



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TECNICAS QUIRURGICAS PARA LA EXTRACCION
DE LA TERCERA MOLAR INFERIOR

Tesis Profesional

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

TOMAS SALGADO ARELLANO

México, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

- I.- GENERALIDADES DE LAS PIEZAS INCLUIDAS
 - a) DEFINICION
 - b) ETIOLOGIA
- II.- CLASIFICACION DE LAS PIEZAS INCLUIDAS
- III.- COMPLICACIONES O ACCIDENTES A CAUSA DE SU ERUPCION
- IV.- SITUACIONES MAS FRECUENTES
- V. _ ANESTESIA
- VI.- IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO EN LA CAVIDAD EUCAL
- VII.- TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE LA TERCERA GRUESA MOLAR INFERIOR INCLUIDA
- VIII.- CUIDADOS PRE Y POST OPERATORIOS.

I.- GENERALIDADES DE LAS PIEZAS INCLUIDAS

DEFINICION:

Se conoce con el nombre de pieza dentaria incluida o diente incluso a la pieza que a causa de su posición en el interior del hueso o por falta de espacio, no ha podido salir al exterior. Se le dá el nombre de diente impactado o impacto pero nos parece errónea esta designación, ya que impacto y objeto impactado es aquel que a causa de otra fuerza más o menos violenta penetra en otra.

ETIOLOGIA DE LAS PIEZAS DENTARIAS INCLUIDAS.

Muchas son las causas que pueden dar lugar a estas inclusiones, debiendo citarse en primer término las anomalías del desarrollo del diente, las que pueden producirse en cualquier período de la formación del germen y aún hasta la definitiva clasificación de la corona y de la raíz.

Las causas que producen con mayor frecuencia las inclusiones de los dientes permanentes, y que son las que más interesan desde el punto de vista quirúrgico, son las siguientes:

I.- Causas locales.

II.- Causas generales.

I.- LAS CAUSAS LOCALES SON:

a).- Falta del desarrollo del maxilar.

- b).- Falta de espacio en el sitio correspondiente.
- c).- Persistencia del diente temporal.
- d).- Anomalías de las raíces de los dientes vecinos.
- e).- Clasificación exagerada del hueso en el sitio que va a ocupar el diente, por lo que se debe, en general, a la pérdida prematura del diente caduco.
- f).- Mal posición del germen dentario.
- g).- Desarrollo incompleto de la raíz.
- h).- Presencia de quistes o tumores en la proximidad del sitio que debe ocupar el diente.
- i).- Existencia de dientes supernumerarios.

La dentición temporaria es reemplazada por la permanente y para que esto suceda es necesario que ocurra las tres condiciones siguientes:

- a).- Pérdida del periodonto.
- b).- Reabsorción de la raíz.
- c).- Reabsorción del alveólo.

Las causas de la reabsorción se deberá al proceso inflamatorio determinado por la compresión ejercida por la corona del diente permanente en evolución y erupción.

II.- CAUSAS GENERALES:

Las causas generales de la inclusión pueden ser pre-natales y post-natales.

Entre las causas pre-natales nos encontramos las hereditarias en el período embrionario, tales como la tuberculosis, la sífilis, desnutrición, medio de vida o padecimiento de la madre que pueden influir en el desarrollo del producto.

Las influencias post-natales, son las que intervienen en el desarrollo del niño o sea en la infancia. En ésta edad nos volvemos a encontrar la tuberculosis ya sea hereditaria o adquirida, la anemia y el -raquitismo que influyendo en plena evolución del hueso pueden variar su contextura.

II.- CLASIFICACION DE LAS PIEZAS INCLUIDAS

Los dientes incluidos podemos clasificarlos en dos grandes grupos, según que la inclusión sea total o parcial.

Se conoce con el nombre de inclusión total - cuando la pieza se halla dentro del maxilar y ni el hueso, ni la fibromucosa están perforados por ninguno de los tubérculos del diente.

La inclusión total puede permanecer íntegramente dentro del hueso y no haber reabsorbido una parte de éste y permanecer completamente cubierto por la mucosa sin solución de continuidad con la cavidad bucal.

La inclusión parcial del diente es aquella en la cual una parte de la corona está en contacto con la cavidad bucal.

En la inclusión parcial del diente puede haber liberado totalmente del hueso maxilar y estar parcialmente tapado por la mucosa bucal o puede estar cubierto en parte por el hueso y en parte por la mucosa.

LA CLASIFICACION DE LOS DIENTES INCLUIDOS EN GENERAL, ES LA SIGUIENTE

A).- Diente en inclusión total:

- 1.- Completamente cubiertos por el hueso sin contacto con los tejidos blandos (inclusión intraósea total)

2.- Parcialmente cubiertos por el hueso y totalmente por la mucosa (inclusión mixta)

3.- Libres de hueso y totalmente cubiertos por la mucosa (inclusión submucosa)

B).- Dientes de inclusión parcial (semi-incluidos)

1.- Cubiertos en parte por el hueso y por la mucosa y con una porción de la corona en contacto con la cavidad bucal.

2.- Libres totalmente del hueso y cubiertos en parte por la mucosa bucal, es decir, con una porción de la corona en contacto con la cavidad bucal.

III. COMPLICACIONES O ACCIDENTES A CAUSA DE SU ERUPCION

Los accidentes o complicaciones más comunes causados por la erupción viciosa de las piezas incluidas, puede ser:

- 1.- Accidentes mucosos.
- 2.- Accidentes subperiósticos.
- 3.- Accidentes óseos.
- 4.- Accidentes nerviosos.

1).- Los Accidentes mucosos se observan en la fibromu cosa bucal y se manifiestan en un punto blanco - que viene a ser un tubérculo de la pieza incluida. Al hacer presión, la pieza antagonista sobre este punto blanco, ocasiona tumefacción que luego se úlceras y se gangrena.

Viene entonces un período de calma pero al cabo de cuatro o cinco meses se presenta nuevamente el dolor y la tumefacción y al efectuarse la presión se extrae pus.

Esto sucede con más frecuencia en las terceras molares inferiores incluidas. La formación de pues - ha sido protegida por un capuchón que se encuentra cubriendo los tubérculos. Este capuchón está un tanto levantado y permite la entrada de partículas de alimentos se descomponen y viene la acumulación de gérmenes.

