación, que parece aumentar la cantidad de aquella.

DOLOR CONTINUO.- El dolor continuado por un período de tiempo mayor de 24 horas localizado en la zona intermedia y sin disminución de intensidad, debe ser, objeto de investigación.

El paciente puede localizarlo generalmente en la zona afectada en la cual se han efectuado las extracciones, y la exploración sobre esa área, por lo común halla la causa que lo produce. Si las radiografías posoperatorias de rutina no han sido tomadas, esta falta de precaución debe ser colocada en el número uno de la impresión, ya que de ella provienen el trismus, el edema, la molestia del paciente y la insumación de un tiempo mas prolongado en las intervenciones. Con la zona bien anestesiada se deben retirar las suturas, reclinar el colgajo bucalmente. Una de las causas siguientes puede ser el agente determinante.

- 1.ª Una tabla bucal fracturada o astillada.
- 2.- Un cuerpo extraño, como la mezcla de material o una pequeña porción de instrumento usado.
- 3.- Tabla lingual fracturada.
- 4.- Hueso interseptal fracturado o acuíado "in situ" cuya remoción después de un conveniente pulimento del alveolo y cierre de los tejidos resuelve el problema.

DOLOR RETARDADO CON HINCHAZON.- Es común observarlo después de la remoción quirúrgica de un tercer molar mandibular retenido, fructuando su aparición entre los 13 días y las 3 semanas de la cirugía. El paciente se presenta comunmente con una hinchazón a nivel del pliegue mucobucal y a vedes interesando el espacio macetero. Es un dolor de naturaleza suave que suele acompañarse de halitosis y mal gusto. Generalmente si se presiona el área hinchada --

puede obtenerse un exudado purulento.

Después de una adecuada anestesia se incide la mucosa retra--yendo el colgajo mucoperióstico para tener una amplia exposición; por lo general un trozo de hueso puede ser removido en esa zona.-- Un buen debridamiento del campo quirúrgico al tiempo de la inter--vención podrá prevenir tal inconveniente, pero en alguna ocasión - un fragmento de hueso puede ser alojado entre el retractor y el pe--riostio cuando se reclina el colgajo. El cirujano puede estar confundido al pensar que el campo está totalmente limpio y una mirada extra sobre el borde del periostio pagará dividiendo en favor del -- confort del paciente. Esta situación no está restringida a la re--gión del tercer molar inferior puede ser la causa de mayores difi--cultades que suelen ocurrir con más frecuencia, lo que ya ha sido considerado.

Pequeños fragmentos de hueso desprendido pueden ser olvidados en los alveolos y causar también una respuesta inflamatoria, pero que también puede ser involucrado por los tejidos blandos en ese - caso aquella es mínima y, por lo tanto, determinará una menor mo--lestia y dolor en el paciente.

HEMORRAGIA POSOPERATORIA.

Las causas de las hemorragias patológicas pueden ser mecáni--cas o bioquímicas. Las mecánicas resultan de la lesión o sección - de vasos de cualquier tamaño, sin interrupción por no formarse el coágulo o por que se rompe, o por que es expulsado del sitio lesio--nado. Estas eventualidades están condicionadas por el tamaño del - vaso, por la velocidad de la sangre (arteria o vena), la cantidad de pequeños vasos o el trauma posoperatorio que reciben (capila--res).

Las causas de orden bioquímico dependen de la anomalía de los elementos sanguíneos o del sistema vascular, que impiden la -- normal formación del coágulo o su organización posterior. Esto su--cede en la hemofilia, trastornos hepáticos, discracias sanguíneas, etc.

HEMORRAGIA MECANICA.-

La hemorragia mecánica puede clasificarse en forma general en primaria, intermedia o secundaria. Las hemorragias bioquímicas pueden agruparse de la misma manera.

