



175
21

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ACCIDENTES TRANSOPERATORIOS EN LA
CIRUGIA DE LOS TERCEROS MOLARES

T E S I S
QUE PRESENTA:
MENDOZA GOMEZ MARTHA
PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANA DENTISTA

DIRECTOR DE TESIS:
C.D. ALEJANDRO MUÑOZ CANO



MEXICO, D. F.

1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

Por todo el amor y respeto que les tengo, como pequeña muestra de agradecimiento y confianza que han depositado en mí.

GRACIAS.

A mis hermanos:

Pedro, Jesús, Pablo, Verónica, Roberto y Julia por su apoyo incondicional que me brindaron cada uno en su momento durante

toda mi vida, GRACIAS.

A mis cuñados:

Les agradezco el haberme apoyado en su momento.

A mis sobrinos:

Como una muestra de estímulo para alentarlos para realizar sus más grandes ideales los quiero.

A mis amigos:

*Por los momentos alegres compartidos y por el estímulo mutuo que nos
brindamos*

A mis familiares:

Por el estímulo que me brindaron.

A Antonio:

*Por la motivación y confianza que ha depositado en mí, y por
haberme ayudado, apoyado y estimulado a lo largo del tiempo que
hemos pasado juntos. Con todo mi amor y cariño, por todo esto,
GRACIAS.*

Al doctor Alejandro Muñoz Cano:

Por haberme ayudado y orientado ha realizar la tesina.

*A la Universidad Nacional Autónoma de México:
Por permitirme ser parte de ella.*

*A la Facultad de Odontología:
Por darme un espacio en sus aulas para adquirir estos conocimientos
que ella nos transmitió.*

6.1 TERCER MOLAR SUPERIOR	29
6.2 SENO MAXILAR	30
6.3 ESPACIO INFRATEMPORAL	32
6.4 TERCER MOLAR INFERIOR	33
CAPITULO SÉPTIMO COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL INSTRUMENTAL, ASPIRACIÓN Y DEGLUCIÓN	35
7.1 ROTURA DE INSTRUMENTAL	35
7.2 ENFISEMA	35
7.3 ASPIRACIÓN	36
7.4 DEGLUCIÓN	36
CONCLUSIONES	38
BIBLIOGRAFIA	40

OBJETIVO

**CONOCER Y ANALIZAR LOS ACCIDENTES QUE
PUDIERAN OCURRIR DURANTE EL ACTO QUIRÚRGICO
EN LA EXTRACCIÓN DE LOS TERGEROS MOLARES,
DANDO LOS LINEAMIENTOS GENERALES QUE TIENE
POR FINALIDAD CORREGIR ESTOS INCONVENIENTES.**

**TOMANDO EN CONSIDERACIÓN NUESTRAS
LIMITACIONES PARA RESOLVER ESTOS ACCIDENTES.**

INTRODUCCIÓN

Clásicamente, las complicaciones en el acto quirúrgico de las extracciones del tercer molar se dividen en transoperatorias y posoperatoria; estas últimas a su vez pueden ser secundarias o tardías. Nos enfocaremos únicamente a las complicaciones transoperatorias.

Definiendo como una complicación transoperatoria a las que suceden en el acto quirúrgico y prácticamente siempre tienen carácter local; las de alcance general suelen estar producidas por la anestesia.

Se dividen a su vez en diferentes grupos según el tejido afectado:

Lesión de las estructuras óseas. Son bastante frecuentes, pueden producirse fracturas de la apófisis alveolar, de la tuberosidad maxilar o bien de la mandíbula. Esto se debe a las condiciones anatómicas, a la relación entre diente y corticales óseas o a causas iatrogénicas por falta de osteotomía odontosección. Su trascendencia puede ser mínima o de gran alcance y

requiere tratamientos complicados (fracturas totales de la tuberosidad o mandíbula). En otras ocasiones se puede producir una luxación de la articulación temporomandibular que exige una reducción inmediata.

Tejidos blandos: son relativamente frecuentes y se producen a causa de una mala técnica. Pueden ser desgarros, heridas, quemaduras y hemorragias.

Lesión de las estructuras nerviosas: son complicaciones de tipo sensitivo causadas por una mala técnica o, de nuevo inevitable, por las relaciones anatómicas, se pueden producir lesiones del nervio alveolar inferior, nervio lingual las consecuencias son de carácter transitorias o permanentes, según el tipo de lesión: compresión, desgarros, sección o arrancamiento del nervio. El tratamiento es mediante anastomosis e injertos, no siempre consiguen resultados.