- 2).- Los accidentes subperióísticos más comunes son los abcesos que pueden ser localizados o difusos.
- 3).- Los accidentes óseos son ocasionados por la pus- que pasa a los conductos maxilares. Este pus infecta el hueso y ocasiona ostiomielitis.
- 4).- Los principales accidentes nerviosos a que dan origen las piezas dentarias incluidas son:

Neuralgia del Trigémino

Parálisis Facial,

Perturbaciones del oído y la vista.

IV.- SITUACIONES MAS FRECUENTES

Aunque no estamos en condiciones de presentar una estadística segura de las piezas que con mayor frecuencia se encuentran incluidas, son las siguientes:

- 1).- Terceras gruesas molares inferiores.
- 2).- Terceras gruesas molares superiores.
- 3).- Caninos superiores.
- 4).- Caninos inferiores.
- 5).- Premolares superiores.
- 6).- Premolares inferiores.
- 7).- Incisivos laterales superiores.
- 8).- Centrales superiores.

Las primeras y segundas gruesas molares tanto inferiores como superiores en rarísimas ocasiones las encontramos incluidas.

Las piezas que con mayor frecuencia se hallan incluidas son las terceras molares inferiores y sobre todo las terceras molares inferiores izquierda, en virtud de la cortedad del cuerpo de la mandíbula que es la más notable de ese lado.

Después tenemos la tercera gruesa molar superior como pieza incluida, es poco frecuente, pero muchas veces se encuentra incluida en el seno del maxilar.

También el canino superior incluido es frecuente y éste puede ser unilateral o bilateral.

Estas son, a mi manera de ver, las piezas incluidas más frecuentes.

LAS TERCERAS MOLARES INFERIORES INCLUIDAS.

Las terceras molares inferiores incluidas son las más frecuentes de todas las inclusiones dentales y su tratamiento quirúrgico requiere mayor destreza y conocimiento.

La posición del tercer molar en el maxilar puede ser variable, por este motivo es necesario estudiarlo tomando como punto de referencia los elementos que lo rodean de acuerdo con:

- 1).- Posición de la corona.
- 2).- Desarrollo y disposición de la raíz.
- 3).- Naturaleza y tejido óseo.
- 4).- Relación entre el segundo molar y el tercer molar.

Para indicar su posición y su relación con las estructuras vecinas, los terceros molares inferiores - incluidos pueden clasificarse con los siguientes grupos:

- 1).- Los situados en meseoversión o sea con la corona - hacia el segundo molar, y la raíz hacia la rama - ascendente del maxilar.

- 2).- Los que presentan distoversión, estando dirigida la corona hacia la rama ascendente del maxilar y las raíces hacia el segundo molar.
- 3).- Los que presentan linguoversión.
- 4).- Los que se encuentran en posición vertical pero retenidos en el hueso.

Hay también los que se encuentran en posición muy baja hasta el borde del maxilar.

V. ANESTESIA

Es el capítulo de mayor importancia dentro de la Exodoncia lo constituye, sin duda la anestesia por - que es la supresión de la sensación dolorosa para la - práctica de las operaciones quirúrgicas.

La anestesia usada en Exodoncia puede ser general o local.

La anestesia general es la pérdida total de - los movimientos y la conciencia.

La anestesia local, sólo pierde la sensibilidad del dolor en una zona determinada del organismo - persistiendo los movimientos y la conciencia.

Son muchas las ventajas de la anestesia local sobre la general y por lo tanto son muy pocos los casos en los cuales se encuentra ésta totalmente indicada.

Anestesia local y regional.- Se llama anestesia local aquella que se obtiene infiltrando con una - substancia analgésica todos los tejidos que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica, así pues, sólo se podrá actuar sobre los tejidos infiltrados.

Anestesia regional es la que obra a distancia del campo operatorio, es la infiltración de los nervios o guías sensitivas que inervan una región determinada.

Las sustancias que se usan para producir anestesia local y regional, deben llenar los siguientes requisitos: 1).- Período de latencia corto. 2).- Duración adecuada al tipo de intervención. 3).- Compatibilidad con vaso-presores. 4).- Difusión conveniente. 5).- Estabilidad de las soluciones. 6).- Baja toxicidad sistémica. 7).- Alta indicencia de anestesia satisfactoria. 8).- Debe absorberse sin dejar nódulos que se puedan considerar como cuerpos extraños. 9).- No ser dolorosa su aplicación. 10).- No deformar el campo operatorio.

Se deben tener presentes los siguientes principios al aplicar la anestesia local o regional.

- 1).- A dosis iguales las soluciones concentradas son - más tóxicas que las diluidas.
- 2).- A dosis iguales y a concentraciones iguales las - inyecciones rápidas son más peligrosas que las - lentas.
- 3).- El paso rápido de la anestesia al torrente circulatorio es lo que constituye el peligro.

VI.- IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO
EN LA CAVIDAD BUCAL.

El diagnóstico.- Es uno de los factores más importantes en el tratamiento quirúrgico de ésta clase de inclusiones.

Es indispensable hacer un diagnóstico correcto que es la base del tratamiento.

Para ello se dispone de dos métodos importantes:

- 1).- Un examen clínico
- 2).- Una buena radiografía.

Un buen diagnóstico puede hacerse después de estudiar los síntomas y los signos subjetivos y objetivos.

- 1).- Examen clínico.

El diagnóstico subjetivo.- Teniendo al enfermo listo para hacerle su interrogatorio, permitiéndole que cuente su historia, guiándole para deducir de los datos que proporcione , los antecedentes que pueden ser útiles, ya sea de su padecimiento actual, de su pasado nosológico o de su estado de salud.

Lo primero que se le interroga es la dolencia que lo trae a la consulta, después de averiguar el principio de la enfermedad tal como el paciente o sus familiares lo relatan.

El dolor.- Es la expresión sintomática más -
valiosa que obtenemos del enfermo, pero no indica la in
tensidad de la enfermedad.

La clase de dolor, por el sitio puede ser fijo
o irradiado.

Por la forma de aparición puede ser espontáneo
o provocado.

Si es espontáneo investigar la forma en que apa
reció: brusca o gradualmente, si es la primera vez o ya
antes lo había hecho.

Puede ser provocado por agentes químicos (resul
tado de la transformación de los alimentos en el medio -
bucal) y por agentes mecánicos, traumatismo, percusión,
succión, movimiento.

Calidad del dolor.- Puede ser punzante, lacinan
te, pulsátil, su intensidad: agudo o lento.

b).- Diagnóstico objetivo.- Para este diagnós
tico se hacen los siguientes exámenes:

1.- Examen extraoral .

