



# Universidad Nacional Autónoma de México

---

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PATOLOGIA Y TRATAMIENTO DE  
TERCEROS MOLARES RETENIDOS

## Tesis Profesional

Que para obtener el Título de  
CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

ARTURO GAMA MARTINEZ

México, D. F.

1983



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

PATOLOGIA Y TRATAMIENTO DE  
TERCEROS MOLARES RETENIDOS

- I.- INTRODUCCION Y GENERALIDADES
  - II.- ETIOLOGIA
  - III.- CLASIFICACION
  - IV.- VALORACION DEL PACIENTE
    - a) Historia Clínica
    - b) Exámenes de Laboratorio
    - c) Estudios Radiográficos
  - V.- PLAN DE TRATAMIENTO
  - VI.- ANESTESIA
  - VII.- TECNICAS QUIRURGICAS
    - a) Insición
    - b) Osteotomía
    - c) Odontesección
    - d) Extracción o Avulsión
    - e) Tratamiento de la Cavidad
    - f) Sutura
    - g) Indicaciones Postoperatorias
  - VIII.- Accidentes y Complicaciones Trans y Postoperatorias.
  - IX.- Conclusiones
- Bibliografia.

C A P I T U L O I  
INTRODUCCION Y GENERALIDADES

En la actualidad es necesario que el profesionista - cualesquiera que sea su campo de acción, este siempre actualizado con los avances de nuevas técnicas, métodos y procedimientos tendientes a mejorar la práctica de su profesión.- El C.D. no escapa a estas necesidades, no importa si él es - un dentista de práctica genral o un especialista, pero sí es necesario que sea poseedor de los conocimientos básicos para resolver las necesidades del paciente y proporcionarle los - mejores servicios y si bien esto no lo hace un especialista- si le da la capacidad para resolver casos espécificos a tratar.

La Odontología ofrece campos amplios para la práctica de la misma, desde tratamientos sencillos - pero elementales - hasta procedimientos quirúrgicos mayores, todos ellos- tendientes a mejorar el estado de la cavidad bucal del pa--- ciente. Como se dijo anteriormente, es necesario que el C.D. este al tanto de los avances odontológicos para mejorar la - práctica de su profesión, mucho más en lo referente a Ciru--

gía Bucal ya que los beneficios que traen al paciente son múltiples. Hablar de Cirugía Bucal nos llevaría mucho tiempo y sin embargo no podríamos poner un punto final a este tema, al realizar un trabajo referente a la Cirugía, es necesario delimitar el campo, por lo tanto me dedicaré a desarrollar el tema de interés personal que es: Patología y Tratamiento De Terceros Molares Retenidos.

Mencionaré en el presente trabajo métodos y técnicas quirúrgicas tendientes a tratar la extracción de terceros molares retenidos. El presente trabajo no pretende proporcionar nuevas técnicas y métodos de Cirugía Bucal como tampoco pretende perfeccionarlos, solamente proporcionaré los principios básicos para la práctica de la Cirugía Bucal en relación con los terceros molares, proporcionando las características que este guarda, sus posiciones, su patología y una descripción de la técnica quirúrgica a emplear - incisión, odontosección, etc.-, ya que describir la técnica quirúrgica para cada una de las posiciones que guarda el tercer molar sería cansado y molesto para el lector y posiblemente cada una de las técnicas quedarían obscuras en su descripción por guardar demasiados detalles.

C A P I T U L O    I I  
E T I O L O G I A

Cuando los dientes no toman sus posiciones normales, funcionales dentro de la arcada dentaria, se denominan dientes retenidos, incluidos ó impactados, aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco folícular ó perícoronario.

Los problemas de retenciones normales generalmente son de índole mecánico. Un diente cuya finalidad esta destinado a realizar una erupción normal dentro del arco dentario de la misma manera que sus predecesores, va a encontrar en su camino un obstáculo el cual impedirá la realización del trabajo al cual esta destinado, por lo tanto la erupción dentaria se encuentra obstaculizada ó impedida mecánicamente por este obstáculo.

Algunos autores mencionan que la etiología de las inclusiones es más teórica que real, sin embargo otros sostienen lo contrario. El Doctor Waite y otros mencionan que di-

cha etiología se basa en tres teorías diferentes: Teoría Ortodóntica, Teoría Filogénica y la Teoría Mendeliana. A continuación veremos en que se basan dichas teorías.

La Teoría Ortodóntica dice que existe una interferencia en el desarrollo normal de los maxilares que al combinarse con el movimiento de los dientes que son en dirección anterior causaría la inclusión de los dientes. Un hueso denso provoca retraso dental anterior y algunas afecciones patológicas provocan una condensación del tejido óseo como son infecciones agudas, trauma severo y maloclusión, inflamación local de la membrana paradontal, estas afecciones aumentan la densidad ósea. Una respiración bucal constante conduce a una contracción de arcadas provocando con esto el cierre de espacios a ocupar por los dientes, en ocasiones la pérdida prematura de dientes temporales puede causar falta del desarrollo del maxilar y por lo tanto mala posición de los dientes permanentes dando como resultado una inclusión dental.

La Teoría Filogénica nos dice que la naturaleza trata de eliminar aquello que no se emplea y nuestros hábitos nutricionales han eliminado la necesidad de maxilares grandes y fuertes por lo tanto la función alterada da como resultado maxilar y mandíbula de pequeño tamaño. En muchos casos el tercer molar se encuentra ocupado una posición anormal, se encuentra mal formado dando como resultado que se

le considere un órgano vestigial sin función y por último -- suele faltar por causas congénitas.

La teoría Mendelina dice que la herencia puede ser - un factor etiológico de importancia dentro de las inclusiones dentarias, sin embargo las inclusiones nunca se apegan a un factor o patrón establecido, ya que son de diferentes formas y tamaños pudiendo ser afectadas de una hasta veinte piezas esto último en casos muy raros, varían en el grado de inclusión que puede ser total ó parcial permaneciendo en estado inactivo hasta que hay pérdida de un diente adyacente y - repentinamente empieza la erupción con las consabidas molestias de esta.

De una manera personal no estoy inclinado por estas teorías ya que en sí no ofrecen causa etiológica precisa sin embargo existen otras causas o factores etiológicos que debemos tomar en cuenta así tenemos:

- Razones embriológicas.- La ubicación especial de - un germen dentario en sitio muy alejado o distante al de su normal erupción, por una razón mecánica el diente originado por tal germen se encuentra imposibilitado de llegar al borde alveolar en su sitio normal, el germen podrá encontrarse en su sitio normal de erupción pero tendrá una angulación -- que al calcificarse el diente y empezar el trabajo de erupción la corona bien podría tomar contacto con otro diente ve

cino que se encontrara erupcionado o retenido, dicho contacto va a constituir una fijación del diente en erupción provocando una mala posición, las raíces bien podrían encontrarse completamente formadas pero su fuerza no será suficiente para impulsar y lograr colocar al diente en un eje que le permita una erupción normal.

Los factores etiológicos de las inclusiones son netamente de origen o de tipo embriológico por lo tanto estas se deben por trastornos de las relaciones afines que existen entre el folículo dentario y la cresta alveolar durante ñas diversas fases de su crecimiento o evolución. Los cambios de evolución que sufren estas dos estructuras son consecuencia de alteraciones en la formación del tejido óseo lo cual hace desplazar al folículo dentario.

- Obstáculos Mecánicos.- Existen algunos obstáculos mecánicos los cuales pueden interponerse a la erupción de los dientes y de esta manera provocar una inclusión o retención dentaria.

a).- La falta de espacio es a menudo o frecuencia una causa u obstáculo para la erupción de un diente pudiense considerar varias posibilidades, el gérmen del tercer molar inferior se desarrollará entre la pared distal del segundo molar y la rama ascendente del maxilar el espacio existente entre estas dos estructuras no puede hacerse mas-

extenso.

Cuando la calcificación de los dientes se ha completado y existen maxilares de dimensiones reducidas no hay espacio para que los dientes vayan a ocupar su sitio normal en el arco dentario.

b).- Cuando el hueso presenta una condensación tal que el trabajo de erupción no podrá vencerlo y que puede ser enostosis, osteitis condensante u osteoesclerosis, estos procesos originan que a los Rx se vean zonas blanquecinas.

c).- Otra causa mecánica que se opone a la erupción normal puede ser un órgano dentario o bien uno ó mas dientes vecinos entre sí que por haber extraído prematuramente el diente temporal sus coronas se han acercado cerrando el espacio y constituyendo un obstáculo mecánico para la erupción del diente permanente.

b).- Existen patologías que pueden oponerse a una erupción normal teniendo entre estas los dientes supernumerarios tumores odontogénicos (Odontomas), quistes dentígeros que no permiten al diente hacer erupción ya que se encuentran envolviendo a la corona. Un quiste puede incluir o rechazar un diente profundamente cuando lo encuentra en su camino impidiéndole su erupción normal.

- Causas Generales.- Las enfermedades generales que-

se encuentran en relación con las glándulas endocrinas pueden llegar a causar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencias de dientes. Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio también causan retención, una ligera y constante presión muscular que reciben los dientes anteriores y que sea suficiente para torcerlos y la presión transmitida sucesivamente en sentido anteroposterior a cada diente influyen en la erupción del tercer molar.

C A P I T U L O    I I I  
C L A S I F I C A C I O N

Los terceros molares retenidos en el maxilar infe--rior se presentan en distintas posiciones así como variadas-desviaciones. Dar una clasificación sería difícil por lo que se dijo anteriormente, sin embargo podemos presentar una cla-sificación tomando en cuenta la frecuencia con que se presen-tan los casos y también la relación que guarda el segundo mo-lar con la rama ascendente del maxilar, la profundidad del -tercer molar dentro del hueso y la posición del tercer molar en relación con el eje mayor del segundo molar.

Relaciones del segundo molar con la rama ascendente-del maxilar:

a).- Cuando existe espacio suficiente entre la rama-ascendente y la posición y aspecto distal que guarda el se--gundo molar para dar cabida al tercero en todo su diámetro -en sentido mesiodistal ó sea la corona clínica en posición -normal.

b).- Cuando el espacio comprendido entre la rama ---

ascendente y el aspecto distal del segundo molar no es suficiente para dar cabida al tercer molar en sentido mesiodistal.

c).- Cuando toda o la mayor parte del tercer molar se encuentra dentro de la rama ascendente y clínicamente el molar se observa poco o nada.

Profundidad del tercer molar dentro del hueso.

a).- Cuando la porción mas alta del diente impactado o retenido se va a presentar al mismo nivel o bien por encima de la línea oclusal que representa el segundo molar.

b).- Cuando la porción del diente impactado se va a encontrar por abajo de la línea oclusal del segundo molar pero arriba de la línea cervical.

c).- Cuando la pieza impactada se encuentra por abajo de la línea cervical o al mismo nivel del segundo molar de su tercio cervical.

La posición del diente en relación con el eje mayor del segundo molar, de acuerdo a esta relación la posición -- que encontramos en los terceros molares será:

- Posición Mesioangular.
- Posición Horizontal.
- Posición Vertical.

- Posición Distoangular.
- Posición Linguangular y Bucoangular.
- Posición Paranormal.

Con excepción de las dos últimas posiciones las anteriores pueden presentar desviaciones o desplazarse hacia los lados Bucal o lingual a continuación estudiaremos cada una de las posiciones descritas anteriormente.

- Posición Mesioangular.- En esta posición típica -- del tercer molar esta se puede presentar con bloqueo dental y óseo. El eje mayor del segundo y tercer molar se encuentran formando un ángulo agudo abierto hacia abajo y su carmesial se encontrará libre de hueso. El hueso bucal, lingual y oclusal pueden cubrir en parte las caras respectivas pero generalmente las dejan libres, a veces la mucosa se encontrará cubriendo la corona clínica aunque a veces dejará visible las cúspides distales. Radiográficamente no encontraremos espacio interdentario en ocasiones la cara mesial se encontrará cubierta por hueso y por consecuencia ocurrirá lo dicho anteriormente.

Cuando la retención es profunda el hueso oclusal cubre la cara homónima del tercero. Cuando esta posición existe desviación o desplazamiento hacia bucal la corona se encontrará dirigida hacia el lado bucal o vestíbulo, la cara mesial se presenta libre de hueso y el hueso distal se pre-

senta cubriendo el cuello y la cara distal y en ocasiones -- puede prolongarse hasta oclusal. Clínicamente se presenta -- con su cara oclusal libre de mucosa o bien esta se encuentra cubriendo el tercio distal, radiográficamente no podremos ob-- servar la cara oclusal pero encontraremos superposición coro-- naria. En ocasiones el hueso mesial cubrirá la cara homónima del molar y este se presentará con retención ósea y reten-- ción mucosa.

Quando se presenta desviación lingual la cara oclu-- sal se dirige hacia lingual y la cúspide mesiobucal se encon-- trará colocada a nivel del centro de la cara distal del se-- gundo molar, clínicamente se presenta cubierto por mucosa y-- raras ocasiones la cúspide distobucal o parte del ángulo dis-- toclusal pueden emerger en la cavidad bucal. Radiográfica-- mente no se presenta superposición coronaria y la cara oclu-- sal es visible, en ocasiones la cara mesial será inaccesible ya que se encontrará cubierta por hueso presentandose reten-- ciones intraóseas totales y cubiertas clínicamente por muco-- sa.

Posición Horizontal.- El tercer molar se encuentra - situado horizontalmente en el maxilar de tal manera que su - corona se halla muy próxima a la cara distal del segundo mo-- lar y forma con el eje mayor de este un ángulo recto abierto hacia abajo y atras, hay libertad mesial por parte del hueso

sin embargo las retenciones horizontales presentando la cara mesial accesible son poco frecuentes.

Cuando se presenta inaccesible la cara mesial como generalmente sucede en esta posición, dicha cara se encontrará por debajo de la línea cervical del segundo molar presentando sus demás caras cubiertas por hueso presentando retención intraósea total o dejando las cúspides distales al descubierto.

En algunas ocasiones el molar se presentará dirigido hacia bucal y radiográficamente habrá superposición coronaria con la parte distal del segundo molar presentandose la cara mesial por debajo de la línea cervical de los molares, en ocasiones el molar se encontrará colocado más profundamente y la cara distal del tercer molar se encuentra por debajo del plano oclusal y su cara mesial está proxima al nivel o por debajo de los ápices del segundo molar y el tercer molar se puede presentar total o parcialmente por hueso o por tejido blando.