Otros: aquí se incluyen otras complicaciones menos frecuentes pero que se pueden presentar en un momento determinado como desplazamiento del diente a espacios vecinos, enfisema submucosa, fractura del instrumental, eliminación de obturaciones o prótesis vecinas. Las consecuencias son sumamente variables y ponen a prueba los conocimientos y la destreza del cirujano.

CAPITULO PRIMERO

CONSIDERACIONES ANATÓMICAS

Las numerosas funciones anatómicas que limitan la cavidad bucal se reparten en cierto número de regiones:

- 1° Por delante, la región de los labios, región labial.
- 2° Lateralmente la región de las mejillas, región geniana.
- 3° Arriba, la región palatina.
- 4° Abajo, la lengua de la región sublingual.
- 5° Arriba y abajo, entre la boca propiamente dicha y su vestibulo, las encías y los dientes, región gengivodental.
- 6° Hacia atrás, la región amigdalina o tonsilar, que separa la boca de la faringe. (1)

Se considera por región anatómica del tercer molar aquella parte del maxilar que está ocupada por el tercer molar junto con las partes blandas que la recubre, revisten y circundan al órgano dentario. (2)

1.1 REGIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Se sitúa en la unión de la rama ascendente con el cuerpo de la mandíbula, por delante, el segundo molar y el hueso que separa del tercero.

Tiene una importancia desde el punto de vista quirúrgico, dependiendo de las relaciones que establezca este hueso mesial.

Por detrás, se sitúa el denominado hueso distal al que se adscribe la forma de una pirámide truncada. Realmente se trata de una área ósea mayor o menor que queda comprendida entre la cara distal del tercer molar y la rama ascendente de la mandíbula.

Es de gran importancia el análisis del hueso distal, por lo que la extracción del tercer molar, es la resistencia más importante que hay que vencer. (2)

Por fuera el tercer molar inferior está limitado por la cortical externa de la mandíbula, engrosada a este nivel por la línea oblicua externa lo que hace que el hueso bucal del tercer molar, en numerosas ocasiones, tenga un grosor considerable.

Por dentro, el tercer molar inferior está separado de la cavidad bucal y del piso de la boca, por la cortical interna, o hueso lingual del citado molar. A diferencia del hueso bucal éste es delgado incluso dehisciente lo que

hace que las relaciones del nervio lingual y del tercer molar sean muy aproximadas.

Debido a la debilidad del hueso lingual, éste puede llegar a fracturarse en las maniobras de la extracción pudiendo escapar el diente al piso de la boca. (2)

Por debajo se sitúa el conducto dentario, el cual establece relaciones más o menos estrechas con las raíces del molar.

El conducto se inicia en la cara interna de la rama ascendente mandibular por medio del agujero dentario inferior. El conducto dentario posee una cortical que les es propia, y a través de la cual establece sus relaciones con los alvéolos. Generalmente está situado por debajo de las raíces del tercer molar y por fuera de ella, salvo en los casos de las desviaciones bucales de este órgano dentario, en donde el conducto puede situarse por lingual.

Por arriba, se encuentra el hueso llamado oclusal es en los casos en los que no haya hecho erupción el molar.

El tercer molar inferior está relacionado, a través del hueso circundante con una serie de músculos que van a mediatizar de alguna manera su posición en la arcada.

Por fuera se sitúa el músculo masetero que cruza oblicuamente de arriba abajo y de adelante hacia atrás la cara bucal de la región y que está separado del músculo buccinador por la bola adiposa bicht. (2)

Músculo buccinador establece relaciones íntimas con el tercer molar, este músculo al originarse en la cara externa del maxilar, a nivel de los terceros molares superiores, en el ligamento pterigomandibular en la cresta buccinatrix y en la línea oblicua externa de la mandíbula, hasta las proximidades de la raíz mesial del primer molar inferior.

Por su parte distal, se inserta el músculo temporal mediante de su fascículo esfenoidal.

Por lingual el músculo pterigoideo medial, en su parte posterior, el músculo milohioideo.

El músculo milohioideo se origina en la línea oblicua interna o milohidea de la mandíbula que cruza oblicuamente hacia abajo y hacia adelante de las raíces del tercer molar.

1.2 REGIÓN DEL TERCER MOLAR SUPERIOR

Es una zona circunscrita de la maxila comprendida entre el segundo molar superior por delante, la apófisis pterigohidea por detrás y el hueso palatino por dentro.

Relaciones: por delante se relaciona con la cara distal del segundo molar superior y con el hueso mesial que suele ser una lámina ósea de espesor variable.

Por encima del segundo molar se pone en relación con el seno maxilar, por el cual puede dejar aereumatizar no sólo en el hueso mesial si no incluso hasta el hueso distal formando un receso tuberositario, el tercer molar está incrustado por una lámina ósea (lamina dura del alvéolo) que las separa de la cortical del seno maxilar hacia donde sobresale pudiendo dar la sensación intrasinusal.