2.- Examen intraoral

1ª Examen extraoral, consta de los siguientes puntos:

a).- Inspección visual. Hay que observar si hay asime
tría facial, pues durante varios procesos infeccio
sos y tumulares, se produce aumento de volumen.
Comprobando esto se estudian las modificaciones de
la coloración de la piel.

Se examinan los labios, se advertirá el color, la forma, el tamaño y la superficie.

b).- Palpación: Por medio de este examen se descubre la diferencia entre el lado enfermo, se puede establecer ciertos matices de sensibilidad, cambios de volumen, de consistencia.

2ª Examen Intraoral.- En este examen hay que inspeccionar muy bien la cavidad bucal, se hace que el paciente abra la boca y de este modo se sabe si existe trismo.

Si no hay trismo, se hace abrir ampliamente la boca del paciente y se examina por separado las dos regiones en que se divide; la cavidad bucal y el vestíbulo y las porciones palatina y lingual.

a).- Partes blandas.- Se observa la coloración de las mucosas, las anomalías o lesiones que pueden presentar el estado de las encías.

b).- Encías.- El color de las encías es rosado pálido, este tejido está adherido a los cuellos de los dientes, sangre y hay formación de cálculos, a veces padece hiperitrofia.

- c).- Lengua.- Al explorar la lengua se observa su tamaño, la forma, el color, la superficie y la movilidad; en la lengua se pueden presentar muchos padecimientos y anormalidades, entre otras, la macroglosia y la microglosia, las glositis.
- d).- Aliento.- El aliento fétido o halitosis puede ser signo de muchas enfermedades locales, entre otras caries dental (infección fusoespirilar de vicent) diversas clases de estomatitis, ostiomielitis, amigdalitis, etc. También puede ser síntoma de algunas enfermedades generales como carcinoma del estómago, bronquitis, abscesos hepáticos.
- e).- Faringe.- Debemos observar los pilares anteriores las criptas amigdalinas y las amígdalas, pues hay muchas veces amigdalitis catarral aguda, inflamación del paladar blando o de la úvula.
- f).- Suelo de la boca.- Generalmente las infecciones del suelo de la boca tiene los siguientes orígenes: enfermedades de la faringe, complicaciones de las infecciones dentales o también infecciones de las glándulas salivales.
- g).- Paladar duro y blando.- El examen del paladar por su cara inferior puede hacerse a simple vista, por medio del tacto se notará si hay ulceraciones,quistes, neoplasmas, áreas hipertróficas del tejido óseo, cicatrizaciones o hendiduras congénitas y adquiridas. También observamos su forma que puede ser muy variada.

- h).- Maxilar y Mandíbulas.- En ellas se puede encontrar deformaciones asimétricas, aumento o disminución.
- I).- Aparato dental.- Con ayuda de espejos, pinzas y - exploradores, se hace el examen minucioso de todo el aparato dental se revisan por sus cinco caras, es decir, oclusal, lingual y proximales, comenzando por el último diente de un lado del arco inferior. Se comprueba la ausencia de algún diente, se ve si hay dientes supernumerarios, el grado de caries, se anota el estado del periodonto, se observa la movilidad de las piezas. Lo mismo que las piezas protéticos o las obturaciones, la presencia de Tártaro dentario supragingival, también se observa la mordida para saber si hay oclusión traumática.

2.- Radiografía.

En cirugía odontomaxilar, la radiografía es de absoluta necesidad. No hay una sola afección quirúrgica de los dientes o de los maxilares en los que la radiografía no constituya una valiosísima ayuda, es un elemento definitivo para el diagnóstico. Con las radiografías se hará un estudio completo del diente, es decir: su tamaño, su forma, su posición, la dirección y la forma de las raíces, su relación con las tablas externas e internas, con la rama ascendente, con el canal dentario,

su relativa profundidad con el cuerpo del maxilar, sus relaciones anatómicas, el tipo de diente normal y anormal, la condición patológica del diente y de los tejidos vecinos.

En cuanto a la inclinación de las raíces del diente o pieza incluida pueden presentarse las siguientes variaciones: unión de las raíces, una raíz recta y otra inclinada hacia el lado distal y la raíz distal inclinada hacia el lado mesial, ambas raíces rectas y separadas, la raíz mesial recta y la distal inclinada hacia el lado mesial, las raíces divergentes; raíces supernumerarias, hipertrófia de las raíces y si éstas están parcialmente o totalmente desarrolladas así como el contacto de las raíces del diente incluso con las del segundo molar.

El desarrollo de la raíz del segundo molar ha de estudiarse para determinar si hay áreas morbosas al rededor de ellas y averiguar si son de forma cónica y si hay probabilidad de que sean luxadas al ser extraído el tercer grueso molar. Se estudiará cuidadosamente el tejido óseo entre el segundo y tercer molar poniéndose en consideración en la vía de entrada a la corona del tercer molar así como la elección del punto de apoyo de la corona.

Se tomará nota del tabique entre las raíces del tercer molar y se procurará determinar la posición que habrá necesidad de extirpar para hacer la luxación del diente.

Cuando la inclusión está muy próxima al borde inferior de la mandíbula se recapacitará definitivamente acerca de intensidad y dirección de la fuerza que ha de aplicarse para no ocasionar fractura.

Se observará la corona del segundo molar tanto en la radiografía como por medio de la inspección ocular para ver si está situada en el mismo plano para la cara oclusal del primer molar y de los otros dientes, o si está desviada hacia el lado lingual o bucal, o si está en relación normal en la arcada. Esto es de gran importancia en el diagnóstico radiográfico de la inclinación.

Sin embargo, a veces no es posible obtener esta clase de radiografías: estados patológicos, tales como trismos anquilosis de la mandíbula o intolerancia del paciente a consecuencia de reflejos nos obliga a decidirnos por radiografías extraorales, las que si es cierto, no nos dan los detalles de las intraorales.

En algunos casos, no hay frecuentes, cuando el diente está alojado ya sea en la rama ascendente del maxilar, o en la proximidad de su ángulo, las películas intraorales no alcanzan para darnos la imagen total del diente, razón por la cual en estos casos deberemos recurrir a las radiografías extraorales.

Cuando se trata de un canino incluido, la radiografía tiene que comprender todo el diente y una porción de hueso vecino, de lo contrario puede cometerse a error de intervenir por la vía vestibular en dientes situados en el lado palatino o viceversa.

Puede aparecer que el diente está muy superficial cuando en realidad su situación es muy profunda.

