

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**CIRUGIA DE LOS TERCEROS MOLARES
INCLUIDOS O RETENIDOS.**

T E S I S

**Que Para Obtener el Título de:
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a:**

Lorenzo Figueroa Rodríguez

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.

CIRUGIA DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS O RETENIDOS

TEMARIO

	PAGS.
INTRODUCCION	1
TEMA I ACCIDENTES DE ERUPCION DE LOS TERCEROS MOLARES.	2
TEMA II ANATOMIA DE LA REGION Y ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR.	8
TEMA III CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS O RETENIDOS.	27
TEMA IV ESTADO O SITUACIONES DE ORDEN GENERAL.	36
TEMA V INSTRUMENTAL.	46
TEMA VI PREOPERATORIO.	50
TEMA VII TECNICA QUIRURGICA.	81
TEMA VIII CUIDADOS POSTOPERATORIO.	92
CONCLUSIONES.	97
BIBLIOGRAFIA.	98

INTRODUCCION

En la elaboración de esta Tesis manifiesto mi interés por la Cirugía Bucal, ya que ésta intimamente ligada a la Odontología de práctica general.

Describire los diferentes tipos de malposiciones de los terceros molares retenidos, las enfermedades más comunes y ciertos estados fisiológicos en los cuales deberemos tomar mayores precauciones al realizar dicha intervención:

Sabemos que un gran porcentaje de la Población padece de estas anomalías, sumamente molestas y dolorosas para el que la posee el cual obliga al Cirujano Dentista al tener los conocimientos y la habilidad necesaria para elegir la mejor técnica y los instrumentos necesarios y así retornar al paciente a su vida cotidiana, sin molestia alguna.

Sin embargo debemos recordar los riesgos de la Cirugía Bucal no son para menospreciarse por el contrario el Cirujano Dentista debe estudiar y superarse constantemente en su vida diaria de la práctica dental.

GENERALIDADESTEMA IACCIDENTES DE ERUPCION DE TERCEROS MOLARES

En su retención ó en el intento de erupción, el tercer molar tanto superior como inferior, proceden una serie de accidentes de diversa patología, de variado aspecto e intensidad. Estos accidentes de erupción tienen lugar en edades muy distintas, en todos los climas, en ambos sexos y en ambos maxilares.

SEXO. Creemos encontrar un ligero predominio del sexo femenino en la producción de esta afección. Los estados fisiológicos femeninos exageraban o despiertan los accidentes.

EDAD. La edad es un factor muy importante en estos procesos, varían entre los 18 y 28 años.

RAZA. Los accidentes que estamos estudiando se producen más en raza blanca que en otras razas, en los cuales por las razones mecánicas que serán consideradas, la "falta de espacio" juegan un papel preponderante.

La raza negra está en general, libre de todos estos procesos, su gran mandíbula permite una cómoda erupción de los terceros molares y aún el cuarto.

PATOLOGIA Y CLINICA DE LOS ACCIDENTES DE LOS TERCEROS MOLARES:

Los accidentes de erupción de terceros molares, se deben a la infección del saco dentario (saco pericoronario).

La infección de este saco (pericoronario) tiene repercusiones locales regionales y a distancia. Para producirse la infección del saco se relacionan dos factores:

1. Aumento de la virulencia microbiana y disminución de las defensas del organismo.
2. El establecimiento de una puerta de entrada, la que está condicionada por dos factores mecánicos; TRAUMATISMOS sobre el "CAPUCHON" que cubre el tercer molar, originados por las cúspides de los dientes antagonistas, ó por la acción conjunta de ambos.

Capdepont (1910) explica la génesis de los accidentes de los terceros molares;

1. La existencia de una cavidad virtual, alrededor de la corona del diente retenido (cavidad del saco pericoronario, cavidad del saco folicular de Capdepont). Esta cavidad pericoronaria tendría un significado diferente que aquel que nosotros admitimos; pero cualquiera que sea su significado anatómico, los hechos clínicos y su interpretación patogénica no sufre modificaciones.

Esta cavidad por numerosas influencias patológicas, puede hacerse real (transformandose en quistes dentígeros) y ser el-

asiento de procesos infecciosos.

2. Los microorganismos bemales: que habitan en la cavidad bucal, por su mecanismo de acción en cavidad cerrada, exacerban su virulencia.

"Es fácil comprender, que cuando los microbios hallan penetrado entre el diente y la pared de la cavidad del saco folicular escaparán a los diversos mecanismos de defensa de la cavidad bucal. Esta disposición anatómica que hace posible retención microbiana nos parece -- ser la condición primordial, causa de los accidentes,-- (Capdepon).

3. La falta de espacio; La falta de espacio ocupa todavía el primer lugar en la producción de los accidentes en los terceros molares retenidos (Reclus); el molar ha de emerger entre dos paredes inextensibles, como la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama del maxilar, a estas razones debe de agregarse la oblicuidad en distintos grados del tercer molar; que resulta de una disposición embriológica del folículo.

CLASIFICACION DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DE LOS TERCEROS MO-

LARES:

Los accidentes originados por los terceros molares son de variedad clínica e intensidades distintas, alcanzan todas las -

gamas y toman los cuadros clínicos; desde el proceso local de -
 escaza importancia, hasta el flemón gangrenoso de la boca.

Los accidentes de los terceros molares pueden clasificar--
 se clínicamente:

- a) Accidentes Mucosos.
- b) Accidentes Celulares.
- c) Accidentes Nerviosos.
- d) Accidentes Oseos.
- e) Accidentes Linfáticos o Ganglionares.
- f) Accidentes Tumoraes.

ACCIDENTES MUCOSOS

Se refiere a las complicaciones que ocurren en las partes-
 blandas que rodean a los molares. La pericoronitis en su primer
 tipo; de éste tipo se derivan distintos y variados accidentes.-
 A nivel del capuchón que cubre a los molares total ó parcialmen-
 te se instala un proceso inflamatorio con sus signos caracterís-
 ticos, dolor, tumor, calor y rubor.

ACCIDENTES NERVIOSOS

En las extracciones del tercer molar retenido la lesión so-
 bre el nervio dentario tiene lugar por el aplastamiento del con-
 ducto del mismo nombre y en el cual ápice que pone en contacto-
 con éste y en la extracción podremos lesionar tanto los nervios

como los demás elementos, y como consecuencia ocasionando algunas veces anestias definitivas prolongadas ó pasajeras según sea la lesión.

ACCIDENTES CELULARES

Aquí quedan comprendidas todas las complicaciones celulares como consecuencia de la inflamación y absceso, que sigue varias vías comprometiendo diferentes regiones anatómicas, provocando diversos grados de lesiones, tal vez algunas lleguen a ser mortales.

ACCIDENTES OSEOS

Son accidentes óseos, los que se convierten en verdaderas osteítis, osteoflemones y osteomielitis, pero generalmente son muy raros y resultan como complicación de una pericoronitis.

ACCIDENTES LINFATICOS O GANGLIONARES

La repercusión ganglionar en el curso de una pericoronitis es un hecho frecuente y común. Podemos decir que todas las infecciones del saco pericoronario se acompaña de un problema ganglionar.

ACCIDENTES TUMOLARES

Los terceros molares retenidos, originan tumores odontogénicos.

Estos tumores son los quistes dentígenos, los cuales pueden infectarse, dando procesos superativos de intensidad variable, complicándose con procesos (Osteitis y Osteomielitis).

TRATAMIENTOS DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DE LOS TERCEROS MOLARES

RES

Los accidentes de erupción de los terceros molares pueden ser tratados por procedimientos médicos y quirúrgicos.

TEMA IIANATOMIA DE LA REGION Y ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Estructura Osea;

MAXILAR SUPERIOR

Consta este hueso de: dos caras, cuatro bordes, cuatro ángulos y una cavidad o seno maxilar. En su cara interna se encuentra una saliente horizontal, llamada apófisis palatina, - la parte superior de ésta forma el piso de las fosas nasales y - la inferior forma gran parte de la bóveda máxilar. El interno - se articula con el borde de la apófisis palatina del maxilar - opuesto. Este borde en su parte anterior en una prolongación -- que al articularse con el lado opuesto, forma la espina nasal - anterior. Por atrás de la espina nasal anterior, se encuentra - un surco que con el del otro maxilar forma el conducto palati - no anterior por el que pasa el nervio esfenopalatino. Por arri - ba de la apófisis palatina se encuentra el orificio del seno -- maxilar, el cual en estado fresco queda disminuído, en virtud - de la interposición de la masas laterales del etmoides, por -- arriba, el cornete inferior por abajo, el unguis por delante -- y la rama vertical del palatino por detrás. Por delante del se - no se encuentra el canal nasal, limitado en su parte anterior - por la apófisis ascendente del maxilar superior, ésta apófisis -

por su cara interna presente las crestas turbiales superiores; la primera se encuentra articulada por el cornete en medio y la segunda por el cornete inferior. En su cara externa presenta la foseta mirtiforme donde se inserta el músculo mirtiforme, posteriormente se encuentra la gibacarina por detrás y por arriba - de ésta se halla una saliente llamada apófisis piramidal.

Esta presenta una base, un vértice que se articula con el hueso malar; trae caras y trae bordes. La cara superior u orbitaria forma parte del piso de órbita y lleva el conducto suborbitario; en la cara anterior se abre el conducto suborbitario; por donde sale el nervio del mismo nombre. Entre este agujero y la giba canina se encuentra la fosa canina. De la pared anterior salen unos conductillos llamados conductos dentarios anteriores. En la cara posterior se encuentran canales y orificios llamados agujeros dentarios posteriores, por donde pasa el nervio dentario posterior y arterias alveolares de los molares.

El borde anterior.- Por arriba se encuentra la espina nasal anterior y una escotadura del lado opuesto forma el orificio anterior de las fosas nasales.

Borde posterior: En su parte baja se articula con la apófisis piramidal del palatino y con el borde anterior de la apófisis pterigoides.

Ahí se encuentra el conducto palatino posterior por donde pasa el nervio palatino anterior. Borde superior: Forma el límite interno de la pared inferior de la orbita. Borde inferior Borde alveolar.

MAXILAR INFERIOR:

Consta de un cuerpo encurvado en forma de herradura y dos ramas. Por la cara externa del cuerpo en la parte media presenta la sínfisis mentoniana y más abajo la eminencia mentoniana. Hacia atrás se encuentra el agujero mentoniano, por donde salen vasos y nervios mentonianos, más atrás, se observa la línea externa donde se inserta el músculo triangular de los labios, cutáneo y cuadrado de la barba. En la cara posterior de la línea media se encuentra la apófisis genia^l superiores que sirven de inserción a los músculos genioglosos y dos inferiores donde se insertan los geniodeo; más atrás nos encontramos con la línea oblicua interna o milohiodea, se inserta al músculo milohiodeo, por encima de esta línea se encuentra la faceta sublingual en donde se alojan las glándulas sublingual, ó sea, aloja la glandula del mismo nombre. Ramas; en la cara interna de la rama, en su parte anterior se insertan el masetero, en la interna se encuentra el orificio superior del conducto denta --

rio, por él se introducen nervios y vasos dentarios inferiores, nos encontramos también con la espina de Spix, sobre la cual se inserta el ligamento eseno maxilar hacia abajo vemos el surco milohiideo, donde se alojan vasos y nervios del mismo nombre.

En el borde superior nos encontramos con la escotadura sigmoidea situada entre las dos salientes; por delante la apófisis coronoides y por detrás el cóndilo en la mandíbula.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

La articulación temporomandibular pertenece a la articulación del tipo diartrosis o movable al género de la bicondílea, la característica esencial que distingue una articulación movable es la presencia de una cavidad articular entre los huesos que se articulan. Las articulaciones movibles se subdividen según el tipo y grado de su movimiento y están determinados por la morfología de las superficies articulares de los huesos y la articulación temporomandibular está formada por una articulación compuesta dividida en un componente superior y otro inferior ó cavidad articular, por un disco fibrocar

tilaginoso ó menisco. El componente inferior tiene esencialmente movimientos de gozne (giramiento) en tanto que el componente superior tiene movimiento de deslizamiento. Las superficies óseas que forman las caras temporomandibulares de las articulaciones superior e inferior, respectivamente son formas complementarias. Cualquier falta de concordancia de estas partes óseas queda compensada por la flexibilidad del disco.

A).- SUPERFICIES ARTICULARES: Por un lado los cóndilos del maxilar inferior, son dos eminencias oboideas del eje mayor dirigido hacia atrás y adentro, y unidos al resto del hueso por una porción estrecha, llamada cuello, este es; rodeado por su parte posterior y con algunas rugosidades en la parte anterior interna, donde se inserta el Pterigoideo externo. Por otro lado, la superficie articular son el cóndilo del temporal y la cavidad glenoidea del mismo. La cavidad glenoidea esta, situada detrás del cóndilo y es una depresión profunda de forma elipsoidal. Se halla limitado interiormente por el cóndilo, posteriormente por la cresta petrosa y la apófisis vaginal. La cavidad glenoidea está dividida en dos partes, por la cisura de glasser, sólo la an

terior se articula y se halla recubierto por tejido fibroso.

B).- MENISCO O DISCO ARTICULAR: La superficie del temporal convexo por delante y cóncavo por detrás, se adapta por medio de un menisco interarticular de forma elíptica y - de eje mayor paralelo al cóndilo, este menisco posee dos caras, dos bordes y dos extremidades.

Su circunferencia se halla unida a la capsula articular en su parte media anterior, se une al tendón del pte rigoideo externo, por arriba y por abajo del disco articular se hallan las membranas sinoviales. El menisco actúa como -- colchón flexible entre los huesos, adapta las superficies variables morfológicas y facilita los movimientos de la articulación.

C).- CAPSULA ARTICULAR: Posee forma de manguito, - tiene dos extremidades, la superior se inserta por delante - de la raíz transversa de la apófisis cigomática, por detrás - del labio anterior de la cisura de glasser, por fuera en el tubérculo cigomático, y en la raíz longitudinal de la apófisis cigomática, y por detrás en la base de la espina del esfenoides.

La extremidad inferior se inserta en el cuello del condilo, -- descendiendo más en su parte posterior que en el anterior. Su superficie interna esta tapizada por la sinovial.

D).- SINOVIAL: Es doble en la mayoría de los casos-- existiendo una suprameniscal y otra inframeniscal. Ambas tapi- zan la capsula correspondiente por su cara interna y termina- por un lado en el lugar de inserción del menisco sobre la --- capsula, y otro lado en el borde del revestimiento fibroso -- de la superficie articular correspondiente.

E).- LIGAMENTOS DE LA ARTICULACION:

Ligamento capsular; rodea a las superficies articula- res del temporal y la mandíbula, manteniendo unido los dos hue- sos, es casi circular en su contorno. Tiene tres lados, lado - anterior va desde el tubérculo cigomático hasta la espina del- esfenoides; el lado posterior va desde la región de la espina- del tuberculo postglenoideo; el lado lateral se extiende desde el tubérculo postglenoideo hasta en el tubérculo cigomático. - Se extiende hacia abajo por adherirse en el cuello del cóndi - lo.

Ligamento Temporomandibular.

Aunque algunos autores consideran los ligamentos cap- sular y temporomandibular como si fuera uno solo, por ser éste último el resultado de un espaciamiento y refuerzo de la cáp -

sula, nombraremos.

LIGAMENTO ESTILOMANDIBULAR.

Es una cinta fibrosa que se extiende desde el vértice de la apófisis estiloides del temporal, hasta el ángulo de la mandíbula. El ligamento separa la parótida de la glándula submaxilar.

Ligamento esfenomandibular:

Tiene su inserción superior en la porción externa de la espina del esfenoides y en la parte más interna del labio anterior de la cisura de glasser, desde donde desciende para terminar en el vértice y en el borde posterior de la espina de Spix. Este ligamento recibe el nombre de ligamento largo de Morris.

LIGAMENTO PTERIGOMANDIBULAR:

Es un puente aponeurótico que se extiende del gancho del ala interna del apófisis pterigoides, hasta el reborde alveolar de la mandíbula.

MUSCULOS MASTICATORIOS:

Temporal.- Inserción el temporal es un músculo que tiene forma de abanico se fija por arriba en la línea curva temporal inferior, en la fosa temporal, en la cara profunda de la-

aponeurosis temporal y mediante un haz accesorio, en la cara interna del arco cigomático. Sus fibras convergen sobre una lamina fibrosa la cual se va estrechando poco a poco hacia abajo y termina por constituir un fuerte tendón que acaba en el vértice, bordes y caras internas de la apófisis coronoides.

Función.- Tiene tres tipos de fibras: Las verticales, horizontales y oblicuas.

Las verticales al contraerse llevan la mandíbula hacia arriba y atrás, el vector resultante de las tres fuerzas, es una fuerza que eleva y retrocede la mandíbula.

Inervación.- De la inervación del temporal se hallan encargados los tres nervios temporales profundos, que son ramos del maxilar inferior.

Irrigación.- Arterias temporales profundas, según la división de la maxila interna.

MASETERO: Inserción.- Posee dos haces uno superficial y otro profundo, se hallan separados por un espacio relleno de tejidos adiposos. El haz superficial se inserta sobre el borde inferior del arco cigomático por numerosas láminas aguzadas hacia el tercio medio de la masa muscular, inferiormente se inserta en el ángulo de la mandíbula. El haz profundo se inserta arriba en el borde y también en la cara interna de la apófisis cigomática, sus fibras se dirigen ha -

cia abajo y adelante, terminando en la cara externa de la rama ascendente de la mandíbula.

FUNCION: El haz interno lleva hacia arriba y adelante la mandíbula, y el haz externo hacia arriba y atrás, el vector resultante permite cerrar de golpe los dientes en cualquier posición desde centrada a protusiva.

INERVACION.- Por su cara profunda penetra en el nervio masetero, el cual es un ramo del maxilar inferior y que atraviesa, por la escotadura sigmoidea.

IRRIGACION.- Arteria maceterina segunda división de la maxilar inferior y que atraviesa, por la escotadura sigmoidea.

IRRIGACION.- Arteria maceterina segunda división de la maxilar interna.

PTERIGOIDEO INTERNO.- Inserción.- Se inserta sobre la cara interna del ala externa de la apófisis pterigoides, en el fondo de la fosa pterigoidea, en parte de la cara externa del ala interna y en la apófisis piramidal del palatino; dirige sus fibras las posiciones internas del ángulo de la mandíbula y de la rama ascendente.

Función.- Cuando se contraen los dos músculos a la vez, elevan la mandíbula y cuando un sólo se contrae da pequeños movimientos de lateralidad.

Inervación.- Por su cara interna se introduce en el músculo del nervio del pterigoideo interno, el cual procede -- del maxilar inferior.

Irrigación.- Arteria apterigoidea, segunda división- de la maxilar interna.

PTERIGOIDEO EXTERNO.-

Se encuentra adherido en dos haces, superior o esfeno- noidal y otro inferior ó pterigoideo.

Inserción.- El haz superior se inserta en la super- ficie cuadrilátera del ala mayor del esfenoideas. El haz infe- rior se fija sobre la cara externa de la apófisis pterigoides. Las fibras de ambos haces convergen hacia afuera, y se inser- tan en la parte interna del cuello del cóndilo en la cápsula - articular y en la porción correspondiente del menisco inter -- articular.

Función.- La contracción simultanea de los dos pte - rigoides externos proyecta la mandíbula hacia adelante (pro -- trucción). Si se contrae aisladamente se produce el movimiento de lateralidad.

Inervación.- Rama pterigoidea externa del maxilar -- inferior.

Irrigación.- Arteria pterigoidea, segunda división - del maxilar externa.

PLANOS SUPERFICIALES.- Son las partes blandas supra aponeuróticas, piel y tejido subcutáneo.

1.- Piel.- En el hombre, cubierta por pelos y en la mujer en menor cantidad; es de fácil deslizamiento sobre su - aponeurosis.

2.- Tejido celular Subcutáneo.- Se extiende por abajo de la piel y en ella se encuentran importantes formaciones anatómicas y es rica en grasas

a) Arteria transversal de la cara. Corre por debajo del arco cigomático y paralela a él a un cm. de distancia, y presenta un recorrido horizontal.

b) Ramas terminales del nervio facial. Nervio temporomaxilar y cervico facial, forman en conjunto un basto abanico que atraviesa la región.

c) Glándula parótida, y en su conducto escretor, este conducto parte del borde anterior de la glándula y se dirige hacia arriba y adentro, atravexando el músculo buccinador- y desemboca a nivel de segundo molar superior.

d) Fasciculos del músculo risorio de santorini (cuando existen) y cutáneo del cuello, porción posterior, se encuentra en la parte inferior del músculo masetero.

e) Arterias faciales y venas faciales.- rodean el -- borde inferior del maxilar, para pasar de la región del cuello a la cara y se encuentran a nivel antero externo del masetero.

VASOS Y NERVIOS.- El sistema vasculonervioso de esta región se clasifica en superficial y profundo.

a) el superficial comprendido por la arteria transversal de la cara, esta cruza al maxilar y se le desprende una rama voluminosa que se llama arteria maceterina inferior. Las venas desenvocan en la vena facial, en la temporal superficial y en la yugular externa. Los linfáticos existentes en esta zona, descienden hasta los ganglios submaxilares. Los nervios -- de esta región, pertenecen a ramas terminales del nervio facial y son el aurículotemporal y de inervación a la zona anteroposterior de la región y el cervicofacial que inerva la porción posterioinferior de esta zona. La región situada frente al ángulo del maxilar está inervada por ramas del plexo cervical superficial.

b) El grupo profundo está constituido por arteria maceterina rama de la maxilar inferior interna y atravieza la acostadura sigmoidea y se pierde en el músculo maceterino, las venas en número de dos siguen en mismo trayecto que la arteria maceterina, pero en sentido inverso y termina en el plexo teroideo. Los nervios básicamente, el nervio maceterino rama del dentario sigue el mismo trayecto que las arterias.

RELACION DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR CON EL TERCER MOLAR INFERIOR:

Este conducto se inicia en la cara inferior de la -

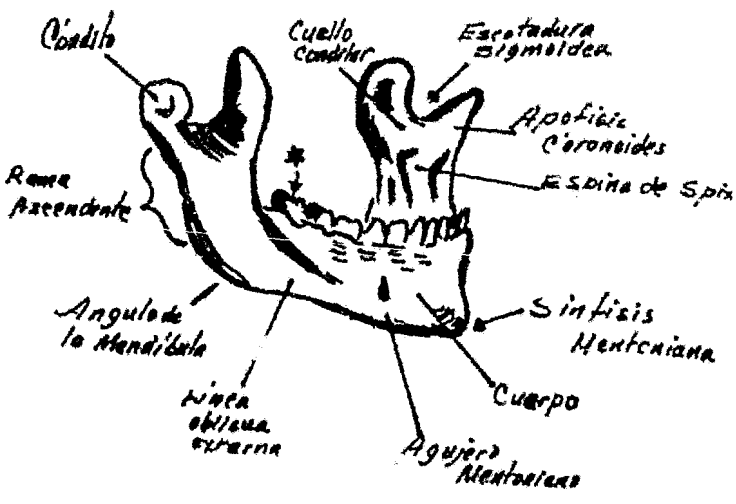
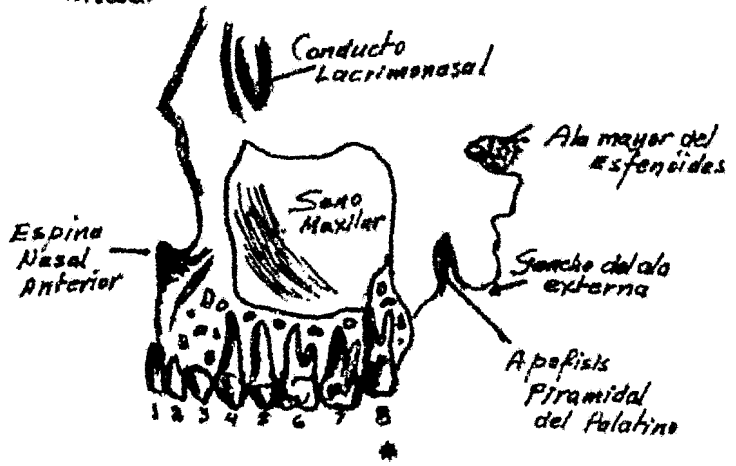
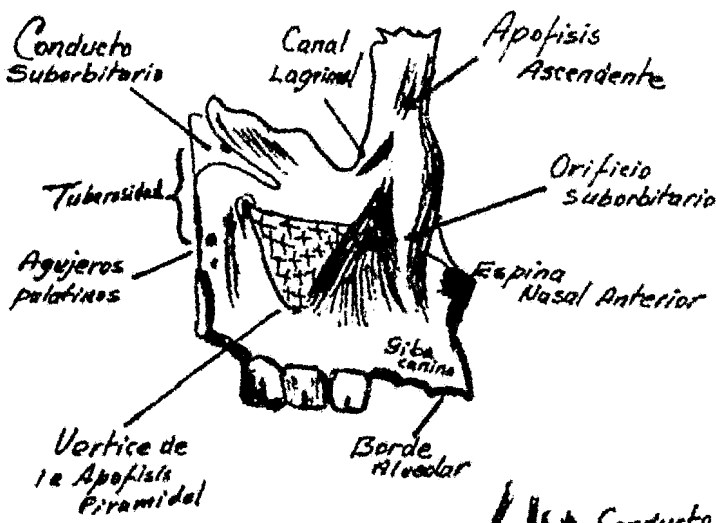
rama ascendente del maxilar inferior a nivel de la laminilla -- ósea, llamada espina de Spix. Presenta dos formas el conducto , en el 60% de los casos es un verdadero túnel, paredes gruesas, -- en las que penetran el nervio dentario y los vasos dentarios -- inferiores y que destacan por su coloración blanca anacarada -- sobre sus paredes vecinas las cuales se adelgazan al irse acercando al agujero mentoneano. En el 40% de los casos, se presenta como un pasaje en el maxilar, debido a la poca individualización.

Este conducto desde su iniciación a nivel del orifi - cio superior, desciende en el interior del hueso dirigiéndose - hacia abajo, adelante y afuerza, desembocado en el orificio --- mentoneano a nivel de premolares.

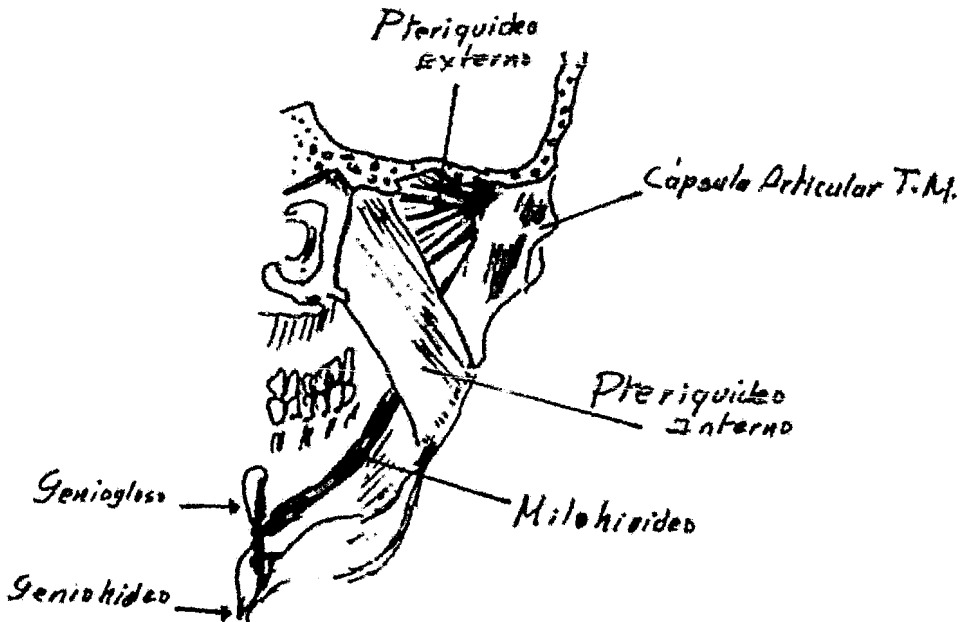
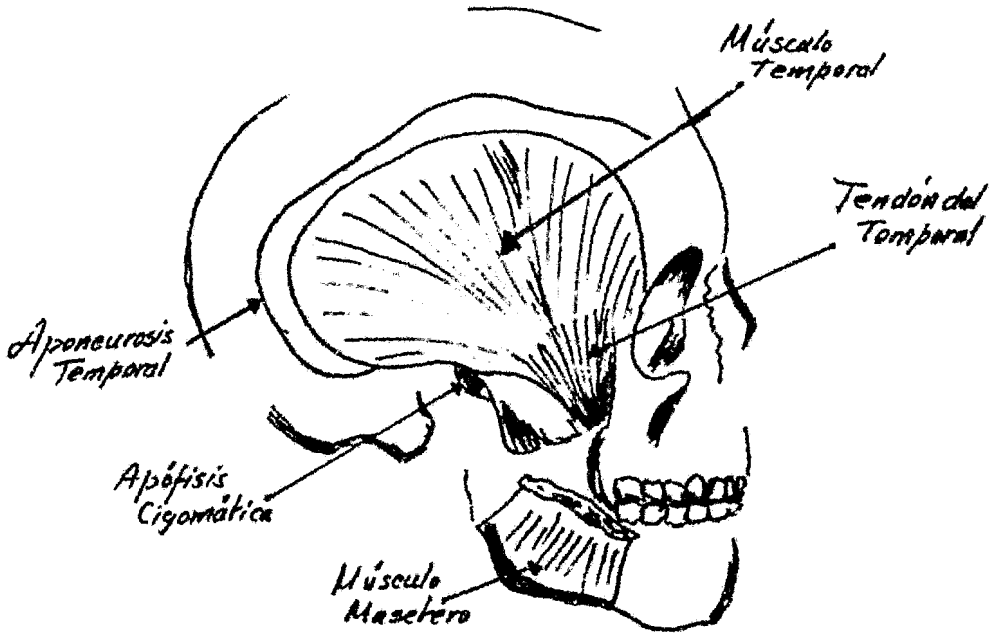
Las relaciones del conducto con el maxilar se han es- tuñado solamente en adultos, presenta un trayecto en el cuer - po del maxilar algunos milímetros abajo de los ápices dentarios. También hay casos en los que el conducto es lateral, lingual o - bucal con respecto de las raíces dentarias; el tercer molar es - el diente que tiene mayores variedades en sus relaciones con el conducto por el hecho de las distintas posiciones que ocupa en - el maxilar.

El conducto describe una curva de concavidad interna, esta curva puede dividirse en dos segmentos, un posterior que -

Huesos



Músculos



se dirige de arriba hacia abajo y de delante hacia atrás y ligeramente de afuera hacia adentro. El otro es anterior, y horizontal en el borde posterior del cuerpo del maxilar y dirigido de adentro hacia afuera y divide dos ramas de desigual calibre, siendo externa y la otra interna antes de llegar al agujero mentoneano. La externa, de mayor calibre y con el nombre de conducto mentoneano se dirige de adentro afuera, de abajo hacia arriba y de adelante hacia atrás y luego de recorrer de 3 a 6 mm. desemboca en el agujero mentoneano. En la rama interna, se dobla el arco el conducto insicivo que sigue la curvatura del maxilar, se dirige hasta cerca de la sínfisis. Según Olivier no existe tal conducto insicivo, sino que el nervio sigue las galerías óseas perdidos en el alveolo y por ese canal individualizado, a veces queda oblicuamente hacia el insicivo central y a veces queda horizontalmente durante un Cm. y se lleva bruscamente hacia dicho diente. A veces da unas ramas periósticas que rodea el hueso y después se eleva hacia el insicivo central. En el cuerpo del maxilar del conducto se haya situado de 8-9 Mm. por arriba del borde inferior. Tiene aspecto circular u oval de 2 a 3 Mm. de diámetro (calibre mayor), en su interior corre el nervio dentario inferior.

La arteria dentaria inferior y a veces satelites rodeadas por una capa celular. A los rayos X, el conducto se ob-

serva como una cortical ósea radiopoca y que contrasta con el tejido óseo y su imagen radiolucida de su proyecto. Variaciones del conducto dentario inferior. Estas variaciones que pueden deber a sus distintas posiciones (Dirección y contenido) y a los procesos que allí se originan. El conducto dentario inferior en los maxilares de transición son aquellos que presentan atrofias en la porción posterior del borde alveolar por la extracción de molares y premolares según Carchio. Puesto que la porción anterior está normal en relación del conducto y la posterior se encuentra separada por unos cuatro Mm. El conducto dentario en el hueso senil. Estas modificaciones se deben a cambios estructurales y la disminución de los diámetros del hueso.

El diploe disminuye por lo cual el conducto está más cerca de bordes y caras. En su porción inicial y $3/4$ de su recorrido se presenta como hueso normal, pero al llegar a nivel mentoneano a sido reemplazado por una rama ósea y en el conducto incisivo a desaparecido.

El borde superior o desaparecido igual que la porción alveolar por lo cual el conducto dentario está más próximo a este borde.

Relación de los dientes con el conducto dentario inferior según Sicher y Tandler hay tres tipos de relación.

a) Es el más frecuente de todos el cual el conducto y los ápices radiculares disminuyen lentamente de adelante hacia atrás hasta llegar al tercer molar al nivel del cuál -- sólo separado por una íntima distancia por lo cuál los ápices del molar sólo están separados del conducto por una pequeña capa de tejido esponjoso.

b) En este tipo están los ápices del molar muy lejos del conducto dentario.

c) En este tipo es aquél en el cual todos los dientes incluyendo el tercer molar están dentro del conducto.

TEMA IIICLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS O RETENIDOSCLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

Los terceros molares ocupan dentro del maxilar superior - como de la mandíbula posiciones diversas y estas, según su colocación del molar pueden ser encuadradas en una clasificación con fines quirúrgicos.

Winter. Creador de una técnica quirúrgica, que se encuentra en sus distintos trabajos y en su obra impacted mandibular third molar (American Mendical Book Company; St. Louis, 1926).

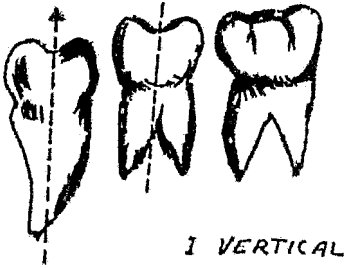
A clasificado los distintos tipos de relación, basándose en cuatro puntos esenciales.

1. Posición de la corona.
2. Forma radical.
3. Naturaleza de la osiestructura que rodea al molar retenido.
4. Posición del tercer molar en relación con el segundo.

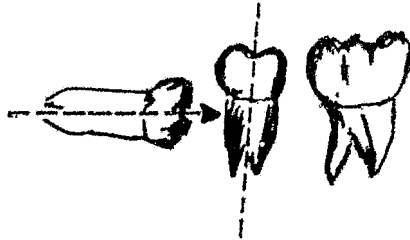
Posición del tercer molar retenido;

a) Retención Vertical. El tercer molar en este tipo de - retención puede estar o parcialmente cubierto por hueso; pero lo característico reside en que su eje mayor es sensiblemente - paralelo al eje mayor del segundo y primer molar.

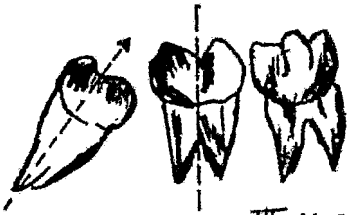
b) Retención Molar Horizontal. En este caso el eje mayor



I VERTICAL



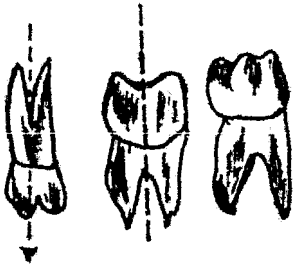
II HORIZONTAL



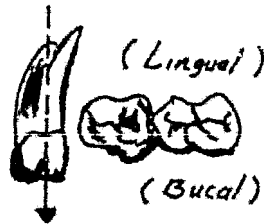
III MESIO-ANGULAR



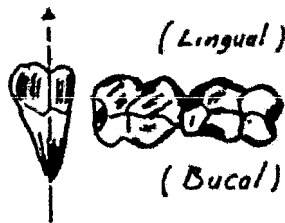
IV DISTO-ANGULAR



V INVERTIDO



VI BUCCO-ANGULAR



VII LINGUO-ANGULAR

del tercer molar sensiblemente perpendicular a los ejes del --- segundo y primer molar.

c) Retención Mesioangular. El eje del tercer molar está -- dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje de este -- diente un ángulo de grado variable alrededor de 45° aproximadamente.

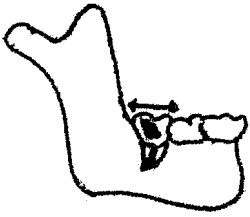
d) Retención Distoangular. Es una forma opuesta a la que -- antecede, el tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la -- rama montante; por lo tanto, la corona ocupa dentro de esta -- rama una posición variable, de acuerdo con el ángulo en que está -- desviado.

e) El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el -- borde inferior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal, es un tipo muy poco común de retención; la denominación tam -- -- bién posición de retención paranormal.

f) Retención Bucoangular. Es este tipo el tercer molar -- ya no ocupa como en los anteriores, el mismo plano que el segun -- do si no que el mayor es perpendicular al plano en que están -- orientados estos dos dientes. La corona del molar retenido está -- dirigido hacia el bucal.

Posición bucoangular.

g) Retención Lingoangular. Como en la posición anterior -- el eje de diente es perpendicular al plano en que ésta orienta -- dos los molares anteriores, pero la corona del retenido está --



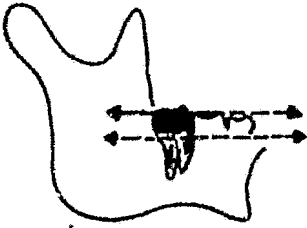
CLASE 1 $\frac{2}{2}$



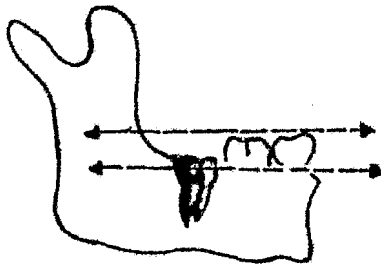
CLASE 2 $\frac{2}{2}$



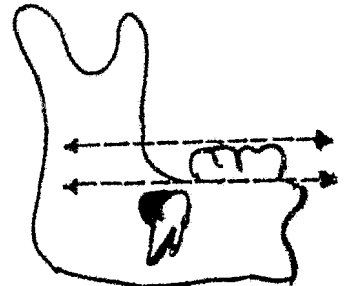
CLASE 3 $\frac{2}{2}$



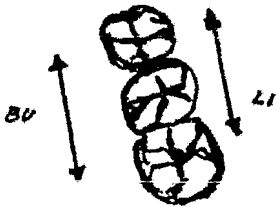
POSICION A



POSICION B



POSICION C



A



B



C

dirigida hacia el lado lingual.

CLASIFICACION EN CUANTO A SU DESVIACION

- a) Normal (Sin desviación). El tercer molar sigue la forma oval de la arcada.
- b) Desviación Bucal. El molar está dirigido hacia afuera del ovalo de la arcada.
- c) Desviación Lingual. La desviación del molar tiene lugar hacia el lado lingual de la arcada.
- d) Desviación Bucolingual. El molar dirigido hacia el lado bucal como en el ejem.
- b). Y en su cara oclusal desviada hacia la lengua como en el ejem: C)

CLASIFICACION EN RELACION CON EL BORDE ANTE

RIOR DE LA RAMA

El tercer molar puede guardar con respecto a la rama montante de maxilar una relación variable, relación que Pell y -- Gregory han clasificado en tres clases, las que están en directa dependencia con el acto quirúrgico.

CLASE Ia. En la primera clase hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama montante y la cara distal de segundo molar, para ubicar con comodidad el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE 2a. En la segunda clase, el espacio que existe entre el borde exterior de la rama del maxilar - y la cara distal del segundo molar que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE 3a. En la tercera clase todo o la mayor parte del molar se encuentra ubicado dentro de la rama.

CLASIFICACION EN RELACION A LA PROFUNDIDAD EN EL HUESO

Posición A: La posición más alta del tercer molar se encuentra al mismo nivel o por encima de la línea oclusal.

Posición B: La posición más alta del tercer molar retenido se encuentra por debajo de la línea oclusa del segundo molar.

Posición C: La parte más alta del diente se encuentra al mismo nivel, ó por la línea cervical del segundo molar.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS SUPERIORES

Los terceros molares superiores quedan retenidos en una proporción mucho menos que los inferiores, presenta un accidente de erupción hacia el lado del carrillo, es decir que presentan buconversión.

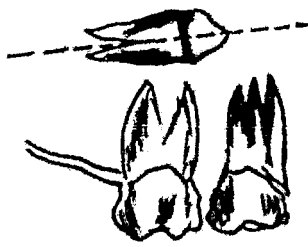
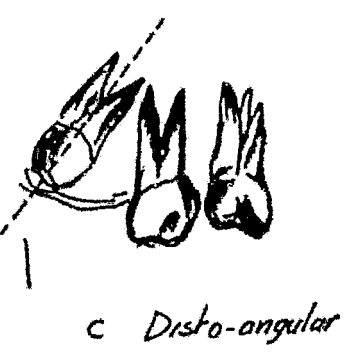
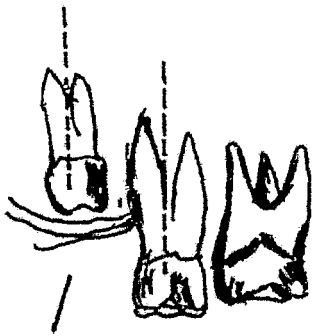
- a) Posición Vertical. El eje mayor del tercer molar se encuentra paralelo al eje del segundo molar. El diente puede estar parcialmente o totalmente cubierto por hueso.
- b) Posición Mesiangular. El eje del molar retenido está dirigido hacia adelante. En esta posición, la raíz del molar esta vecina a la apófisis pterigoides.

Esta posición y el contacto de las cúspides mesiales del molar superior retenido impide su normal erupción; son frecuentes las caries en la cara distal de la raíz o corona del segundo molar superior.

- c) Posición distoangular. El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara trituyente del tercer molar mira hacia la apófisis pterigoides, con el cual puede estar en contacto.
 - d) Posición Horizontal. I. El molar está dirigido hacia el carrillo, con el cual la cara trituyente puede ponerse en contacto dando los accidentes más arriba mencionados.
2. La cara trituyente del molar suele también dirigirse hacia la bóveda palatina.

El molar puede erupcionar en la bóveda.

- e) Posición paranormal. El molar retenido puede ocupar diversas posiciones, que no se encuentran en la clasificación dada.



D Horizontal

E Paranasal

Para realizar una buena intervención quirúrgica, es necesario coordinar estas clasificaciones en el caso de un tercer molar inferior incluído y de esa manera se puede ubicar radiográficamente la posición real en la rama ascendente y las relaciones del diente con el segundo molar y el hueso circunvecinos.

TEMA IVESTADOS O SITUACIONES DE ORDEN GENERAL

EMBARAZO. Se aconseja no practicar radiografías innecesarias - y emplear protectores de plomo sobre el abdomen de - las enfermas, en todos los exámenes radiológicos -- cuando sea necesario una intervención quirúrgica, de preferencia se hace en compañía del ginecólogo y empleando anestesia local. Trataremos de no usar vasos constrictores por hipertensión arterial existente y por el stress emocional, evitaremos el uso de anti-- bióticos como la tetraciclina y el cloranfenicol.

OBESIDAD. En estas personas, existe siempre la posibilidad de que se encuentre en un estado más o menos declarado de una enfermedad cardiovascular o metabólica como - la diabetes.

La inyección intravenosa de barbitúricos o un paciente obeso, representa siempre una acumulación de dificultades en relación con la absorción y distribución -del fármaco.

Sin embargo es aceptable y aconsejable en todos los casos un examen del laboratorio previo realizado por el internista. Tomando en cuenta entre otros puntos- importantes la concentración de glucosa, el tiempo - de sangrado y el tiempo de coagulación.

EDAD. Será la anestesia local la de elección en las personas de edades avanzadas; ya que existen deficiencias vitamínicas, proteicas a consecuencia de que el metabolismo disminuye y por lo consiguiente disminuyen -- las defensas orgánicas y por lo tanto el apetito. De preferencia las intervenciones quirúrgicas se harán -- en compañía del Geriatra, estos pacientes responden -- bien siempre un adecuado trato psicológico.

ESTADOS PATOLOGICOS ESPECIFICADOS DE INTERES EN CIRUGIA ORAL

Angina Pectoral o Angina de Pecho. Es una enfermedad de las arterias coronarias donde hay un estrechamiento en el diámetro de éstas, se presentan con dolor retroexternal en los excesos físicos o emocionales. A menudo el dolor va al brazo izquierdo. Se -- recomienda descanso y el empleo de vasodilatadores coronarios, -- como el trinitrato de nitroglicerina, ninguna excitación, medicación previa barbitúricos de acción rápida, atarácicos administrados una hora antes de la intervención, la anestesia local será -- la de elección.

INFARTO DEL MIOCARDIO. Es una falta prolongada de O_2 que como -- consecuencia dará necrosis del tejido miocardio; se recomienda -- una premedicación, anestesia local y evitar inyecciones intra-- vasculares así como descanso. Suelen estar tomando anticoagulan-- tes, debe saber cuando deben suspender la medicación, por que --

existen un aumento de riesgo de trombosis intravascular, al cesar la administración de estos el tiempo de protombina ideal -- es de 1.5 a 2.5%.

No se aconseja vitamina K; porque provocaría un estado de hipercoagulación de la sangre. Deberán hacerse las intervenciones pasado 6 meses despues de un infarto al miocardio.

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA. Es una falla en el músculo-cardiaco que puede ser una secuela o una angina de pecho. Hay una falla en el bombeo anormal de los ventrículos el cual dará como consecuencia cianosis, vasoconstricción periférica. Se le administrará al paciente el empleo de diuréticos de digital -- (cardiotónico). Se le dará reposo y restricción de sal.

FIEBRE REUMATICA. Es una infección general, no superada provocada por el estreptococo beta hemelítico del grupo A, y la zona de afección es el endocardio de las válvulas. Lesionadas las -- válvulas, las bacterias se implantan en las paredes del endocardio, dando lugar a una endocarditis bacteriana.

La manipulación dental produce un aspecto de bacteremia. -- El grado de bacteremia y de intensidad de la misma es directamente proporcional al grado de la infección oral presente, en -- el momento de realizarse la extracción.

MEDIDAS PROFILACTICAS ADECUADAS. La penicilina es el fármaco -- de elección ya que tiene gran efectividad sobre los microorga -- nismos bucales responsables de la endocarditis bacteriana.

Penicilina G ó B 400 000 U. Cada 4 horas, dos días antes-
de la intervención y dos después de la intervención.

Pecinilina cristalizada G 500 000 U. I. intramuscular.

Cada seis horas antes de la intervención y cada 6 horas -
dos días consecutivos en caso de presentar alergia a la penicilina se recomienda Eritromicina de 250 mg./6 horas.

BLOQUEO CARDIACO. Cuando las ondas de excitación cardiaca, se-
ven retardadas o interrumpidas en su punto del camino, sobre -
el cuál son normalmente conducidas existen diferentes tipos --
de bloqueo cardiacos; se distinguen por sus características --
electrocardiográficas. Se recomienda: Atropina antes de la in-
tervención en el bloqueo cardiaco de origen vagal. En otros --
casos contraindicada perjudicial, porque produce taquicardia.-
Los enfermos con bloqueo cardiaco completo, no deben ser inter-
venidos sin la ayuda de un monitor cardiaco y de todos los ing-
trumentos necesarios para la resusitación cardiaca.

ENFERMEDADES BRONCO-PULMONARES

Asma Bronquial. Son cambios de calibre de los bronquios-
en breves períodos de tiempo. El acceso emocional en los pa --
cientes que padece asma, pueden ocasionar un ataque asmático -
al ver la jeringa etc.

Tipo Alérgico. Causas: polvo, ciertas levaduras, frío, po-
len del césped, caspa animal o humana, smog, virus, mariscos,-

stress emocional, ejercicios físicos (esfuerzo).

El tratamiento es "paliativo" a base de nebulizantes. Dosis de Isiproterenol con adrenalina, 0.1 mg y 0.1 ml. respectivamente.

Se aplica por vía cutánea en proporción de uno por mil.

BRONQUITIS CRONICA Y ENFISEMA PULMONAR

Es una reacción inflamatoria de los bronquios y bronquiolos por lo tanto, no hay intercambio de CO_2 y O_2 .

Hay tos diurna, espectoración y disnea de esfuerzo. El paciente deberá abstenerse del cigarro principalmente y de bebidas alcohólicas, se le administrará tetraciclina y Ampicilina-2 grs. diarios repartidos en 4 dosis de 7 a 10 días.

ENFERMEDADES DEL HIGADO

Cirrosis Avanzada. Es un fallo en la producción de la protombina o cualquier otro factor plasmático. Las enfermedades que producen enfermedades y alteraciones en la médula ósea y en el vaso una disminución o desaparición de los megacariocitos, los cuales son precursores de las plaquetas, indispensables para la hemostasia.

La Emostasia empieza por la adhesión de las plaquetas a los vasos dañados a las células endoteliales y las fibras colágenas que queda expuestas al tejido conectivo adyacente.

Las plaquetas son importantes para la conversión de la -

protombina en prombina y en la aceleración de la conversión de fibrinógeno en fibrina. Así mismo poseen un factor de retracción del coagulo o retracción.

ENFERMEDADES METABOLICAS

Diabetes. Es una enfermedad hereditaria adquirida, en la que existe una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono, secundaria a una deficiencia absoluta ó relativa de insulina.

Es necesario preguntar, que cantidad de agentes hipoglucémicos ha estado tomando en enfermo, para tratar de mantener los niveles sanguíneos de glucosa, la anestesia general debe administrarse, sólo bajo vigilancia hospitalaria, se debe evitar las inyecciones intramusculares, y recetar antibióticos necesarios.

HIPERPARATIROIDISMO. Se descubre generalmente por un problema de tumoración en cualquiera de las cuatro de las glándulas tiroideas, el 80% es por un adenoma el 10% hiperplasia, 5% en adenocarcinoma.

Clínicamente. Se observan lesiones granulomatosas de las encías osteítis fibroquísticas generalizadas.

En estos pacientes hay un aumento de ca. disminución de P- y aumento de fosfatasa alcalina.

Siendo el valor normal de Ca⁹-II mg por %

P 3-4 mg por %

Fosfatasa alcalina .8 a 2 unidades Bosansky.

Enfermedades gastrointestinales.

Úlcera Péptica.

Es una pérdida de tejido que abarca la mucosa, submucosa y capa muscular se desarrolla en zonas expuestas a la acción del jugo gástrico (estómago).

El ácido clorhídrico actúa efectuando la mucosa, se considera que existe una fase neurogénica (nervio vago) al inicio de la enfermedad y tensión emocional constante siendo el otro factor.

ALTERACIONES HEMATICAS

La médula ósea, el tejido linfoide, el hígado son órganos hematopoyéticos. Cuando se altera algunos de estos factores se altera cualquier parte del organismo dando como consecuencia una descomposición en el metabolismo, Ejem: anemia, Leucemia, Policitemia, Agranulocitosis, y hemofilia.

ANEMIA. Es una alteración de los glóbulos rojos, disminución en los valores normales. Valor normal de glóbulos rojos en hombres.

De 5 a 6 millones por mm^3 .

En mujeres de 4 a 5 millones por mm^3 .

El paciente tiene palidez de la cara y la piel, debilidad general, fatiga fácil, somnolencia, vértigo, fácilmente caen -

en lipotimia cefalea, sensibilidad al frío, palpitación, sangrado fácil por lo tanto, hay una baja en las defensas del organismo.

Policitemia. Es un aumento de los valores normales de los hematies o sea tienen de 7 a 10 millones de glóbulos rojos por Mm^3 es un sangrado excesivo (hemorragias).

LEUCEMIA. Es un neoplasma maligno que involucra a las células blancas a leucocitos y cuyas características son:

- a). Proliferación anormal de leucocitos y sus precursores inmaduros.
- b). Inhibición de la médula ósea que ocasiona anemia, -- Trombocitopenia y agrandamiento de otras estructuras-- como son: Hígado, bazo, y ganglios linfáticos.

La leucemia se puede presentar en forma aguda o crónica.

FORMA AGUDA.

- a). Manifestaciones Purpúricas indicadas por, tendencia al sangrado con facilidad, manchas hemorrágicas y --- equimosis.
- b). Agrandamiento Gingival: De consistencia blanda, color rojo intenso y fácilmente sangrante.
- c). En ocasiones, ulceraciones y necrosis de encía, acompañada de escalofríos fiebre y malestar general.

FORMA CRONICA

Aparecen los mismos síntomas en menor grado; con agranda -

miento y dolor de encías.

Durante la fase aguda, las extracciones deben posponerse, pues es muy fácil desencadenar una hemorragia post operatoria.

Para poder practicar una extracción, se debe esperar a -- terminar el tratamiento de la enfermedad y ordenar un recuento leucocitario, si éste se acerca a las cifras normales, no existe tanto peligro de provocar una hemorragia o necrosis. -- En este tipo de pacientes, es conveniente recomendar una buena higiene bucal y además el uso de enjuagatorios; si éstos son del tipo de Antiséptico, mejor. Claro está que la buena higiene bucal se le debe recomendar a cualquier tipo de paciente.

HEMOFILIA. Es una enfermedad hemorrágica de origen genético. Hay 3 tipos de hemofilias en la actualidad.

Hemofilia A. Se caracteriza por la deficiencia de la globulina antihemofilica (o factor VIII).

Hemofilia B. Conocida también como enfermedad de Christmas o factor IX o es la ausencia del componente tromboplastina plasmática.

Hemofilia C. Es la ausencia de los predecesores tromboplastina plasmática o factor XI.

En los tipos hay hemorragias intensas y solamente se presentan en hijos varones (mujeres con defectos cromosómicos). - En el tercer tipo de hemofilia no es de orden genético ni afecta al sexo se da en ambos sexos. El paciente sangra en menor -

cantidad, es más fácil de controlar.

En general estos pacientes evitarán deportes y deberán -- guardar reposo. Las operaciones en estos pacientes se deberán -- de hacer a nivel hospitalario.

TEMA VINSTRUMENTAL

- A) Instrumentos para la sección de los tejidos blandos.
- B) Instrumentos para la sección de tejidos duros.
- C) Material de sutura.

INSTRUMENTOS PARA LA SECCION DE TEJIDOS BLANDOS

1. BISTURI. Se usa generalmente de hoja corta, consta de un mango y hojas intercambiables, las cuales se eligen según la clase de operación a realizar. En nuestra práctica preferimos el tipo de bisturí (Bard - Parker) con la hoja # 15 -- recta y # 12.

2. TIJERAS CURVAS: Las tijeras curvas de sección de tejidos, necesarios para cualquier intervención.

3. PINZAS DE DISECCION: Para ayudarse en la preparación de los colgajos y en otras maniobras, el cirujano puede valerse de las pinzas de disección dentadas, con las cuales se toman la fibromucosa sin lesionarlas, con las pinzas de dientes de ratón con tres pequeños dientes que se engranan y permiten sostener el colgajo. Para tal fin es también útil la pinza de Kocher o la pinza atraumática de chaput que permite tomar la fibromucosa bucal, siempre delicada sin lastimarla ni desgarrarla.

4. LEGRAS, PERIOTOTOMOS ESPATULAS ROMAS: El desprendi-

miento y separación de las fibromucosas primariamente iniciada con el bisturí, con el objeto de preparar lo que se denomina colgajo, también pueden emplearse las pequeñas legras las que se insunuarán entre los labios de la herida, el mucoperioto y el hueso, apartando aquel elemento hasta donde fuera necesario. Este cometido puede cumplirse con los periototomos de mead.

5. SEPARADORES O RETRACTORES DE TEJIDOS: Se utilizan para tener apartados la mucosa como la comisura labial, con el propósito de que la comisura como la mucosa, no sean traumatizados, para tal fin se pueden emplear los separadores del faragbeut.

INSTRUMENTOS PARA LA SEPARACION DE TEJIDOS DUROS

1. Escoplos y martillos. Se usan para reseca el hueso que cubre el objeto de la intervención, la tabla en las extracciones de terceros molares retenidos, el hueso que protege a los huesos retenidos y en general la tabla ósea vestibular, para eliminar los quistes de distintos tipos que se desarrollan en los maxilares.

2. GUBIAS ALVEOLOTOMO: Sirven para realizar la resección del hueso (osteotomía) que actúan estrayendo el hueso por mordiscos sobre este tejido.

3. FRESAS: Sirven para la osteotomía y a la vez abrir camino a otros instrumentos, pueden usarse las fresas comunes-

empleadas, redondas del número 5 al 8, o de fisura # 558, 559, 560. Las fresas se colocan en la pieza de mano o en el contra-angulo segun las necesidades.

LIMAS PARA HUESO: (Escofina) se utilizan para la regularización de maxilares, destinados a llevar aparatos de prótesis o eliminar puntas óseas, se usan las limas para hueso.

5. PINZAS DE CURACION: Sirven para limpiar el campo operatorio de la sangre que emana de los vasos.

6. PINZAS DE KOCHER: Sirven para realizar las hemostasis, comprimiendo una arteria o una vena que ha sido seccionada. También como sostenedoras de colgajos y tomar bolsas quísticas o tejidos patológicos, en tal caso puede actuar como hemostáticas.

7. CUCHARILLAS PARA HUESO: Sirven para eliminar los procesos patológicos, granulomas, quistes, etc., deben eliminarse del interior de las cavidades óseas con cucharillas para hueso (curetas).

8. FORCEPS: Para extracciones dentarias; son los instrumentos indicados para las exodoncias, presentan diferentes formas y bocados, según el diente por extraer.

9. BOTADORES: En la actualidad, el empleo de los botadores o elevadores es fundamental para lograr el éxito en la exodoncia. Se emplean para prevenir fracturas innecesarias del diente por extraer, así como para extraer restos radiculares.

Existen diferentes tipos de botadores los cuales son: Rectos y de bandera.

10. AGUJAS PARA SUTURA: Existen curvas y rectas, también traumáticas y atraumáticas.

11. PORTA AGUJAS: Es un instrumento que toma la aguja - en el sentido de su superficie plana y la guía en el movimiento.

12. MATERIAL PARA SUTURA: En cirugía bucal, se usa como material de sutura el Catgut, la seda, el lino crin y el nylon.

CATGUT: Es una materia reabsorbible que se obtiene del intestino de oveja formando por sustancias proteínicas, fácilmente dirigibles por los elementos proteolíticos de los tejidos; se emplean para ligaduras de vasos seccionados (y material de sutura). Existen varios números.

LINO: El lino tiene la ventaja de su fácil hallazgo sobre la mucosa después de 3 o 4 días después de la operación.

NYLON: Se puede realizar con varios tamaños y distintos diámetros.

TEMA VIPREOPERATORIO

Se define como la operación del estado de salud de una persona en vísperas de, una intervención, con el fin de establecer si ésta puede ser realizada y en el caso contrario adoptar las medidas conducentes a cabo.

Estas medidas preoperatorias, pueden clasificarse en generales que son las que se refieren al organismo total y las locales que son las que se realizan en el campo operatorio, antes - de nuestra intervención.

a) Medidas Generales:

1. Historia Clínica: Es el instrumento diagnóstico, más -- útil para el cirujano oral. Deben hacerse las preguntas en forma clara, precisas, sencillas y concretas; para evitar la ten--dencia del paciente por ocultar sus enfermedades insistiendo en la importancia que tiene para las técnicas de cirugía y anestesia general, que no deben olvidarse.

1a. Se encuentra el enfermo actualmente, bajo el cuidado - de un médico o lo a estado?.

2a. Toma actualmente algún fármaco o lo a tomado con ante--rioridad?.

3a. Ha padecido alguna enfermedad grave o alguna interven--ción?.

4a. Ha sufrido alguna vez, reacciones desagradable con -- los medicamentos que se le han administrado?.

5a. Conserva algún mal recuerdo de intervenciones quirúrgicas anteriores?.

6a. Ha padecido recientemente algún proceso hemorrágico - de importancia particularmente durante la intervención?.

Una respuesta afirmativa a cualquiera de estas preguntas, dará lugar a preguntas más específicas, dirigidas a esclarecer el problema y algunas a consultar con el internista Ejem: Para la historia clínica se piden los siguientes datos:

Nombre: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Z. P. _____ Tel: _____

Sexo: _____ Estado Civil: _____

Ocupación: _____

Nacionalidad: _____ Fecha: _____

FICHA DE EXPLORACION:

EXPLORACION FISICA

Peso: _____ Estatura: _____

Pulso: _____ Constitución: _____

Color de Ojos: _____ Color de Piel: _____

Manchas o pigmentación: _____

Movimientos: _____ Reflejos: _____

Reacciones: _____ Respiración: _____

Signos de estado emocional: Nervioso

Ansiedad: _____ tranquilidad _____

MOTIVO DE LA CONSULTA:

Padecimiento Actual (naturaleza): _____

Fecha de Iniciación: _____ Duración: _____

Evolución: _____ Localización de las lesiones: _____

Sintomatología: _____

Naturaleza: _____ Aparición: _____

Duración: _____ Otros: _____

ESTUDIO DE CABEZA CARA Y CUELLO

Perfil: _____ Muecas faciales: _____

Asimetría: _____ Deformaciones: _____

Lesiones cutáneas: _____ Cicatrices: _____

Forma de cara: _____ Frente: _____

Hipertrofias: _____ Parestesias: _____

ESTUDIOS DE LOS LABIOS:

Forma: _____ Contorno: _____

Color: _____ Fisuras: _____

Philtrum: corto; _____ Alto: _____

Tubérculo del labio superior: _____ Pequeño: _____

Grande: _____ Induración: _____

Cicatrices: _____ Intervenciones: _____

Estudio de la lengua:

Microglosia: _____ Microglisia: _____

Forma: _____ Color: _____

Consistencia: _____ Movimientos Funcionales: _____

Induraciones: _____ Contorno: _____

Ulceras: _____ Papilas: _____

Fisuras: _____ Mucosa: _____

Vascularizaciones: _____ Otros: _____

Estudio del piso de la boca:

Mucosa: _____ Frenillo Lingual: _____

Ostium Umbilicale (orificio de desembocadura del conducto de --
wartón).

Conductos Escretorios de la Glándula Sublingual.

Ulceraciones: _____ Flemones: _____

Tumores (ránula) _____

Sialolitos: _____ Otros: _____

CONTORNOS DE LOS PROCESOS:

Retentivo: _____ Alto: _____ Corto: _____

Ancho: _____ Angosto: _____

RELACION DE PROCESOS:

Ortognático: _____ Prognático: _____ Prognatico

FORMA DEL ARCO:

Cuadrado: _____ Triangulo _____ Ovoides: _____

ESTUDIO DE LA REGION GINGIVAL:

Color: _____ Forma: _____

Consistencia: _____ Lesiones: _____

Bolsas Parodontales: _____ Profundidad: _____

Supuración: _____ Gingivitis: _____

Hemorragia: _____ Pigmentación: _____

Otros: _____.

ESTUDIO DE LA MUCOSA BUCAL.:

Color: _____ Forma: _____

Consistencia: _____ Lesiones: _____

FISTULAS: _____ Ulceraciones: _____

Induraciones: _____ Tumores: _____

Orificios de la salida del conducto de Stenon: _____

Sialotitos: _____ Otros: _____

ESTUDIO DEL PALADAR:

Bóveda palatina: Color _____ Consistencia: _____

Rafe Medio Palatino: _____ Crestas Rugosas: _____

Profundidad: _____ Lesiones: _____

Velo del Paladar: Color: _____ Mucosa (Lisay Uniforme) _____

Orificios Glandulares (Accesorios sujetas a provocar tumores - mixtos.

Pilares Anteriores: _____ Uvula (única o bífida) _____

Itsmos de las fauces: _____ Posteriores: _____

Otros: _____ Amigables: _____

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES (Padres e Hijos etc)

Sífilis: _____ Tuberculosis: _____

Neoplasias: _____ Diabetes: _____

Obesidad: _____ Cardiopatías: _____

Gota: _____ Hipertensión: _____

Hemofilía: _____ Alergia: _____

Nefropatías: _____ Artritis: _____

Cáncer: _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Higiene General: _____ Habitación: _____

Alimentación: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Deporte: _____ Costumbres y Hábitos: _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Fiebres Eruptivas: _____ Tuberculosis: _____

Paludismo: _____ Reumatismo: _____

Parasitosis: _____ Infecciones: _____

Diabetes: _____ Ictericia: _____

Crisis Convulsiva: _____ Neurológicas: _____

Psiquiátricos: _____ Alergia: _____

Sífilis: _____ Otras Enfermedades Venereas: _____

Flebitis: _____ Infarto al Miocardio: _____

Accidentes Vasculares: _____ Cerebrales: _____

Amigdalitis: _____ Angina de Pecho: _____

Úlcera Péptica: _____ Otitis: _____

Otros: _____

ACCIDENTES DE TRATAMIENTOS MEDICOS:

Alergia a la Penicilina: _____ Psicoestimulantes: _____

Uso Previo de Corticoides: _____ Antiácido: _____

Atarácicos: _____ Antireumático: _____

Laxantes: _____ Otros: _____

APARATOS Y SISTEMAS:

1. Corazón. ¿A tenido Usted?
 - a) Angina de Pecho.
 - b) Ataques Cardiacos.
 - c) Palpitaciones.
 - d) Dificultad de respirar -
al estar acostado.
 - e) Hinchazón de tobillos.
 - g) Falta de aire al subir -
escaleras.
 - h) Toma alguna medicina para su corazón: Nitroglicerina, diuréticos, digitale quinidina, diuril etc.
2. ENFERMEDADES PULMONARES: ¿Ha tenido Usted?.
 - a) Tos persistente durante varias semanas.
 - b) Tos con esputo durante varias semanas.
 - c) Asma (fatiga)
 - d) Bronquitis crónica.
 - e) Enfisemia.
 - f) Falta de aire con ejercicios ligeros.
 - g) Toma alguna medicina para sus pulmones.
3. ENFERMEDADES METABOLICAS: ¿Ha tenido Usted?
 - a) Diabetes.
 - b) Glucosa Alta en sangre.
 - c) Ha tomado insulina, cortizona.
4. ENFERMEDADES VASCULARES: ¿Ha tenido Usted?
 - a) Algún ataque
 - b) Presión Alta.
 - c) Hemorragias Cerebrales
 - d) Dolores de cabeza fuerte.
 - e) Calambres en pierna o an
dando.
 - f) Toma algún fármaco para-
la presión.

5. ENFERMEDADES AGUDAS:

Tiene Resfriado? Tos, Dolor de garganta, nariz obstruccionada?

Fiebre. Diarrea.

Esta tomando alguna medicina?.

6. EMBARAZO:

Le ha dado consentimiento su ginecólogo para el empleo - de anestésicos?. Si está embarazada. Tiene toxemia? Presión sanguínea Alta? Hinchazón de tobillo? Molestia de riñón?

7. ALERGIA:

Es sensible a alguna medicina?

Ejem. Penicilina, Ampicilina, Tetraciclina, Cloranfenicol- etc.

8. EXPERIENCIAS ANESTESICAS PREVIAS:

Ha recibido un anestésico?

Para que operación? Tuvo alguna molestia?

Ha tenido alguna otra enfermedad? Toma algunas otras medicinas?.

EXAMEN DE SANGRE:

Comienza por su extracción de una vena o de un dedo del - paciente en ayunas y comprende las determinaciones que se citan a continuación:

Hemoglobina: Valor normal es de 100% que en el sujeto - -

anémico, baja hasta el 80%.

GLOBULOS ROJOS: 4,000.00 por mm^3 .

GLOBULOS BLANCOS: 6000 a 8000 por mm^3 .

Forma Leucositaria: Neutrófilos 60 a 70%.

Bosofilos: 0.5%.

Eosinofilos: 1 a 3%.

Linfocitos 25 a 33%.

Monositos 2 a 6%.

Los globulos blancos aumentan en los procesos infecciosos y anormalmente en las leucemias.

Plaquetas: 130,000 a 350,000 por mm^3 . El decrecimiento - de los mismos, causa una disminución de la coagulación sanguínea trombocitopenia.

Tiempo de hemorragias: Se mide haciendo una pequeña herida en el lóbulo de la oreja por lo general cesa en dos o tres minutos.

Tiempo de coagulación: Es necesario para que la sangre se coagule en una probeta, limpia bajo una temperatura constante. El valor normal es de 8 a 10 minutos.

Velocidad de sedimentación: Cifras normal es de 3 a 9 - - mtos. en hombre y en la mujer de 7 a 12 minutos.

Hematocrito: 40%

Bioquímica de la sangre: Glucemia (Dosificación en la azú

car en la sangre) normal de 70-110/100 cm³ valores superiores indican diabetes.

Azoemia: (Dosificación del nitrógeno no proteico, es decir úrico en su mayor parte) normal, 23 a 38 mg/100 cm³, por el método del hipobromito; aumenta en las insuficiencias renales.

Bilirubinemia Bilirrubina Total: 0.5 mg/100 cm³ dividida en directa o indirecta aumenta en obstrucciones biliares, hipertiricia extasis e ictericia hemolítica.

Colesterinemia Normal: 150-250 mg/100 cm³ existen alteraciones en trastornos tiroideos, enfermedades renales, hepáticas y en artereosclerosis.

Calcemia: 9 a 10 mg/100 cm³ aumenta en el hiperparatiroidismo y disminuye en el raquitismo.

Sedomina Normal: 300-350 mg/100 cm³.

Potacemia Normal: 16 a 22 mg/100 cm³.

Cloruros: Dosis normal 570 a 620 mg/100 cm³.

Reserva alcalina normal: 45 a 70 mg/100 cm³. (Los electrolitos sodios, potasio, cloro etc.) y la reserva alcalina, tiene enorme importancia en los desequilibrios, producidos por enfermedades graves como shock, quemaduras, lesiones traumáticas, envenamiento como las diferentes causas, como estados de alcalosis y acidosis frecuentes en los trastornos respiratorios de los nacidos y en la alimentación de lactantes.

Cuadro protéico (proteinograma).

Albumina: 55%.

Total de proteínas: 7 grs/100 cm².

Globulina: 45% X₂ 4%.

B₂ 14%.

Y 18%.

Fibrinógeno: 0.25% a 0.5 mg/100 cm³.

Hay disminución de proteínas en caso de necrosis, cirrosis mala nutrición y aumento de globulina y, en la artritis reumatoide y en muchas hepatopatías, neoplasia y enfermedades infecciosas.

Fosfatasa: Se divide en ácidas y alcalinas.

Fosfatasa Acida Normal: 0.1-1 JB/100 cm³.

Fosfatasa Alcalina Normal: 1.5 a UB/100 cm³ unidad bodansky; éstas aumentan en ictericia obstructiva y tumores en el raquitismo y enfermedades osteodistróficas.

Transaminasa: La actividad de esta enzima, aumentan en el curso de la hepatitis cantidad normal de 5 a 35 u internacionales.

EXAMEN DE ORINA:

Cantidad 1.200-1.800 cm³ por 24 horas.

Oliguria: Disminución de la cantidad de orina secretada -- por pérdida de líquido, enfermedades renales o insuficiencia -- cardiovasculares.

Poliuria: Aumento de cantidad de orina, reducido por diabetes, ingestión de sustancias diuréticas, etc.

Peso específico: Valor relativo, 1.012-025 (proporción inversa a la orina secretada). La reacción generalmente ácida; - el aspecto suele ser limpio, a veces en trazas de moco.

Color: Amarillo palido casi siempre tiende al amarillo rojizo si está concentrada y hacia el rojo obscuro si tiene urubulina, así mismo la ingestión de determinados medicamentos -- puede modificar la coloración.

Olor: Amoniacal, varía según la alimentación.

La presencia en la orina de sustancias es un dato completamente importante en el diagnóstico de muchas enfermedades; - La albúmina denuncia enfermedades renales o embarazos con infección renal; la glucosa detecta diabetes mellitus y la acetona está presente en la acetonemia infantil, y la diabetes grave.

Por otra parte, el examen microscópico del sedimento urinario tiene mucha importancia en el diagnóstico; aumento anormal de células epiteliales o de leucositos (pus) indica inflamación de vías urinarias (uretritis, cistitis, cistopielitis, etc.).

La presencia de glóbulos rojos corresponde a hemorragias (hematuria) y la de cilindro que son gregarios de células o de

otras sustancias, es siempre patológicas y patognomónica de enfermedades renales (nefritis, nefrosis).

La orina se emplea en el diagnóstico de embarazo, para ello se inyecta una pequeña cantidad de orina de la presunta mujer embarazada o a una rata (reacción Aschheim-zondek) o a una coneja, (reacción friedeman). Las pruebas son positivas si existe embarazo en los animales se produce cambios gonadales.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Estudio de la radiografía intraoral:

a) Posición del Tercer molar Superior: El punto uno estudia la posición del tercer molar y unos permiten clasificarlo. Cuando el tercer molar presenta una cara vestibular, verticalmente dirigida, aunque el molar se encuentre en posición mesio o disto angular, su imagen radiográfica es aproximadamente normal. En cambio en su desviación hacia bucal o lingual el molar aparece acortada en la radiografía, y en ciertos casos su parte radicular, por su superposición de planos, no es visible.

b) Posición del segundo molar superior:

El segundo molar puede estar desviado hacia distal. Deben ser considerados, además de la posición del molar, la posición y estado de la corona. (integridad, caries, obstrucción)

nes, pieza de prótesis) y la posición y forma de las raíces.

c) El hueso que cubre la cara triturante: El estado, la cantidad y disposición del hueso que cubre la cara triturante de 1 molar retenido deben ser prolijamente estudiado en la radiografía.

La existencia o ausencia de saco pericoronario deben ser consideradas todas estas condiciones del hueso, indican la técnica a seguirse y el grado de osteotomía necesaria.

d) Tabique Mesial: El tabique mesial (su forma y dimensión), está dado por la posición del molar, en la posición vertical, estando en contacto el tercero y segundo este espacio es nulo o mínimo. En la posición distoangular este espacio tiene una forma triangular, base inferior, en este espacio mesial deben aplicarse el botador para extraer el molar retenido.

e) El hueso distal: También la cantidad de hueso en la región distal puede ser variable, en algunas ocasiones la cara triturante del molar puede estar en contacto con la apófisis pterigoides.

f) La corona del tercer molar: Forma y estado de la corona. La corona puede ser más pequeña o mas grande que la normal, la forma puede también apartarse de la normalidad. La corona en algunas ocasiones está disminuída en su resistencia por caries de grado variable. Aún en retención intraósea total, la corona puede estar profundamente cariada.

g) Las raíces del Tercer Molar: Generalmente están funcio-
nadas en una masa única. Pueden presentarse separadas y dirigi-
das en distintas direcciones; pueden no estar aún clasificadas.

h) Vecindad con el Seno Maxilar: El tercer molar en cier-
tos pacientes está muy vecino al seno y en algunos casos sus --
raíces llegan a hacer hernia en el piso sinusal. La extracción -
del tercer molar puede ocasionar en tales circunstancias, una -
comunicación patológica con el seno maxilar, o el molar puede -
ser proyectado en esta cavidad.

i) Vecindad con la Apófisis Pterigoides: El molar puede -
estar en íntimo contacto con la apófisis pterigoides. Existe --
el peligro de fracturas en los esfuerzos operatorios. La tube--
rosidad del maxilar es susceptible de correr igual suerte y ser
arrancada en el curso de una extracción, aún la de un molar nor-
malmente erupcionado.

j) Acceso a la Cara Mesial: Sobre la cara mesial se apli-
can el botador que luxará el molar. La radiografía debe indicar
la facilidad de acceso a esta cara, o fijar la necesidad de una
osteotomía del tabique mesial para permitir la colocación del -
instrumento.

RADIOGRAFIAS DE TERCEROS MOLARES INFERIORES

1. El primer detalle de interés se refiere a su posición-
en el hueso; su relación con los molares vecinos; forma corona-

ria y radicular y su estructura.

a) Posición y desviación del tercer molar inferior: La radiografía nos da la posición o sea el eje de l molar, con relación al segundo molar esto podemos clasificar la clase de retención de que se trate.

b) Posición del segundo molar: De este punto se deben de estudiar su solidez estado y posición, debido a que la cara distal es un punto útil en la aplicación de la fuerza.

c) Relación del tercer molar retenido con el borde anterior de la rama ascendente.

Sobre este punto estudiamos el espacio existente entre la rama ascendente y la cara distal del segundo molar.

d) Profundidad relativa del tercer molar en el hueso: En este punto se toma en cuenta la línea oclusal y la línea cervical, así como la profundidad del molar, por que de este depende la aplicación de una técnica, la cantidad de hueso a resecarse.

e) Estudio de la corona del tercer molar: En este punto, tomaremos en cuenta la forma, tamaño, estado de la corona que puede ser de distintas formas.

La caries de la corona debe considerarse en el acto quirúrgico como el punto útil de la aplicación de la fuerza, la carmesial que es el lugar donde se apoya el botador en el acto mecánico de la extracción puede estar afectada y presentará una -

menor resistencia, la corona se puede fracturar originando una complicación, también se considera la fractura de la corona -- que puede ser de grados variables y considerado una técnica -- particular para evitar menos fracasos. Las causas: Winter las clasifica de la siguiente manera:

1. Aplicación de botador con presión forzada, sin realizar previamente en el sitio óseo de resistencia, la osteotomía necesaria.

2. La aplicación del botador es una superficie que no es la suficientemente fuerte como para resistir la presión necesaria.

3. Impropia aplicación del instrumento.

4. Incorrecto estudio de la disposición radicular.

5. El uso, como punto de apoyo de la parte de la oxies-- estructura que no puede ser empleada con este objeto.

f) Estudio de las raíces del Tercer Molar:

a) Pueden tener diferentes formas, ambas raíces, dirigidas hacia distal.

b) Raíz distal recta, raíz mesial dirigida hacia distal.

c) Raíz mesial dirigida hacia distal y raíz distal dirigida hacia mesial.

d) Ambas raíces rectas.

e) Ambas raíces funcionadas.

f) Raíz mesial recta y distal dirigida hacia mesial.

- g) Ambas raíces dirigidas hacia mesial.
- h) Raíz distal dirigida hacia distal y raíz distal dirigida hacia mesial.
- i) Raíces supernumerarias.

ESTUDIO DE LA RADIOGRAFIA OCLUSAL

Nos puede dar detalles de importancia en relación con la exodoncia del tercer molar retenido; no siempre es imprencindible; sirve para conocer la relación del tercer molar con las tablas externas, internas y la distancia y cantidad de hueso entre las caras externas o internas del maxilar, las desviaciones del tercer molar retenido sentido bucal lingual y bucolingual.

ANESTESIA DE NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES

Reseña Anatómica. Los nervios dentarios posteriores nacen del nervio maxilar superior, en la fosa pterigomaxilar, en número de 1, 2 o varios, se dirijen hacia abajo, abandonando la fosa nombrada, recorren la tuberosidad del maxilar y recorren por orificio en número variable que se hallan situados en la tuberosidad 1 2 o 3 cm. por arriba del ángulo cervical del tercer molar superior.

Los nervios dentarios posteriores se anastomosan con los dentarios medios y anteriores; inervan el tercer, primer y segundo molar superior.

La anastomosis de los nervios dentarios forma el arco nervioso externo. Vía de acceso: A los nervios dentarios posteriores se puede llegar fácilmente por la cavidad bucal o también por vía extraoral o externa.

Vía Bucal.

Posiciones del Paciente: Sentado, con la cabeza casi vertical de manera que las caras triturantes de los molares superiores esten colocados horizontalmente.

Posiciones del Operador: Para el lado derecho, el operador se coloca a la derecha del paciente; para el lado izquierdo, frente y a la derecha.

Técnica de la Inyección. El paciente abre la boca para permitir al operador, con un separador o espejo bucal, estirar la comisura bucal del lado a anestesiar. Con estos instrumentos o simplemente con los dedos índice y mediano de la mano izquierda se aparta el carrillo, todo lo que permite su elasticidad, tratando de poner a la vista y bien alumbrada la región del tercer molar se toma la jeringa con la solución anestésica acostumbrada y se punza en el fondo del saco vestibular, y en nivel de la raíz distal del segundo molar (en casi de existir el tercero, esta es la guía a seguir; faltando el último molar se debe realizar la punción a nivel de la raíz mesial del segundo). Después que la aguja ha atravesado, con el bisel hacia el hueso, la mucosa bucal y el bucinador, se depositan al-

gunas gotas de anestesia y se avanza, en un angulo de 45 con -- el plano oclusal de los superiores, llevando la punta de la aguja hacia arriba, atrás y adentro, en procura de los orificios dentarios superiores. Por lo tanto la jeringa debe de ser dirigida afuera y abajo, en contacto de la comisura bucal, para lograr aquel efecto. La aguja debe de penetrar 2 cm. después de que a penetrado el surco. A nivel de los orificios buscados se depositan 2 cm de solución. Es una guía importante llevar la -- aguja siempre en contacto con el hueso, evitando así funcionar -- órganos anatómicos importantes.

Vía Externa: Se puede llegar a los nervios dentarios por -- teriores por vía externa, vía que cita Seldin, pero a la que no le vemos utilidad; aquellos casos en que está indicada son las -- de tal importancia, que señala la necesidad de inyección del -- tronco del maxilar superior.

Anestesia del nervio palatino posterior:

El agujero palatino posterior está situado en la bóveda, -- en la apófisis horizontal del hueso palatino, a nivel de la -- raíz palatina del tercer molar, y equidistantes de la línea media y del borde gingival. A nivel de este se deposita la anes-- tesia, anestesiando a los nervios palatinos medios y posterio-- res que inervan la úvala y el velo.

Posición del paciente, su cabeza inclinada hacia atrás, pa -- ra ver comodamente la región.

Se introduce en el sitio indicado, que en el paciente se localiza por una depresión a éste nivel. una aguja fina, teniendo el eje de la jeringa en la comisura opuesta, se inyectará un cm^3 de solución anésteica.

Anestesia Troncular del nervio Dentario Inferior:

El nervio que vamos a tratar de anestesiar, es el nervio dentario inferior, rama terminal inferior, que es una de las tres ramas del nervio trigémino 5a. par craneal esta da inervación al hueso maxilar inferior.

Su periostio y la encía y los dientes en cada hemiarcada a excepción de la cara interna del maxilar a nivel del primer y tercer molar zona inervada por el nervio bucal largo del maxilar inferior que en algunos casos requiere una anestesia aparte. El sitio de abordaje, es el orificio superior del conducto dentario del maxilar inferior de aquí el acceso puede ser interno y externo.

Vía interna: Para alcanzar el nervio dentario inferior, es menester llegar con la aguja directamente al conducto de este mismo nervio, y para esto nos valemos de varios elementos anatómicos los cuales tenemos que salvaguardar (poner a salvo).-

Recordamos que el orificio superior del conducto dentario se encuentra ubicado en la cara interna de la rama ascendente; tiene forma triangular con vértices anterior y su borde anterior en forma de laminilla se denomina espina de Spix. Este ori

esta a la siguiente distancia aproximada de los bordes de la rama ascendente; del borde anterior 18 mm. del borde posterior 6 M.; el borde inferior 33 Mm; del borde de la escotadura sigmoidea 12 Mm; y de la línea oblicua interna 8 Mm.

Los elementos o límites anatómicos son los siguientes:

Borde anterior del músculo masetero, borde anterior de la rama ascendente.

Ligamento Pterigomaxilar.

Con el dedo índice de la mano izquierda, se investigan -- los elementos anatómicos estudiados, el borde anterior del masetero reconócese por ser una franja ancha y depresible que -- desaparece al cerrar la boca al paciente y se pone tensa al -- abrir exageradamente.

Por dentro, este primer elemento o límite inmediatamente el dedo percibe un filo óseo que se prolonga de arriba hacia -- abajo hasta las proximidades del primer molar; es la línea --- oblicua externa siguiente la palpación hacia adentro, el índice cae en la excavación que representa el triangulo retromolar, el que por los tejidos que lo recubre puede presentar una flacidez al tacto.

Por dentro del triangulo se percibe la línea oblicua ex--terna y paralela a la línea oblicua externa y paralela a ella se nota una bandeleta fibrosa, que se pone tensa a la apertura exagerada y desaparece al cerrarla, es el ligamento pterigomaxi

xilar. Individualizada la línea oblicua externa se busca con el dedo su punto más profundo que está situado a 10 mm. de la cara oclusal de los molares inferiores. En este punto el dedo se detiene, y está apollado sobre la línea oblicua externa y al borde de la uña sobre la interna. La jeringa cargada con 3 cm³ de solución anestésica se llevan a la boca del paciente hasta que la punta de la aguja con su bisel dirigido hacia el hueso coincide con el punto de la uña del operador.

La jeringa paralela a la cara dentaria se realiza la punción, se avanza descargando pequeñas soluciones de anestesia 1 o 5 cm³. Con esto se logra la anestesia del nervio lingual, está por delante y adentro del dentario en esta porción, se dirige la jeringa hacia el lado opuesto llegando a la altura de los premolares, con esta maniobra llegamos a la tabla interna de la rama ascendente, profundizar la aguja 5 cm. tocando o sin tocar el hueso, aunque es signo de seguridad al tocarlo.

Para cerciorarse de no haber caído en un vaso sanguíneo, retiramos ligeramente el émbolo de la jeringa y si penetra sangre en la jeringa estamos en una arteria o vaso.

Vía Externa. En algunos casos quirúrgicos en los que hay imposibilidad de abrir la boca como trismus, fractura del maxilar, se recurre a ésta y se puede llegar a diferentes puntos por delante, por abajo, por atrás y por arriba de la rama ascendente.

Vía Anterior: Se palpa la cara del paciente para descubrir los bordes anteriores y posteriores de la rama ascendente y se marca sobre la piel estos bordes; se palpa la escotadura sigmoidea y se señalan sobre la piel. Se une la proyección anterior y posterior con una línea paralela al borde inferior del maxilar trazada a 1 cm sobre la cara triturante de los molares. Esta línea horizontal se divide en tres partes iguales en la unión del tercio medio con el posterior se encuentra el orificio dentario.

Se empleará una aguja de 6 cm. Se anestesia previamente la piel por delante de la rama ascendente, se presiona por delante del borde con un dedo de la mano izquierda y se punza a nivel del intrecruzamiento de las líneas de la piel, con la aguja dirigida de adelante a atrás paralela al borde inferior del maxilar introduciéndola dentro de la rama preestablecido en la aguja (6 cm.) y se deposita lentamente la solución anestésica.

Vía inferior: Previa localización sobre la piel del orificio superior del conducto dentario, sirviéndonos para esto la línea tragus borde inferior del masetero. En su parte media se traza una línea paralela al borde del maxilar, la longitud de ésta línea es la distancia que debe de recorrer la aguja para llegar al orificio dentario. Se coloca la cabeza fuertemente flexionada hacia el lado opuesto de la inervación.

Vía Posterior.

Se utiliza una aguja de 6 cm. por detrás del borde posterior del maxilar y por delante de la inserción del lóbulo de la oreja, previa anestesia local se perfora la piel y tejido subyacentes, se inclina la aguja hacia adentro, entrando al espacio-pteriomandibular, se introduce la aguja a 2 cm. y se llega al nervio dentario y se inyecta la solución anestésica.

Vía Superior.

Se investiga el espacio cigomático, cuyos límites están dados por la escotadura sigmoide y el borde inferior del cigoma - se encuentra fácilmente recorriendo el índice desde el tragus - hacia adelante. El arco cigomático se encuentra palpando el condilo, como vibra se puede trazar una línea del tragus al ángulo inferior del molar y se coloca la cabeza flexionada hacia el lado opuesto de la operación, la punción se realiza en la mitad anterior del semicírculo cigmoides cigomático. Se atraviesa la piel dirigiendo la aguja hacia abajo, atrás y adentro llegando hasta la cara posterior de la escotadura sigmoidea introduciendo la aguja 1 cm. Colocando inmediatamente atrás y arriba de la proyección del orificio dentario, se inyecta la solución anestésica. En esta técnica se puede lesionar los vasos y arterias de ésta zona, provocando hematomas importantes a su nivel.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

Asepsia: Es un método o procedimiento por el que se trata de impedir la llegada de los gérmenes patógenos al organismo - y evitar por lo tanto las infecciones.

Antisepsia: Es un método que se propone evitar el desarrollo de los microbios o tratar de destruir a los mismos para combatir e impedir la instalación de procesos infecciosos.

La esterilización es indispensable en la cirugía, para -- que una intervención logre denominarse es necesario que todo -- el equipo de trabajo este libre de microbios, deben de estar -- en estas mismas condiciones, el campo operatorio, las manos -- y ropas de los que realizan la operación y cualquier objeto -- que intervengan en la misma.

Para lograr la esterilización nos valemos de diversos - - agentes físicos y químicos.

Agentes Físicos: Calor seco y Calor Húmedo.

Calor Seco. Se consigue a partir de cajas metálicas (estufas secas, cuya atmosfera sea caliente por medio de gas ó de la electricidad, es preferible los aparatos), la temperatura ideal es de 120 c. durante una hora.

Calor Húmedo: También se consigue a partir de cajas metálicas en cuyo interior hay una doble pared de cromo, cromado y una resistencia etc.

La temperatura ideal es de 180 c durante 10 minutos.

Agentes Químicos:

a) Alcohol. Se emplea para la antisepsia de las manos del cirujano.

b) Tintura de Yodo. Yodo diluído en alcohol al 10%. Es - - irritante en todas las mucosas bucales no lo soportan sin reacción. Se puede utilizar para la antisepsia del punto de punción de la aguja en las distintas anestias, en partes iguales con alcohol se utiliza para pincelar los espacios interdentarios, - los capuchones del tercer molar, al sitio en donde va a practicarse la insición.

Acido Fénico: En solución alcohólica se emplea para esterilizar el punto de punción (tiene ligeras propiedades anestésicas) diluído al 100% sirve para conservar materiales de sutura.

d) Tintura de Merthiolate. Tiene las mismas aplicaciones - que la tintura de yodo.

Existen otros métodos de esterilización no muy usados en - cirugía bucal como son la tindalización, la pasteurización, - - así como el medio físico frío, etc.

ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL Y MATERIAL QUIRURGICO

Lo que concierne al material metálico, se debe de esterilizar en la estufa seca, y existen también sustancias química que no dañan el metal.

Los tubos de goma, material de drenaje, se esterilizan por

ebullición, durante 20 minutos y a una temperatura 100 C.

Se retiran con unas pinzas y se conservan en un frasco de boca ancha esterilizada (con alcohol o alguna solución antiséptica).

Jeringas. Se esterilizan por medio de la estufa seca.

Ropas, Compresas y Gasas: Deben de esterilizarse al autoclave, se deben de esterilizar las compresas y gasas por separado.

Guantes de Goma: Pueden esterilizarse al autoclave o por medios químicos, en caso de esterilizarse por autoclave, se requiere envolverlos en gasa y elevar la temperatura hasta 128 C. Como agentes químicos es indicado el formol, previamente lavados los guantes de goma, con agua y jabón, secados con alcohol y compresas limpias y espolvoreados con talco, se montan en manoplas metálicas las cuales se introducen en aparatos esterilizadores especiales junto con varias pastillas de formol.

Cepillo: Se esterilizan por ebullición.

Hilos de Seda y Lino: La seda se adquiere esterilizada, en sobres se esteriliza por ebullición durante 20 o 30 minutos y después se colocan en solución antiséptica al 100%, Acido de féⁿico al 5% Bicloro de mercurio al 2%.

Nylon: Se esteriliza por medio de ebullición o formol.

Lavado Quirúrgico de las Manos:

Son los distintos procedimientos de que se vale el cirujano y sus ayudantes para desinfectar sus manos y antebrazos, antes de tocar cualquier material o instrumental ya estéril y antes de realizar cualquier operación. Se deben cepillar las manos, antebrazos, uñas durante 5 minutos especialmente, donde se albergan microbios.

Después se procede a la aplicación de alcohol, secarse con gasas estériles y dirigirse a realizar la operación. Sin tocar ningún instrumento que no este estéril. Al paciente se le lava la cara, labios y fosas nasales, con jabón y luego se procede a la aplicación de un antiséptico.

Antisepsia: Como ya lo mencionamos anteriormente es la eliminación de los microorganismos para evitar la infección la cual se lleva a cabo por medio de los germicidas. Para que un fármaco sea verdaderamente eficaz en el tratamiento, debe ejercerse sobre las bacterias sin lesionar las células del huésped. Cuando ciertas sustancias quimioterápicas se administran en grandes cantidades en los primeros estadios de una infección, se puede llegar a producir una anulación de la respuesta inmune lógica frente a la nivelación bacteriana. Existen diversas clases de agentes antimicrobianas o agentes quimioterápicas.

a) Las Sulfamidas: Efectivas casi todas ellas solo contra las bacterias.

Los antibióticos (activos contra bacterias, Ricketsias, -
amibas, bedsoniac, micoplasma y agentes tric.).

TEMA VIITECNICA QUIRURGICAEXTRACCION QUIRURGICA DEL TERCERO MOLAR SUPERIOR RETENIDO.EXTRACCION DEL TERCER MOLAR EN POSICION VERTICAL.

a) Incisión. Puede usarse la incisión de dos ramas, que llamaremos bucal y anteroposterior. La rama anteroposterior se traza proxima a la cara palatina del diente, paralelamente --- a la arcada y en una longitud de 1 cm. La incisión parte del - extremo anterior de la primera incisión, se dirige hacia afue- ra, rodea la tuberosidad del maxilar y asciende hasta la proxi- midad del surco vestibular donde termina.

La incisión debe de llegar en profundidad hasta el hueso- y en sentido anterior hasta el cuello del segundo molar. El -- colgajo se desprende según se ha señalado. Con un periostotomo se sostiene con un separador.

b) Osteotomía. Se realiza con una fresa de bola de carbu- ro para ir teniendo una mayor visibilidad del diente por ex- - traer, en ciertos casos este a nivel de la cara triturante es- tan frágil, que puede ser eliminado con el botador.

La ostotomía es una maniobra importante, es menester en - todos los tipos de terceros molares retenidos.

Vía de Acceso a la Cara Mesial: A la cara mesial será --

la superficie sobre la cual se aplicará el botador para hacer-- la extracción del molar retenido, si es accesible, no se requiere ninguna maniobra previa; si no lo es, necesitará eliminar el hueso del tabique mesial, que va a ser el pie de entrada del -- instrumento. La osteotomía a este nivel se realiza con un esco- ple recto ó con una fresa de bola de carburo.

c) Extracción propiamente dicha. Empleo de botadores: Ti-
pos de botadores:

Cualquier tipo de botadores puede ser usado en la extrac-- ción del tercer molar retenido.

Técnica del empleo de los botadores: Se presenta la punta- del botador en el espacio existente entre la cara mesial del -- tercer y la distal del segundo molar. La introducción del ins-- trumento se realiza merced a un débil movimiento rotatorio que- se imprime al botador, actúa en su primer tiempo como cuña. En- esta primera parte de su movimiento, para llegar a su punto de- aplicación, el botador consigue luxar el tercer molar.

Aplicación del Botador: Se aplica con su cara plana, so-- bre la cara anterior del diente. El instrumento debe de estar - dirigido en el sentido de una diagonal trazada sobre dicha ca-- ra .

Punto de Apoyo: En general, se hace lo menos traumatizan- te posible tanto para la mucosa como para el segundo molar.

Movimientos del Botador: Aplicado el botador, separando --

el labio y carrillo con un espejo, se indica suavemente la luxación del molar retenido (recordar el movimiento que hay que imprimir a la mandíbula para dejar la apófisis coronoides del sitio de la extracción).

Para abandonar su alveolo el molar debe movilizarse en el sentido de la resultante de tres direcciones de fuerza: El molar debe ser dirigido hacia abajo, hacia afuera y atrás por lo tanto debe desplazarse el mando del botador hacia arriba, hacia adentro y hacia adelante. Luxando el molar y si la fuerza aplicada no ha logrado extraerlo, puede ser tomado con un fórceps-- y eliminarlo con la misma técnica para la extracción del tercer molar superior formado.

d) Sutura: extraído del molar y limados los bordes óseos,-- en especial el tabique externo y posterior, retirado el saco -- pericoronario, con una pinza gubia se aplica el colgajo en su -- sitio y se colocan dos o tres puntos de sutura.

Extracción del tercer molar en posición Mesiangular:

La extracción del tercer molar en posición mesiangular -- estará conducido por la dirección del molar y la cantidad del -- hueso distal. Hay algunas trabas que pueden presentarse durante la extracción.

La cantidad del hueso distal y el contacto con el segundo- molar, a nivel del maxilar superior, la elasticidad del hueso --

permite movilizar el molar, sin necesidad de seccionar el diente retenido. El contacto mesial está vencido por la posibilidad de mover el diente hacia distal. El problema en este tipo de retención reside en la osteotomía distal y triturante y en la preparación en la vía de acceso para el botador.

Esta vía de acceso necesita una mayor osteotomía en el lado mesial que en la retención vertical; porque el punto de retención del aplicador del botador ha de ser más alto. Para lograr este fin es necesario eliminar la parte de la tabla ósea vestibular, que cubre la cara bucal del molar retenido.

La indicación es igual a la de la posición vertical, la osteotomía se realiza con los mismos procedimientos como en la posición vertical (escoplo o fresas), requiriendo solo una mayor osteotomía en distal, para descubrir al diente al nivel de su cuello.

Empleo de los botadores: Son los mismos movimientos que los anteriores, a excepción de que el molar debe ser dirigido primero hacia distal, para vencer el contacto mesial y luego los movimientos del botador dirigen al diente hacia abajo y hacia afuera. En molares con raíces abiertas, con cementosis, este movimiento debe ser con lentitud y sin esfuerzo brusco para evitar fracturas intempestivas.

Extracción del tercer molar en posición distoangular.

La rama anteroposterior de la incisión debe dirigirse más-

distalmente que en los casos anteriores para evitar desgarros - a la encía.

Osteotomía. Generalmente no hay hueso sobre la cara tritu- rante, ni hacia distal.

Solo es menester preparar la vía de acceso en el lado me- sial del tercer molar y éste se dirige hacia abajo y hacia - - atras.

Hay que tener especial cuidado en este tipo de retenciones, con la tuberosidad y la apófisis pterigoides, movimientos brus- cos pueden fracturarlas. Se emplearán botadores rectos angostos, este instrumento, que actuará en su función de cuña o de palan- ca, cumplirá su objetivo puede introducirse fácilmente en la ca- ra distal del segundo molar y la cara mesial del tercero.

Extracción del tercer molar en posición para normal.

Las distintas y variadas posiciones que puede ocupar el -- tercer molar en su ubicación paranormal, no permite fijar una -- regla para su extracción. La técnica estará dada por la disposi- ción que presente el tercer molar en el hueso y su relación con los molares vecinos. Algunos casos indican la extracción del -- segundo molar y aun del primero.

Extracción Quirúrgica de los terceros molares inferiores-- retenidos.

En posición vertical: Cara mesial Accesible y cara mesial- inaccesible.

a) Incisión: Se realiza sobre la cara oclusal del molar - retenido unos mm por detrás del borde óseo y hacia mesial hasta el primer molar desprendiendo la mucosa del hueso.

b) Osteotomía: Debe ser eliminado todo el hueso que exista por el lado distal y bucal en contacto con la corona del tercer molar retenido, la cantidad de hueso a eliminar está indicada por la forma y retención de la corona de este mismo.

c) Extracción propiamente dicha: Para esto se emplean los botadores rectos con aplicación mesiovestibular introduciéndolos en el espacio interdente, la parte convexa del instrumento es aplicada contra la cara mesial del tercer molar y en su borde de la hoja sobre el borde superior de la estructura o sea, se dirige el mango del instrumento en sentido de las manecillas del reloj, en éste el instrumento actúa como palanca de primer grado, el molar se eleva y se desplaza hacia distal y se vuelve a repetir. Si no se ha terminado con éste movimiento de luxar, se coloca la hoja a nivel más abajo y se repite el movimiento a distal, luxando el molar puede ser extraído con fórceps o con el mismo botador.

Retención vertical sin desviación. Cara mesial inaccesible.

Incisión: Es la misma que la empleada en el caso anterior.

Retención Mesioangular sin desviación. Cara mesial Accesible o Inaccesible.

a) Incisión: Se realiza una incisión partiendo de la parte mesial del molar retenido y se extiende en sentido distal -- aproximadamente 1 o 2 cm. por oclusal.

Por vestibular se hace un desprendimiento de la encía del hueso de la parte distovestibular hasta la papila interdientaria del primer molar.

b) Osteotomía: La cantidad del hueso al eliminarse, está indicada por el grado de giroversión del molar y por la forma -- radicular.

c) Estracción propiamente dicha: Se introduce en el espacio interdientario del botador, hacia abajo en sentido lingual -- con ligeros movimientos rotatorios del mango, la cara cóncava -- del instrumento contra la cara mesial del molar; su borde inferior sobre el borde superior del espacio interdientario; se realiza un movimiento dirigido el instrumento en sentido mesial -- y con fuerza graduada se eleva el molar hasta ponerlo en posición vertical y la eliminación se realiza con un forceps o con el mismo botador. En este tipo de retención, también está indicada de la extracción por odontosección, que puede ser según su eje mayor o bien se divide su eje menor.

Es inevitable hacer una vía de acceso o sea una incisión -- amplia y una osteotomía suficiente que permita la aplicación -- de la fresa con la cual haremos la separación o corte del dien-

te por extraer.

Extracción del Molar Seccionado según su eje mayor.

Se secciona el molar quedando dividido el diente en porción distal y porción mesial y comenzamos con la porción distal con botador recto se introduce y actuando como cuña se comienza a luxar ligeramente.

La introducción ideal del botador es de unos 5 mm por abajo de la línea cervical aplicado a este nivel, se gira hacia mesial el mango y la raíz se dirige hacia atrás. Para la extracción de la porciomesial, se introduce el botador entre la cara mesial y el borde óseo.

El botador se apoya como si se tratara de un molar completo y se realizan los movimientos sin mucha fuerza o con la necesaria requerida.

Retención Mesianangular, con ausencia de dientes vecinos.

En esta retención, solamente tendremos que eliminar la barrera que impone el hueso distal. Es importante estudiar radiográficamente este molar solitario, debido a que con fuerza exagerada se puede fracturar o luxar la mandíbula.

La incisión que realizaremos será una incisión recta y por lo consiguiente el desprendimiento de la mucosa del hueso tanto lingual como vestibular.

La Osteotomía: Se elimina hueso distal, como oclusal con el fin de dejar la cara distal del molar descubierta.

La extracción se realiza utilizando los botadores rectos, todos de aplicación mesial, se introduce el botador entre la cara mesial del molar y la cara anterior del alveolo y se gira hacia distal, la fuerza está condicionada con el grado de osteotomía realizada.

Extracción del tercer molar inferior en posición distoangular.

En esta retención, las técnicas suele ser laboriosa, debido a que no puede ser girado hacia distal y hay que eliminar -- bastante hueso para vencer la barrera, para esta retención, descubriremos la técnica de Winter utilizada, aunque la técnica de odontosección sea más sencilla.

La iniciación es de tipo recto, la osteotomía la realizaremos quitando hueso distal y bucal y el que se encuentra sobre -- la cara oclusal del molar, con una fresa de bola o de fisura -- de carbono posteriormente se introduce entre hueso y cara mesial. La extracción por osteotomía a fresa y escoplo; se elimina todo el hueso distal trazando una línea perpendicular, desde el punto más distal y la cara mesial, la osteotomía mesial -- se realiza con una fresa de bola de carbono del # 6, se elimina el tabique interdentario, posteriormente se introduce un botador recto. También se puede realizar la técnica de odontosección en este la osteotomía y la odontosección va a estar dado -- por la inclinación misma del molar y la forma y disposición de-

las raíces.

Posteriormente, se introduce un botador y se mueve distalmente la corona y siguiendo la menor vía de resistencia; se extrae la corona posteriormente, las raíces se desplazan hacia -- distal o hacia mesial según la curvatura o retención de las mismas.

Extracción de los terceros molares inferiores retenidos en posición vestibulo-angular y lingoangular.

Estas posiciones de retención deben diagnosticarse por radiografía tomados en los planos sagitales y coronal. Si la corona es claramente visible en placa intrabucal, el diente está -- por lo regular en posición vestibuloangular, así es indistinta, lo más probable es que está en posición lingoangular la imagen aparece semejante a la retención vertical a causa de la angulación de los rayos. Las radiografías oclusales son de utilidad en todo caso en que se duda de la posición del diente.

Los molares en estas posiciones se extraen mejor después que se han dividido por la unión de la corona y las raíces.

La corona se extrae fácilmente en la retención vestibular en la lingoangular tiene importancia retrae la mucosa del lado lingual.

Es frecuente que las raíces están curvas en dirección distoangular, y como puede ser, y por lo regular así sucede, que en la primera radiografía no haya una clara visión de la pre--

sencia de la corona, después de extraer ésta conviene hacer -- una segunda radiografía.

Extracción del tercer molar retenido en posición horizontal.

Se realiza una incisión recta de la parte posterior de la región retromolar hasta la cara distal del segundo molar.

Técnica por Odontosección: En esta se elimina hueso oclusal para tener acceso al molar con una fresa de fisura se hace la odontosección del diente a nivel del cuello, haciendo la extracción de la corona anatómica y quedando las raíces tanto -- mesial como distal, y esta ya sea con un botador recto o de -- bandera y buscando un punto de apoyo se hará las extracciones de las mismas.

TEMA VIIICUIDADOS POSTOPERATORIOS

POSTOPERATORIOS: Es el conjunto de maniobras que realizan después de la operación para mantener los fines logrados por la intervención reparar los daños que sufran con motivo de la misma el tratamiento postoperatorio es la face más importante de nuestro trabajo, ya que ésta puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en los pasos de la intervención quirúrgica.

Los cuidados postoperatorios, deben referirse a la herida misma y el campo operatorio que es la cavidad bucal, y el estado general del paciente.

TRATAMIENTO LOCAL POSTOPERATORIO:

Higiene de la cavidad bucal. Termina la operación, el --- ayudante o la enfermera hará la limpieza de la sangre que pudo haberse depositado sobre la cara del paciente, con una gasa mojada de agua oxigenada, será irrigada con una solución tibia -- del mismo medicamento que limpiará y eliminará la sangre, saliva, restos que eventualmente pueden depositarse en los surcos-- vestibulares, debajo de la lengua, ya que estos elementos extraños entra en putrefacción y colaboran en el aumento de la riqueza de la flora microbiana bucal.

El paciente hará enjuagues suaves cada 4 hrs., después de la intervención con una solución antiséptica.

FISIOTERAPIA POSTOPERATORIO:

Se emplean agentes físicos como calor, frío y radiaciones ultravioleta para modificar las condiciones de la herida.

Frío. Se coloca sobre la cara, frente al sitio de la intervención bolsas de hilo y toallas alfeldadas mojadas en agua.

El papel del frío es múltiple, evita la congestión y el dolor postoperatorio, previenen las hematomas y las tumorarias disminuye y concreta los demás postoperatorios, se usan a través de periodos de 15 minutos y descansos de otros 15 minutos, en los tres primeros días.

Calor. Solamente los empleamos con el objeto de acelerar los procesos flogiaticos y ayuda a la formación de pus, después del tercer día puede aplicarse para disminuir las alveolalgias y dolores postoperatorios.

Lámpara Soliux. Rayos Infrarrojos. Son fuertes de calor y se emplean después de las epicetomías o de extracciones laboriosas y en el tratamiento de la aveolitis.

Cuidados de la herida. Las heridas de la cavidad bucal, cuando evolucionan normalmente, no necesitan terapéutica.

Un alveolo que sangre y forme coágulo, tiene la mejor defensa contra la infección y los dolores, al segundo día será --

suavemente irrigada con suero fisiológico tibio, si hay que extraer los puntos de sutura, estos se realizarán a los 8 días o mas según veamos nuestro proceso de cicatrización.

Eliminación de los puntos de sutura. Se pasa sobre el hilo a eliminarse un algodón mojado con merthiolate con el objeto de esterilizar la parte del hilo que está en la cavidad bucal y se encuentra infectado.

A este nivel con una tijera quita puntas de sutura y con las pinzas de disección se tracciona por extraerlos de los tejidos.

Es importante procurar que la menor cantidad de tejidos infectados pase por el interior de los tejidos de esta manera se siguen quitando los puntos de sutura.

Tratamiento General del paciente.

Se refiere al mantenimiento del pulso de la tensión arterial de la alimentación del paciente, de las complicaciones postoperatorias, (tratamiento de hemorragias, transfusiones sanguíneas tratamiento de shock).

Alimentación del Recién Operado. La primera comida, la hará 6 horas, después de la operación; consistirá en una taza de té con leche tibia, 6 horas después podrá tomar una dieta blanda.

Hemorragia:

Se divide en primaria y secundaria:

Hemorragia Primaria. El tratamiento de la hemorragia primaria en cirugía bucal, se realiza por la ligadura, del vaso sangrante o a distancia, por el aplastamiento del mismo.

O mecánicamente mediante el taponamiento y la comprensión que se realiza con un trozo de gasa.

Generalmente volviendo al colgajo a su sitio y suturando la herida, la hemorragia cesa, si la hemorragia no cesa y continua brotando sangre, habrá que colocar dentro del alveolo un material hemostático y este protegido, con un trozo de gasa el cual impide el desalojamiento del mismo.

Hemorragia Secundaria: Aparece algunas horas o días después de la intervención; puede obedecer a la rotura del coágulo por un esfuerzo del paciente o a una causa general que favorece la hemorragia; el tratamiento de tal accidente se realiza por métodos generales y locales.

Métodos Locales. Se lava la región que sangra, con un chorro de agua caliente, del alveolo sangrante la hemostasis se realiza por comprensión con gasa o encima de la herida y comprimiendo sus bordes, se coloca un trozo grande de gasa seca, en el cual se mantiene con los dedos o bajo la presión masticatoria. Estas deben mantenerse durante media hora y posteriormente se retira en caso de persistir, se colocará el hemostático directamente en el alveolo sangrante.

Métodos Generales. Según la cantidad de sangre perdida -

será el paciente. Mejorará el estado general administrando tóni-
cos cardiacos y se remplazará la sangre pérdida por la inyec --
ción de suero glucosado, trasfusión sanguínea y medicamentos --
coagulantes.

Hematoma: Consiste en la entrada difusión y depósito de -
sangre en los tejidos al sitio de las intervenciones.

Puede ser grande y con el consiguiente cambio de coloración en la piel y sus vecindades, el hematoma puede llegar a su-
purar dando en estos casos repercusión ganglionar, escalofrío -
y fiebre, nuestra conducta debe ser expectante; cuando supura--
se trata con un absceso. Algunas veces con una jeringa se absor-
be la sangre, todavía líquida del hematoma.

Infección: Puede sobrevenir a raíz de una operación: Fle-
mones abscesos, celulitis y aún procesos de mayor importancia, -
también puede existir alveolitis.

CONCLUSIONES

Los temas descritos en este trabajo los podríamos considerar como bases mínimas con las que debemos contar para las intervenciones de terceros molares incluídos o retenidos.

Debemos de tener especial cuidado que a todo paciente se le debe someter a un estudio exautivo cuando esté indicada cualquier intervención quirúrgica.

El C. D. debe de tener los conocimientos básicos sobre el manejo y procedimiento de cualquier intervención de terceros molares incluídos o retenidos en sí, también debemos de ser conscientes de que este tipo de intervenciones se requiere de la especialidad de Cirugía de Terceros Molares, para que haya una resolución adecuada a la misma.

BIBLIOGRAFIA

CIRUGIA BUCAL
Tomo I.

K.H. THOMA.

CIRUGIA BUCAL
Segunda Edición Castellana
Tomo I.

W. HARRY ARCHER

CIRUGIA BUCAL
Reimpresión 1973.

GUILLERMO A. RIES CENTENO

ANATOMIA HUMANA
Tomo I y Tomo II
Editorial Porrúa 1972.

FERNANDO QUIROZ

ANATOMIA HUMANA
Primera Edición.
Editorial Interamericana 1965.

HAMILTON LOCKHART

IMPACTED MANDIBULAR THIRD MOLAR

GEORGE B. WINTER.
1926.

DIAGNOSTICO CLINICO DE LABORATORIO
Koepkf 1971.

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL GUSTAVO KRUGER
Tomo I.