Por detrás se sitúa el hueso distal que le separa por la escotadura interptérido-maxilar o humular.

Por fuera se encuentra el hueso bucal, prácticamente inexistente, ya que se deja perforar por la corona del tercer molar superior.

Las relaciones musculares. Por fuera se relacionan con el músculo buccinador por detrás con el músculo ptérido interno y por dentro con los músculos del velo del paladar. (3)

Por fuera se sitúa el espacio vestibular; por dentro es el tejido celular del velo palatino y por detrás la fosa infratemporal, a través de la tuberosidad de la maxilar, donde se inserta el fascículo maxilar del músculo ptérido lateral y penetra en los vasos y nervios alveolarios postero-superior. (1, 2)

Este espacio, ocupado por los músculos ptéridos, alberga entre otros elementos nobles, el plexo venoso tuberositario. (2, 4)

CAPITULO SEGUNDO

LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

Estas lesiones se deben a incorrecta sindestomía, mala presentación del instrumental, escape de elevadores o procedimientos inadecuados, particularmente cuando se presente ahorrar un colgajo.

2.1 DESGARROS DE LA MUCOSA

Es la primera lesión en frecuencia de un mal descenso del colgajo de insuficiente tamaño, que se estira por encima de su propia capacidad de estiramiento.

La laceración es mucho más difícil de reparar que la incisión bien planeada.

Prevención: colgajos de tamaños adecuados, uso de pequeñas fuerzas de retracción sobre el colgajo.

Tratamiento: reposición y sutura asociadas o no a eliminación de tejidos blandos con poca utilidad.

2.2 LESIONES PUNZANTES

Son las que se puedan ocasionar a las mejillas, piso de la boca, paladar y pilares del velo, se deben a uso de fuerza incontrolable en el empleo de elevadores perlostómo, jeringas, u otros elementos cortantes o también a la incorrecta fijación de la cabeza del paciente o de la mandíbula.

Prevención: Empleo de fuerza controlada del instrumental.

Tratamiento: En caso de que se produzca una hemorragia, se controlará mediante compresión, estas lesiones no se deben suturar sólo en los casos que sea amplia la herida.

2.3 ABRASIONES Y QUEMADURAS

Estas lesiones se deben al uso poco cuidadoso del material rotatorio afecta principalmente el labio (comisura) y la mucosa yugal. Ocasiona una lesión muy molesta que tarda de 7 a 10 días en cicatrizar. (5)

Prevención: Retracción de los tejidos blandos con separador metálico.

Tratamiento: Aplicación de vaselina o pomada antibiótica

CAPITULO TERCERO

LESIÓN DE LAS ESTRUCTURAS ÓSEAS

Se puede observar, fracturas de las corticales, del reborde alveolar de la tuberosidad y de la mandíbula, esto se debe a fuerzas exageradas sin control. La extracción resulta imposible, por que no se consigue la luxación.

Estas situaciones se deben a insuficiente estudio clínico, radiográfico, mala técnica de elección del procedimiento. (7)

3.1 FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD MAXILAR

MECANISMO: Debido a la anatomía del seno maxilar o antro, la tuberosidad muy neumatizada, las raíces largas, Impactación mesioangular del tercer molar superior, y una fuerza excesiva aplicada al molar dan como resultado la fractura de la tuberosidad.

TRATAMIENTO: Cuando estos accidentes ocurren pueden agravarse con la exposición sinusal o la proyección del fragmento. Advirtiéndolo el accidente deben interrumpirse las maniobras para no desgarrar los tejidos blandos. Si la herida afinada departe del hueso alveolar

permite extraer el diente, entonces el hueso restante, que está adherido al periostio, podría ser retirado. Si el hueso no puede retirarse del diente, deberá cortarse la mucosa y refregarse de manera que no se desgare al extraer el diente y el hueso.

COMPLICACIONES: Hemorragia del arteria palatina, comunicación oroantral y compromiso de retentividad. (5)

TRATAMIENTO: Luego de un minucioso examen clínico radiográfico se incidirán los tejidos blandos, se legará con delicadeza y se retirará el fragmento. Solamente en caso de fragmentos grandes puede intentarse la reducción e inmovilización correspondiente para el tratamiento de la fractura; los pequeños fragmentos se secuestran.

3.2 FRACTURA MANDIBULAR

Complicaciones poco frecuentes, pero esto es a causa de un error en el diagnóstico, en forma equivocada de la retención distoangular como vertical. La vía de retro del diente con retención distoangular se inclina hacia distal y resulta indispensable asegurarse que exista o se forme espacio, hacia el cual se pueda desplazar el diente antes de comenzar la elevación. (8)

En tales circunstancias, la aplicación de mayor fuerza puede fracturar la mandíbula.