Las radiografías oclusales se toman cuando se trata de inclusiones totales, la radiografía oclusal es el único empleo de dar a conocer la relación bucolingual del molar con respecto al segundo y a las tablas internas y externas del maxilar.

El estudio radiográfico cuidadoso completará - el examen clínico y nos permitirá decidirnos por la técnica más adecuada para cada caso y al mismo tiempo que realizar esta técnica con el menor riesgo para el paciente y el menos esfuerzo para el Cirujano.

En la mayoría de los casos, radiografías intraorales en posición vertical y oclusal son, no solamente suficientes sino las más indicadas.

VII.- TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE LA TERCERA MOLAR INFERIOR INCLUIDA

La extracción quirúrgica del tercer molar retenido se propone abrir por medios quirúrgicos la mucosa que tapiza la región de ésta pieza, preparar los colgajos resultantes de la primera maniobra, eliminar el hueso que protege el molar retenido y terminar la operación realizando la restitución e integración de los tejidos afectados por las maniobras quirúrgicas. Por tanto la extracción consta de los tiempos siguientes:

- 1).- Incisión.
- 2).- Preparación de los colgajos.
- 3).- Osteotomía.
- 4).- Extracción propiamente dicha (extracción del molar retenido).
- 5).- Tratamiento de la cavidad ósea.
- 6).- Sutura.

1).- Incisión.- La incisión tiene por objeto abrir los tejidos para llegar a planos más profundos - donde se debe realizar el objeto de la intervención. - Líneas secundarias, que permitan, una correcta adaptación. Será menester que el colgajo descansa, en lo posible, sobre el hueso sano e íntegro, y que la autora final repose sobre una base segura y firme; la incisión llega hasta la cara distal del segundo molar; desde allí contornea el cuello del segundo en su cara distal y continúa festoneando la encía en su adaptación al cuello del segundo y primer molar.

Llegando también profundamente hasta el hueso y seccionando los ligamentos correspondientes; está in ci si ón se detiene en el espacio interdentario entre el primer molar y el segundo premolar. Ya está trazada la in ci si ón para la mayor parte de los terceros molares retenidos para los verticales, con o sin desviación con la cara mesial accesible, será suficiente detener la in ci si ón, a nivel del centro de la cara bucal del segundo molar.

Para los terceros molares retenidos con ausencia del segundo molar, o en desdentado total, la in ci si ón se realiza sobre la cresta alveolar, deteniéndose a nivel de la cara distal del primer molar, contorneando el cuello de este diente o prolongándose sobre la región vestibular. Ambos tipos de incisiones permiten un colgajo amplio y útil. En el caso de ausencia de todos los dientes de la arcada, la in ci si ón corre por el borde hasta dos centímetros aproximadamente del límite mesial del molar retenido, pudiéndose realizar una prolongación vestibular de la in ci si ón.

2).- Preparación de los colgajos.- Trazada la in ci si ón se hace hemostasis comprimiendo por breves instantes la región, se toma el periostomo o en su defecto una pequeña legra, o la espátula de Freer, y se introduce entre los labios obtenidos por la in ci si ón, progresando desde el lado distal hacia el mesial.

El periostomo toca francamente el hueso y apoyandose en él y merced a suaves movimientos de lateralidad y de giro del instrumento, se desprende el labio bucal de la incisión. Para facilitar la maniobra puede apoyarse el instrumento en el ángulo bucodistal del segundo molar, desplazando el instrumento hacia la línea media del paciente, con ese punto de apoyo se logra desprender el colgajo en toda la extensión que se desee; ya veremos que límites tendrá este desprendimiento. A esta altura del procedimiento puede tomarse con la mano izquierda una pinza de disección a dientes de ratón, la cual prenderá el labio externo o bucal de la incisión colaborando con el campo quirúrgico. Para la extracción de los terceros molares sin desviación o en desviación lingual, cualquiera que sea su posición el despegamiento a nivel del retenido se hace hasta una línea oblicua externa, para la extracción de los terceros molares en desviación bucal o bucolingual, la maniobra se realiza a nivel del retenido, hasta encontrar el borde anterior del maxilar y su prolongación que es la línea oblicua externa. La extensión bucal del desprendimiento del colgajo no disminuye del lado distal al mesial; a nivel del espacio interdentario entre el primer molar y segundo premolar. El labio interno del colgajo se separa del hueso subyacente o del saco periocoronario con el mismo periostomo y con idénticas maniobras que las realizadas para separar del colgajo externo.

El labio interno del colgajo puede ser mantenido fijo con el hilo rienda, que se obtiene atravesando el labio interno del colgajo con una aguja curva - provista de su respectivo elemento de sutura, se pasa la aguja y se toman los dos extremos del hilo que mantiene el ayudante o se prenden con una pinza de Kocher sobre la compresa de pecho del paciente; este mismo hilo puede servir para completar la sutura sin necesidad de volver a realizar la toma de colgajo interno.

3).- Osteotomía.- En la cirugía del tercer molar retenido el término se aplica a la eliminación del hueso en relación con el tercer molar inferior retenido. El objeto de la osteotomía es eliminar la necesaria cantidad del hueso como para tener acceso al molar y disminuir la resistencia. Tiempo importante en la cirugía del tercer molar, la osteotomía, junto con la Odontosección, simplifican extraordinariamente un problema que de otra manera sería altamente traumatizante o la osteotomía colabora en la realización de la cirugía fisiológica; la fuerza puede tener como resultado la fractura del maxilar o lesiones alveolares de distinta intensidad. La osteotomía se realiza en cirugía bucal por intermedios de escoplos, fresas y pinzas gubias.

Osteotomía con escoplo.- Los escoplos deben ser constantemente afilados para que su labor sea efectiva. El contacto brusco con una cara del molar retenido mella rápidamente su borde cortante. El escoplo puede ser usado de dos modos distintos el operador esgrime el mismo el escoplo y martillo. El primer instrumento tomado contra la mano izquierda, el segundo con la mano derecha; o el operador maneja solo el escoplo, dejando el martillo al ayudante.

Este método puede ser más indicado, puede de este modo el operador mantener separado el colgajo con la mano izquierda por intermedio del periotomo, lo cual es muy útil en las maniobras de reacción del hueso.

Los fragmentos del hueso producto de la osteotomía, deben de ser cuidadosamente eliminados con pinzas de disección o con pinzas para algodón y en algunas oportunidades con la pinza gubia.