También puede presentarse el molar con desviación hacia lingual pero no es común pudiendo presentar procesos patológicos a nivel del espacio interdentario. El molar puede estar cubierto total o parcialmente por hueso. Estos molares generalmente presentan una combinación de desviaciones y se le denomina desviación bucolingual, presenta generalmente su

angulación propia dirigida hacia al lado bucal pero su cara-oclusal desviada hacia lingual haciendo contacto con el ángulo bucodistal del segundo molar y el tercer molar se encontrará solidamente impactado. Este tipo de desviación combinado es poco frecuente presentando retención intraósea total o parcial y con mucosa.

- Posición Vertical.- Como su nombre lo indica los terceros molares en posición vertical se encuentran en una posición que no presenta mayores dificultades para su tratamiento pues con demasiada frecuencia sus raíces se presentan normales haciendo su tratamiento más fácil. El molar puede encontrarse situado por abajo de la línea cervical del segundo molar, o bien la rama ascendente del maxilar y el segundo molar dejan suficiente espacio y el tercer molar hace erupción dentro del arco dentario y en ocasiones se puede presentar el molar dentro del sitio normal pero el espacio dejado por la rama ascendente y el segundo molar es mayor que el diámetro mesiodistal del tercero.

Como dije al principio estos molares presentan menos dificultad al tratamiento, sin embargo algunos autores mencionan ciertas dificultades ya que según dicen no hay suficiente espacio para introducir un instrumento que permita hacer la extracción en este caso el forceps., sin embargo en el parrafo anterior a este dí a entender que el molar podría

estar en retención ósea profunda total o bien con erupción normal aunque algunas veces la corona se encontrará cubierta por tejido blando, pero no presentará mayor dificultad si se hace una osteotomía adecuada permitiendo vías de acceso.

De esta manera quedan resueltas las dificultades que algunos autores mencionan.

Estos molares pueden presentar desviación bucal pero dejando la cara mesial libre pues el hueso llega al nivel del cuello y el molar puede presentarse total o parcialmente cubierto por mucosa, presentando en ocasiones visibles las cúspides mesiales.

También puede existir desviación lingual en estos molares y en algunas ocasiones presentar algunas variantes como sería una desviación bucolingual y el molar si bien se encuentra en una posición vertical se encontrará dirigido hacia bucal y su cara bucal hacia lingual, clínicamente los molares se presentan totalmente cubiertos por mucosa o la cúspide mesiobucal pudiera presentarse visible.

- Posición Distoangular.- Un molar que presenta esta posición es más difícil de lo que podemos observar radiográficamente, en estos casos la corona del tercer molar se encuentra instalada en una cavidad ósea por detrás del borde anterior de la rama ascendente y la raíz se encuentra muy

cerca de la raíz distal del segundo molar formando en este caso los ejes principales del segundo y tercer molar un ángulo lo águdo abierto hacia arriba y atrás en tanto que la corona como se dijo anteriormente se dirige hacia la rama ascendente, pudiendo presentar el saco folícular normal o patológico y el molar se puede presentar en retención intraósea total.

Quando se presenta una desviación mesiobucal el eje mayor del tercero forma con el eje del segundo un ángulo -- igual al anterior pero además desviado hacia afuera ya que el tercer molar no se desplaza hacia vestibular, sino que sus ápices forman una línea curva que une a los ápices del primero y segundo molar. La desviación lingual presenta el eje mayor desviado hacia el lado mencionado y cara oclusal -- por supuesto hacia la lengua presentando retención intraósea total o parcial y también por mucosa.

- Posición Linguangular y bucoangular.- Estas posiciones no son comunes pero pudieron presentarse.

La primera posición más frecuente que la segunda -- presenta el molar con su eje mayor horizontal pero dirigido de fuera hacia dentro por lo tanto la cara oclusal se presenta dirigida hacia lingual estos molares presentan sus raíces incompletas y radiográficamente se presenta la forma discoide rodeada del saco folícular.

La posición bucoangular presentará la cara oclusal-invertida a la posición anterior dirigiéndose en este caso hacia el vestíbulo y la característica radiográfica de la anterior será idéntica. Estos molares presentan retención-intraósea total por la posición que guardan.

- Posición Paranormal.- Todo tipo de retención de terceros molares podemos encuadrarlos en la clasificación mencionada anteriormente, sin embargo en ocasiones existen piezas en posición que no entran ninguna de las anteriores, se les considera fuera o apartadas de un tipo normal de retención y se le denomina paranormales.

Estos molares se pueden encontrar situados con sus raíces hacia la apofisis coronoides o bien hacia el cóndilo situarse en cualquier sitio del maxilar, cerca del cóndilo, de la apofisis o bien muy cerca del ángulo del maxilar, una característica que presenta todos éstos molares en la posición que se encuentren es que van a presentar procesos patológicos generalmente quistes dentigéros. No se puede establecer un patrón característico de estos molares solo se podrán describir de acuerdo a sus imágenes radiográficos.

Diremos que todas las posiciones estudiadas y descritas anteriormente pueden presentarse aun cuando el segundo molar este ausente o bien todos los dientes de la arcada

si faltase el diente anterior al tercer molar no encontraremos superposición de imagen en la radiografía, haciendo esto difícil de instalarlos en alguna clasificación debido a su desviación pudiéndose hacer una clasificación de tipo -- particular.

Todo tratamiento quirúrgico de tercer molar se encontrará íntimamente relacionado con el segundo el cual puede presentar afecciones patológicas de distinta índole que nos van a indicar su extracción en el mismo tiempo quirúrgico o bien después de haber extraído el impactado nos percatamos que presenta una oatología distal que nos va a indicarlo arriba mencionado, ya que radiográficamente no se pudo precisar. La posición que guarda también la vamos a tomar en cuenta ya que además de ser normal (vertical) puede presentar alguna desviación en sentidos diversos, ya sea que su erupción halla sido anormal o el saco pericoronario del tercero o bien éste, en posición mesioangular u horizontal originan inclinaciones o posiciones anormales del segundo molar, así tenemos que aparte de su posición normal el molar se podrá encontrar desviado hacia mesial, distal, bucal, lingual, o bien puede presentar sobre erupción, presentarse por abajo del plano oclusal del primer molar. La corona puede presentar anomalías en su forma, tamaño y sobre todo modificaciones en su estructura por caries o bien obturacio--

nes como consecuencia de esta ocasionadas por la falta de aseo en la cara distal y atrapamiento de restos alimenticios. Las raices pueden presentar desviaciones y cementosis lo cual no presenta problema en la extracción del tercero, sin embargo la conformación de raices o bien alguna patología que se convierte en problema o riesgo para su integridad. Una raíz cónica presentará riesgo al ocupar como punto de apoyo al segundo molar en la extracción del tercero ya que una presión puede producir luxación y movimiento del segundo molar.

Todo proceso patológico que se determina por medio de los Rx necesitará un estudio a fondo para determinar si dicho molar se retira o se conserva sin embargo un proceso carioso que ha implicado la totalidad de la corona o bien una destrucción o reabsorción de los tejidos dentarios implicará la extracción del segundo molar en el mismo tiempo quirúrgico del primero.

El estudio radiográfico siempre será necesario ya que en el podemos determinar que posición guardan los dientes vecinos y en algunas ocasiones percatarnos de que el segundo molar se encuentra en retención cuando, clínicamente había ausencia del mismo.

El conocimiento de las posiciones que guarda un tercer molar, su clasificación así como su relación con todas-

las estructuras vecinas es de gran importancia en el momento de hacer una intervención, ya que nosotros mismos podemos evaluar las posibilidades de éxito que a su vez repercutirán en beneficio del paciente.

Los terceros molares superiores al igual que los inferiores quedan atrapados por causas diversas, principalmente mecánicas y al igual que las inferiores también los podemos llevar a una clasificación, pero como la frecuencia de inclusión es menor que la de los inferiores solo daremos las posiciones más frecuentes y antes de entrar a la clasificación diremos una característica que acompaña al tercer molar superior en retención y que es: en ocasiones el tercer molar al hacer erupción, la cara oclusal entra en contacto con la mucosa del carillo y al aumentar el trabajo de erupción combinado con la masticación la cara oclusal o bien una de sus cúspides ulcera dicha mucosa la porción ulcerada se encuentra constantemente traumatizada produciendo un dolor intenso, como consecuencia los tejidos blandos vecinos se inflaman trayendo como consecuencia una celulitis de tejidos blandos acompañada de trismus y glanglios infartados. Todos estos procesos traen como consecuencia que la masticación no sea adecuada, de la misma manera una fonación dificultosa. Estos procesos no terminan hasta que es retirado el molar o se lleva a cabo un desgaste de las cúspides desapareciendo así todas las molestias.

La retención del tercer molar superior puede ser -- intraósea y submucosa total y parcial. Las posiciones que guardan los terceros molares en retención es la siguiente:

- Posición Vertical.
- Posición Mesioangular.
- Posición Distoangular.
- Posición Horizontal.
- Posición Paranormal.

- Posición Vertical.- El eje mayor del diente se encuentra paralelo al eje del segundo molar y se va a presentar total o parcialmente cubierto por hueso sin embargo no presenta mayores problemas para su tratamiento.

- Posición Mesioangular.- El eje mayor del tercer molar forma un ángulo abierto hacia arriba con el eje mayor del segundo molar, la cara mesial del tercer molar descansa sobre la raíz distal del segundo y la raíz del tercer molar esta cercana al apófisis pterigoides. La posición que guardan las cúspides del tercer molar sobre la raíz del segundo impiden su erupción normal, en ocasiones el segundo molar se encontrará con proceso carioso ya sea en la cara distal de la raíz o bien en la corona.

- Posición Distoangular.- El eje mayor del tercer molar forma un ángulo abierto hacia abajo en relación con -

el eje mayor del segundo y la cara oclusal del tercer molar podría entrar en contacto con la apófisis pterigoides.

-Posición Horizontal.- El molar se dirige hacia el carrillo y la cara oclusal puede hacer contacto con este; - la cara oclusal se dirige hacia palatino o bien en raras -- ocasiones la cara se dirige hacia mesial o distal, en ocasiones la cara oclusal puede erupcionar en la bóveda palatina.

- Posición Paranormal.- Alguna posición de los molares no la podremos encuadrar en la clasificación dada por - lo tanto la daremos cuando se presente el caso siendo esto - muy raro de presentarse.

Todas las retenciones no importa cual pieza dental sea traerán como consecuencia una serie de accidentes o patologías que es necesario conocerlas para poder evitarlas - mucho antes de que aparezcan, generalmente los problemas se relacionan con la infección del saco folícular. Para que se dé esta infección es necesario que aumente la virulencia microbianas y que disminuyan las defensas del organismo, ade--más que exista una vía de entrada la cual va a ser el traumatismo que causen las cúspides sobre el capuchón del tercer molar y, de la misma manera las cúspides antagónicas o bien una combinación de ambas.

Los accidentes o patologías que causan los terceros

molares retenidos son muy variados, desde un proceso local de poca importancia hasta un proceso gangrenoso de piso de boca. Los accidentes o patologías los podemos clasificar en mucosos nerviosos, celulares, óseos, línfaticos o ganglionares, y tumorales.

- Accidentes Mucosos.- Estos accidentes son los que ocurren en las partes blandas que rodean al tercer molar y que generalmente es la pericoronaritis o pericoronitis.

La pericoronitis es una afección inflamatoria que se presenta alrededor de la corona de un diente el tipo más común de una infección perocoronaria es la que se presenta en la región del tercer molar inferior. El área de un pericoronitis puede presentarse dolorosa, además constantemente traumatizada por la pieza antagonista (roce cúspideo), este tipo de infecciones se presenta con síntomas variados y no es raro que el paciente presente o describa molestias en la región periamigdalina pensando por supuesto en una amigdalitis o bien alguna infección en la garganta. La extensión de estas infecciones puede llegar a afectar planos aponeuróticos y espacios profundos, los procesos inflamatorios suelen ser intensos, se recomienda efectuar una comunicación del proceso inflamatorio para drenar el pus y material séptico, lo cual aliviará el dolor, o bien limpiar la bolsa pericoronaria con solución de peróxido de hidrógeno y efectuar un -

drenamiento mecánico. Cuando los cuadros inflamatorios afectan el estado general del paciente (fiebre, anorexia y trismus) se recomienda la administración de antibióticos así como analgésicos y antiinflamatorios. El tratamiento definitivo se dará después de la valoración del caso, generalmente suele desaparecer cuando se hace la extracción y si esta no está indicada se procede a realizar operculotomía.

En ocasiones el capuchón del tercer molar y su saco folicular suelen ser sitios propicios para el aumento de la virulencia de microorganismos y la creación de condiciones favorables para la instalación de una simbiosis fusoespiral una pericoronaritis combinada con el saco folicular y un aumento de la virulencia pueden ser un punto de iniciación de una gingivitis o gingivoestomatitis.

- Accidentes Nerviosos.- Suelen ser frecuentes este tipo de accidentes causados por retenciones, la presión - - ejercida por el tercer molar en sus diferentes retenciones - produce a veces trastornos nerviosos de toda índole sobre - todo una presión sobre el nervio dentario inferior, generalmente origina algias de variada intensidad, y aún neuralgia del trigémino, sin embargo desaparece cuando se efectúa la extracción.

- Accidentes Celulares.- Generalmente una pericoronitis da complicaciones celulares que suelen ser un poco -

delicadas ya que pueden presentarse los abscesos cuyo desarrollo va acompañado de sustancias purulentas la cual puede llegar hasta el músculo constrictor de la faringe, mucosa-faríngea y amigdalina produciendo absceso del pilar anterior o subamigdalino de intensidad y de gravedad variable. El absceso puede colocarse en el piso de boca dando como resultado un proceso generalmente delicado. Si la infección se coloca en la región maseterina dará como resultado un fleumón maseterino ó absceso que vendrá acompañado de trismus intenso y tumefacción. El tratamiento de estos abscesos generalmente es la incisión y drenaje.

- Accidentes Oseos.- Estas complicaciones son raras generalmente se presentan como consecuencia de pericoronitis, aunque raras, cuando se presentan son delicadas y pueden ser; osteomielitis, osteítis y osteoflemones.

Un tratamiento de osteomielitis y osteítis debe encaminarse a mejorar el estado general del paciente, recuperar energías y disminuir los progresos de la infección, generalmente el tratamiento consiste en la inyección de extractos hepáticos, sulfamidas, antibióticos, vacunas y proteínoterapias acompañadas de vitaminas. Esta medicación será de acuerdo a la gravedad de la infección y del estado general del paciente.

- Accidentes Linfoáticos.- Generalmente un tercer-

molar que presenta pericoronitis desencadenará un padecimiento ganglionar, los ganglios que entran en esta ocasión son los subángulomaxilares y los submaxilares generalmente es una adenitis la cual va a evolucionar paralelamente a la pericoronitis, cuando esta última es tratada, la adenitis mejora y desaparece.

- Accidentes Tumorales. - Los terceros molares pueden llegar a originar tumores odontogénicos del tipo del ameloblastoma, el cual aunque no es común puede llegar a presentarse, con los problemas que ya son conocidos, como son una hemiresección mandibular.

También pueden llegarse a presentar quistes y queraquistes, los cuales pueden infectarse y dar procesos supurativos de gravedad variable.

El tratamiento de los quistes es necesaria para evitar problemas mayores, generalmente se extraen o se desprenden al tiempo de la extracción, sin embargo si esto no sucediera deberá de hacerse un raspado con cucharilla efectuándolo lo más profundo que se pueda y en algunas ocasiones habrá necesidad de extirpar procesos marginales para evitar afecciones más severas.

En pocas palabras estos son los accidentes que causan las retenciones de tercer molar, aunque el tratamiento está dado muy ligeramente y la realidad de éste, muchas veces deberá profundizarse aún más, creí conveniente mencionarlo.

## C A P I T U L O I V

### VALORACION DEL PACIENTE

Este capítulo es de suma importancia ya que contiene las bases que nos darán la pauta a seguir en nuestro tratamiento, un éxito ó fracaso en nuestra vida profesional. Es necesario que el paciente sea tratado como una persona en todos los sentidos y no verlo solamente como aquel que nos ayudará a subsistir económicamente, es necesario que el C.D. sea poseedor ó tenga un alto sentido humanitario y sea un profesional en toda la extensión de la palabra.

Todos los Dentistas debemos ser siempre capaces de tomar decisiones que proporcionen éxito al paciente como a uno mismo. Capáz es aquel Cirujano cuya destreza manual se basa en conocimientos anatómicos y quirúrgicos fundamentales así como en el reconocimiento de estados patológicos más frecuentes. En la Cirugía Bucal podemos decir que diagnóstico solo hay uno; el exacto. Para llegar al éxito en nuestro tratamiento podemos recurrir a varios métodos pero el diagnóstico ya estará dado y como se dijo anteriormente será exacto.

Por todo lo expresado anteriormente es necesario tomar en cuenta en la valoración de un caso tres elementos de suma importancia que repercutirá principalmente en el paciente y por consecuencia en el profesionalista y estos puntos son:

- a)- Historia Clínica.
- b)- Exámenes de Laboratorio.
- c)- Estudios Radiográficos.

a).- Historia Clínica.- Desde hace mucho tiempo el C.D. suele hacer un examen físico sistemático del paciente antes de iniciar su tratamiento lo cual ha llegado a ser una práctica rutinaria. El conocimiento de técnicas de evaluación efectiva nos debe ser de suma importancia ya que ciertas enfermedades graves y aún accidentes menores podrían estar en relación con el anestésico, tratamiento, indicaciones, medicación, etc. dichas complicaciones podrían evitarse si se examina al paciente antes de iniciar cualquier tratamiento o intervención quirúrgica.

El objetivo del Dentista en el examen previo consiste en evaluar la capacidad física y emocional de un paciente para tolerar algún tratamiento específico odontológico.- Desde luego que el fin de la Historia Clínica no será diagnosticar o tratar un problema netamente médico pero si prevenir como se dijo anteriormente algún accidente y de esa manera elegir el procedimiento que mayores ventajas de éxi-

to ofrezcan tanto al paciente como al C.D.

La elaboración de la Historia Clínica es un proceso ordenado y cronológico en el cual se investigan los antecedentes del paciente para obtener datos que permitan al Clínico conocerle mejor. Con mucha frecuencia esta fase de la práctica dental se ha descuidado por el profesionalista.

La historia del paciente se deberá elaborar siguiendo un plan definido y en privado si es posible. El clínico debe motivar al paciente para que éste pueda establecer comunicación, es su responsabilidad y su oportunidad de crear un ambiente en el que el paciente pueda enfocar sus problemas con facilidad y sin temor.

Puede establecer la comunicación con la pregunta habitual empleada como se dice "para romper el hielo" aunque la entrevista deberá ser controlada pidiendo oportunamente al paciente que se dirija al problema real. El primer paso para la elaboración de una Historia Clínica es el registro del apellido del paciente, así como su edad, sexo, raza, estado civil, nacionalidad y ocupación. En seguida se comienza a indagar acerca del padecimiento principal del paciente, o sea el síntoma o síntomas que motivan la consulta. La naturaleza, aparición y duración de este desorden siempre deberán registrarse ya que el padecimiento principal es el que siempre lo lleva al dentista.

Con mucho tacto el profesionalista deberá entablar -- una relación a través de preguntas de tipo neutral encami-- nándolos para hacerlos posteriormente más directas.

La recopilación de una Historia Dental nos propor-- cionará datos de suma importancia en cuanto a reacciones an-- teriores del paciente con respecto a procedimientos bucales El conocimiento de estas reacciones nos dará una pauta a se-- guir en tratamientos mediatos ó inmediatos.

Como no hay una regla que nos indique que tan minu-- cioso deberá ser el exámen por lo general podemos decir que la Historia Clínica será la clave para elaborar un diagnós-- tico.

El registro del exámen para Cirugía Bucal no define de cualquier otro registro empleado para señalar con preci-- ción los tratamientos a seguir o bien los tratamientos reco-- mendados.

Es preferible tener un cuestionario impreso que el-- paciente mismo pueda llenar, que nos pueda dar una idea del estado de salud y de las condiciones en que se encuentra, - no olvidando que el Clínico también deberá elaborar una His-- toria Clínica. A continuación daré una idea de como podría-- ser el cuestionario para la Historia Clínica, así como su - interpretación a las respuestas.

GUIA PARA LA HISTORIA MEDICA DENTAL

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Edo.Civil \_\_\_\_\_

Indicaciones

Si su respuesta a la pregunta es AFIRMATIVA, ponga un círculo alrededor de la palabra "SI".

Si su respuesta a la pregunta es NEGATIVA, ponga un círculo alrededor de la palabra "NO".

Conteste todas las preguntas y llene los espacios en blanco cuando se le indique.

Las respuestas a estas preguntas son para nuestros archivos únicamente y se consideran confidenciales.

HISTORIA DENTAL

Nombre del Dentista Anterior \_\_\_\_\_  
 Dirección. \_\_\_\_\_

- 1.- ¿ Ha padecido Ud. algún trastorno relacionado con un tratamiento dental anterior..... SI NO
- 2.- ¿ Le duele a Ud. algún diente?.....SI NO
- 3.- ¿ Se le acumulan alimentos entre los dientes?.....SI NO

- 4.- ¿ Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes?SI NO
- 5.- ¿ Le rechinan los dientes durante la noche?.....SI NO
- 6.- ¿ Tiene dolor de oídos o cerca de ellos?.....SI NO
- 7.- ¿ Le han hecho alguna vez tratamiento periodontal?....SI NO
- 8.- ¿ Le han proporcionado alguna vez instrucciones para -  
el cuidado adecuado de sus dientes en casa.....SI NO
- 9.- ¿ Tiene Ud. alguna llaga o tumor en la boca.....SI NO
- 10.- ¿ Desea Ud. conservar sus dientes?.....SI NO

#### HISTORIA GENERAL DE SALUD

- 1.- ¿ Su salud es buena?.....SI NO
- 2.- ¿ Se encuentra Ud. bajo el cuidado de un médico?.....SI NO
- a) Si contesto afirmativamente, ¿cuál es el padeci  
miento que le estan tratando?.....SI NO
- 3.- El nombre y la dirección de mi médico son \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4.- ¿ Ha padecido Ud. alguna enfermedad grave o se ha some  
tido a una intervención quirúrgica de importancia?..SI NO
- a) Si contesto afirmativamente, ¿que padecimiento-  
u operación fué?.....
- 5.- ¿ Ha experimentado Ud. sangrado excesivo alguna vez de  
heridas o extracciones?..... SI NO
- 6.- Diga si ha padecido o padece alguno de los trastornos  
o enfermedades siguientes:
- a).- Asma.....SI NO

- b).- Fiebre Reumática.....SI NO  
 c).- Tuberculosis.....SI NO  
 d).- Lesiones cardiacas congénitas.....SI NO  
 e).- ¿Siente dolor en el pecho con algún esfuerzo?SI NO  
 f).- ¿Le falta aire después de ejercicio leve?....SI NO  
 g).- Alergias.....SI NO  
 h).- Desmayos o Convulsiones.....SI NO  
 i).- Diabetes.....SI NO

- Tienen necesidad de orinar más de seis veces al día.....SI NO

- Tiene sed la mayor parte del tiempo.....SI NO

- Se le seca la boca frecuentemente.....SI NO

j).- Enfermedad del hígado (hepatitis e ictericia)SI NO

k).- Úlcera Gástrica.....SI NO

l).- Tiene usted tos persistente o espectorada.....  
 sangre al toser.....SI NO

m).- Se le hinchan los tobillos.....SI NO

n).- Enfermedades venéreas.....SI NO

o).- Otras. \_\_\_\_\_

7.- Ha tenido hemorragias excesivas o anormales, después de extracciones, cirugías o traumatismos.....SI NO

a).- Se le hacen cardenales facilmente.....SI NO

8.- Padece usted algún trastorno de la sangre como anemiasSI NO

9.- Ha sido sometido a tratamientos con rayos X.....SI NO

10.- Está usted tomando alguno de los siguientes productos:

- a).- Antibióticos o Sulfas.....SI NO
- b).- Anticoagulantes.....SI NO
- c).- Cortisona o Esteroides.....SI NO
- d).- Tranquilizantes.....SI NO
- e).- Aspirina.....SI NO
- f).- Insulina, Tolbutamida o productos parecidos..SI NO
- g).- Nitroglicerina.....SI NO
- h).- Otros \_\_\_\_\_

11.- Es alérgico o reacciona desfavorablemente a los fármacos siguientes:

- a).- Anéstesicos Locales.....SI NO
- b).- Penicilina.....SI NO
- c).- Sulfas.....SI NO
- d).- Barbitúricos.....SI NO
- e).- Aspirina, Sedantes o pastillas para dormir...SI NO
- f).- Otros (mencionelos). \_\_\_\_\_

12.- Padece usted alguna enfermedad o trastorno no mencionado antes y que cree sea importante conocer.....SI NO  
Si contestó afirmativamente a esta pregunta favor de-  
mencionar el padecimiento. \_\_\_\_\_

#### MUJERES

13.- Está usted embarazada.....SI NO

14.- Tiene usted problemas con su ciclo (regla).....SI NO

Observaciones.

A continuación daré una serie de respuestas a las preguntas de la historia clínica.

- 1.- Una respuesta afirmativa a esta pregunta nos revelará datos de importancia para planear nuestro tratamiento. Las respuestas pueden indicar que existe una tendencia a hemorragias excesivas después de extracciones, reacciones atípicas a los anéستesicos locales, reacción a las torundas de algodón, sensibilidad al mercurio y a sus derivados o cualquier reacción desfavorable.
- 2.- La respuesta afirmativa a esta pregunta obliga al dentista a investigar el sitio, duración, intensidad y tipo de dolor. Además debe intentar determinar la causa mediante el interrogatorio. ¿El dolor es constante? ¿Que le provoca el dolor? ¿Se debe al calor, frío, presión o duele -- sin motivo #.

La sensibilidad al frío puede ser por una restauración - recién colocada o indicar una hiperemia pulpar, con la - posibilidad de que el proceso sea reversible.

El dolor al calor suele indicar proceso pulpar irreversible, la sensibilidad a la presión indicada que está afec

tada la membrana periodontal debido a traumatismo o inflamación periapical.

- 3.- La respuesta afirmativa indica existencia de caries, puntos de contacto interdentarios abiertos, pérdida de tejido interseptal o formación de bolsas parodontales y debe conducir al dentista a realizar una investigación minuciosa de la historia dental del paciente.
- 4.- La respuesta afirmativa requiere que el dentista averigüe si la salida de sangre es espontánea o provocada por el cepillo dental. Si se presenta espontáneamente investigaremos si existe una discrasia sanguínea. El sangrado después del cepillado indica enfermedad periodontal.
- 5.- Este fenómeno puede ser la causa de traumatismo oclusal e indica la necesidad de realizar una investigación minuciosa de los antecedentes del paciente, tanto fisiológicos como psicológicos.
- 6.- La cercanía de la articulación temporomandibular al oído puede ser el motivo de que un dolor en la articulación se atribuya a un trastorno del oído.
- 7.- Una respuesta afirmativa puede proporcionar datos importantes. ¿Que se realizó? ¿Cuanto duraron los tratamientos?.
- 8.- La respuesta afirmativa nos revelará factores importantes como consejos dietéticos, cepillado correcto, estimulación interdentaria y revisiones periódicas. El estado-

de la boca en este momento nos indica la atención que el paciente ha prestado a las instrucciones dentales que le fueron dadas.

- 9.- La respuesta afirmativa nos obliga a obtener una historia detallada y a realizar un exámen minucioso. Es de suma importancia conocer el tamaño, posición y frecuencia de estas lesiones; las lesiones de origen herpético causan considerables molestias y tienden a recurrir.

Pueden mencionarse otros trastornos como orificios, fístulas, hinchazón de los tejidos periodontales, ganglios-linfáticos y glándulas salivales, aumentadas de volumen por la oclusión de sus orificios. Otras lesiones incluyen las cortaduras producidas por las aristas de las dentaduras, las úlseras causadas por la aplicación tópica de aspirina, mucoseles o ránulas.

- 10.- Mediante esta pregunta nos enteramos de lo que espera el paciente del tratamiento dental. El plan del tratamiento y su proyección hacia un resultado positivo dependerá de la respuesta del paciente a esta pregunta.

Respuestas a la Historia General de Salud.

1. La contestación a esta pregunta nos ayudará a establecer una base de comprensión entre el paciente y el dentista.
- 2.- Las relaciones entre el tratamiento médico y el ejerci--

cio de la odontología son importantes por varios motivos. Por sus conocimientos en esta área el dentista puede modificar su diagnóstico y el plan de tratamiento. Es indispensable que el dentista posea conocimientos básicos acerca de los padecimientos generales y los métodos para tratarlos.

a).- Si contestó afirmativamente cual es el padecimiento que se le está tratando.

Los pacientes que han recibido atención médica durante el año anterior o previos a la consulta dental deben ser interrogados acerca del motivo de la consulta médica. El paciente que tiene la costumbre de ver a su médico cada año para hacerse examinar, revela una preocupación por propio bienestar.

- 3.- Es muy importante la respuesta a esta pregunta ya que muchos pacientes con problemas médicos requieren autorización de su médico antes de someterse a un tratamiento dental.
- 4.- Una enfermedad grave es aquella que requiere hospitalización del paciente por mas de 7 días, o que pone en peligro su vida. El motivo de esta pregunta es descubrir incidentes en la historia médica del paciente que pudieron haber afectado su salud permanentemente. La falta de buena salud nos obliga a tomar precauciones durante los procedimientos dentales. Algunos de los pa

decimientos descritos por el paciente pueden ser de tipo crónico o recurrente.

5.- Ver respuesta de la pregunta siete.

6.- a).- Los individuos que manifiestan antecedentes asmáticos pueden ser sensibles a la aspirina y sufrir reacción asmática grave después de su administración. Si el asma parece desencadenarse con alérgenos bacteriales deben eliminarse todos los focos de infección periapicales y periodontales.

b).- Nunca debe menospreciarse una historia de fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática. Las medidas de precaución especiales que deben tomarse están indicadas cuando se intenta realizar un procedimiento que pueda provocar hemorragia lo que sucede al realizar extracciones y cuando se raspan o se limpian los dientes. Muchos dentistas no comprenden los peligros de la endocarditis bacteriana subaguda, ya que en la mayoría de los casos la enfermedad no se presenta sino hasta dos o más semanas después de la aparición de la bacteremia. La relación entre endocarditis y un procedimiento dental puede ser muy remota, aunque en muchos casos es -- preocupación inmediata para el dentista. En estos casos es importante establecer una estrecha comunicación con el médico del paciente.

c).- Si existen antecedentes de tuberculosis debe tam-

bién haber antecedentes de revisión semianual. Cuando no hay indicios de esta vigilancia, el dentista está autorizado a posponer el tratamiento hasta comprobar, mediante radiografías y pruebas de laboratorio que la enfermedad se encuentra en período inactivo.

d).- Actualmente los ataques cardiacos o infartos al miocardio son tratados con anticoagulantes, estos medicamentos que se toman por vía bucal disminuyen la producción de protrombina. Actualmente la mayoría de los cardiólogos opina que, cuando se vaya a efectuar cirugía dental en pacientes tratados con anticoagulantes, es preferible reducir la dosis y no suprimir el medicamento. En estos casos es de suma importancia tener una relación estrecha con el médico del paciente. De la misma manera cuando existan antecedentes de embolia y de hemiplejía.

Una historia de soplo cardiaco es de importancia, ya que es necesario determinar si se trata de un soplo orgánico o funcional, el soplo cardiaco funcional no requiere premedicación, sin embargo soplo orgánico, requerirá premedicación ya que se debe a un defecto del endocardio que predispone al individuo a la endocarditis bacteriana subaguda.

e).- La causa de estos dolores puede ser una irrigación sanguínea deficiente del miocardio. Si la respuesta es-

positiva y el paciente no ha consultado a su médico es necesario indicarle al paciente que lo haga sin demora. Algunos pacientes toman nitroglicerina para el alivio de dolores en el pecho, la administración de nitrito de amilo por vía sublingual antes de un tratamiento dental evitará un ataque de angina.

f).- Cuando el paciente revela este tipo de trastornos puede ser por diversas causas y quizá la más importante puede ser la insuficiencia cardiaca. Algunas personas obesas con corazones normales pueden presentar disnea después de ejercicios leves.

g).- Puede presentarse una historia de reacciones a medicina, polen, caspa animal, polvo o cualquier otro material alergénico. Si hay historia de alergia deberá obtenerse mayor información antes de iniciar un tratamiento dental.

h).- El objeto de esta pregunta es descubrir en el paciente una predisposición a los síncope después de la administración de anestésicos locales en la boca. Los individuos que padecen convulsiones o epilepsia deben ser identificados con el objeto de proporcionarles cuidados especiales durante las consultas dentales. Es factible que un paciente epiléptico presenta una crisis al estar sometido a tensión adicional producida por la vi-

sita al dentista pudiendo ocurrir a pesar de estar recibiendo medicamentos diariamente. Es necesario que el dentista sepa el efecto del dilantin sódico o dilatina sobre la encía y reconocer la causa de la hiperplasia gingival y tomar las medidas necesarias para aliviarla.

i).- La diabetes mellitus se presenta en dos formas juvenil y adulta siendo más fácil controlar la diabetes adulta. La diabetes juvenil presenta fluctuaciones en niveles de glucosa sanguínea acarreado frecuentes choques insulínicos.

Un diabético es más susceptible a las infecciones que un no diabético. Si un diabético recibe sus dosis diarias de insulina, si hay infección es posible que presente un coma diabético. La elaboración del horario de un diabético para sus visitas deberá ser considerado seriamente, siendo mejor citarlos inmediatamente después de comer salvo en casos donde se indique anestesia general.

Un aumento en la frecuencia de orina suele ser provocado por una enfermedad funcional, trastorno renal, hipertrofia prostática o diabetes. Cuando aumenta la frecuencia de micción en la diabetes se denomina poliuria y es un síntoma característico del padecimiento.

La polidipsia síntoma de la diabetes y cuando se presen

sita al dentista pudiendo ocurrir a pesar de estar recibiendo medicamentos diariamente. Es necesario que el dentista sepa el efecto del dilantin sódico o dilatina sobre la encía y reconocer la causa de la hiperplasia gingival y tomar las medidas necesarias para aliviarla.

i).- La diabetes mellitus se presenta en dos formas juvenil y adulta siendo más fácil controlar la diabetes adulta. La diabetes juvenil presenta fluctuaciones en niveles de glucosa sanguínea acarreado frecuentes choques insulínicos.

Un diabético es más susceptible a las infecciones que un no diabético. Si un diabético recibe sus dosis diarias de insulina, si hay infección es posible que presente un coma diabético. La elaboración del horario de un diabético para sus visitas deberá ser considerado seriamente, siendo mejor citarlos inmediatamente después de comer salvo en casos donde se indique anestesia general.

Un aumento en la frecuencia de orina suele ser provocado por una enfermedad funcional, trastorno renal, hipertrofia prostática o diabetes. Cuando aumenta la frecuencia de micción en la diabetes se denomina poliuria y es un síntoma característico del padecimiento.

La polidipsia síntoma de la diabetes y cuando se presen

ta junto con la poliuria indica que puede existir un estado diabético si el paciente indica pérdida de peso --- asociada a un aumento de apetito y un retraso en la cicatrización de heridas, no se debe descartar de que padezca diabetes. Al tratar un diabético diagnosticado se deberá asegurar que este esté debidamente controlado.

j).- Las enfermedades hepáticas son de importancia para el dentista ya que en algunas formas del padecimiento, - acompañadas por ictericia grave, pueden presentarse ya sea una hemorragia espontánea en cavidad bucal o hemorragia abundante después de procedimientos quirúrgicos - en estos casos es indispensable el consejo de un médico competente.

Hay dos tipos de hepatitis que debemos tomar en cuenta: hepatitis infecciosa y hepatitis por inoculación o por suero. La infecciosa es preocupación por el contagio, - la hepatitis por suero es una enfermedad viral causada por el virus SH o B, se presenta después de transfusiones sanguíneas, tratamiento con plasma por vía intravenosa o penetración de virus por piel.

La ictericia es un síntoma causado por el exceso de pigmentos biliares en el torrente sanguíneo todo paciente-ictérico deberá ser examinado por su médico antes de someterse al tratamiento dental.

k).- La respuesta afirmativa puede o no alterar el tratamiento dental. El uso de medicamentos empleados para el tratamiento de úlcera puede provocar sequedad general en la boca.

l).- Si hay indicios de tos persistente o expectoración sanguinolenta el dentista debe obligar al paciente a solicitar atención médica antes del tratamiento dental. - En el fumador la tos se puede comparar con irritación normal, pudiendo indicar la presencia de un proceso maligno, enfisema pulmonar o tuberculosis, la tos también se presenta en pacientes con trastornos cardíacos.

m).- En algunos casos la descompensación aortica va - - acompañada por edema, los trastornos renales crónicos - también pueden ser otra causa. La combinación de las -- respuestas 6 e y 6 m, motivarán al dentista a solicitar una consulta médica para su paciente para determinar si hay insuficiencia cardíaca.

n).- Los antecedentes de enfermedades venéreas se descubren fácilmente con el cuestionario que mediante el interrogatorio, una historia positiva puede ser valiosa - si los hallazgos clínicos indican existencia de artritis gonocócica de la articulación temporomandibular o la presencia de lesiones de sífilis secundaria o terciaria (goma) en la boca. La historia de enfermedad vené--

rea trae la posibilidad de reinfección aunque la enfermedad haya sido tratada anteriormente.

- 7.- Esta pregunta se hace con el objeto de descubrir la existencia de trastornos hemorrágicos o sus antecedentes, la hemorragia excesiva necesita la recopilación de una historia clínica detallada y minuciosa y solicitar pruebas de laboratorio apropiadas para determinar si existe enfermedad hemorrágica. En algunas ocasiones suele presentarse hemorragia excesiva aún cuando las pruebas de laboratorio resulten dentro de los límites normales, algunas veces se observará hemorragia después de un tratamiento con corticoesteroides o salicilatos.

La respuesta al inciso a) de una manera positiva será el indicio de púrpura, una enfermedad caracterizada por la extravasación de sangre bajo la piel o de las mucosas.

- 8.- La reducción de la cantidad normal de hemoglobina circulante está relacionada con la anemia que puede ser causada por pérdida de sangre, reducción en la producción normal de eritrocitos o aumento en la destrucción de los mismos. La anemia provocada por una pérdida rápida de sangre suele descubrirse desde el principio, sin embargo las anemias crónicas suelen pasar inadvertidas durante más tiempo.

- 9.- Si en la historia del paciente aparecen antecedentes de extirpación quirúrgica de tumor o excrecencias, el exámen clínico debe incluir el exámen minucioso de los ganglios-linfáticos regionales. Se tendrá mucho cuidado cuando --- exista la posibilidad de metástasis, recurrencia o ambas, en el sitio primitivo de la lesión. Un tratamiento anterior, a base de radiación en la cavidad bucal y áreas circundantes, puede originar problemas en el tratamiento dental y más cuando el tratamiento dental sea la cirugía bucal.
- 10.- a).- Los antibióticos se utilizan para el tratamiento de diversos procesos infecciosos. Desde el punto de vista dental un proceso infeccioso de importancia, es uno de -- larga duración empleado en la endocarditis bacteriana subaguda, causada por un ataque de fiebre reumática. Se presentan casos de inhibición temporal de granulocitos provocada por algunos medicamentos como las sulfas.
- b).- Vease respuesta 6 b.
- c).- Debe vigilarse a los pacientes sujetos a tratamiento con corticoesteroides, pues existe la posibilidad de que los signos de infección pasen inadvertidos, aumentando -- así la diseminación de las infecciones, siendo necesario como en otros casos que el dentista deberá de ponerse en contacto con el médico del paciente.

- d).- Es importante conocer el motivo del uso de tranquilizantes y esto solo se podra obtener directamente del médico del paciente. Un paciente sujeto a este tipo de tratamiento será susceptible a reacciones alérgicas, pudiendo manifestarse en forma de ampollas sobre los labios, lengua y mucosa bucal, acompañada a veces por otros síntomas como prurito y ardor.
- e).- Es necesario conocer la dosificación y motivo de este tratamiento, la aspirina provoca varias reacciones indeseables como urticaria, edema y en algunos casos hipoprotrombinemia la cual se presenta uno o dos días después de ingerir el medicamento, persistiendo de cinco a siete días.
- f).- La respuesta positiva a esta pregunta nos obliga a consultar con el médico del paciente y verificar si la diabetes se encuentra controlada. Vease 6 i.
- g).- Vease la respuesta 6 e.
- 11.- a).- Una de las reacciones desfavorables causadas por la administración de anestésicos locales son desmayos y síncope leves, siendo estas reacciones mas de tipo psicológico que alérgico. No podemos descartar la posibilidad de reacciones desfavorables de tipo alérgico, pero el dentista deberá de tener la capacidad de poder determinar si --

una reacción adversa anterior fue de carácter psicológico o fisiológico, para poder determinar el tratamiento a seguir. Las reacciones psicológicas pueden evitarse si el dentista tiene un comportamiento tranquilizante ante el paciente o bien la administración de un agente sedante antes de la consulta o ambos.

b).- La capacidad de las penicilinas para provocar reacciones alérgicas es bien conocida, las reacciones pueden variar desde simples erupciones cutáneas hasta choque anafiláctico mortal. La penicilina se deberá de evitar cuando existan estos antecedentes, sin importar la severidad de las infecciones.

c).- Las sulfas provocan una gama amplia de reacciones -- desfavorables, alérgicas y tóxicas. Son sustancias útiles en el tratamiento de padecimientos de las vías urinarias y el tracto urinario, se pueden combinar con antibióticos y tratar cierto tipo de infecciones.

d).- La sensibilidad al uso de los barbitúricos no presenta mayores problemas ya que se puede emplear otro tipo de sedantes, pero si es importante conocer el motivo de la administración de la droga.

e).- Ver respuesta a la pregunta 10 e y 11 d.

12.- La respuesta a esta pregunta puede ser amplia pero es ne-

cesario conocerla si no la hemos mencionado antes en nue  
tra Historia Clínica.

13.- Es necesario conocer si la paciente se encuentra embaraza  
da y saber reconocer los cambios gingivales propios del -  
embarazo y que generalmente se denomina gingivitis del --  
embarazo. Es importante que al paciente no se le exponga-  
a los RX o bien sea sometida a procesos dolorosos durante  
el primer trimestre del embarazo. La mayor parte de los -  
tratamientos dentales no llegan a provocar trastornos o -  
bien tensiones para provocar estos, sin embargo el primer  
trimestre es cuando suele suceder un aborto. Si un pacient  
e es expuesto a los RX en muchos casos podrá atribuir al  
guna anomalia congénita del producto a tal exposición.

14.- Las manifestaciones bucales mas frecuentes en la menstrua  
ción son:

- Inflamación de la encía marginal.
- Ulceras aftosas o herpes labial.
- Hiperemias en el periodonto o la pulpa.
- Aumento del tiempo de la coagulación de la sangre.
- Alteración de las glándulas salivales.
- Odontalgia periodontica u odontalgia menstrual.
- Ronquera, provocada por la incapacidad de los tejidos -  
para fijar agua.

b).- EXAMENES DE LABORATORIO.- Para establecer un -- diagnóstico y plan de tratamiento se requiere muchas veces - de pruebas de laboratorio, las cuales pueden servir para; es tablecer un diagnóstico con presición, o bien elegir el tra- tamiento más eficaz. La orden de un exámen de laboratorio se rá determinada en base a la Historia Clínica del paciente, - pues es en esta donde el Dentista se dará cuenta de la nece- sidad de estos. Se les denomina de laboratorio ya que requie- ren personal y equipo especializado, lo cual generalmente no se tiene en el consultorio dental. Los datos de laboratorio- que el Dentista suele solicitar son:

- Exámenes de Tejidos.
- Biometría Hemática.
- Pruebas de coagulación sanguínea.
- Sedimentación de eritrocitos.
- Análisis de Orina.
- Cultivo bacteriológico.
- Química sanguínea.

- Exámenes de Tejidos.- Generalmente estos exámenes- se realizan después de una biopsia, consta de interpretación microscópica y macroscópica. Es necesario que llevemos a ca- bo los exámenes de tejidos en toda lesión de cavidad bucal - que manifieste dureza, ulceración, tejido granulomatoso y -- que carezca de sensibilidad o bien que tarde demasiado tiem- po en sanar.

- Biometría Hemática.- Esta arrojará datos importantes y es una consideración al tratar de descartar ciertas enfermedades generales que pueden causar lesiones bucales. El dentista deberá conocer los valores normales, de la misma manera las variaciones patológicas de las enfermedades más comunes. La Biometría incluye recuento total de eritrocitos y leucocitos X cm<sup>3</sup>. así como evaluación de hemoglobina.

- Pruebas de Coagulación Sanguínea.- Es otra prueba hemática, con frecuencia se solicitan tiempo de sangrado y coagulación, la retracción del coagulo, cuenta de plaquetas, tiempo de protrombina plasmática, estas son algunas pruebas de laboratorio adicionales que pueden ser solicitadas.

- Sedimentación de eritrocitos.- Para determinar esta prueba la sangre se coloca en un tubo de vidrio, en X tiempo se asientan los hematíes y en la parte superior queda el plasma transparente. La magnitud de la sedimentación y el tiempo necesario es el índice de sedimentación, el cual es un indicador general de enfermedad y a la vez un método para vigilar el progreso de la misma. La prueba en si es inespecífica pero el índice de sedimentación aumenta cuando existe inflamación, degeneración tisular, supuración y necrosis.

- Análisis de Orina.- Un exámen de orina se hará en algunas ocasiones y generalmente la orina empleada para el exámen deberá ser la primera al despertar y en ayunas. Se de

terminará color y claridad, el P.H., gravedad específica, albumina y azúcar. El exámen microscópico determinará la pre--sencia de algún sedimento tal como cilindros, (cilindruria)-células y algunos microorganismos. La presencia en la orina-de albomina y azúcar son datos importantes que sugieren en--fermedad renal o diabetes; un exámen de orina indicará la ne--cesidad de evaluación y consultas adicionales.

- Cultivo Bacteriológico.- El Dentista utiliza este-servicio para la identificación de microorganismos causantes de una infección. Para el cultivo bacteriológico se envía un frotis o bien un hisopo impregnado del material de una le--sión, se pide identificación de microorganismos y un antibiograma; si se identifica un microorganismo específico se pue-de anticipar una reacción clínica, el antibiograma nos faci-litará la elección de un antibiótico adecuado, así como su -dosificación y duración.

Un cultivo de sangre es necesario ya que en muchos -casos nos servirá para descubrir la presencia de bacteremias fiebre tifoidea y una posible endocarditis bacteriana.

- Química Sanguínea.- Para fines quirúrgicos se po--drá prescindir de algunos de los exámenes antes mencionados-pero nunca del exámen de sangre, la sangre es el elemento --más importante en nuestra economía corporal y cualquier al-teración de esta nos revelará un estado de enfermedad facil-

mente identificable, por las modificaciones en su estructura o fórmula hemática, si éstas se encontraran alteradas nos impedirían efectuar una intervención adecuada y si no se lleva a sus niveles normales tendríamos problemas transoperatorios

El análisis químico de la sangre, tejidos y líquidos corporales es en la actualidad una práctica médica de buen -indicio profesional. Hay varios métodos de evaluación, volu-métrico, gasométrico, colorimétrico, y determinaciones visuales para establecer los valores del paciente.

La glucosa en sangre es un método colorimétrico que -sirve generalmente para prueba de diabetes. Los niveles nor-males de glucosa son de 80 a 120 mg/100 ml., este nivel se -ve aumentado en diabetes sacarina, acromegalia, tumores adre-nales, anoxia, lesiones cerebrales y disfunciones hepáticas.

En caso contrario o sea cuando se encuentra por abajo de los niveles normales podría ser por las siguientes --causas: hipotiroidismo e hipopituitarismo, si los niveles -de glucosa se encuentran fuera de los límites normales debe-rá pedirse una prueba de tolerancia a la glucosa. El cal--cio en sangre en sus niveles normales es de 9 a 11.5 mg/100 ml., y se eleva en actividad osteoclástica excesiva como hi--perparatiroidismo e hipervitaminosis D. estos niveles disminuyen en hipoparatinoidismo y deficiencia de vitamina D.

Es pues de suma importancia realizar exámenes de ti

po sanguíneo para evitar cualquier anomalía, tanto transoperaria como postoperatoria.

Todos los procedimientos antes mencionados están al alcance de cualquier dentista sin embargo algunas de estas pruebas no estarán al alcance económico de algunos pacientes ya que son costosas y además restan tiempo, el cual podría empeorar el estado de salud del paciente. Recordemos que siempre se hace el exámen directo del paciente y una prueba de laboratorio solo se hace en pocas ocasiones cuando así lo considera el cirujano dentista.

c).- ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.- En el maxilar y la mandíbula existen cavidades, huesos, orificios, conductos y regiones que se traducen radiográficamente por imágenes radioopacas o radiolúcidas. Las regiones anatómicas normales son individualizables desde el punto de vista radiográfico, presenta imágenes constantes, de intensidad forma y relaciones semejantes las transformaciones que la patología imprima sobre los huesos del maxilar superior o inferior originan también imágenes que adquieren distinta forma e intensidad.

El exámen del hueso normal y sus estructuras nos darán el conocimiento de la arquitectura radiológica de estos huesos y lo será de utilidad para el diagnóstico diferencial

con el hueso patológico, ya que sin un profundo conocimiento de las estructuras anatómicas normales de los maxilares y su representación radiológica, el diagnóstico solo resultaría - una adivinanza.

Estudiaremos primero las regiones normales correspondientes a los terceros molares tanto superior como inferior.

- Región de Tercer Molar Inferior.- El exámen radiográfico nos proporcionará un conjunto de detalles de gran -- utilidad desde el punto de vista anatómico y quirúrgico. Poo demos observar el tercer molar completamente erupcionado y - en relación con el segundo molar, con la rama ascendente del maxilar, y con el conducto dental inferior el cual se identifica con los dos trazos paralelos que corren por debajo de los ápices de los molares, estos trazos que están dados por la cortical del conducto encierran una zona radiolúcida que es la traducción de la luz del conducto.

El molar puede presentarse erupcionado o retenido en las diferentes posiciones ya dadas y es posible observar el saco pericoronario, elementos patológicos en la región distal del molar. Podemos individualizar los distintos elementos anatómicos del tercer molar y son: cresta temporal línea milohioidea, hueso pericoronario que tomará el nombre de mesial, distal, bucal, lingual y oclusal el cual rodea total - o parcialmente al molar. Todos estos elementos no son siem--

pre bien identificables y diferenciables ya que se superponen entre sí, están cubiertos por la imagen dentaria o realmente son poco visibles.

- Región del Tercer Molar Superior.- Debemos considerar en la anatomía radiográfica de este diente, la tuberosidad del maxilar y la relación del tercer molar con los demás dientes vecinos y con el seno del maxilar. Por detrás del tercer molar podemos observar en la radiografía la zona esponjosa que corresponde a la tuberosidad del maxilar y su límite el cual está perfectamente señalado en la radiografía. Puede superponerse a la imagen de la tuberosidad la imagen de la apofisis coronoides, teniendo el paciente la boca abierta la imagen de la apofisis coincide con la tuberosidad y con el tercer molar. El molar puede presentarse normal o retenido y en ocasiones presentar un quiste, por detrás de la tuberosidad del maxilar puede ser visible el gancho del ala interna de la apofisis pterigoides.

Una radiografía clara y reciente del diente o la zona a intervenirse, no deberá hacerse o intentar hacer una cirugía sin que exista una radiografía, el tiempo que perdemos en obtener una buena radiografía paradójicamente es tiempo que vale la pena perder, resultando una inversión buena para el paciente y seguridad y eficiencia para el dentista, el cual deberá creer firmemente que su trabajo deberá estar ba-

sado invariablemente en una radiografía y ha de convencer a sus pacientes que esta es indispensable. Si un paciente llegará a sorprenderse en desperdiciar una radiografía en un -- diente que va a ser extraído el dentista debe de negarse a - efectuar una intervención mucho más tratándose de terceros - molares impactados.

El operar con una buena radiografía nos proporcionará: buena imagen del tamaño de la pieza a tratar, forma y -- curvatura de raíces, densidad ósea, procesos patológicos --- -quistes, tumores, fracturas inadvertidas, etc.-, y además - verificar el diagnóstico clínico de la afección. Debemos asegurarnos de que el objeto de nuestra cirugía en este caso el tercer molar quede al centro de la radiografía evitando así - que nos veamos obligados a adivinar sin precisión zonas adyagcentes de importancia.

La radiografía es quizá el elemento más importante - en una cirugía, en ella podemos obtener cualquier vista del -- área facial ó bien en este caso del área del tercer molar y - nosotros deberemos de ser capaces de interpretar cualquier - anomalía presentada en la radiografía. La radiografía para - efectuar una cirugía no difiere de ninguna otra pues generallmente usamos la radiografía periapical la cual es muy precissa para hacer un diagnóstico relacionado con las estructuras dentales y óseas.

Uno de los elementos más importantes en la interpretación radiográfica es conocer lo normal y en un momento dado poder trasladar estos conocimientos a la radiografía y reproducirlos. Cuando existan anomalías que descarten la normalidad de la zona, serán fácilmente identificables e interpretadas pudiendo presentarse entre estas anomalías: fracturas de dientes, fractura de raíz, lesión periapical, caries etc.

Todo tratamiento quirúrgico debe ir precedido siempre de una radiografía reciente y clara como se dijo anteriormente en la cual podremos ver al diente en su totalidad así como las estructuras vecinas que lo rodean, en algunas ocasiones será necesario acompañar esta radiografía de otra más, como en el caso de molares paranormales o bien cuando el paciente no tolera una placa intraoral ya sea por náusea o trismus excesivo. El tercer molar es el órgano terminal de la arcada dentaria tanto superior como inferior siendo el que presenta características morfológicas propias y diferenciales, presentando diversidad de formas, tamaño, disposición de anomalías. La corona de un tercer molar superior o inferior va a presentar una variedad de formas que será necesario conocer para obtener el éxito quirúrgico; la corona puede presentarse normal, pequeña, grande, uni o multicuspídea o bien poseer cúspides y lóbulos adicionales. En el estudio radiográfico nos daremos cuenta que existen todas estas anomalías o características.

Las raíces de un tercer molar al igual que la corona se presentan en diversas formas, tamaño, etc. Las raíces de un molar inferior generalmente se presentan como una mesial y una distal haciendo al molar birradicular cuando se presentan mas de dos raíces se es difícil disponerlos en un grupo: hay raíces bifidas, raíces supernumerarias, raíces enanas, raíces fusionadas, etc.

La dirección y tamaño de una raíz es el problema o uno de los problemas mayores para hacer maniobras en la cirugía, es necesario vencer el anclaje de las raíces en hueso por procedimientos mecánicos, todas las características de las raíces deberan de tomarse en cuenta de tal manera que las fuerzas y movimientos aplicados en la extracción sean los que tiendan a eliminar las raíces ofreciendo las vías de menor resistencia. El estudio preciso de la zona del tercer molar y de éste nos proveeran los detalles útiles para la aplicación de una técnica quirúrgica adecuada que nos llevará al éxito.

Sea cual fuere la posición de un tercer molar en retención siempre deberá de tomarse en cuenta todas las estructuras anatómicas adyacentes para evitar lesiones de tipo irreversible o bien en algunos casos parétesis temporal y de esa manera comunicarselo al paciente para que conozca el riesgo posoperatorio a que será sometido.

C A P I T U L O V  
PLAN DE TRATAMIENTO

Cualquier tipo de intervención quirúrgica que se vaya a realizar en un individuo requiere de una preparación -- previa a fin de poner a este en las mejores condiciones para soportar con éxito la operación, las intervenciones de cirugía bucal no escapan a estas necesidades.

Todo tratamiento quirúrgico a efectuarse en la cavidad bucal requiere una preparación previa de la técnica a -- utilizar, se supone que el cirujano ha elaborado una historia clínica del paciente y ha realizado asimismo una evaluación preparatoria antes de proceder al acto quirúrgico. Además, deberá de haber preparado cuidadosamente un plan quirúrgico con anterioridad el cual deberá incluir cualquier contra tiempo o dificultad en el transcurso de la operación. El hábito de una técnica estéril y la experiencia con las infecciones antes y después del tratamiento darán al C.D. la confianza en el manejo de estos casos quirúrgicos. La selección del anéstrésico adecuado en términos de su acción vasoconstrictora benéfica y su duración así como la habilidad con --

que se administra, permitirá que el paciente esté cómodo durante la operación; las drogas sedantes y analgésicos apropiados ayudarán a mejorar la eficacia de los procesos y permitirán una recuperación postoperatoria libre de problemas. Todos estos detalles mencionados deberán de considerarse antes de emprender el procedimiento quirúrgico.

Cualquier paciente que se vaya a intervenir se recomienda que antes de la intervención haya una visita previa a esta, lo que permitirá la disposición cuidadosa y la consideración de todos los datos, ya que existirán reportes de laboratorio así como radiografías las cuales deberán ser bien estudiadas, de esta manera el operador podrá formarse un juicio deliberado que representará su mejor preparación para las necesidades del paciente.

Independientemente del procedimiento quirúrgico el C. D. deberá poseer un sistema definido para su evaluación y exámen antes de iniciar el tratamiento; deberá estudiarse con cuidado la valoración del paciente.

Cuando se han estudiado minuciosamente los tres elementos de que consta la valoración del paciente (Cap. IV) y se ha elaborado un diagnóstico es necesario que se esboce el plan del tratamiento con algunas preguntas importantes que deben de considerarse y es el clínico quien deberá contestárselas así mismo, como por ejemplo: ¿Necesita el tratamiento-

el paciente?, ¿Estoy preparado y está dentro de mis alcances y habilidades manuales?. ¿Quedan satisfechas las necesidades del paciente?, etc. Todas estas preguntas deberán de tomarse en cuenta y darles respuesta veraz y si éstas fuesen positivas tomaremos una decisión para proceder.

El plan de tratamiento será revisado cuidadosamente junto con el paciente, mencionándole algunas consideraciones como pérdida de horas de trabajo, dolor postoperatorio, inflamación trismus, etc. Cuando se presentan algunos problemas durante la cita donde junto con el paciente se revisa el plan de tratamiento deberán ser resueltos apropiadamente antes de proceder.

En este momento también podremos seleccionar el instrumental adecuado; en base a los estudios radiográficos y el exámen clínico en sí a la valoración del paciente es posible que determinemos si la extracción de un diente impactado o bien el tercer molar en este caso va a ser necesario efectuarla con o sin colgajo, osteosección, odontosección o invasión del antro del maxilar, etc. Si efectuamos un exámen cuidadoso de la boca nos revelará la existencia de dientes móviles, caries rampante, arcas, de inflamación aguda y aún otras situaciones que es posible sean capaces de cambiar o modificar el procedimiento quirúrgico.

No deberá de hacerse una discusión y descripción de-

tallada con respecto a la decisión para proceder a efectuar un colgajo si nuestro paciente es preparado en forma adecuada y muestra confianza en nosotros, un cambio en el plan de tratamiento deberá de ser un procedimiento integrado y planeado. Si queremos lograr mayor eficiencia y éxito en nuestro tratamiento debemos tomar en cuenta algunos factores --- esenciales aunque sean mínimos pero nos proporcionará lo antes mencionado. A continuación enumeraré y explicaré algunos factores esenciales mínimos para operar.

- Radiografía.- Ver Cap. IV, inciso c) (Estudio radiográfico).

- Anestesia.- Aunque este es un capítulo por separado mencionaré algunas generalidades; el agente anéstesico deberá de ser adecuado para la cirugía emprendida o para el caso a tratar el C.D. tomará la decisión de las exigencias o caprichos del paciente las cuales no serán factores decisivos, si el paciente prefiere algún anéstesico en especial y su elección es adecuada podemos utilizarlo, sino fuese así - deberemos de tomar la decisión correspondiente evitando alguna discusión. Todos los agentes bloqueadores usados en odontología deben llenar los siguientes requisitos:

- 1.- Período de latencia corto.
- 2.- Duración de acuerdo al tipo de instrumentación.
- 3.- Compatibilidad con vasopresores.

- 4.- Difusión conveniente.
- 5.- Baja toxicidad sistemática.
- 6.- Alta incidencia de anestesia satisfactoria.
- 7.- Estabilidad de éstas.

- Elección de instrumental.- Es evidente que en una intervención quirúrgica debemos de contar con instrumental adecuado, dispuesto y listo para ser empleado, la selección del instrumental presenta pocos problemas cuando se domina el método adecuado de cada instrumento y nos hemos familiarizado con las características y diseño de los mismos lo cual nos proporcionará mayor eficiencia. Si es posible deberemos intentar elevar el diente evitando el uso de forceps y por lo tanto disminuirémos el riesgo de fractura tanto dentaria como ósea.

- Charola de instrumental.- En esta se colocará el instrumental elegido y adecuado para efectuar la cirugía-levantar colgajo, odontosección, recuperación de raíces, etc.- y otros procedimientos; la charola puede no ser necesaria en algunas ocasiones y de acuerdo a la distribución del consultorio dental ya que muchas veces existe una mesa de trabajo-circulante donde se coloca el instrumental a ocupar.

- Luz.- Es indispensable contar siempre con iluminación brillante del campo operatorio en todo momento de la intervención; hay quienes dicen que es necesario la utiliza-

ción de lámpara de cabeza, aunque ofrece muchas ventajas --  
es necesaria la práctica y el hábito. En la práctica odonto-  
lógica general no es necesario utilizarla sistemáticamente, -  
por lo que muchas cirugías se realizarán bajo la luz que - -  
aporta nuestra lámpara normal, aunque existan lámparas ade-  
cuadas listas para utilizarse en situaciones difíciles.

- Ayuda eficiente.- Aunque es difícil muchas veces -  
contar con una ayuda, en una cirugía siempre es necesaria ya  
que disminuye el tiempo del trajo, la fatiga del paciente y-  
del operador, de la misma manera se evitará en un momento da-  
do posibles accidentes y fracasos. Es necesario que si exis-  
te ayudante en el momento de la cirugía este sea debidamente  
capacitado en las funciones específicas y movimientos a efec-  
tuar como son: utiliza: el aspirador, la jeringa de agua pa-  
ra irrigación, retracción de colgajo, utilizar el martillo,-  
etc.

Así pues cuando hemos tomado en cuenta los factores-  
mínimos para proceder a nuestro tratamiento, revisado cuida-  
dosamente la valoración del paciente - H.C., exam. de lab, -  
RX.- y hemos revisado y realizado nuestro plan de tratamien-  
to podemos proceder al acto quirúrgico.

## C A P I T U L O V I

## ANESTESIA

Es lamentable que el dolor se identifique en forma -  
sinonímia con la práctica odontológica, desde tiempos remo--  
tos el hombre se ha empeñado en buscar y perfeccionar técni-  
cas y métodos que eliminen el dolor; con el fin de eliminar-  
este, fueron ensayados varios procedimientos como compren- -  
sión de carótidas para provocar el sueño, comprensión de ter  
minaciones nerviosas o bien ingestión de sustancias enervan-  
tes que ayudaran a eliminar el estado de conciencia del indi-  
viduo. La introducción del anéstesico por el Dr. Wells y Mor-  
ton han sido uno de los grandes acontecimientos que han con-  
tribuido al avance de la cirugía moderna.

Las distintas maniobras efectuadas en cirugía bucal-  
para tratar distintas afecciones provocan dolor, la elimina-  
ción de este es uno de los adelantos mas grandes de la huma-  
nidad y se logra gracias al empleo de la anestesia. El térmi-  
no anestesia se utiliza para designar al procedimiento por -  
medio del cual se logran eliminar el dolor, significando tam-  
bién la pérdida total o parcial de variadas formas de sensi-

bilidad. Cuando hay necesidad de eliminar el dolor, en algunas ocasiones llegará a la eliminación del estado consciente del individuo, llevándolo a una completa relajación muscular sin embargo en algunas ocasiones bastará la supresión del dolor sin pérdida de la conciencia como generalmente sucede en la práctica de la odontología y por lo tanto de la cirugía bucal.

Todos los anestésicos usados en odontología son de acción local o sea, hay eliminación de sensibilidad en una zona de la cavidad bucal y la conciencia del paciente permanece intacta. Todos los anestésicos locales importantes son sales de sustancias básicas, sustancias químicas de síntesis los cuales por su estructura molecular tienen características y propiedades particulares que los hacen diferir uno del otro, dando al dentista la oportunidad de elección adecuada para cada uno de sus casos.

Podemos decir que de hecho el método mas utilizado para el control del dolor en la cirugía bucal y práctica dental es bloquear la vía de impulsos dolorosos, lo cual se logra depositando sustancias químicas que al ponerse en contacto con las terminaciones nerviosas periféricas anulan dicho impulso, las sustancias son absorbidas por el tejido lípido del nervio e impiden la despolarización de las fibras nerviosas.

Es preciso recordar que las distintas zonas de la cavidad bucal estan inervadas por el V par craneal o Nervio -- Trigémino con sus tres ramas: Oftálmica, Max. Superior e Inferior. Como el dolor es la principal modalidad de la sensación de los dientes la analgesia se logra en nervios que son a la vez sensitivos y motores y esta es una de las caracte-- risticas del nervio trigémino.

Las ramas del nervio maxilar superior e inferior son las que contienen una gran división y además gran percepción de estímulos dolorosos que van a corresponder a las zonas sobre las cuales vamos a intervenir, por lo tanto debemos po-- seer una noción clara y precisa de los sitios de posición de dichas ramas así como su trayecto y distribución. Para lo-- grar la anestesia local es necesario que el dentista sea poseedor de una técnica que domine suficientemente y que lleve al bloqueo de impulsos dolorosos pudiendo elegir el mas ade-- cuado y el que mejor domine.

La anestesia local puede realizarse de distintas ma-- neras, las cuales estarán destinadas a llevar la solución -- anestésica a las terminaciones nerviosas, permitiendo así -- realizar sin dolor todas las maniobras quirúrgicas, pudiendo manipular los tejidos con delicadeza y sin tracción ni pre-- sión inecesaria los cuales llevarán a la traumatización de -- los tejidos. La solución anestésica puede depositarse sobre-

la mucosa, baja la mucosa, subperióstica e intraósea. También existe la anestesia regional troncular que es la que utilizaremos en cirugía de terceros molares en retención.

Anestesia Regional Troncular.- Este término se utiliza para indicar el bloqueo de un tronco o rama nerviosa por medio de solución anestésica la cual entra en contacto con ellos, pudiendo ser superior e inferior. El mecanismo de todas las anestésias tronculares es el mismo o parecido ya que se depositan, surcando escollos anatómicos, soluciones anestésicas que entran en contacto con la rama nerviosa. Las zonas inervadas por el tronco nervioso quedan privadas de sensibilidad y pueden efectuarse las intervenciones que el paciente requiera. Una de las anestésias tronculares es la que efectuamos en el maxilar inferior bloqueado al nervio dentario inferior y que nos sirve para efectuar extracciones o cirugías de la zona de los molares.

El nervio dentario inferior es una rama que proviene del N. maxilar inferior cuando este se divide inmediatamente por debajo del agujero oval y se dirige hacia abajo y adelante introduciéndose en el orificio superior del conducto dentario, lo recorre junto con el paquete vascular, dando filetes para los molares y premolares, siendo sus ramas terminales el nervio mentoniano y nervio incisivo. El nervio mentoniano emerge del agujero del mismo nombre, a nivel de los --

ápices entre los dos premolares, el nervio incisivo de filetes nerviosos para los incisivos, lateral y canino.

Podemos decir que el N. dentario inferior va a inervar el hueso maxilar, perióstio, encía y los dientes de cada hemiarcada, a escepción de un pequeño trozo de encía y perióstio el cual cubre la cara externa del maxilar entre el tercer y primer molar, la cual esta inervada por el nervio bucal largo o bucinador, requiriendo en algunos casos anestesia aparte. A continuación describiré la técnica mas usual-utilizada para anestesiarse el N. dentario inferior y el N. bucal.

Con el dedo índice izquierdo se localiza el borde interno de la rama ascendente del maxilar, se hace la punción-inmediatamente por dentro de este punto a 1 o 1.5 cm. por arriba de la línea de oclusión del tercer molar. La jeringa se mantendra paralela al cuerpo mandibular y sobre todo paralela al plano masticatorio de los dientes. Desde este punto de la rama del maxilar, girando la jeringa hacia los premolares del lado opuesto, manteniendola siempre en el mismo plano horizontal y siempre en contacto con la rama de la mandíbula.

Si el paciente mantiene la boca bien abierta se obtendrá mayor seguridad en el bloqueo, a veces es necesario bloquear el nervio lingual inyectando una pequeña cantidad -

de solución cuando la aguja rebase la línea milohioidea, aunque generalmente este nervio queda bloqueado indirectamente. Cuando se alcanza el punto deseado se inyecta la totalidad del ané<sup>s</sup>tesico. El bloqueo se puede realizar insertando la aguja desde el principio en la posición descrita al final, pero esto requiere mucha práctica.

Para asegurarnos de nuestra anestesia cuando vamos a intervenir en la zona de molares es necesario completarla -- con el bloqueo del N. bucal, infiltrando en el perió<sup>s</sup>tio y mucosa del lado bucal solución anestésica inmediatamente por encima del pliegue mucoso que corresponde al tercer molar. La anestesia alcanzada con esta técnica sirve para intervenciones en la zona de los molares y extracción de los mismos y si se anestesia el nervio lingual podemos realizar intervenciones en el borde lateral de la lengua.

Para anestesiar los nervios del maxilar superior lo logramos anestesiando los nervios dentarios posteriores y anteriores. El paciente entreabre la boca para permitir al operador tomar el carrillo con un separador, espejo o simplemente con los dedos y retraerlo, se punza, en el fondo del surco vestibular a nivel de la raíz distal del segundo molar, la aguja se dirigira hacia arriba y hacia adentro a una profundidad aproximada de 2 a 3 cm. o bien hasta donde el tope de la aguja lo permita y se deposita la solución anestésica,

quedando sin sensibilidad del tercero y segundo molar y las raíces distal y palatina del primero. Para extraer los dientes molares es necesario aplicar una inyección palatina posterior así como inyección suprapariéctica encima del segundo premolar para completar la anestesia del primer molar. Es necesario conservar la aguja en contacto con el perióstio o bien cerca de este lo cual reducirá la posibilidad de penetrar en el plexo venoso pterigoideo.

C A P I T U L O V I I  
TECNICAS QUIRURGICAS

Quando se ha evaluado al paciente, seleccionado el instrumental a ocupar y hemos hecho la elección del anestésico adecuado, podemos enfocar nuestra atención a los detalles quirúrgicos que pondremos en práctica. Si existiera una patología diferente a la que tenemos como objetivo, tendremos -- que establecer prioridades; las afecciones de las partes --- blandas en la cavidad bucal contraindican toda intervención -- por el peligro de infección y contagio que significan para - el operador.

Tomando en cuenta todo lo expresado anteriormente podemos decir que la cavidad bucal deberá de estar en óptimas condiciones tanto de limpieza como de desinfección, todo esto con el fin de obtener el mejor resultado en nuestra intervención. La presencia de tártaro dentario, raices y dientes que presenten caries podran retirarse u obturarse y como el objetivo de nuestra cirugía no es ninguno de los procesos -- mencionados anteriormente, podemos efectuar en ellos (los -- dientes) el tratamiento que requieran antes de iniciar nuestra cirugía.

Si la cavidad se encontrará en estado normal, deberá de lavarse con solución de agua oxigenada o soluciones anti-sépticas, debiendo lavar el capuchón del tercer molar y si es posible pincelar con tintura de merthiolate la zona.

La extracción de un tercer molar retenido exige ---- abrir la encía que cubre la región de este, preparar el colgajo, eliminar el hueso que cubre al molar, extraerlo y terminar la intervención procurando que en el menor tiempo posible, sobrevenga la restitución íntegra de los tejidos. Como en toda intervención, nosotros también debemos seguir algunos puntos de importancia o pasos de importancia y a continuación los mencionaré y explicaré.

a).- Incisiones.- Es el procedimiento por medio del cual se realiza el corte de los tejidos, las incisiones pueden ser curvas o rectas, o bien una combinación de ambas; cada forma va de acuerdo con el lugar en que se incide, ya sea para respetar estructuras anatómicas de importancia o por razones estéticas. Como se dijo anteriormente la incisión es una maniobra mediante la cual se abren los tejidos para llegar a planos mas profundos, localizando y realizando el objetivo de nuestra intervención; todo lo expresado es válido -- también en la cavidad bucal y en ella vamos a realizar incisiones de tipo común con bisturí y tijeras. Para la extracción de terceros molares en retención, usaremos las incisio-

nes que provean una mejor visión del campo operatorio, que no seccionen la fibromucosa vestibular en sentido vertical - ni los vasos sanguíneos de ésta.

Las incisiones deben llegar hasta tejido óseo, seccionando los tejidos que cubren al hueso y periostio, al hacer las incisiones o la incisión levantaremos un trozo de fi bromucosa, al que denominaremos colgajo, el cual deberá de reunir los siguientes requisitos:

- Antes de incidir se deberá hacer el diseño del col gajo mentalmente, con la forma y amplitud requerida, todo es to con el fin de obtener el campo visual satisfactorio.

- Deberá de ser con una base suficientemente amplia para que haya irrigación y se recupere satisfactoriamente, evitando que nuestro colgajo presente ángulos agudos, procurando aporte sanguíneo suficiente, lo cual se logra, haciendo la base más ancha que su extremo libre por lo tanto en la cavidad bucal evitaremos realizar incisiones económicas ya que un colgajo de 5 cm. tarda lo mismo en cicatrizar que uno de 10 cm. por lo tanto el ser conservador no siempre resulta la mejor técnica.

- Al separar el colgajo este deberá de quedar en una posición que no estorbe al campo operatorio y al llevarlo a su posición nuevamente, deberá cubrir perfectamente el área sin tensión alguna.

- El colgajo deberá de ser mucoperióstico.

Para realizar cualquier incisión es aconsejable mantener tensa la fibromucosa o encía con los dedos de la mano -- opuesta donde se sostiene el bisturí. La elección del sitio de incisión es previa al acto operatorio y esta en relación directa con el tejido de intervención; para la extracción de terceros molares retenidos ya sea superiores o inferiores emplearemos la incisión lineal, la cual provee mejor campo operatorio y no secciona la fibromucosa ni los vasos sanguíneos en sentido vertical.

La incisión se inicia en la parte mas alta de la - - cresta distal, el trazo debe ser con fuerza, que permita al operador percibir debajo del instrumento la sensación del -- hueso o la cara del molar, se continua contorneando el cue-- llo del segundo molar, festoneando la encía correspondiente hasta el primer molar. Después de que hemos realizado la incisión, con la ayuda del elevador de periostio (periostotomo) o con el sindesmótomo empezamos la labor de desbridamiento - de la región desde la parte distal a la mesial; el elevador deberá ser apoyado en el hueso y con suaves movimientos de - lateralidad y de giro desprenderemos el labio bucal de la incisión en toda la extensión de ésta. Cuando se ha desprendido el colgajo, se le mantiene retraido con la ayuda del mismo elevador con el fin de realizar todas las maniobras co- - rrespondientes.

b).- Osteotomía.-En muchas ocasiones, al hacer tratamiento de terceros molares nos encontramos con algún tipo de retención ósea, total o parcial, por lo tanto habrá necesidad de retirar el hueso para poder alcanzar el objetivo de nuestra intervención. La osteotomía es un procedimiento por medio del cual vamos a retirar el hueso que impide la realización normal de los procedimientos tendientes a retirar el molar en retención. La osteotomía puede realizarse con escoplos de media caña con o sin uso de martillo, con fresas quirúrgicas y con pinza gubia (no usada en cirugía de terceros molares), todos estos instrumentos eliminan el hueso por distintas maniobras. El objeto de la osteotomía es reseca la cantidad necesaria de hueso, tener acceso al molar disminuyendo su resistencia; la osteotomía junto con la odontosección (siguiente inciso), simplifican el tiempo empleado en la cirugía bucal que de otra manera resultaría traumático para el paciente. En muchas ocasiones el escoplo se usa para eliminar el hueso de la porción coronaria (denominando hueso pericoronario), el cual es sumamente sólido, la eliminación de hueso por medio de fresas quirúrgicas, se hará evitando el sobrecalentamiento del hueso por medio de irrigación de suero fisiológico o agua estéril. Las regiones óseas que rodean al tercer molar y que deberan ser eliminadas son: región mesial, distal, bucal, lingual y oclusal; el grado y extensión de la resección ósea será de acuerdo al tipo de re-

tención, cantidad de hueso y la forma radicular de la pieza, todo lo mencionado anteriormente deberá de ser apoyado por el estudio radiográfico.

c).- Odontosección. - Cuando hemos hecho la osteotomía necesaria y tenemos a nuestro alcance el objeto de la intervención, hemos realizado fuerzas de torción tendientes a elevar el diente, pero éste no presenta indicios de movilidad o bien cuando el diente esta en una posición tal que es imposible eliminarlo íntegro se nos presenta la opción del seccionamiento de la pieza u odontosección. La odontosección es un procedimiento por medio del cual vamos a eliminar la pieza dental por partes como su nombre lo indica. En molares retenidos como se dijo anteriormente simplifica y agiliza la operación resultando benéfico para el paciente y otra de sus ventajas es que el hueso se conserva, la odontosección es con escoplo o con fresas. Cuando usamos escoplo siempre nos ayudaremos del martillo. llevando la hoja sobre el eje mayor del diente, o bien sobre la división de las cúspides. Cuando usamos fresas, generalmente es para seccionar la piza a nivel del cuello dividiendo al molar en dos partes, o bien seccionado la parte mesial, distal, o media de la corona para facilitar maniobras tendientes a elevar el diente en su totalidad.

d).- Extracción o Avulsión. - Podemos denominar a este paso como tiempo-objetivo de nuestra intervención ya que-

con el se cumple la finalidad de nuestro trabajo quirúrgico, no podemos llegar a este paso si antes no hemos hecho los pa sos mencionados con anterioridad (incisos a, b y c), y tampoco quedará debidamente concluido si no es seguida del tratamiento de la cavidad y en su caso sutura de colgajo. La ex- tracción de un molar retenido se va a realizar después de ha ber eliminado o disminuido los factores que ofrezcan resis- tencia e impidan su extracción; todas las fuerzas tendientes a eliminar el molar, se harán de acuerdo a la posición que - éste guarde, movimiento de luxación con elevadores aplicados sobre la cara mesial del molar para dirigirlo hacia distal; - si el molar se ha elevado correctamente y existe movilidad - podemos aplicar los forceps para retirar el molar. Las moda- lidades anatómicas y clínicas imponen la necesidad de recu- rrir a métodos y técnicas diferentes, pero todas con el mis- mo fin que es el de eliminar el molar en retención, o bien- maniobras que tiendan a disminuir y anular los factores de - resistencia y aun actuando sobre el mismo molar y dividirlo.

Para eliminar el molar, utilizamos forceps, elevadores, pinzas de curación u otros instrumentos pero todos con el mismo fin. Los forceps se emplean cuando los dientes o la pieza a extraer se encuentra en posición normal (vertical) - y si las raíces no están desviadas; los elevadores se usan, - como su nombre lo indica, para elevar el diente cuando se ha lle en diferentes posiciones, aplicando fuerzas de luxación.

que disminuyan la resistencia del diente; las pinzas se emplean para eliminar los restos del diente cuando este se ha seccionado y no podemos extraerlo con los elevadores o con el fórceps, se puede utilizar cualquier pinza ya sea de sutura o hemostática, siempre y cuando preñe la pieza o sus restos y se retiren.

Los pasos de una extracción no los podemos llevar a cabo y aplicarlos en el tratamiento de los terceros molares ya que los principios de prehensión, luxación con sus respectivos movimientos de lateralidad y rotación, y tracción, están basados en dientes normalmente implantados dentro de su alveolo; lo que hacemos en este caso es aplicar los principios mecánicos de palanca, los cuales se pueden aplicar tanto a dientes normales como a impactados.

La exodoncia es el término utilizado para indicar la eliminación de una pieza dental y su definición es: La exodoncia es parte de la C.B. que a su vez es rama de la Odontología cuya finalidad u objetivo es efectuar la extracción del órgano dentario el cual se considera nocivo para el organismo y la salud.

La definición de Avulsión es: Es el acto quirúrgico de la extracción o avulsión que consiste en la separación del órgano dentario considerado nocivo para la salud, el organismo y el alveolo.

e).- Tratamiento de la Cavidad.- En todo tipo de extracción de una pieza retenida, es necesario eliminar el saco pericoronario, el cual se presenta como una imagen radiolúcida que rodea la corona del diente; mucho mas tratandose de terceros molares lo cual evita infección y hemorragia -- posoperatoria. Cuando el diente se ha retirado en su totalidad y se ha retirado el saco pericoronario deberá de hacerse un tratamiento cuidadoso de la cavidad ósea, ya sea porque el hueso está afectado o porque la intervención o tipode intervención así lo requiere, evitando hemorragias, dolores y complicaciones posoperatorias. El tratamiento de la cavidad se realiza colocando medicamentos dentro de ella de una manera directa, gasas medicamentadas y drenaje, antes de iniciar alguno de estos tratamientos la cavidad ha de estar completamente limpia y libre de cuerpos extraños lo lo cual podemos lograrlo: Empleando una cureta para asegurarnos de que el alveolo se encuentra limpio; usando irrigación de suero fisiológico o agua esterilizada para arrastrar fragmentos o esquirlas de hueso o diente; empleamos limas para alisar el hueso y eliminar irregularidades o margenes óseos.

Los medicamentos que se usan directamente en el alveolo son: cementos quirúrgicos: lavado de alveolos con soluciones anestésicas, antisépticas y analgésicas; aplicación de vaselinas, pastas y aplicación de hemostáticos físi

cos, químicos y biológicos.

Las gasas, solas o medicamentadas se utilizan para evitar la entrada a la cavidad de cuerpos extraños, previniendo hemorragia y dolor. Las gasas pueden aplicarse como gasas yodoformadas, impregnadas con fenol alcanforado, con tintura de yodo o merthiolate; se utilizan para taponear cavidades a las cuales se les ha retirado algún cuerpo noscivo como quistes, tumores y en este caso el tercer molar y su saco pericoronario.

El drenaje se realiza cuando algunas afecciones exigen la comunicación por tiempo variable con el exterior y este drenaje se puede realizar con gasas y con drenaje de goma como el Pen-Rose.

f).- Sutura.- La sutura es el paso final en nuestra intervención, se utiliza para reunir los tejidos separados por la incisión y además brinda apoyo a la herida, asegurando su cierre por primera intención. Las técnicas y materiales de sutura son variadas, sin embargo en C.B. de terceros molares utilizaremos la técnica de sutura por puntos separados o interrumpida, los materiales de sutura serán los no absorbibles.

Al volver a juntar los bordes de la herida procuraremos que estos no queden en tensión, en este caso una bue-

na incisión colaborará a la buena adaptación de los bordes de la herida. A continuación mencionaré los principios fundamentales para efectuar la sutura.

- Al unir los tejidos estos no deberan de quedar -- tensos.

- Los tejidos no se estrangularán por la sutura, -- sino que ésta deberá de hacerse suavemente.

- Nunca deberemos de dejar espacios muertos esto es sin sutura.

- Al efectuar la sutura tendremos cuidado de que ha ya una hemostasia correcta facilitandonos la acción.

- Evitaremos que al efectuar la sutura esta se haga tomando grandes porciones de tejido.

- Usaremos el drenaje adecuado cuando sospechemos - de posible exudado, haciendo la sutura de tal manera que el drenaje no se vea interrumpido.

- Usaremos hilos finos y de preferencia sutura ---- atraumática.

Esto último lo logramos con aquellos hilos que es-- tan unidos a su propia aguda, formando continuidad con el - cabo del material de sutura, evitando el tropezón de la aguja originado por el doble hilo al paso por el ojillo. Ade-- más este tipo de sutura está indicado en donde la mucosa es muy fina, de esta forma el trauma sobre la mucosa es menor- que en la sutura convencional. La sutura de tejidos puede -

efectuarse valiendose del portaagujas o únicamente con la a ayuda de las manos del operador, esto último depende de la - habilidad del cirujano, el tejido por restaurar y la sutura a utilizar. Para facilitar la sutura de la encía siempre es bueno y necesario separar ésta del hueso si no se ha hecho, - lo cual evitará que la aguja desgare la mucosa; para que - los bordes de la herida queden perfectamente afrontados, co locaremos primeramente la sutura en los ángulos formados -- por la incisión, evitando así el deslizamiento del colgajo - y por consecuencia retardando y proporcionando mala cicatri - zación.

g).- Indicaciones Postoperatorias.- Las indicacio-- nes posoperatorias son un conjunto de medidas, precauciones y técnicas realizadas después de la operación, y que tienen como finalidad mantener los fines logrados por la operación reparar daños que surgan y lograr un perfecto estado de sa - lud en coordinación con el paciente. Debemos hacer una revi sión cuidadosa de los problemas posoperatorios, calculando - el grado de molestia, edema, dolor, trismus, etc, para po-- der hacer las indicaciones correspondientes a nuestro pa - ciente. Consideramos a estas indicaciones como una fase im - posrtante de nuestra C.B. ya que el cuidado y tratamiento - del paciente modificará y mejorará los inconvenientes surgi - dos en la operación.

El edema resultante se podrá tratar con el empleo -

de bolsas de hielo o toallas mojadas en agua fría, éstas colocadas sobre la cara frente al sitio de la intervención, - el frío previene congestión y dolor posoperatorio, hematomas y hemorragias. Podemos decir que el uso de hielo en forma intermitente en lapsos de 15 mn., durante las primeras - 12 hrs., posteriores al tratamiento es útil para evitar las molestias arriba mencionadas.

El aseo de la cavidad bucal se hará en el consultorio inmediatamente después de la operación, para lo cual -- utilizamos gasa humedecidas en agua oxigenada, e irrigación de la cavidad bucal con suero fisiológico o agua estéril para arrastrar restos atrapados debajo de la lengua, en el carrillo, fondo de saco, etc, dichos elementos al entrar en descomposición aumentan la flora microbiana normal de la cavidad bucal.

Para la alimentación se recomienda dieta líquida, - por lo menos durante las primeras 12 hrs. posteriores al -- tratamiento, después empezará a tomar su dieta normal. En la medicación incluiremos analgésicos, indicándole al paciente las dosis adecuadas; sedantes si así lo consideramos para dos noches como máximo; los antibioticos están indicados cuando hacemos la extracción de piezas retenidas, las - cuales presentan un alto riesgo de dificultad, se prescribiran en dosis adecuadas durante 5 a 7 días después de la - intervención. Antes de despedir al paciente le daremos ins-

trucciones precisas del cuidado que tendrá en su domicilio, y de ser posible por escrito para evitar dudas; si se llegará a presentar alguna complicación, proporcionaremos al paciente un número telefónico donde podamos atenderle; a continuación hacemos una cita para 4 o 6 días posteriores para revisión y posiblemente retirar los puntos de sutura.

## C A P I T U L O V I I I

## ACCIDENTES Y COMPLICACIONES TRANS Y POSOPERATORIAS

Si no existe precaución al hacer el tratamiento de terceros molares ya sea en el transcurso de la operación o después de esta, se nos presentarán complicaciones que pueden ser de distinta índole. Toda operación puede ser seguida de complicaciones locales y generales; los accidentes -- que se ocasionan al efectuar una extracción de terceros molares, si no se tiene precaución, conocimientos, y una técnica adecuada, son variados, unos interesan al diente-objetivo, a los dientes vecinos, al hueso o a las regiones blandas que lo rodean y nuestra finalidad ha de ser el de prevenirlas. A continuación daré los accidentes mas comunes que podemos ocasionar.

- Fractura del Diente.- En nuestra cirugía, este -- problema es poco común, si tomamos en cuenta que solamente la posición vertical podría presentar este tipo de problemas, ya que las demás posiciones por consiguiente tendrían -- que seccionarse las piezas no provocando este accidente. Si -- este se llegará a presentar, las causas mas común de la - -

fractura es: no colocar en su lugar los bocados del forceps, al hacer movimientos de elevación del diente este no las resiste provocando por consecuencia la fractura la cual puede tomar formas diversas. Procedemos a el rescate del resto de la pieza, eliminamos trozos óseos, cohibimos la hemorragia- de las partes blandas para tener una visión del resto de la pieza hacemos fuerza para elevar la pieza con elevadores -- rectos.

- Fractura y Luxación de Dientes Vecinos.- La presión que ejercemos sobre el forceps y los elevadores, puede ser transmitida a dientes vecinos provocando fractura o luxa- ción de su corona la cual puede estar debilitada por caries o bien alguna obturación. Si se llegará a luxar el diente - vecino retirandolo del alveolo, si su disposición lo facili- ta, se colocará nuevamente en su lugar fijandolo con una -- férula, si hubiese fractura de la corona o parte de ésta se tratará con operatoria dental.

- Fractura de Instrumental.- No es raro que al es-- tar efectuando las maniobras en nuestra cirugía con alguno- de los instrumentos esté se fracture y quede atrapado den-- tro del alveolo, herir partes blandas u óseas. La fractura- del instrumental se provoca cuando aplicamos fuerzas excesi- vas sobre ellos. Los instrumentos mas comunes en fracturar- se son: elevadores de bandera, cucharillas, fresas quirúrgi-

cas o fractura de obturaciones de amalgama. Las partes del-instrumental fracturado deberán de ser retiradas en el mismo instante en que sucedan de otra manera provocarán proceso o complicaciones posoperatorias y de esa manera realizar otra intervención tendiente a eliminar el instrumento fracturado.

- Fractura de Maxilar.- Cuando hacemos la extracción de un tercer molar superior generalmente fracturamos la tuberosidad del maxilar, esto lo provocamos por el uso de fuerzas excesivas aplicadas a el elevador, por lo tanto parte de la tuberosidad del maxilar puede desprenderse acompañando al molar, en tales casos provocamos una comunicación bucosinual por encontrarse expuesto el seno del maxilar. El tratamiento requiere sutura, colocar los labios de la herida en posición adecuada para cerrar la perforación y de esa manera evitar problemas posteriores en nuestro paciente.

Otro de los problemas que podemos tener en el maxilar es; que al estar tratando de retirar el molar y debido a la posición que guarda, el molar se valla a instalar en el seno del maxilar, es un accidente poco frecuente, pero no debemos descartar la posibilidad de que se presente.

-Fractura de Mandíbula.- Una fractura parcial o total de la mandíbula no es raro que se nos presente en el --

transcurso de nuestra cirugía, todo esto conociendo los puntos mas débiles que son la sínfisis mentoniana, ángulo de la mandíbula y el cóndilo. Por lo general es a nivel de los terceros molares donde es mas frecuente la fractura, que es en el ángulo; la fractura se produce por la aplicación incorrecta fuerzas, generalmente exageradas en el intento de extracción del molar mucho mas si este presenta dilaceración de sus raices o presenta cementosis. La disminución de la resistencia ósea se debe al volúmen del molar que muchas veces ocupa gran parte del tejido óseo, actuando como una causa predisponente para la fractura ya que el ángulo no ofrece la menor resistencia a las fuerzas de elevación y tracción. También la alteración de las funciones generales ligadas a estados fisiológicos del metabolismo del calcio como en la diabetes, predisponen a ambos maxilares y a otros huesos a la fractura todo esto con la aplicación de fuerzas mínimas, o no seguir las indicaciones y técnicas adecuadas.

Otro de los accidentes que podemos tener en la mandíbula es la salida del cóndilo de la cavidad glenoidea y se produce cuando no aplicamos las técnicas adecuadas a las extracciones de terceros molares o cualquier pieza posterior. Este accidente puede ser unilateral o bilateral; la mandíbula luxada puede ser llevada a su posición colocando los dedos pulgares de ambas manos sobre las caras oclusales

imprimiendo fuerzas combinadas hacia abajo, atrás y arriba, de esta manera se restituye la relación normal de la articulación temporomandíbular.

- Lesiones de las Regiones Blandas.- Las lesiones que se producen mas frecuentemente en la cavidad bucal son: desgarros de la mucosa gingival, lengua, carrillos, labios, paladar, prensamientos de estos con pinzas o lesiones traumaticas de la comisura labial. Estos accidentes se producen al actuar el operador con suma brusquedad, sin medidas y -- sin ningún criterio de técnicas quirúrgicas, si llegara a -- suceder alguno de estos accidentes, proporcionaremos al paciente los cuidados necesarios, sutura de la herida y vigilar la evolución de estos accidentes.

- Accidentes Nerviosos.- Este accidente es poco frecuente, sin embargo podemos provocarlo si no tenemos cuidado. En las extracciones de terceros molares retenidos la lesión generalmente es sobre el nervio dentario inferior, provocada por el aplastamiento del conducto por giramiento del tercer molar en el lecho alveolar cuando el molar presenta raices cónicas, la antestesia puede ser temporal o definitiva de acuerdo al grado de la lesión.

- Hemorragias.- Este accidente es trans y posoperatorio en algunas ocasiones se considera posextracción y se considera normal, pero el dentista deberá reconocer los sín

tomas que acompañan a la hemorragia y poder determinar su normalidad o anormalidad. La salida de sangre en el transcurso de la operación se considera normal, pero como se dijo antes el dentista deberá de reconocer la anormalidad de una hemorragia y cohibirla, reconocer el sangrado de una arteria, de una vena y de pequeños vasos para suprimir el sangrado es elemental. Las causas mas frecuentes de hemorragia en la extracción son: granuloma, abscesos apicales, poliposgingivales, heridas y desgarros de la encía, esquirlas óseas que permanecen en los labios de la herida o vasos capilares lesionados en la operación.

- Alveolitis.- Como su nombre lo indica es la inflamación del alveolo después de la extracción, accidente muy frecuente y molesto para el paciente. Para que se presente una alveolitis podemos citar algunos factores que ayudan a que se presente como son: el operador, el instrumental y el paciente. El síntoma clásico de la alveolitis es el dolor, el cual se presenta generalmente al 3er día de la operación el alveolo donde se localiza la afección se presenta tumefacta y sus paredes se presentan edematosas además, presenta halitosis. El tratamiento de las alveolitis es: suprimir la molestia con anestesia local, tomar una radiografía para determinar la presencia de cuerpos extraños, lavar la cavidad alveolar con suero fisiológico retirando los restos de coagulos o dentrirus alimenticios con suma delicadeza, se -

reseca la cavidad con gasas y se coloca cemento quirúrgico- todo esto después de hacer sangrar al alveolo, el cemento - no se retira sino que el alveolo lo expulsa cuando empieza- a formarse el tejido de granulación. Otro tratamiento es ba se de gasas medicadas, teniendo la ventaja de ser menos - - traumático y doloroso para el paciente. Se usan gasas yodo- formadas empapadas en eugenol y en algunas ocasiones con -- unguento de neosporina.

Estos son los accidentes mas frecuentes que se pre- sentan en el transcurso o después de la intervención, como- se dijo al principio pueden ser variados con respecto a su- gravedad, pero el dentista deberá de tener la capacidad pa- ra resolverlos si éstos se llegasen a presentar.

## C A P I T U L O I X

## CONCLUSIONES

En la actualidad el Cirujano Dentista juega un papel importante tanto en la prevención como en el tratamiento de problemas de la cavidad bucal que aquejan al paciente y que al tratarlos le proporcionan y le restituyen toda su función y capacidad masticatoria.

Hoy que he concluido el presente trabajo es cuando puedo valorar algunos puntos considerados de poca importancia dentro de la práctica Odontológica y asignarles la devida atención para el futuro. Es satisfactorio darse cuenta - como cada día el Dentista toma el sitio que le corresponde - y de la misma manera le asigna al paciente la importancia - debida, valorandolo como un ser humano en su totalidad; poseer el sentido humanitario por parte del profesionista lo considero de suma importancia, de la misma manera tener una relación Dentista-Paciente para poder reconocimiento y prevenir de los posibles riesgos si estos no son tratados, y - poder encausar a los pacientes de tal manera que lleguen a tener la responsabilidad de la prevención y cuidado de su boca.

Es necesario que en la presente conclusión tomemos - en cuenta que ser poseedor de habilidades, métodos y técnicas quirúrgicas nos llevará por un lado a mejorar la imagen del Dentista-muchas veces equivocada- y por otro el estado de la cavidad bucal de nuestro paciente. Personalmente me he dado cuenta de la importancia de la responsabilidad profesional que tiene el Cirujano Dentista, su sentido humanitario, y la sinceridad personal con respecto a las capacidades para realizar procedimientos quirúrgicos y aún los no - quirúrgicos que en algunas ocasiones pondrán en peligro la integridad física de nuestros pacientes.

Estoy satisfecho con la realización del presente -- trabajo, pero me sentiré aun mas si cada día tomamos en -- cuenta lo expresado anteriormente.

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- Cirugía Bucal  
G. Ries Centeno.
- 2.- Cirugía Bucal Práctica.  
Daniel E. Waite.
- 3.- Tratado de Cirugía Bucal.  
Gustav O. Kruger.
- 4.- Atlas de Cirugía Bucal.  
H. Birn-J.E. Winther.
- 5.- Procedimientos en Cirugía Bucal.  
Edmundo Batres L.
- 6.- Técnicas Quirúrgicas.  
Facultad de Odontología SUA UNAM.
- 7.- Anatomía Humana  
Fernando Quiróz.
- 8.- Clínica Propedeútica Médica.  
Luis Martínez Cervantes.