PREDISPOSICIÓN: Atrofia mandibular, osteoporosis, patología quística o tumoral, molar de largas raíces, anquilosis. (5)

TRATAMIENTO: Se debe tratar de forma habitual con reducción del foco, ferulización bimaxilar, osteosíntesis semirrígida o rígida y bloqueo intermaxilar. (5)

3.3 FRACTURA DE LA APÓFISIS ALVEOLAR

La luxación, fractura de la cresta alveolar que rodea al diente a extraer. Afecta a la lámina lingual mandibular y la cortical vestibular si la osteotomía de acceso ha sido inadecuada e insuficiente. Generalmente se debe al uso excesiva de fuerza y a una dirección inadecuada de los elevadores.

PREVENCIÓN: Estudio preoperatorio de las relaciones diente-hueso circundante; técnica quirúrgica delicada. (5)

TRATAMIENTO: Si el hueso está adherido al periosteo, puede inmovilizarse mediante una sutura con la mucosa, si está abvulsionada será retrada.

CAPITULO CUARTO

LESIÓN DE ESTRUCTURAS VECINAS

Se debe a las relaciones anatómicas que el diente mantenga con las estructuras.

4.1 LESIÓN DE LAS ESTRUCTURAS NERVIOSAS (TRIGÉMINO)

La lesión nerviosa se produce exclusivamente tras la exodoncia de los terceros molares inferiores, afectando en orden de frecuencia los nervios alveolar, lingual y bucal.

Puede resultar herido, seccionado, arrancado por el instrumental o la pieza dentaria extraída. (7, 3)

El operador puede provocar estas complicaciones al instrumentar a presión hacia la zona apical.

FISIOLOGÍA DE LAS LESIONES NERVIOSAS

<p>NEUROPRAXIA</p>	<p>Incapacidad de la conducción nerviosa, con mantenimiento de la continuidad del nervio y su vaina. Recuperación en días o semanas.</p>
<p>AXONOTMESIS</p>	<p>Mantenimiento de las vainas endoneurales. Degeneración walleriana de los axones distales a la lesión. Recuperación de 2 a 6 meses.</p>
<p>NEUROTMESIS</p>	<p>Separación física de todo el tronco nervioso, con degeneración walleriana de los axones.</p>

Relación anatómica del molar con el nervio dentario inferior. Puede sospecharse si existe superposición de imágenes de ambos y si el molar a perdido su cortical.

Relación anatómica del molar con el nervio lingual, en algunos casos el nervio atraviesa la almohadilla retromolar. (7, 8)

FACTORES QUE PREDISPONEN A LA LESIÓN DEL NERVI LINGUAL.

- Fractura de la cortical lingual.
- Sección accidental en la odontosección.
- Incisión retromolar excesivamente lingualizada.
- Uso poco cuidadoso del separador lingual.

PREDISPOSICIÓN CLÍNICA

Anestesia, parestesia o hiperpatía en labio, mentón o lengua según el nervio afectado.

TRATAMIENTO (NO QUIRÚRGICO):

Tiene modalidad terapéutica, soporte para favorecer la recuperación espontánea tras la lesión, como coadyuvante en microcirugía y como tratamiento único en caso quirúrgicamente intratables. (9)

FISIOTERAPIA: Neuroestimulación electrónica transcutánea, y diatermia, etc. (5)

FARMACOTERAPIA: Corticoides, antiinflamatorios no esteroides, antidepresivos, anticonvulsivantes, etc.

Cuando el nervio lingual o alveolar ha sido seccionado accidentalmente, se aconseja trasladar al paciente, lo antes posible a una clínica especializada en cirugía bucomaxilofacial con la experiencia en el campo de la reconstrucción microquirúrgica de los nervios. (9)

El tratamiento quirúrgico de una rama periférica del nervio trigémino está indicado en casos de pérdida de sensibilidad o de aparición de sensaciones desagradables que no se resuelven tras un período razonable de tiempo y sobre todo que no es aceptable para el paciente.

4.2 LESIONES VASCULARES HEMORRÁGICAS

Las diferentes hemorragias pueden ser causadas por varios tipos de vasos, ya sea que estén en tejidos blandos o en el hueso, la hemorragia arterial se conoce por el color rojo brillante de la sangre comparado con el color oscuro de la sangre venosa. El sangrado arterial se caracteriza por flujo intermitente a manera de bombeo que corresponde a la contracción del ventrículo izquierdo del corazón. El flujo sanguíneo de una vena centrada es continuo. La hemorragia capilar se caracteriza por el escurrimiento continuo el color de la sangre es rojo claro.

(1, 10)

LOCALIZACIONES FRECUENTES DE LA HEMORRAGIA: La hemorragia de origen dentoalveolar más grave es la del canal alveolar inferior y la de los vasos del paladar. Generalmente se encuentran vasos alveolares inferiores durante los procedimientos quirúrgicos en la localidad del tercer molar inferior. (3, 10)

Algunas veces se puede encontrar una arteria más o menos grande en el hueso plano, en la región retromolar de la mandíbula, en su ángulo interno, este hueso puede ser cortado durante la preparación del colgajo mucoperiostico, cuando se descubre, el tercer molar.

Las incisiones deben de hacerse atravesando toda la mucosa y el periostio deben separarse limpiamente del hueso. Aun que los vasos mayores que irrigan el mucoperiostio son pequeños, están dentro de la submucosa la lamina propra del periostio.

PATAGONIA: La hemorragia importante se debe generalmente al compromiso del arteria alveolar inferior del tercer molar. Las raíces del tercer molar inferior, especialmente cuando están incluidos, muchos vasos están cerca de los vasos alveolares. Si al extraer estos dientes y sus raíces se rompen los vasos el resultado será una intensa hemorragia. (7, 10)

TRATAMIENTO: Es importante utilizar una cánula para aspirar todo el flujo, esto es necesario que lo manipule un asistente, se puede controlar la hemorragia más intensa taponando con gasa de 5 a 10 minutos, algunos autores mencionan que hay que humedecer la gasa con solución salina durante los procedimientos más extensos en la cirugía bucal, en ocasiones corre la hemorragia de un vaso más grande en tales circunstancias es necesario levantarlo y sujetarlo con pinzas hemostáticas y ligarlos.

Después de retirar el tapón cuidadosamente y volver a taponar, frecuentemente esto detiene el sangrado, si no conseguimos la hemostasia colocaremos directamente sobre el vaso una porción de gasa con solución salina durante unos minutos.

Después de haber controlado la hemorragia hay que cuidar el estado general del paciente, después dirigir nuestra atención a evitar definitivamente el sangrado.

El factor más importante del tratamiento de la hemorragia, es tomar en cuenta su tipo y su sitio, en la hemostasia de primera intención aplicaremos el taponamiento a presión en el lugar de la hemorragia, en muchas ocasiones con la presión basta para detener la hemorragia. (11)

4.3 COMPLICACIONES SINUSALES

La apertura del seno maxilar son relativamente frecuentes en la osteotomías de la región de los premolares y molares, en particular con el motivo de la extracción de los terceros molares superiores debido a su proximidad con la pared alveolar. El porcentaje de una conexión buco-antro en la extracción dentaria aumenta con la edad. (9, 11)

El tamaño de seno maxilar varía entre las personas y no es raro que los antros derechos e izquierdos sean de diferente magnitud en el mismo paciente. (11)

La exofondia de los molares superiores puede resultar en una comunicación. Sus dos posibles secuelas son:

- 1) Sinusitis maxilar
- 2) Fístula oroantral crónica

El diente que con mayor frecuencia es desplazado hacia el antro es el tercer molar, seguido por el segundo premolar superior. (5)

PREDISPOSICIÓN: Raíces largas y divergentes.
Senos maxilares grandes y
neumatizados .

PREVENCIÓN : Estudio radiográfico de la relación del seno y de las raíces del molar, hacer una odontosección adecuada y evitando la aplicación de excesiva fuerza y el uso inadecuado del elevador.

SÍNTOMAS:

- a) Salida del líquido de la boca hacia la nariz.
- b) Epitaxis unilateral.
- c) Alteraciones de la resonancia bucal.
- d) Exudado nasal mucopurulento.
- e) Síntomas de sinusitis aguda o crónica.

TRATAMIENTO: El diagnóstico que establece intraoperatoriamente mediante la prueba de insuflación nasal o por medio del sondeo cuidadoso de los alvéolos. Si estas pruebas dan resultados positivos, está indicada la sutura exacta inmediatamente de la herida, por que el riesgo de infección se acrecenta con el transcurso del tiempo.

La condición previa para una cicatrización primaria, tras la extracción quirúrgica de la pieza dentaria completamente referidos con una sutura de la herida sin

tensión, lo que normalmente no plantea problemas, con una sutura en S o U. Está justificado el empleo de profilaxis antibiótica.

4.4 LUXACIÓN MANDIBULAR

La luxación (dislocación) del articulación temporomandibular ocurre con relativa frecuencia cuando hay relajación de la cápsula y el ligamento temporomandibular que permite al cóndilo moverse hasta un punto anterior a la eminencia articular durante los movimientos de la apertura. La contracción y el espasmo muscular mantienen el cóndilo en esta posición, de manera que es imposible para el paciente cerrar la boca y regresarla a su posición normal de oclusión. (9, 10)

Las luxaciones temporomandibulares en la extracción dentaria que puede ser unilateral, acompañada de lesión capsular o de los ligamentos accesorios cuando se produce a extraer dientes firmemente implantados sin efectuar la correcta fijación mandibular. Puede ocurrir cuando:

- Se aplica una fuerza excesiva durante la exodoncia del diente mandibular en pacientes con predisposición, por excesiva laxitud ligamentosa, o alguna patología asociada.

PREVENCIÓN: Esta complicación se evita sosteniendo debidamente la mandíbula. (5)

TRATAMIENTO: Debe reducirse inmediatamente. Las luxaciones no requieren otro tratamiento que la reducción del hueso luxado, salvo cuando sean habituales. (7)

A continuación se menciona las maniobras de Nelaton: Con el paciente sentado muy bajo y en ángulo recto y el operador parado frente al paciente, con un pie a cada lado del sillón, debe tomar la mandíbula enérgicamente con ambas manos, con los dedos pulgares apoyados en las caras oclusales de los molares o en los rebordes alveolares si aquellos faltaran tomarlo de reborde alveolar y ejercer una intensa presión, primero hacia abajo y luego hacia atrás, con presión arriba con el mentón. (7, 10)

CAPITULO QUINTO

COMPLICACIONES EN LAS ESTRUCTURAS DENTARIAS

La complicación más frecuente es la fractura de la corona o parte de la raíz. Las fracturas dentarias son particularmente frecuentes en los casos de anomalías de la raíz, y hipercementosis, esclerosis, ostificaciones del perlostio dentario y dientes desvitalizados. (7, 9)

La situación debe prevenirse desde el primer momento cuando los dientes se presentan apiñados, débiles y con un poco o ningún apoyo próxima.

5.1 LESIÓN DEL DIENTE VECINO

- a) Fractura de una restauración o de un diente cariado al intentar luxar el diente con el elevador. Está justificado advertir al paciente de dicha eventualidad. Para no tener problemas de orden ético, legal y económico.
- b) Luxación del molar vecino, la hacer palanca con el elevador sobre un tercer molar mesializado. Si se produce una necrosis pulpar, debe de realizarse el tratamiento de conductos y por supuesto la restauración adecuada. (10)

- c) Lesión del segundo molar por acción de la fresa.**
- d) Lesión de los dientes de la arcada opuesta como resultado del uso de fuerza incontrolada.**
- e) Extracción del diente equivocado.**

Son accidentes frecuentes que suceden por falta de observación durante las maniobras y mala técnica seleccionada.

5.2 LESIÓN DEL TERCER MOLAR

LA FRACTURA RADICULAR: Es una complicación bastante frecuente cuando, los dientes tienen raíces largas, finas, curvadas y divergentes por lo tanto estos tienen un alto riesgo de fracturarse. Cuando no se realiza una buena osteotomía. (7, 5)

CAPITULO SEXTO

DESPLAZAMIENTOS A ESPACIOS VECINOS

Una de las posibles complicaciones de la extracción de los terceros molares es el desplazamiento de éste o de algún fragmento radicular a espacios vecinos.

6.1 TERCER MOLAR SUPERIOR

El tercer molar superior puede desplazarse al seno maxilar o, más posteriormente al espacio infratemporal al hacer elevación en dirección incorrecta, en particular si la pared antral es fina o la tuberosidad es frágil. Este desagradable accidente se debe en ocasiones a un estudio preoperatorio insuficiente, o inadecuado.

La solución de los problemas creados es mucho más compleja. la proyección sinusal impone la extracción a la mayor brevedad posible, antes de que la reacción del organismo produzca una sinusitis o una fistula oroantral permanente. (6)

6.2 SENO MAXILAR

Es el desplazamiento más frecuente, debe valorarse el tamaño del fragmento, la existencia de antecedentes de pulpitis o infecciones periodontales y la existencia o no de una sinusitis crónica orecia.

Una vez producido el accidente debe tomarse la absoluta seguridad de que el diente se ha alojado en el seno.

La única maniobra para detectar que el diente se encuentra en el seno es:

La prueba de Valsava. Consiste en hacer que el paciente expulse aire violentamente por la nariz mientras que el operador la obstruye tomándola con los dedos índice y pulgar.