Osteotomía con escoplo automático.- Este instrumento cumple con precisión su misión de eliminar el hueso. Su manejo debe ser realizado con cuidado y experiencia pues no es de fácil empleo. Las puntas se adaptan al martillo, movido por el torno dental. Se usa también este instrumento para practicar la odontosección; el golpe es nítido y el corte preciso.

4).- Osteotomía con fresas.- La fresa es un instrumento muy útil para la realización de osteotomía cumpliéndose con ciertos principios. Estos se refieren a evitar el calentamiento por el excesivo y pro

longado fresado y evitar el embotamiento del instrumento por las partículas óseas que se depositan entre sus dientes; en ambas contingencias se observan las molestias pos-operatorias consiguientes debidas a este motivo.

Pueden usarse las fresas comunes empleadas en dentística, redondas del No. 5 al 8 o de fisura No. 560, aplicadas en la pieza de mano o en el ángulo recto. Son sumamente útiles las fresas de carburo de tungsteno, que resecan el hueso con precisión y rapidez. El empleo del torno de altas velocidades simplifica aún más las técnicas para la osteotomía y la odontosección. Velocidades de 150,000 revoluciones por minuto pueden emplearse con el fin señalado.

La fresa con cualquier procedimiento elimina el hueso en total, o lo hace practicando pequeños orificios vecinos los unos de los otros, orificios que se unen entre sí por medio de una fresa de fisura, o redonda o por un golpe de escoplo recto o de media cuña.

En todas las circunstancias es sumamente importante para evitar el calentamiento del hueso que se mencionó más arriba, practicar la osteotomía realizando golpes sucesivos e intermitentes para no producir precisamente el frotamiento que origina calor. Resulta también de utilidad irrigar la zona en operación con un chorro de suero fisiológico tibio por intermedios de una jeringa.

Osteotomía con pinzas gubia.- En ciertas circunstancias puede emplearse con fines de osteotomía - la pinza gubia.

La resección del hueso lingual exige el empleo de este instrumento, pues no siempre logra el espacio cumplir su misión a nivel de este hueso.

La pinza gubia con sus bocados presiona y elimina la cantidad necesaria de hueso actuando como una cizalla.

Regiones óseas que deben eliminarse.- El grado y cantidad de la osteotomía están dirigidos por el tipo de rentención, cantidad de hueso y forma radicular. Por lo tanto se llamará osteotomía mesial, bucal, digtal, lingual y oclusal, de acuerdo con el lugar donde se realiza la eliminación del hueso.

Osteotomía Mesial.- Se trata de una osteotomía de acceso. Se realiza a nivel del hueso mesial. Puede efectuarse por intermedio del escoplo de media caña o con fresas redondas montadas en la pieza de - mano, el escoplo elimina la porsión ósea mesial al - realizarse estará indicada por el examen radiográfico. Clínicamente el ojo del operador verificará la posibilidad de acceso a la cara mesial y el grado de osteotomía necesaria, osteotomía que puede aplicarse según las circunstancias y necesidades. La aplica - ción del elevador indicará si la osteotomía es suficiente, es decir si hay libre y normal acceso a la - cara mesial.

En algunos casos de terceros molares muy pro
fundamente situados se necesitará realizar la osteotomía
mesial por intermedio de escoplos finos, de media
caña para poder introducir el elevador a nivel de la
osteotomía.

Osteotomía Bucal.- Desde el borde alveolar -
hasta el lugar que la desviación del molar indique.
Se realiza con escoplos, puede actuar este instrumen-
to dirigiendo su borde cortante paralelamente a la ca
ra bucal, o puede hacerlo estando este borde perpendi
cular dicha cara. En ambos casos el instrumento seccio
na el hueso, yendo en procura del diente. El hueso -
bucal es útil como punto de apoyo y debe de ser conser
vado todo lo que permitan las circunstancias.

La osteotomía bucal puede también realizarse
como osteotomía de acceso, para facilitar la introdu-
cción del elevador de aplicación bucal y el consigui-
ente punto de apoyo sobre la cresta del hueso bucal.

Osteotomía distal.- La más útil y efectiva-
de todas las resecciones óseas es la que se realiza en
el hueso distal; la eliminación del hueso permite que
el elevador cumpla su cometido, dirigiendo el molar -
retenido hacia el espacio creado por la correspondien
te osteotomía distal. Esta maniobra se realiza con -
fresas de fisura en el ángulo recto, para las reten-
ciones verticales; de fisura o redonda No. 8.
En el ángulo recto o en la pieza de mano, para los o-
tros tipos de retención.

La cantidad de hueso distal a resecarse está dirigida por la posición del molar retenido y la forma y disposición de sus raíces. El objeto de ésta osteotomía, es lograr el espacio suficiente para permitir el desplazamiento del molar sin emplear la fuerza traumática. La osteotomía distal debe alcanzar límites mayores, siendo necesario descubrir parte de la cara distal de la raíz distal.

Osteotomía oclusal.- El hueso oclusal requiere su eliminación con fines de abordaje al objeto de la operación; se realiza con fresas redondas o con escoplos. En el primer caso se labran orificios, formando entre ellos un rectángulo cuyos lados externo e interno coincidan aproximadamente con los ángulos buco oclusal y linguo oclusal del molar retenido. Se unen las terminaciones por un escoplo y se retira total o parcialmente la tapa. Cuando el hueso oclusal cubre todo el molar, cualquiera sea la posición, será conveniente iniciar la osteotomía en la cara oclusal con el objeto de descubrir el molar retenido después de realizada la osteotomía oclusal, puede seguirse la operación con la eliminación de los huesos mesial, bucal, distal y lingual. Cuando el hueso oclusal cubre parcialmente la cara homónima en sus tercios distal, bucal o lingual, la osteotomía también se iniciará sobre el huso oclusal.

El hueso oclusal que cubre el tercio mesial de la cara oclusal, en algunas retenciones mesio angulares con la cara mesial inaccesible, es conveniente que sea resecado antes que el mesial y bucal, con el fin de facilitar la remoción de estos últimos.

4).- Operación propiamente dicha.- Elimina - das ya las estructuras óseas que significa la resisten cia, se inicia la operación propiamente dicha, que con siste en la extracción del tercer molar retenido merced a la aplicación de la palanca. El elevador llega a la cara mesial del molar retenido y allí su hoja, a plicada sobre la cara mesial, el instrumento, con pun ta de apoyo en el borde óseo y con una fuerza ejercida sobre su mango, eleva el molar siguiendo el camino de menor resistencia, en términos generales esta es - la mecánica de la extracción, no siempre puede apli - carse en forma absoluta, por razones dependientes de la posición del molar y disposición y forma de sus ra íces. En casos será necesario disminuir el volumen - del cuerpo a extraerse; es decir se deberá realizar la sección del molar retenido en varios fragmentos, con el objeto de simplificar la operación. Esta es la téc nica denominada Odontosección, útil y fácil procedi - miento realizado, substancialmente dirigido y eficazmente controlado , el método de seccionar el diente - cumple con los requisitos de la cirugía fisiológica. Exige un grado de habilidad y precisión y un instru - mental adecuado para realizar las maniobras con efi - cacia.