HEMORRAGIA PRIMARIA.-

Puede ser definida como una hemorragia que comienza al mismo tiempo que la intervención sin haber sido controlada. Comúnmente aparece en áreas crónicamente inflamadas y con un marcado aumento de vascularización y de "la sangría" en el hueso. Esta última puede ser controlada por presión inmediata sobre el hueso en el área sangrada, después el hueso es viciado y finalmente, alisado suavemente con limas mientras que el tejido marginal del hueso lesionado es refrescado y unido con sutura continua o interrumpida utilizando una moderada tensión, como para permitir una ligera tumefacción de los tejidos.

Por lo general, al terminar la sutura cesa la hemorragia pero si ésta es excesiva, puede colocarse unas suturas adicionales, sea por el método convencional en ocho, un tipo acolchonado horizontalmente pero con un poco mas de tensión.

Un empaquetamiento con gasa a presión debe ser colocado después del acto operatorio sobre la zona intervenida y durante 30 minutos.

En un paciente normal después del cierre de la herida la hemorragia cesa espontáneamente. Si esta hemorragia primaria no se cohibe a los 4 o 5 minutos de terminada la operación, se le debe de controlar antes de que el paciente se vaya. En la boca la hemorragia puede ser de los tejidos blandos o del hueso.

HEMORRAGIA INTERNA O RECURRENTE.-

Se presenta dentro de las 24 horas después de concluida la operación. Durante ésta la presión sanguínea del paciente puede haber descendido por un semishock, para volver a las cifras normales al recobrase el paciente. O las suturas pueden haber desatado, o al ir a la cama el paciente se --

quita los apósitos de gasa y la presión sanguínea "arrastra" el coágulo, que no tuvo ya la presión del apósito de gasa que lo sostenía.

HEMORRAGIA SECUNDARIA.-

Se produce después de las 24 horas. - De ordinario es el resultado de la ruptura del coágulo sanguíneo por la operación. Un tratamiento de la hemorragia secundaria, antes que nada es muy importante que el paciente se despreocupe de temores, aprehensiones y se llegue a ser observado en un estado grave de ansiedad, por lo tanto la sedación debe ser previa al tratamiento de una hemorragia menor en la boca. Su tratamiento es:

- 1.- Restrieguese las manos con jabón, con una base de hexaclo rafenol, como si fuera ha practicarse una operación.
- 2.- Cubrir debidamente al paciente.
- 3.- Establecer la aspiración y succión de todos los líquidos; sangre libre y coágulos de la cavidad oral.
- 4.- Inyectar en el área de la hemorragia cantidades liberales de lidocaína, epinefrina (adrenalina) o procaína (novocaina); epinefrina en solución para la técnica por infiltración o bloqueo cuando estén indicados, para obtener a través de ellas una acción vasoconstrictora.
- 5.- Retirar las suturas si aún permanecen y con cureta o succión, eliminar los remanentes del coágulo en formación incluyendo los del alveolo.
- 6.- Cuando la proximidad del tejido no puede llevarse a cabo por medio de la sutura, se trazán dos incisiones preparatorias, para efectuar una alveolectomia que permitirá la coaptación de los tejidos.
- 7.- Si la hemorragia viene de la profundidad del alveolo se prepara un tapón de esponja de gelatina y se le coloca firmemente haciendo un poco de presión para introducirlo en el alveolo.
- 8.- Aproximar firmemente los tejidos blandos sobre el sitio -

de la hemorragia y, finalmente, se les une con sutura -- continua o puntos separados.

- 9.- Con el índice y el pulgar se mantiene firmemente un tapón de gasa esponjosa sobre el sitio de la hemorragia.
- 10.- Se reemplaza la gasa por otra que es mantenida "in situ" durante 20 minutos por el paciente con la boca cerrada.
- 11.- Se observará al paciente por un período de tiempo no menor de 30 minutos, para determinar si la hemorragia ha sido bien controlada, antes de despedir la paciente.

Entre las reacciones que se pueden producir durante la operación se incluyen: síncope, paro cardiaco, shock, hematoma, infarto al miocardio, reacciones alérgicas a los antibióticos o anestésicos, edema, angioneurótico, efecema, agujas dentales rotas, raíces fracturadas, raíces en el seno maxilar, hemorragia de la herida operatoria, fractura de la tuberosidad, fractura de un gran segmento de la cara ósea labial o vucal, con tejido mucoperiostico adherido, extracción inadvertida de los dientes adyacentes, -- fractura de un diente adyacente o de la obturación, lesión en el nervio, dislocación de la mandíbula, fractura de la mandíbula o del maxilar superior, perforación del paladar, laceración de los tejidos vecinos y fístula bucosinusal o nasobucal.

Las secuelas posteriores de las operaciones bucales incluyen: dolos posoperatorio, hemorragia retardada, infección sistémica, -- trismu, endocarditis bacteriana subaguda, reacciones alérgicas a los antibióticos, épuilis granulomatoso, protusiones de la mucosa del seno maxilar en el alveólo, nefritis aguda, crisis tiroidea y rara vez carcinoma.

ACCIDENTES DE LOS DIENTES. /

Incluye la extracción equivocada -- de uno o varios dientes; movilidad de un diente vecino, fractura -- de la porción de la corona de un diente vecino, dislocación o frac -- tura de un diente vecino, pérdida de uno o varios dientes vecinos, pérdida de uno o varios dientes adyacentes semanas o meses después con una gran pérdida del sostén óseo alveolar que se extirpó para permitir la extracción de un diente impactado, para evitar esto --

el diente retenido será seccionado con cinsel o buril o combinándolos, sacandolo en trozos por una ventana pequeña en el alveólo y conservando el hueso alrededor del diente vecino.

Debe tomarse en cuenta durante la extracción del tercer molar retenido o premolares, el uso incorrecto de elevadores o la falta de reconocimiento de la enorme fuerza que es preciso hacer por el uso incorrecto de estos instrumentos, de gran valor pero peligrosos, son causa de muchas fracturas de la mandíbula.

Tan pronto como se dé cuenta del problema el dentista debe parar y planear otra técnica como la de extirpar el hueso vecino o seccionar el diente, si tiene varias raices, para después extraerlo sin fracturar la mandíbula o el piso del seno maxilar, si se trata del maxilar superior. Cuando se oye un ruido y junto con la movilidad del diente se percibe la movilidad de la tuberosidad -- del maxilar, no se debe seguir con esta acción y el paciente será tratado por fractura parcial del maxilar. La técnica consiste en alambrar los dientes en oclusión, usando los dientes del lado --- opuesto del maxilar.

Cuando la radiografía previa a la extracción revela destrucción exagerada de hueso por causas patológicas el dentista debe estar preavisado y planear una técnica que requiera el mínimo de fuerza para realizar la extracción del diente.

TEMA X CONCLUSIONES

La inclusión dentaria es una de las patologías de la dentición, que cada día se hace más frecuente. Los motivos son muchos, generalmente son de origen hereditario, pero siempre provocan alteraciones en la cavidad bucal. Como giroverciones, diastemas, apinamiento, infecciones, procesos tumorales y quísticos y muchas otras alteraciones.

Su frecuencia es mucho mayor en el tercer molar inferior, siguiendo el segundo molar inferior, el canino superior, dientes anteriores superiores, premolares inferiores y dientes supernumerarios. Teniendo en cuenta que cualquier diente puede quedar retenido.

Cada uno de éstos dientes tiene una clasificación según su posición en el maxilar y mandíbula, ésta varía dependiendo del autor que nos da su clasificación según sus estudios realizados. Así tenemos que Winter, Ries Centeno, Ginestet, Pell y Gregory y otros, nos dan su clasificación con diferente nomenclatura, pero expresando lo mismo.

El estudio radiográfico es de vital importancia para poder diagnosticar la inclusión dentaria, más aún para los dientes supernumerarios. Para las demás inclusiones nos son de mucha importancia las radiografías para poder conocer la posición exacta de las piezas dentarias, y si están provocando alguna alteración. También son importantes las radiografías durante el acto quirúrgico, ya que el cirujano se vale de ésta para saber el número de tejidos que el diente incluido involucra durante el acto quirúrgico.

El diagnóstico lo obtenemos de las radiografías como ya habíamos dicho antes, pero no solo nos valemos de la radiografía, sino también de la historia clínica, las pruebas de laboratorio y el diagnóstico clínico.

Ya definido el diagnóstico, con una buena historia clínica y-

La odontosección puede realizarse de dos formas: según su eje mayor o según su eje menor. Para ambas formas podemos utilizar el escópulo de oja ancha de uno o dos bossles, muy bien afilado o bien usamos una fresa de bola del No. 8 o una de fisura.

Si usamos el escópulo lo colocaremos sobre la cara oclusal del molar a seccionar o sobre un surco de la misma cara.

La odontosección con fresa, en la división según el eje menor se realiza a nivel del cuello del molar bajo un chorro de suero fisiológico, para evitar el recalentamiento del molar. La dirección que debe darse al corte del molar, será la que permita que la parte distal de la corona del molar seccionado sea mayor que la parte mesial, con el objeto que la corona pueda ser elevada cómodamente.

Procedemos a extraer las partes seccionadas, esto lo vamos a hacer con elevadores, ya sea según el eje mayor o el eje menor, - cambie el tipo de elevador.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA.-

El tratamiento de la cavidad ósea consiste en eliminar toda la esquirla, o pedasos de diente que queden en la cavidad ósea, eliminamos los coágulos y lavamos muy bien todo el campo quirúrgico. Si es necesario colocamos un apósito quirúrgico.

SUTURA DE LOS COLGAJOS.-

El cierre con sutura es el ideal quirúrgico, aunque sus resultados no sean felices en todos sus casos. se realiza con una aguja curva e hilo seda o nylon. Pueden realizarse un punto, dos o un punto cruzado.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BURCH. CH-R. MORRIS. Odontología Clínica de Norte America Cirugia oral en el consultorio, complicaciones en cirugia oral. E.E. U.U. 1975.
- 2.- COSTICH R. y WHITE. Cirugia Bucal. p. 89 - 93. Primera - edición; Interamericana. México 1974.
- 3.- DELP MANNING. Propedeútica Médica. Capítulo III. Séptima- edición; Interamericana. México 1970
- 4.- GINESTET G.. Cirugia Estomatológica y Maxilofacial. Capítu- lo V. Primera edición; Mundi. Argentina 1967.
- 5.- GOMEZ MATAEDI. Radiologia Odontologica. Capítulo X. Terce- ra edición; Mundi. Argentina 1979.
- 6.- GRABER. T.M.. Ortodencia. Capítulo 15. Tercera edición; - Interamericana. México 1974.
- 7.- HARRYARCHER WJ. Cirugia Bucal. Tomo II, capítulo 14. Reim- presión de la segunda edición en castellano; Mundi. Argen- tina 1978.
- 8.- KRUGER O. G.. Tratado de Cirugia Bucal. Tóma 6. Cuarta edición; Interamericana. México 1974.

- 9.- MORGAN / ENGEL. Propedéutica Médica. Tema 2. Primera edición; Interamericana. México 1971.
- 10.- RIES CENTENO G. A.. Cirugía Bucal. Capítulo 13. Octava edición; El Ateneo. Buenos Aires 1979.
- 11.- SIDNEY B. FINN. Odontología pediátrica. p. 354 - 360. Cuarta edición; Interamericana. México 1976.
- 12.- THOMA H. KURT. Cirugía Bucal. Capítulo I y V. Segunda edición; Hispano Americana. México 1955.
- 13.- WAITE E. DANIEL. Cirugía Bucal Práctica. Tema 1 y 12. Primera edición; Continental. México 1978.
- 14.- ZEGARELLI - KULSCHER - HYMAN. Diagnóstico en Patología - Oral. Capítulo XVII - 113. Primera edición; Salvat. España 1979.