Si efectivamente el diente, raíz o ápice han sido desplazados hacia el seno, la comunicación alvéolo sinusal por lo que escapa el aire expulsado. En éste caso se oye nitidamente al silbido que produce al escapar el aire. (7, 9)

TRATAMIENTO: La extracción se llevará a cabo mediante un tratamiento:

- Médico
- Quirúrgico (Caldwell-luc)
- Cierre directo o por medio de colgajos

El estudio radiográfico es importante llevarlo a cabo desde el principio del tratamiento.

Una técnica en la que el fragmento es visible a través del alvéolo es hacer intentos conservadores, como el introducir una cureta o una gasa con mucha delicadeza a través de la apertura y retirarla suavemente, puede enredarse el ápice o el fragmento radicular permitiendo su extracción.

TÉCNICA DE CALDWELL-LUC: Anestesia troncular del nervio infraorbitario e infiltración anestésica del vestíbulo bucal, se hace una incisión con bisturí entre el canino y el primer molar, a nivel del fondo del vestíbulo, con un perlostomo se levanta el colgajo mucoperiostio y la utilización de una fresa quirúrgica, se practica una ventana en la pared del anterior del seno maxilar, que se retira cuidadosamente, se diseña la mucosa del seno, se localiza la raíz o el diente desplazado y se extrae a través de la ventana. La actitud a seguir ante la mucosa sinusal

depende de su estado. El antro se irriga cuidadosamente con suero fisiológico y se comprueba la ausencia de una fistula orosinusal. (5, 7, 13)

6.3 ESPACIO INFRATEMPORAL

El espacio infratemporal queda directamente por detrás y por encima de la tuberosidad del maxilar. En este espacio se encuentran importantes estructuras neurovasculares como el plexo pterigoideo. Al elevar los terceros molares o los ápices de estos, deberá tener especial cuidado de no desalojarlo hacia atrás. (2, 4)

El desplazamiento en dirección posterosuperior hacia el espacio infratemporal esto si se emplea excesiva fuerza distal sin un retractor detrás de la tuberosidad; el elevador puede forzar el molar posteriormente a través del periostio hacia la fosa infratemporal, el diente queda por lo regular en situación lateral a ala externa de la apófisis pterigoidea y por debajo del músculo pterigoideo externo. Dada su localización medial a la rama ascendente de la mandíbula, el molar puede interferir en la apertura bucal.

TRATAMIENTO: El molar se puede recuperar inmediatamente solo si su visibilidad es buena, se debe hacer una disección cuidadosa. La incisión deberá incluir

toda la tuberosidad y extraerse posteriormente al pilar anterior de las fauces.

Cuando es difícil extraer el diente es mejor diferir dicha recuperación para una segunda fase. Cuando se intenta recuperar el diente a ciegas puede forzar un mayor desplazamiento del tercer molar, incluso al espacio temporal profundo.

Debe informarse al paciente de tal eventualidad e incluso iniciar una profilaxis antibiótica para evitar la posibilidad de infección.

Hay que remitir al paciente con un cirujano maxilofacial, que intentará la recuperación del tercer molar. Esto podría ser al cabo de 4 a 6 semanas, una vez estabilizado el diente en su posición por el proceso de fibrosis y conozca su localización. En los casos asintomáticos, después de informar bien al paciente sobre los potenciales complicaciones, este puede elegir si se somete a la intervención.

6.4 TERCER MOLAR INFERIOR

En la región del tercer molar inferior, la superficie lingual de ésta se curva lateralmente, cerca de los ápices de este diente. Por lo tanto no es difícil desalojarlo una punta radicular hacia abajo en este espacio, cuando se

fractura la placa lingual. Se puede desplazar a los siguientes espacios:

- Al canal mandibular
- Espacio sublingual
- Espacio submandibular
- Espacio pterígomaxilar
- Espacio parafaríngeo

TRATAMIENTO: En algunos casos como el desplazamiento sublingual y submandibular, deberá colocarse un dedo por debajo de la punta radicular (en la boca) para estabilizar la punta contra la placa lingual de la mandíbula y extendiéndolo hacia adelante lo suficiente para que los tejidos puedan retraerse lingualmente logrando así buena visualización.

La recuperación de una punta radicular en el conducto dentario inferior es principalmente un problema de acceso y visualización.

Generalmente para tener acceso a la recuperación del molar, es necesario con un procedimiento de colgajo. Tomando en cuenta el diagnóstico radiográfico.

CAPITULO SÉPTIMO

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL INSTRUMENTAL, ASPIRACIÓN Y DEGLUCIÓN

7.1 ROTURA DE INSTRUMENTAL

Los instrumentos se rompen por un defecto del metal, pero lo más frecuente es que sucede por ejercer con ellos una fuerza excesiva sobre el diente que se intenta extraer. Las fresas pueden romperse al practicar la odontosección, o la osteotomía; para extraerle debe planearse un colgajo si es posible con el mismo ya hecho para extraerlo con unas pinzas.

También puede suceder pero es poco frecuente la rotura de la aguja de anestesia. (5)

7.2 ENFISEMA

Como complicación poco frecuente en las partes blandas, es la acumulación de aire en el tejido. Dado que este se produce mayoritariamente, tras la utilización de la turbina en la osteotomía. (9)

Los enfisemas se propagan en el tejido siguiendo la menor resistencia. Son elásticos a la palpación y presenta una consistencia similar a una colchoneta de aire.

TRATAMIENTO: La terapia comprende medidas:

- físicas
- compresas frías y calientes
- apósitos compresivos
- masajes con alcohol

7.3 ASPIRACIÓN

La aspiración en las vías respiratorias de fragmentos de instrumentos o fresas es una complicación mucho más grave. En estos casos, es absolutamente imprescindible que el paciente se someta a tratamiento con especialista, en cirugía u otorrinolaringólogo, para evitar otros riesgos de índole vital.

7.4 DEGLUCIÓN

Especialmente en pacientes en posición supina y en aquellos cedados con reflejo nauseoso abolido o disminuido. Sin embargo, un objeto que calga en hipofaríngea será con mayor frecuencia deglutido. (5)

TRATAMIENTO:

- **De compresión abdominal sobre la apófisis xifóidea, dirigido en sentido antero posterior y ligeramente ascendente.**
- **Maniobras de Heimlich. El operador se debe situar detrás del paciente y coloca sus manos sobre el abdomen del paciente por abajo de la caja torácica. Posteriormente se aplica una fuerte presión en el abdomen con el fin de que el aire presente en los pulmones desalojen el cuerpo extraño.**

CONCLUSIONES

En este trabajo se menciona los diferentes accidentes que podemos ocasionar durante la extracción quirúrgica. Por eso es muy importante hacer una anamnesis minuciosa y un diagnóstico preparatorio exacto, así como una técnica quirúrgica depurada, estos contribuyen a reducir la frecuencia y la magnitud de las complicaciones posibles.

Los incidentes tienen importancia clínica tanto parciales como permanentes. Por eso tenemos que considerar la región anatómica que se va a intervenir.

Es importante la identificación temprana de los posibles dificultades durante el procedimiento quirúrgico, así como la consideración cuidadosa de los probables complicaciones.

Uno de los lineamientos que tenemos que tomar en consideración para la intervención son:

- Instrumental
- a toma adecuada del instrumental
- colocar al paciente en posición adecuada
- el tiempo necesario y suficiente para la intervención

También se ha mencionado los lineamientos generales que tienen por finalidad corregir los accidentes, como el tener el control absoluto del instrumental y las técnicas correspondientes a cada intervención.

Por lo tanto tenemos que aceptar nuestras limitaciones y sobre todo la integridad del paciente.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Testut O, Jacob ANATOMÍA TOPOGRÁFICA TOMO I
8ª Edición, Ed Salvat
Barcelona 1997**
- 2 López Arraiza J. S CIRUGÍA ORAL
Ed Interamericana
España 1991**
- 3 Feneis Heinz NOMENCLATURA ANATÓMICA
ILUSTRADA
2ª Edición Ed Salvat
México 1992 P. 236**
- 4 Sicher, Dubrui ANATOMÍA ORAL
8ª Edición Ed Ediciones Doyma
España 1990**
- 5 Raspall Guillermo CIRUGÍA ORAL
Ed Medicina Panamericana
Madrid 1994**

- 6** Walle Dantel E. **CIRUGÍA BUCAL PRACTICA**
Ed. G. E. C. S. A.
México 1972
- 7** Pasteri Ernesto **EXODONCIA CON BOTADORES**
Ed. Interamericana
Argentina
- 8** Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Vol. II
Ed. Interamericana
España 1992
- 9** Horch H. H. **CIRUGÍA ODONBESTOMATOLOGIA**
Ed. Masson Salvat Odontológica
Barcelona 1992
- 10** Krüger Gustav. O. **TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL**
4ª Edición Ed. Interamericana
México 1978
- 11** Howe Geoffrey L. **CIRUGÍA BUCAL MENOR**
3ª Edición Ed. El manual moderno
México 1987

12 Castillejos V. Víctor Hugo

Ed. Trelex Editoriales

**CIRUGÍA BUCAL Y
MAXILOFACIAL**

13 Milton T. Edgerto

**Ed. Interamericana
México**

**EL ARTE DE LA TÉCNICA
QUIRÚRGICA**