El método de la odontosección tiene muchas ventajas:

- 1.- Se disminuye el campo operatorio.
- 2.- Se disminuye o reduce la cantidad de huesos a eliminarse.
- 3.- Se acorta el tiempo operatorio.
- 4.- Se suprime casi por completo el trismus pos-ope - ratorio.
- 5.- No hay lesión sobre los dientes vecinos.
- 6.- Se realiza una lesión mínima sobre el hueso veci - no, pues en la extracción se usan elevadores de - hoja pequeña que no traumatizan las estructuras - deridentarias.
- 7.- El peligro de fractura del maxilar queda muy dis - minuido, pues no se emplea la fuerza mecánica. Como único factor.
- 8.- Se disminuye el peligro de lesión sobre el nervio dentario.
- 9.- El método previene la fractura en las tablas alveo - lares externa e interna.

Para la odontosección según el eje mayor del molar deben emplearse los escoplos, para la odontosección según el eje menor deben emplearse las fresas. Odontosección con escoplos.- Debe usarse un escoplo o doble filo y de hoja ancha (7 a 10 mm) el golpe desti - nado a seccionar el molar debe de ser de una intensi - dad tal que logre su propósito en un solo intento. El borde cortante del escoplo se coloca sobre la cara oclusal del molar a seccionar o sobre un surco bucal.

Para que su acción sea efectiva debe estar colocado perpendicular a la cara oclusal, la odontosección según su eje mayor requiere que tenga una suficiente cantidad.

De cara oclusal al descubierto para poder realizarse de este modo la maniobra sin tropiezos; por ésta razón la osteotomía debe ser previa a la odontosección.

Odontosección con fresa.- Para la odontosección según su eje menor, el corte del diente debe hacerse a nivel de su cuello, se emplean fresas redondas o de fisura.

El uso de fresas de carburo de tungsteno y torno de alta velocidad. Simplifica el problema. Debe evitarse el calentamiento del molar por el fresado, calor que transmitirá al tejido óseo vecino, lesionándolo; es útil irrigar la zona con suero fisiológico.

El corte del molar puede iniciarse desde el lado bucal al lingual, seccionando el diente en su totalidad, o la fresa, se detiene a la altura que la permita el acceso. Si la sección con la fresa es incompleta, el corte se termina con un golpe de escople, o con un elevador el cual se insinúa dentro de los bordes de la sección.

La dirección que debe darse al corte del molar es dirigida de atrás a adelante, moviendo el ángulo recto hacia arriba, todo lo que le permitan los tejidos blandos distales y la abertura de la boca.

Esta dirección que se da al corte tiene por objeto que la parte distal de la corona del molar seccionado sea mayor que la parte mesial, con el objeto de - que la corona pueda desplazarse en las maniobras comodamente hacia arriba. En algunos casos de desviaciones bucolinguales con la cara mesial inaccesible, será menester realizar en la corona ya seccionada, un nuevo - corte mesio distal, corte que dividirá la corona en una porción bucal y otra lingual, las cuales se eliminarán por separado (según el eje mayor.)

Extracción de las porciones seccionadas.- el estudio radiográfico del molar retenido que da las indicaciones para la odontosección informará cual ha de ser la porción a extraerse primero. Un elevador de - clev-dent, derecho o izquierdo, de acuerdo al lado en que se opere, se introduce a nivel de la cara bucal, - entre los segmentos seccionados y se torciona el mango del instrumento tratando de desplazar hacia el lado distal la porción distal; de acuerdo con la curvatura que presenta la raíz distal, está describirá un movimiento en arco al elevarse y desplazarse en el sentido señalado.

Vació el alveolo distal, se aplica el mismo elevador de clev-dent, 14 de winter o el recto, en el - espacio interdentario, a nivel de la cara mesial, y rotando el instrumento en el sentido de su eje, se dirige la porción mesial hacia el lado distal, la ausencia de la raíz, con el elevador, desplaza la porción mesial hacia el alveolo vacío.

Extracción de las porciones seccionadas (según el eje menor). Para la extracción de la corona se introduce un elevador No. 2 L 6 R de winter a nivel de la cara mesial en el espacio interdentario y se rota el instrumento en el sentido de su eje.

Si esta maniobra no consigue elevar la corona porque la sección no logró un paralelepipedo a base inferior menor que la superior, o porque existe un sólido anclaje de la cúspide mesial por debajo del cuello del segundo molar, se procede a imprimir al elevador su función de palanca de primer género y con apoyo en la cima del hueso mesial se descende el mango del instrumento, procurando elevar la corona seccionada si aún se mantiene la imposibilidad de extraer la corona por las razones anteriores, será conveniente seccionarla de nuevo, con una fresa, en el sentido mesial distal. Los fragmentos bucal y lingual de esta nueva sección se desplazan en el sentido bucal y lingual respectivamente introduciendo un elevador 14 L 6 R de winter entre los bordes de la sección mesio distal.

Para la extracción de la raíz.- La extracción de la porción radicular está gobernada por la forma - disposición de este elemento.

Raíces fusionadas.- El macizo radicular se elimina con un elevador 11 R de winter, introduciendo en el espacio dejando la corona, insinuándole entre el hueso y la cara mesial de la raíz, esta se elimina en esa dirección.

Es útil la aplicación de una técnica sencilla, que - consiste en realizar con una fresa redonda, en el ángulo recto, un orificio sobre la cara distal de la raíz; en este orificio se introduce la punta de un elevador de clav-dent o de 14 de winter (derecho o 12 izquierdo según el caso), y apoyando el lomo de la hoja en el borde óseo distal y girando el mango del instrumento en el sentido de desplazar la raíz hacia el lugar dejado por la corona, se realiza tal maniobra.

Dos raíces individualizadas.- En términos generales pueden extraerse aplicando el elevador 11 de sinter, de clav-dent por debajo de la cara mesial, con el mismo movimiento ya indicado para las raíces fusionadas. Puede realizarse el orificio sobre la cara distal de la raíz y eliminarlas también con la misma técnica o se procederá a separar las raíces con una fresa de fisura en la pieza de mano, separación que debe estar indicada por el examen radicular obtendrá la división se extraen cada uno de los elementos por separado. La raíz distal, realizando el orificio ya comentado; la raíz mesial, con elevadores aplicados en la cara mesial y a expensas del alveolo vacío. En todos los casos la forma y disposición radicular gobernará la - técnica y los movimientos.

5.- Tratamiento de la cavidad ósea.- Realizada la total extracción del molar retenido, dos son las maniobras pos operatorias, con respecto a la cavidad ósea que alojaba el molar, la primera se refiere a la eliminación quirúrgica del denominado saco pericoronario, la segunda el tratamiento médico de la cavidad ósea, obturándola con diversas substancias.

Eliminación quirúrgica del saco periocoronario.- Fuente de hemorragia infecciones post-operato - rias (alveolitis) y eventualmente neoplasias, el saco periocoronario debe ser rigurosa y prólijamente reseca - do de la cavidad. O sea donde se aloja la elimina - ción de este saco se realiza cucharillas filosas que - permiten separar los dos tejidos: el saco conjuntivo y la cavidad ósea alveolar. La eliminación no es fá - cil aún en sacos sin infección; están sólidamente adhe - ridas al hueso en las regiones basal, bucal y lingual y a las partes blandas en las regiones distal y lingual.

Se toma el saco con una pinza de kocher cur - va y recorre con la cucharilla las distintas paredes - óseas, buscando o procurando un plano de clivaje que - permitirá la total resección del saco; en algunos ca - sos de desviación lingual, por la ausencia parcial o total del hueso lingual, el saco se adhiere intimamen - te a las partes blandas, siendo su enucleación difícil necesitará emplearse la cucharilla, el periostotomo y la pinza gubia para separar los elementos. Si exis - ten procesos patológicos de distinta índole tan comu - nes como los granulomas mesiales o distales y las os - teitis originadas por la presencia de ellos, todos - estos elementos deben ser rigurosamente reseca - dos con cucharilla. Después de la resección de los procesos - se eliminará con pinzas gubias y limas para hueso las puntas agudas o aristas cortantes debe recorrerse cui - dadosamente con la vista todo el fonde accesible de la cavidad, para evitar los fragmentos de hueso, diente o cuerpo extraño.

Obturación de la cavidad alveolar.- Realizando el último paso de la operación, se coloca en la cavidad alveolar, con una cucharilla, con el periostotomo, o con una pinza, de disección, dos o tres trozos, de conos antibióticos, estos agentes bacteriostáticos quedan al cubierto, por la sutura posterior, y previenen la infección del coágulo sanguíneo.

Los antibióticos se comportan más eficazmente que los quimioterápicos. Las complicaciones postoperatorias de la línea infección (alveolitis), se ha reducido a proporciones ínfimas con la administración de antibióticos en la cavidad o por vía parenteral o digestiva, simultáneamente se realiza con la cuidadosa limpieza de la cavidad alveolar, eliminando saco periocoronario y restos de tejidos patológicos y cierre bajo sutura; con este conducto se logra la cicatrización, ideal que no siempre puede ser lograda y el cual se contribuye con la administración de penicilina en forma local y general. Cuando las condiciones del alveolo muestran una excesiva hemorragia, por lesión de los vasos dentarios o vasos de las paredes, la obturación de la cavidad alveolar con Fibrinfoam, celulosa, oxidada o Gelfoam, impregnados o no en penicilina y trombina logra cohibir la excesiva salida de sangre.

Cicatrización.- El mecanismo por el cual se produce la cicatrización del alveolo, se funda en la organización bajo condiciones asépticas del coágulo sanguíneo; se trata de un proceso con las características de la inflamación. Con sus estadios clínicos. El coágulo sanguíneo se epiteliza en su superficie, identificándose este epitelio con el vecino de la cavidad oral; en profundidad, se resorbe y es reemplazado por tejido conjuntivo embrionario, a cuyas expensas se reedifica el tejido óseo, proceso de resorción de descombro, de neoformación y de modelado, que constituyen la cicatrización alveolar.

6).- Sutura.- El cierre con sutura está indicado en la extracción de terceros molares sin procesos infecciosos aparentes. Se revisa e inspecciona la cara interna del colgajo, eliminando tejidos de granulación, o restos óseos o dentarios, se adapta cuidadosamente el periostio y se vuelve el colgajo a su sitio normal de ubicación. El operador toma la pinza portaguja con una aguja cirva enhebrada, con nylon o seda y se procede, a atravesar en primer término el colgajo lingual y después el bucal, retirándose la aguja y practicando luego el nudo, valiéndose de la pinza portaguja, pasados los hilos se toma con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda del cabo portador de la aguja; se apoya este cabo en el porta agujas y se hace dar dos vueltas completas al hilo alrededor del extremo del instrumento; se entre abre ligeramente el porta agu

jas y se toma entre sus mordientes al cabo libre; se fracciona el porta agujas de manera que las dos vueltas del hilo se deslicen hacia la punta del instrumento y que el cabo libre pase entre ellas. Se ajusta el hilo a nivel de la herida operatoria y se tiene de este modo realizada la primera parte del nudo. Para completar el nudo se realiza nuevamente el segundo nudo, seccionándose los cabos del hilo con una tijera. Si se cree necesario puede realizarse otro punto de sutura, a distal del primero.

VIII.- CUIDADOS PRE Y POST OPERATORIOS

Los cuidados pre operatorios consisten en la preparación orgánica del individuo con el fin de evitar que el tratamiento quirúrgico, al cual va a someterse, traiga como consecuencia incidentes que pueden llegar a ser graves. Además del tratamiento que se lleva a cabo para mejorar su estado fisiológico, si existen anomalías y proporcionar medicación preparatoria que consiste generalmente, en suministrar al paciente medicamentos para disminuir la nerviosidad y también para controlar las reacciones tóxicas y psíquicas que puedan ser producidas por los anestésicos locales.

POST OPERATORIO

Tratamiento o cuidados Post Operatorios.-

Son el conjunto de procedimientos que se realizan después de la intervención quirúrgica con el objeto de mantener los fines deseados por esta intervención y colaborar con la naturaleza en lograr el restablecimiento.

El Post Operatorio es una fase importante de nuestro trabajo que no debemos descuidar.

El tratamiento, cuidado y la vigilancia del paciente puede modificar el éxito de la intervención.

Los accidentes que pueden presentarse después de la extracción dentaria principalmente, pueden ser inmediatos o consecutivos como son la hemorragia, los dolores post-operatorios e infecciones.

Los consecutivos a distancia, como la fiebre el tétano o la septicemia.

El traumatismo es la causa más importante - que origina el dolor post operatorio.

Por lo tanto, los cuidados post operatorios se refieren al cuidado que debe tener el operador en la asepsia, antiseptia posterior a la extracción dentaria, así como contribuir si es necesario a la formación del coágulo, por eso hay que evitar manipulaciones de cualquier índole a ese coagulo correctamente - formado, no prescribir enjuagatorios bruscos que los puedan remover y mucho menos durante las dos primeras horas después de la extracción.

Esta es una medida común a todas las intervenciones en la boca. Hay que aplicar compresas frías o mejor una bolsa con hielo, sobre la piel del carrillo correspondiente a la zona operada. SE trata - de prevenir el edema y el dolor, o combatirlos en caso de que apareciesen.

Recomendar al paciente reducir la movilidad de los labios para respetar la coaptación del colgajo y evitar hemorragias.

Después de esta recomendación citaremos al paciente después de 24 horas de intervalo.

El tratamiento post-operatorio se divide en:
Tratamiento local y Tratamiento General.

El tratamiento local.- Se reduce a la higiene bucal y fisioterapia, para mejorar el estado de las heridas de la cavidad bucal entre estos agentes se puede citar el frío, el calor así como los rayos infrarrojos.

El frío está especialmente indicado cuando - la inflamación empieza, consecuencia muchas veces, del traumatismo. Ocasiona el frío la contracción de los vasos sanguíneos y retarda la exudación de los elementos de la sangre, también tiene efecto sedante, se puede aplicar de quince a veinte minutos por hora.

El calor está más indicado cuando hay además considerables con hiperemia pasiva, estancamiento y probablemente un poco de infección. El calor actúa como sedante, activa la circulación y en presencia de abscesos profundos facilita la salida de secreción purulenta.

La mejor manera de aplicar el calor es en - forma seca y puede aplicarse constantemente hasta que sea resuelta la inflamación.

Los rayos infrarrojos.- Estos rayos actúan no solamente sobre la superficie de la piel, sino también en lo profundo de los tejidos, los cuales lo soportan perfectamente.

El tiempo de irradiación es variable; puede comenzar se con una duración de veinte minutos en las dos primeras sesiones.

Tratamiento general.- Este tratamiento se refiere especialmente al mantenimiento del pulso, de la tensión arterial de la alimentación, tratamiento Shock; también puede comprender las complicaciones post-operatorias más frecuentes la hemorragia infección y dolor.

Hemorragia.- Según Mead, es la salida normal de la sangre con todos sus componentes del interior de los vasos a consecuencia de traumatismo o enfermedad.

Las causas que originan una hemorragia son las siguientes:

Traumatismo, intervenciones quirúrgicas, irritación por cuerpos extraños, como esquirlas óseas estados congestivos del tejido traumatizado. La mayor parte de las hemorragias intrabucales que interesan al cirujano oral, son hemorragias óseas en las cuales el procedimiento más simple para detenerlas es el taponamiento, también el termocauterío y el galvanocauterío pueden emplearse para cohibir las hemorragias óseas así como electro de secación.

Hay preparados a base de tejido muscular, de tejido hepático y de las sustancias coagulantes de la sangre y de los órganos hematopoyéticos en forma de polvos y soluciones que puestos en contacto con los tejidos que sangran determinan la hemostasis casi en seguida, como recurso de última hora se puede usar el coaguleno y Vitamina K.

Infección.- Después de una intervención quirúrgica la complicación más molesta es la infección: está puede localizarse en el alveolo o extenderse a los maxilares o a las partes blandas.

La infección del alveolo ocasiona la alveolitis que puede ser de dos clases:

Por inflamación del periostio que recubre las paredes alveolares o por la destrucción del mismo (alveolo seco).

En algunos casos la infección alveolar no se detiene en esta zona, sino que invade el tejido óseo - vecino y da origen a una osteíte o una osteomielitis.

Esta infección debe tratarse tanto local como general.

La infección de las partes blandas puede ocasionar una adenitis, un edema o un flemón.

El tratamiento debe ser general, como en todas las infecciones y toman parte los antibióticos.

El dolor.- El dolor post-operatorio debe ser atenuado con los analgésicos, si el dolor continúa pue de utilizarse los sedantes como el sedol, cibalgina, - etc. y excepcionalmente se usarán barbitúricos.

Hematoma.- Algunos a consecuencia del desgarramiento de un vaso sobre todo venoso, producido por los instrumentos durante la intervención, se origina un derrame sanguíneo, pero aparece horas o días más tarde coloreando la piel o las mucosas (manchas equimóticas).

Régimen alimenticio.- Es uno de los factores más importantes del tratamiento post-operario, este debe ser a base de líquidos durante el día de la intervención o sea dieta hídrica (jugos de tomate, toronja, naranja, atoles preparados con agua), al día siguiente el paciente podrá tomar una dieta mixta semi sólida, compuesta principalmente de cereales cocidos, frutas y carnes rebanadas.

Una vez que el paciente se encuentra en franco restablecimiento el régimen alimenticio será normal.

La labor del cirujano no concluye al terminar la operación quirúrgica, sino hasta que el paciente queda totalmente restablecido.

BIBLIOGRAFIA

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

GUSTAV O. KRUGER EDITORIAL INTERAMERICANA
CUARTA EDICION 1978

CIRUGIA BUCAL

GUILLEMO A. RIES CENTENO

EDITORIAL "EL ATENEON"
BUENOS AIRES, SEPTIMA
EDICION, TERCERA REIMPRESION 1978

LA EXTRACCION DENTAL

GEOFFREY L. HOWE

EDITORIAL EL MANUAL
MODERNO, 28 DE SEPTIEMBRE 1979

ANATOMIA HUMANA

DR. FERNANDO QUIROZ G.

TOMO 1 EDITORIAL PORRUA
VICESIMA EDICION

CIRUGIA BUCAL

STERLING V. HEAD 1a. PARTE

ANESTESIA LOCAL Y CONTROL DEL DOLOR

EN LA PRACTICA DENTAL

MONHEIM

EDITORIAL MUNDI 1976
BUENOS AIRES-ARGENTINA

RADIOLOGIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

S.U.A.

PRIMERA EDICION 1980
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNAM.