

211
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

Facultad de Odontología

**Cirugía de Terceros Molares
Retenidos**

TESIS

Que para obtener el título de :

CIRUJANO DENTISTA

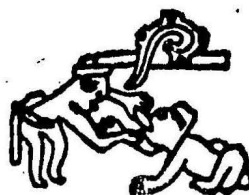
P r e s e n t a n :

HERNANDEZ DAMIAN MARIA DE LA PAZ VERONICA

RODRIGUEZ BENITEZ CELIA

México, D. F.

1986.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE .

" CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS "

Introducción.	
I. Historia de la Cirugía.	1
II. Bases de la Cirugía.	6
a). Historia Clínica.	
Rayos X.	
Laboratorio y Gabinete.	
Asepsia.	
b). Instrumental.	
c). Principios para elaborar un colgajo.	
d). Tipos de Colgajo.	
e). Suturas.	
III. Terceros Molares Retenidos.	14
a). Definición de pieza retenida.	
b). Etiología.	
c). Clasificación.	
d). Tipos de Retención.	
e). Incidencia de las piezas retenidas.	
f). Accidentes provocados por piezas retenidas.	
IV. Clasificación de los Terceros Molares Inferiores.	19
a). Posición.	
b). Profundidad.	
c). Espacio.	
V. Extracción Quirúrgica de los Terceros Molares Inferiores Retenidos.	23
a). Anestesia.	
b). Incisión y Colgajo.	
c). Osteotomía.	
d). Odontosección.	
e). Extracción de la pieza.	
f). Tratamiento de la Cavidad.	
g). Indicaciones Post-operatorias.	

VI. Complicaciones.

38

a). Transoperatorias.

b). Post-operatorias.

c). Tratamiento.

Conclusiones.

Bibliografía.

INTRODUCCION

La Historia de la Cirugía viene en relación con los Cuadros Clínicos más recientes de la Humanidad, conocer sus secretos, es penetrar en las manifestaciones que se presentan en los diversos organismos.

Las diversas modalidades de los Cuadros Clínicos y lo penoso de sus síntomas, conducen a requerir una Metodología especial para la formulación de su Tratamiento. Es por ello que la Terapéutica a seguir en esta materia es específica.

En lo que corresponde a la incidencia de Terceros Molares Retenidos en los procesos maxilares, es bien sabido que son muy frecuentes los casos que se presentan y principalmente según la casuística actual son en su mayoría Terceros Molares Inferiores.

Siendo el porcentaje tan elevado el de la retención de dichas piezas, el Cirujano Dentista debe conocer las Manifestaciones Clínicas para evitar problemas mayores y orientar al paciente en su tratamiento.

Por lo cual, el tema que aquí presentamos, data desde la Historia de la Cirugía, hasta la Terapéutica a seguir de las piezas dentarias en las condiciones ya mencionadas.

I. HISTORIA DE LA CIRUGIA.

El objetivo de este tema es conocer someramente, un pequeño esbozo histórico de la Medicina y de la Cirugía, con el fin de poder entender el nacimiento y desarrollo de esta enorme Ciencia, el fin que persigue y las perspectivas que le esperan en el futuro.

La Cirugía en la Prehistoria.

Desde que el hombre surgió en el planeta, ha sufrido el ataque de las enfermedades, por ello uno de sus principales triunfos, ha sido su deseo de superarlas y vencerlas. Un ejemplo de una enfermedad nos la da el esqueleto del *Pithecanthropus Erectus*, que muestra un tumor en una extremidad.

También en Irak han sido encontrados restos de un hombre al cual se le amputó aparentemente el antebrazo derecho, los avances quirúrgicos fueron muy limitados, se practicaban circuncisiones, extracciones de sangre, etc. Los antiguos instrumentos quirúrgicos, han sido fragmentos cortantes y afilados en punta; el hombre primitivo para sus curaciones usaba plantas silvestres, gusanos, escarabajos, con los cuales preparaban cocimientos y pocimas, además realizaba ceremonias como técnicas curativas.

Ackernech, insiste en que la Cirugía no se definió como tal en los tiempos primitivos, pero que mucho de su trabajo médico, debiera clasificarse de quirúrgico.

La Cirugía en Egipto.

Se ha encontrado el papiro de Edwin Smith, escrito en el año 1600 A. C. de suma importancia para los Cirujanos, es una recopilación de aspectos quirúrgicos en la Cirugía General, Obstetricia, Ginecología y Cirugía Animal.

La Odontología Egipcia, estaba también muy adelantada para su tiempo.

La Cirugía Mesopotámica.

Los Cirujanos Babilónicos, constituían una clase aparte de la médica, no eran sacerdotes y no podían cobrar por sus intervenciones, según lo establecía el Código de Hammurabi, exponiéndose también a sanciones si fallaban en la interven-

ción.

La Cirugía en la India Antigua.

Los Hindúes, fueron grandes Médicos Cirujanos. Poseían cerca de 130 instrumentos quirúrgicos, entre ellos; sierras, agujas, tijeras, ganchos, catéteres, - sondas, forceps, trocates, jeringas, lancetas y espéculo rectal.

Efectuaban ya la Litotomía, Cesárea, exposición de tumores, amputaban extremidades, detenían hemorragias por medio de cauterización, extraían cataratas, - practicaban injertos en piel, fueron los primeros en realizar operaciones cosméticas con fines plásticos, especialmente alcanzaron gran éxito en restauración - de la nariz y pabellones auriculares.

La Cirugía en Grecia Clásica.

Aquí fué separada la Medicina de la Religión, lo cual manifestó gran cambio. Practicaban disecciones en animales.

Aparece aquí Aristóteles, amante del conocimiento general, sobresalió por - sus brillantes ideas en la Medicina, como en todos los aspectos en general.

Hipócrates: Padre de la Medicina, fué el primero en realizar Historia Clínica a sus pacientes, consideró las enfermedades como un Proceso Natural, cuyos - signos y síntomas, no tienen nada extraño, recomendaba los baños medicinales y - daba gran importancia a la alimentación; escribió libros sobre fracturas, luxaciones, "sobre Cirugía", para tratar heridas, solo las lavaba con agua hervida o vino, usaba también astringentes, describió los síntomas de la supuración.

La Cirugía en Alejandría Clásica.

Aquí se sentaron las bases del estudio de la Anatomía, gracias a la disección de cadáveres humanos, estudiaban con gran interés el cerebro.

Realizaron ligaduras de arterias branquiales, legaron el resumen más completo de la Cirugía Ocular y Militar de la Antigüedad.

La Cirugía en la Roma Antigua.

Tenemos aquí al máximo representante de la Cirugía, que es Celso con su -

obra de ocho libros, en donde resume la Historia de la Medicina, desde los Tiempos Hipocráticos; su obra fue titulada "De Remedica", contiene el uso de la ligadura y descripción de la Litotomía Lateral, generalidades de higiene y terapéutica, medicamentos, enfermedades del cuerpo en general, conocimientos sobre la inflamación: decía; las características de la Inflamación son cuatro; enrojecimiento e hinchazón con dolor y calor.

Describió además al Cirujano, su trabajo de éste y su manera de proceder en el momento de la intervención, se caracterizó también por su trato duro e inflexible con los enfermos mentales.

Otro notable personaje, fué Galeno, realizó muchos descubrimientos de Anatomía y Fisiología, así como de Neuroanatomía, explicó los mecanismos de la respiración.

La instrumentación quirúrgica, estaba muy especializada, se encontraron más de 200 instrumentos quirúrgicos, se practicaba también la Cirugía Plástica.

La Cirugía en la Edad Media Temprana.

Casi no hubo adelantos en conocimientos por seguir la Doctrina de Galeno.

Se intervenían muy frecuentemente cálculos, cataratas, hernias, etc.

El error más grande que existió en esta época, era la separación de la Medicina y la Cirugía, se decía, que la Cirugía, solo era un modo de tratamiento, — siendo este el límite extremo de la terapéutica y que el Cirujano sólo era un sirviente inferior, por lo tanto, la Cirugía era practicada por los charlatanes, vagabundos, castradores de cerdos, barberos, bañeros.

La Cirugía en la Edad Media.

Al final de la Edad Media cuando la Medicina se había estancado, fué la Cirugía la que empezó a tomar auge, los Cirujanos Salernitanos del Siglo XII, es entonces cuando puede decirse que se inició el Renacimiento de la Medicina y la Cirugía, consideraban que la decadencia de esta podría atribuirse a dos causas, su separación de la Medicina y su olvido de la Anatomía. Pero la invención de la pólvora y su uso en la Guerra, la Cirugía recibió un fuerte impulso, pues se requería más el servicio de los Cirujanos y estos se vieron obligados al estudio de la Anatomía y buscar remedios contra la pólvora a partir de este año de 1200,

los Cirujanos ya existían como profesionales separados y se encontraban en ciudades reunidos en gremios, así se empezó a permitir dar clases en las Universidades, pero pronto fundaron sus propios colegios, como; el Colegio de San Cosme en París, Polonia, Oxford, Montpellier, Valencia, etc., entre los más antiguos.

Lanfranchi de Milán, se convirtió en el fundador de la Cirugía Francesa, — fué el primero en descubrir la contusión cerebral, escribió su capítulo de los síntomas de Fractura de Cráneo, que se considera como clásico.

La Cirugía en el Renacimiento.

Aquí se pensó en unir la Medicina y la Cirugía, además la Cirugía empezó a tomar una posición muy alta en esa época.

La Cirugía ya no estaba en manos de los barberos, se enseñaba y practicaba por los Médicos más famosos de aquellos tiempos, además la Anatomía empezó a tener un gran auge.

Paracelso destacó como Aseptista antes de Lister, hizo su Farmacopea.

Desarrollo de la Cirugía en el Renacimiento.

En 1957, Peter Lowz, publicó su "A Discourse of the Whole Art of Chirurgery", famoso por su definición de Cirugía, él decía, "Cirugía es una ciencia o arte que busca la forma de trabajar sobre el cuerpo humano, ejerciendo todas las operaciones necesarias para curar al hombre, o las más posibles, utilizando las medicinas más convenientes".

Evolución de la Cirugía en los Siglos XVII y XVIII.

En 1654, se estableció que cada mes se hiciera el estudio de un esqueleto y cada cuatro meses el Maestro Cirujano, practicara una disección, pero la falta de cadáveres, hacía muy eventual esto.

César de Margatti, practicó la primera Nefrectomía. Esta época se caracterizó por los grandes descubrimientos de la Medicina General.

En 1779, se practicó la primera Cesárea post-mortem en América en Santa Clara California.

Unas de las causas que más afectaban la enseñanza de la Cirugía, era la fal

ta de cadáveres y un anfiteatro para su conservación y estudio.

El Dr. Pedro Escobedo, Padre de la Cirugía Mexicana, nació en 1798 y murió en 1844, formó Cirujanos, basándose en tendencias de la Cirugía Europea, estableció conductas a seguir en la Sala de Operaciones.

La Cirugía fué la más cultivada de las ramas de la Medicina, alcanzando así con su transformación, las más modernas técnicas de Asepsia y Antisepsia, que rigen hoy la Cirugía en México.

La Cirugía en el Siglo XIX.

Aquí se descubrió la Anestesia por Wtg. Morton. En 1846, Lister creó la — Cirugía Aséptica, Luis Pasteur en 1860 postuló la Teoría Microbiana de la Enfermedad.

Hubo grandes avances en Cirugía Abdominal, hubo éxitos en operaciones de — Cáncer Esofágico y Gástrico, y en intervenciones ováricas.

Empezó a tener gran relación la Cirugía con la Fisiología.

Se suturó por primera vez con éxito un Corazón, la Histología también tuvo gran auge.

La Cirugía en el Siglo XX.

Los avances más notables de la Cirugía del Siglo XX, se han realizado en — Cardiocirugía.

El descubrimiento de la Penicilina, no puede pasar por alto gracias a — Alexander Fleming, que con esto abrió un amplísimo camino en las investigaciones de los Antibióticos que tanto bien han realizado a la humanidad.

Se descubrió además los Rayos X por Wilhelm K. Roentgen.

II. BASES DE LA CIRUGIA.

Las Bases de la Cirugía General, son las mismas que se aplican a la Cirugía Bucal. En 1854, la Cirugía Bucal como especialidad de la Odontología, fué incluida en el Plan de Estudios de la Escuela de Odontología de Filadelfia, actualmente Escuela de Odontología de la Universidad de Temple. Con el paso del tiempo, la Educación Dental ha mejorado y requiere mayor entrenamiento del que se recibe en las Escuelas Dentales.

Definición de Cirugía Bucal.

Ha sido formulada por el Consejo Norteamericano de Cirugía Bucal y aceptada por el Board of Trustees and House of Delegates de la Asociación Médica Americana y es la siguiente:

Cirugía Bucal. Es la parte de la Odontología que trata del diagnóstico y — tratamiento quirúrgico y coadyuvante de las enfermedades, traumatismos y defectos de los maxilares, mandíbula y regiones adyacentes.

El Clínico tiene la necesidad de un estudio especial de los principios quirúrgicos y de la formación de un buen discernimiento quirúrgico por ello los cursos que se les imparten a los Cirujanos Bucales preparan a un Cirujano Bucal capaz de practicar inteligentemente esta especialidad en toda su extensión.

En todo campo de la Cirugía Bucal, es esencial el diagnóstico correcto, por ello es recomendable una Historia Médica adecuada, la cual muchas veces lleva a — una conclusión correcta.

A. HISTORIA CLINICA.

Una HISTORIA CLINICA adecuada, se divide en dos grupos:

1. DATOS ADMINISTRATIVOS: Nombre, edad, sexo, dirección, teléfono, nivel — cultural o estudios socio-económicos y ocupación.

2. PARTE CLINICA.

I. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES: Aquí nos interesan principalmente, fami—

liares cercanos como; abuelos, padres, tíos de primer grado, hermanos.

Si viven, preguntar por su estado de salud. Si son finados preguntar ¿por qué? Enfermedades importantes padecidas como: Cardiopatas, Renales, Luéticos, Fímicos, Diatésicos, Neoplásicos.

II. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Aquí preguntaremos por la vivienda; iluminación, número de personas que habitan, limpieza, ventilación, hábitos como: etilismo, tabaquismo y su grado, tipo de alimentación, si la dieta es balanceada, tanto en calidad como en cantidad, --higiéne del paciente, baño, cambio de ropa, aseo bucal, si tiene todas las irmunizaciones.

III. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Pediremos al paciente que nos narre las enfermedades que haya padecido, desde la infancia en orden cronológico, incluyendo las enfermedades propias de la --infancia, gripes patológicas, trastornos digestivos, antecedentes traumáticos, --transfuncionales, cardiovasculares, luéticos, neoplásicos, alérgicos, quirúrgi--cos, hospitalarios, si está o ha estado bajo tratamiento médico.

IV. MOTIVO DE LA CONSULTA.

Se anotará tal como el paciente lo narre.

V. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

Aparatos: Digestivo, Respiratorio, Cardiovascular, Genito-urinario, Locomo--tor.

Aparato Digestivo:

Se preguntará; si hay dificultad o dolor a la deglución, distensión abdominal, náusea, vómito, hiperacidez, dolor al obrar, estreñimiento, sangre en las --heces, fresca o digerida.

Aparato Respiratorio:

Disnea nocturna, por esfuerzo o postural, si es postural en que posición, si hay tos constante seca o con expectoración, color de la expectoración, cianosis --labial o ungueal.

Aparato Cardiovascular:

Disnea de esfuerzo, disnea postural, hipertensión (fosfenos, acufenos, cefalea, mareo, subido de oídos, epistaxis), hipotensión (cefalea, somnolencia), ---

pesadez, cianosis, miembros fríos, sensación de opresión en el pecho, taquicardia, mareos, sudoración fría, hacer presión digital (isquemia), teleangiectasia.

Aparato Genito-urinario:

Dificultad al orinar, dolor, ardor, color, olor, insatisfacción, incontinencia urinaria, sangre, duración de su ciclo menstrual y menarca.

Aparato Locomotor:

Miembros superiores: movimientos fáciles, coloración de la piel, puntos carotídeos presentes, sensibilidad, movimientos normales, pulsos presentes, tipo de piel, temperatura. Se realizará lo mismo con los miembros inferiores.

Sistemas: Nervioso, Endocrino, Hematopoyético, Organos de los Sentidos.

Sistema Nervioso:

Ataques histéricos incontrolables, depresión, irritabilidad fácil, desmayos durante crisis nerviosas, convulsiones, si es aprensivo.

Sistema Endocrino:

Se preguntará si hay presencia de Diabetes o signos y síntomas de ésta como son: pérdida repentina de peso o aumento repentino de peso sin causa aparente, - poliuria, polifagia y polidipsia.

Sistema Hematopoyético:

En cuanto se refiere a este Sistema, se preguntará lo siguiente: epistaxis, hematomas fáciles, sangrado largo o normal, tes cianótica, reseca, coloración de conjuntivas y boca.

Organos de los Sentidos:

Preguntar: Si escucha bien, si ve bien, si percibe las cosas rugosas y lisas (tacto), si siente lo salado, dulce y ácido, así como los cambios de temperatura.

INSPECCION GENERAL DEL PACIENTE.

Ubicación en el tiempo, centrado, cooperación, si éste se presenta con o sin facies característica de dolor o normal, se observará su tipo de marcha, si su edad es igual a la que representa.

INSPECCION ARMADA.

Esta se obtendrá examinando al paciente por regiones.

CABEZA: Implantación del pelo, exostosis, endostosis, frente amplia o pequeña, ojos simétricos, movimientos normales o anormales, dilatación y contracción

pupilar normal o anormal, tabique nasal desviado o centrado, labios gruesos o delgados, color de boca, lengua, si presenta heridas o puntos sangrantes así como en las mucosas.

CUELLO: Corto, largo, traquea central con buenos movimientos y desplazable, palpar si hay presencia de adenomegalias, puntos carotídeos presentes, en condiciones normales la Tiroides no se palpa.

TORAX: Tipo de tórax, cilíndrico, de barril o triangular.

SENOS: Simétricos o asimétricos.

AXILAS: Palpar adenomegalias; ver si los campos pulmonares están bien ventilados o si se escucha morboreo, que puede indicar Bronquitis o Enfisema pulmonar. Ver los movimientos de amplexación en inspiración y expiración, si estos se encuentran disminuidos o normales.

ZONA CARDIACA: Con estetoscopio valorar focos cardíacos, tono cardíaco, — frecuencia cardíaca.

ABDOMEN: El paciente deberá estar acostado y relajado y palpamos, este debe ser blando y depresible, indoloro, sin visceromegalias, ni tensión.

APARATO REPRODUCTOR: Se observará la forma de implantación del vello.

VI. DIAGNOSTICO.

Será presuntivo.

VII. PLAN DE TRATAMIENTO.

Quirúrgico, Medicamentoso o Combinado.

VIII. PRONOSTICO.

Favorable, Excelente o Regular.

IX. EPICRISIS.

Es el juicio comprobatorio del tratamiento, si hubo complicaciones, se anota, así como la evolución del tratamiento y se dará de alta al paciente.

ANALISIS DE LABORATORIO Y GABINETE.

1. Las Radiografías, son de suma importancia, principalmente para la Cirugía Bucal, las radiografías más usuales son: las periapicales, oclusales, panorámicas, laterales de cráneo.

2. La Bionetría Hemática, es al igual, de mucha importancia, en la cual —

obtenemos la cuantificación de los elementos sanguíneos, como son Glóbulos rojos y blancos, cantidad de Plaquetas, Hematocrito, Hemoglobina y Glucosa.

3. Las pruebas de tendencia hemorrágica, también son de esencial importancia para llevar a cabo una Cirugía, las cuales incluyen lo siguiente:

- a. Tiempo de Sangrado.
- b. Tiempo de Tromboplastina.
- c. Tiempo de Protrombina.
- d. Tiempo Parcial de Tromboplastina.

A S E P S I A .

Las Bases de la Asepsia se aplican en la Cirugía Bucal, pero el uso de los Antibióticos y mejoramiento de los métodos de anestesia local y general, han revolucionando la práctica de Cirugía Bucal, pero el uso de los antibióticos no debe disminuir el cuidado meticoloso de la Asepsia, ya que la infección de la herida, puede acarrear el fracaso completo de la operación o cuando menos prolongar el proceso de curación, aún cuando la boca no está quirúrgicamente limpia, se debe evitar la mayor parte de la contaminación antes de intervenir.

La Boca debe limpiarse bien incluyendo la lengua.

Los instrumentos deben esterilizarse y colocarse en la charola cubierta por una toalla estéril.

En la región operada, solo debe introducirse gasas o esponjas estériles.

Las manos del operador deben estar limpias hasta los codos, bien cepilladas con agua y jabón y cuidando especialmente las uñas, por 10 minutos y por último, lavarse con alcohol, antes de colocarse la bata estéril, que abrochará la enfermera.

Si es Cirugía Mayor de la boca, todos los campos serán estériles y el operador y ayudantes, deben llevar cubrebocas, gorros, guantes de hule estériles. Se esteriliza por medio de calor, sustancias químicas y fármacos.

La Cirugía Aseptica, es aquella que está libre de toda infección o contaminación, por instrumentos o materiales empleados al operar. Las operaciones extrabucales, requieren limpieza cuidadosa de la piel, más allá del campo operatorio, los hombres deben ser rasurados antes de limpiar la piel.

CIRUGIA ASEPTICA.

1. Lavar con gasa empapada de éter.
2. Lavar con alcohol y finalmente pintar toda la zona con tintura de mer-

cresin, se colocan campos y toallas estériles, dejando sólo expuesto el Campo Operatorio, es esencial una buena luz enfocando en el Campo Operatorio.

Una vez colocados cubrebocas, gorros, batas y guantes, no se debe tocar nada fuera del Campo Operatorio estéril.

INSTRUMENTAL.

El instrumental se divide en 4 tipos:

A. Material para Tejidos Blandos.

B. Material para Tejidos Duros.

C. Material para Cierre.

D. Material de Relleno.

A. Material para Tejidos Blandos.

Bisturfs, mango de bisturf, pinzas de mosquito, pinzas de Kelly, curvas y rectas; tijeras de Metz Bawn, tijeras de Mayo, legra o periostotómo para separar colgajos, pinzas de Rochester-Ochsner, abrebocas de Jennings o de Denhart.

B. Material para Tejidos Duros.

Limas para hueso, curetas, fresas quirúrgicas, pinzas gubias o alveolotómos, motor de baja velocidad, sierra de Straiker, cincel para hueso, martillo de metal.

C. Material para Cierre.

Portaguas, pinzas de Allice, pinzas de Adson, pinzas de disección, material de sutura, aguja cortante para sutura, tijeras de Mayo.

D. Material de Relleno.

Gel-Fwan, gasa medicada.

PRINCIPIOS PARA ELABORAR UN COLGAJO.

Uno de los principios básicos de la Cirugía, es el manejo de los tejidos, este debe hacerse con un mínimo de traumatismo. El manejo cuidadoso de los tejidos que están compuestos por infinidad de células, ayuda a la reparación y curación de las estructuras sometidas a los instrumentos quirúrgicos, los tejidos lacerados y rojos, tienden a perder vitalidad y se necrosan, ello favorece a la infección y retarda la curación. Toda operación quirúrgica, se debe planear antes para minimizar el traumatismo. En la Cirugía Bucal, se utilizan comúnmente, colgajos de diferentes formas; en diversas regiones.

Principios para elaborar un Colgajo:

1. La base del colgajo debe ser mayor que el vértice, la incisión libera--

tríz será mayor de 90° para una buena irrigación.

2. Debe ser lo suficientemente grande, pero no exagerado, se debe realizar valorando el tamaño de la patología, este se deberá extender 1 cm ó 1.5 cm más grande que la patología.

3. Deberá ser mucoperióstico para mejor cicatrización.

4. No dejar ángulos muertos para evitar necrosis de tejidos.

5. Al elaborar el colgajo y al llevarlo a su posición normal, debe quedar soportado por tejido sano para evitar infección, debe quedar por debajo de la patología.

Tipos de Colgajo.

1. Semilunar o tipo Partch.

2. Trapezoidal o Wassmond.

3. Semi-Newman.

4. Newman.

5. Avellanal.

6. Para Terceros Molares, se realizan con ciertas modificaciones.

SUTURAS.

Actualmente en la Cirugía Bucal, se prefieren materiales de sutura inabsorbibles para piel, mucosas y capas profundas. Sin embargo, se utilizan aún materiales absorbibles para capas no superficiales, el Catgut, es el más usado este se obtiene de la capa serosa del intestino de los borregos, se fabrica simple y crómico, en diversos calibres, el Catgut, es un material natural y absorbible indicado para capas profundas y mucosas, se rompe muy fácilmente.

CATGUT SIMPLE: Se absorbe a los 8 - 10 días.

CATGUT CROMICO: Con ácido crómico, se absorbe a los 15 - 30 días.

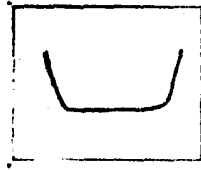
CATGUT SEMICROMICO: Se absorbe a los 10 - 15 días.

DEXON: Está hecho a base de poliglicólico sintético, absorbibles y es más resistente que el Catgut, sirve para planos profundos y mucosas, es de color café y verde.

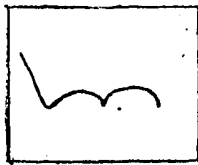
NYLON: Dermalón sintético plástico, indicado en piel sin trenzado es inerte, no causa reacción, un ejemplo de su uso es que se utiliza para suturar en ojo.



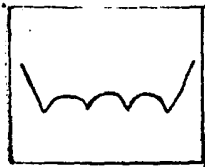
Semilunar o Tipo
Partch.



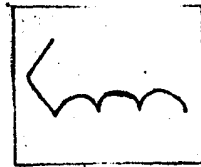
Trapezoidal o Tipo
Wassmond.



Semi-Newman.



Newman.



Avellanal.

Tipos de Colgajos.

SEDA NEGRA NATURAL: Se emplea mucho, tiene fuerza de tensión adecuada, produce reacción tisular mínima, se ve con facilidad y se quita rápidamente.

Puede provocar microabscesos, dando como resultado cicatrices antiestéticas, por ello es conveniente retirarla a las 24 hrs., y colocar vendotes. Se utiliza en planos profundos, es muy usado y económico. El más usual es el cuatro cerros.

ALGODÓN: Casi ya no se usa, en Cirugía Mayor, se usa para ligar vasos, pero causa reacción alérgica, el número más usual es el 40, además es muy económico.

Las suturas atraumáticas absorbibles e inabsorbibles, se venden en ampollitas cerradas que contienen un líquido esterilizado, este tipo contiene una aguja fina de medio círculo o de 3/8 de círculo en uno.

III. TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

A. Definición de Pieza Retenida.

Pieza Retenida, es aquella que llegado el momento de su erupción, queda incluida en el hueso, conservando su saco folicular, íntegro o en parte.

B. Etiología.

La Etiología es multifactorial, la explicación más lógica, es la reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares humanos; la dieta moderna no requiere un esfuerzo decidido en la masticación y esto según algunos autores, es la causa de la falta de estímulo de crecimiento de los maxilares y la razón por la que el hombre moderno tiene dientes retenidos.

C. Clasificación.

Las causas de Retención de piezas dentales, se dividen en Locales y Sistémicas.

CAUSAS LOCALES DE RETENCION.

MECANICAS: El problema de la Retención dentaria es ante todo de índole mecánica, el diente que está destinado a hacer su erupción normal y aparecer en la arcada dentaria, como sus congéneres erupcionados, encuentra en su camino un obstáculo que impide la realización del trabajo normal que le está encomendado, la erupción dentaria se encuentra, en consecuencia, impedida mecánicamente por ese obstáculo. Ejemplo: elementos patológicos pueden oponerse a la erupción normal como dientes supernumerarios, tumores odontogénicos (odontomas), constituyen un impedimento mecánico de la erupción dentaria.

TUMORAL: La presencia de este factor, es otra de las causas de retención de las piezas dentarias, como ejemplo podemos citar a los quistes dentíferos, a los ameloblastomas, odontomas, cáncer, estos factores o patologías tumorales, influyen en la retención de las piezas dentarias.

INFECCIOSO: Si una infección se presenta a nivel óseo, ésta influirá en la

erupción del diente.

ENDOCRINO: Todas las enfermedades generales en relación directa con las glándulas endocrinas, llegan a ocasionar trastornos en la erupción dentaria, como retenciones y ausencias de dientes.

Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio, como el Raquitismo y enfermedades que le son propias, tienen gran influencia sobre la retención de piezas dentarias.

EMBRIOLÓGICOS: La ubicación especial de un germen dentario en sitio muy alejado del de normal erupción, por razones mecánicas el diente originado por tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar. El germen dentario puede hallarse en su sitio pero en una angulación tal, que al calcificarse el diente y empezar el trabajo de erupción, la corona toma contacto con un diente vecino, retenido o erupcionado; este contacto constituye una verdadera fijación de diente en "Erupción" en posición viciosa. Sus raíces se constituyen, pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en su eje que le permita erupcionar normalmente.

Clasificación General de las Causas de Retención Dentaria según Berger:

Causas Prenatales.

1. Herencia.
2. Mezcla de Razas.

Causas Postnatales: Causas que interfieren en el Desarrollo del Niño:

1. Raquitismo.
2. Anemia.
3. Sífilis Congénita.
4. Tuberculosis.
5. Disendocrenias.
6. Desnutrición.

Condiciones Raras.

1. Disostosis Cleidocraneal.

Condición congénita rara en la cual hay osificación defectuosa de los huesos craneales, ausencia completa o parcial de las clavículas, recambio dentario retardado, dientes permanentes no erupcionados y dientes supernumerarios rudimentarios.

tarios.

2. Oxicefalia.

Llamada cabeza cónica, en la cual la parte superior de la cabeza es puntiaguda.

3. Progeira.

Representa envejecimiento prematuro. Es una forma de infantilismo, caracterizado por estatura pequeña, ausencia de vello facial y púbico, piel arrugada, -cabello gris y aspecto facial y actitudes de anciano.

4. Acondroplasia.

Enfermedad del esqueleto que empieza en la vida fetal y produce una forma de enanismo. En estas condiciones el cartilago no se desarrolla normalmente.

5. Paladar Fisurado.

Deformidad manifestada por una fisura congénita en la línea media.

D. Tipos de Retención.

Los tipos de Retención se dividen en dos:

1. RETENCION OSEA. La pieza dentaria se encuentra dentro del hueso, rodeada por el mismo, conservando su saco folicular íntegro.

2. RETENCION SUBMUCOSA. La pieza dentaria se encuentra retenida por debajo de la mucosa, el saco folicular ya no se encuentra totalmente íntegro.

E. Incidencia de las Piezas Retenidas.

1. Terceros Molares Inferiores	60%
2. Caninos Superiores	18 a 20%
3. Terceros Molares Superiores	12 a 15%
4. Todas las demás piezas	5%

F. Accidentes provocados por las Piezas Retenidas.

Todo diente retenido es susceptible a producir trastornos de índole diversa, a pesar de que muchas veces pasan inadvertidos y no ocasionan ninguna molestia al paciente portador. Estos accidentes son variables y de intensidad distinta alcanzan todas las zonas y generan todos los cuadros clínicos, desde el proce

so local de escasa importancia hasta el Flemón Gangrenoso del piso de la boca.

Clasificación de los Accidentes.

1. ACCIDENTES INFECCIOSOS:

Estos accidentes están dados en los dientes retenidos por la infección de -- su saco pericoronario, la infección de este saco puede originarse por distintos -- mecanismos y por distintas vías, como son:

a. Al hacer erupción el diente retenido, su saco se abre espontáneamente al ponerse en contacto con el medio bucal.

b. El proceso infeccioso puede producirse como una complicación apical o -- periodóntica de un diente vecino.

c. La infección del saco puede originarse por la vía hemática.

La infección del saco folicular se traduce por procesos de distinta índole -- inflamación local, con dolores, aumento de la temperatura local, absceso y fistu-- la consiguiente, osteitis y osteomielitis, adenoflemones, estados sépticos genera-- les, los procesos infecciosos del saco folicular pueden actuar como infección fo-- cal; produciendo trastornos de la más diversa índole y a distancia sobre los órga-- nos vecinos (seno maxilar o fosas nasales). La presencia de un diente retenido -- da trastornos diversos.

2. ACCIDENTES TUMORALES:

Los Terceros Molares Retenidos, originan tumores odontogénicos; quistes den-- tígeros y queratoquistes, tales quistes pueden infectarse y dar procesos supurati-- vos de gravedad variable que son capaces de traducirse en Osteitis y Osteomielii-- tis.

3. ACCIDENTES NERVIOSOS:

Estos accidentes son muy frecuentes. La presión que ejerce el diente sobre los dientes vecinos; sobre los nervios o sobre troncos mayores, es posible que -- origine algias de intensidad, tipo y duración variables (Neuralgia Esencial del -- Trigémino). La presión que el Tercer Molar en sus diversas formas de retención -- produce, a veces; sobre el nervio dentario inferior puede ser causa de trastornos nerviosos de toda índole con todo los verdaderos procesos neurálgicos por Terce-- ros Molares Retenidos, no son tan frecuentes como el número de tales dientes; aún en molares después de extraídos, puede observarse en una de sus caras radiculares un surco creado por el conducto dentario; los dolores son excepcionales, ataques epileptiformes y trastornos mentales han sido comentados por varios autores.

4. ACCIDENTES MECANICOS:

Estos accidentes son muy frecuentes por la presencia de piezas retenidas, -
tales como problemas oclusales; apiñamiento, risoclasia o risolisis.

IV. CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES.

A. POSICION.

La posición del eje longitudinal del Tercer Molar Inferior Retenido en relación con el eje longitudinal del Segundo Molar. Según B. Winter:

1. Posición Vertical.
2. Posición Horizontal.
3. Posición Invertida.
4. Posición Mesioangular.
5. Posición Distoangular.
6. Posición Vestibuloangular.
7. Posición Linguoangular.

Estos pueden presentarse en:

- a. Desviación Vestibular.
- b. Desviación Lingual.
- c. Torsión.

1. POSICION VERTICAL.

El Tercer Molar Inferior se encuentra alineado detrás del Segundo Molar.

2. POSICION HORIZONTAL.

El Tercer Molar Inferior se encuentra situado horizontalmente en la mandíbula, su eje mayor forma con el del Segundo Molar, un ángulo recto abierto hacia abajo y atrás.

3. POSICION INVERTIDA.

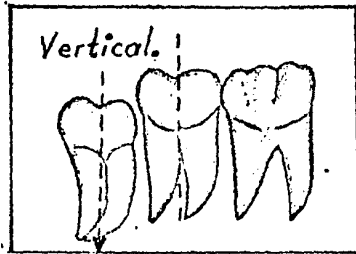
Posición paranormal, ectópica, heterotópica. El Tercer Molar Inferior puede presentarse en posiciones que no encuadran en la Clasificación, se consideran fuera de los tipos normales de retención y por ello se denominan Paranormales. La cara oclusal está dirigida hacia la zona basal del maxilar y sus raíces, hacia la apófisis coronoides o hacia el cóndilo. Por lo general se encuentran acompañadas de procesos patológicos como quistes dentígeros.

4. POSICION MESIOANGULAR.

El Tercer Molar Inferior se encuentra mesializado en la mandíbula con respecto al Segundo Molar Inferior.

5. POSICION DISTOANGULAR.

El eje mayor del Tercer Molar, forma con el del Segundo un ángulo agudo ---



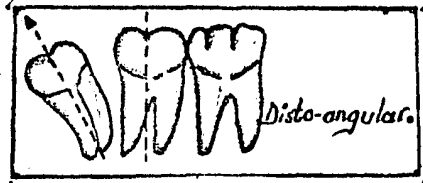
RETENCION VERTICAL. El Tercer Molar inferior, presenta su eje mayor, paralelo al del segundo.



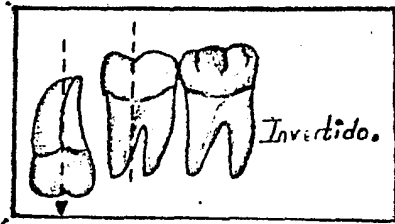
RETENCION HORIZONTAL. El eje mayor - del Tercer Molar Inferior forma un ángulo recto con el eje del segundo.



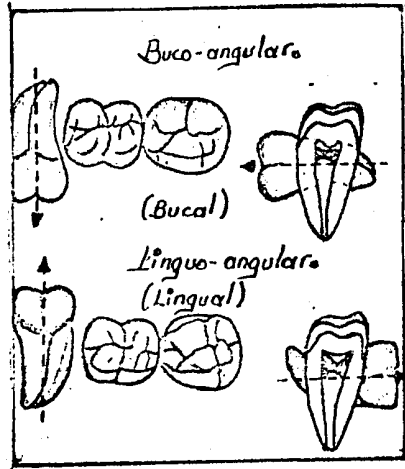
RETENCION MESIOANGULAR. El eje mayor - del Tercer Molar Inferior, forma con el del segundo un ángulo agudo.



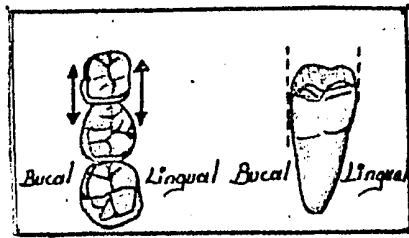
RETENCION DISTOANGULAR. El eje mayor - del Tercer Molar Inferior, forma con el del segundo, un ángulo abierto hacia — arriba.



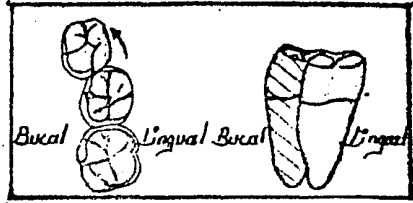
RETENCION PARANORMAL O INVERTIDA. El Tercer Molar presenta su cara oclusal hacia el borde del maxilar.



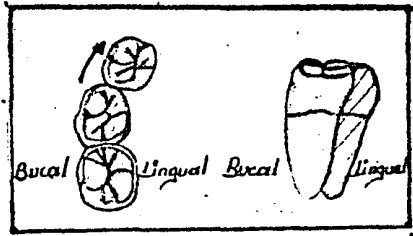
Figuras de los dos tipos de retenciones, BUCO-ANGULAR y LINGUO-ANGULAR, - del Tercer Molar.



Aquí el Tercer Molar Inferior Retenido sigue la forma normal de la arcada dentaria. Tipo denominado, sin desviación.



En esta figura, el Tercer Molar, está dirigido hacia el lado bucal.



En esta figura, el Tercer Molar, está dirigido hacia el lado lingual.

abierto hacia atrás y arriba y la corona del retenido, está dirigida hacia la -- Rama Ascendente.

6. POSICION VESTIBULOANGULAR.

El Tercer Molar Retenido en posición Bucoangular, es una forma excepcional; su eje mayor horizontal como en el caso anterior, pero dirigido de adentro hacia la cara externa o vestibular del maxilar.

7. POSICION LINGUANGULAR.

Posición bastante frecuente en la práctica diaria, presentando su eje mayor horizontal pero dirigido de afuera adentro, de modo que la cara oclusal que es vertical está dirigida hacia el lado lingual.

B. PROFUNDIDAD.

Profundidad relativa del Tercer Molar en el hueso.

POSICION A. La posición más alta del diente está al nivel de la línea ---- oclusal o por sobre ella.

POSICION B. La posición más alta del diente está por debajo del plano ---- oclusal, pero por encima de la línea cervical del Segundo Molar.

POSICION C. La posición más alta del diente está por debajo de la línea -- cervical del Segundo Molar.

Según Pell y Gregory.

C. ESPACIO.

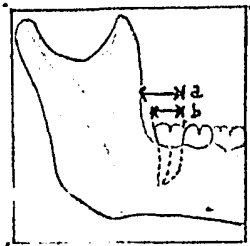
Relación del diente con la Rama Ascendente del Maxilar Inferior y el Segundo Molar.

CLASE I. Hay suficiente espacio entre la rama y el lado distal del Segundo Molar, para la acomodación del diámetro mesiodistal de la corona del Tercer Molar.

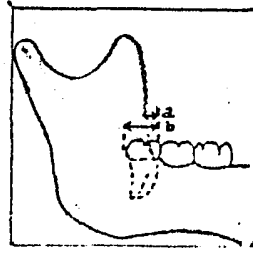
CLASE II. El espacio entre la rama y el extremo distal del Segundo Molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del Tercer Molar.

CLASE III. Todo o casi todo el Tercer Molar, está localizado en la Rama -- Ascendente.

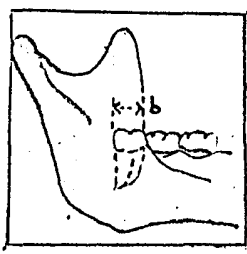
Según Pell y Gregory.



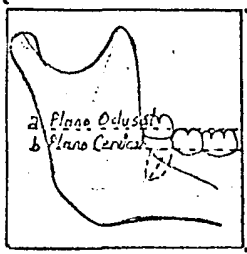
Clase 1a.



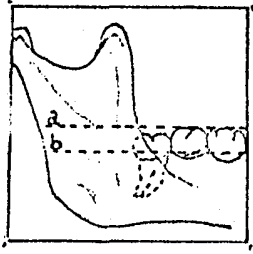
Clase 2a.



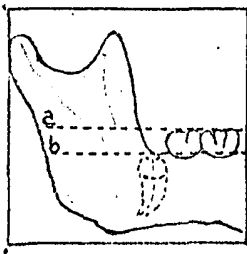
Clase 3a.



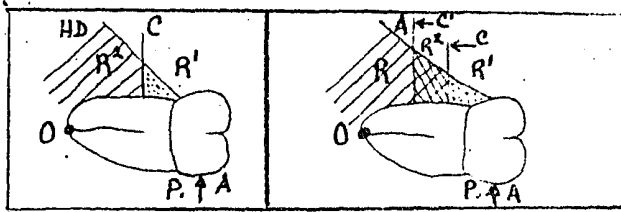
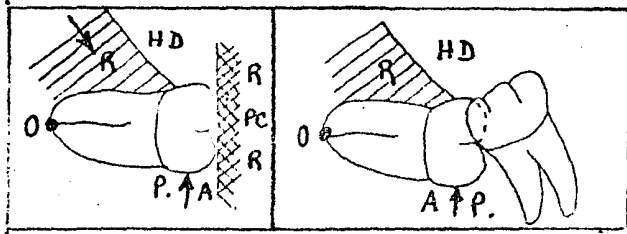
Posición A.



Posición B.



Posición C.



Tercer Molar Inferior en Posición Horizontal.
 HD, hueso distal; PC, punto de contacto; R, -
 resistencia; P, potencia; A, punto de apoyo;
 O, centro del arco sobre el cual gira el mo-
 lar.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.

Nadie se ha preocupado por clasificar los Terceros Molares Superiores Retenidos.

Sin embargo, estos pueden presentar en la posición anatómica, variaciones que complican materialmente su extracción y aumentan la posibilidad de sus complicaciones operatorias y postoperatorias. A continuación se dará una Clasificación de las Retenciones de los Terceros Molares Superiores, basada en su posición anatómica.

1. Profundidad Relativa de los Terceros Molares Superiores Retenidos en el hueso.

CLASE A. La porción inferior de la corona del Tercer Molar Superior Retenido está al nivel del plano oclusal del Segundo Molar.

CLASE B. La porción inferior de la corona del Tercer Molar Superior Retenido está entre el plano oclusal y la línea cervical.

CLASE C. La porción inferior de la corona del Tercer Molar Superior Retenido está en la línea cervical del Segundo Molar o por sobre ella.

2. La posición del eje longitudinal del diente retenido en relación con el eje longitudinal del Segundo Molar:

- a. Posición Vertical.
- b. Posición Horizontal.
- c. Posición Mesioangular.
- d. Posición Distoangular.
- e. Posición Invertida.
- f. Posición Vestibuloangular.
- g. Posición Linguoangular.

Estas suelen presentarse simultáneamente en:

- a. Desviación Vestibular.
- b. Desviación Lingual.
- c. Torsión.

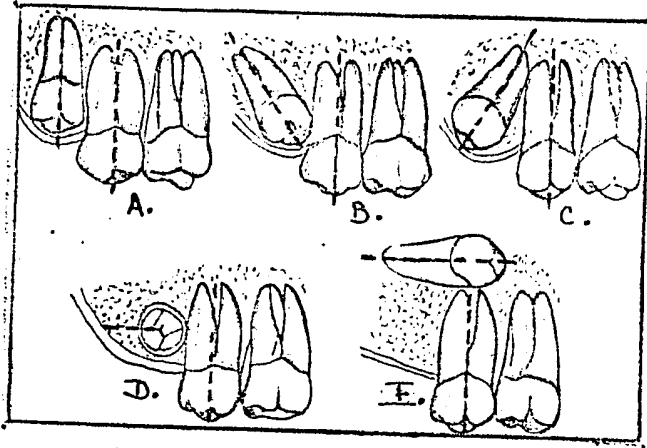
3. Relación del Tercer Molar Superior Retenido con el Seno Maxilar.

Aproximación Sinusal (A. S.), no hay hueso o hay una pequeña lámina de hueso, entre el Tercer Molar Superior Retenido y el Seno Maxilar, conocida como Aproximación Seno Maxilar.

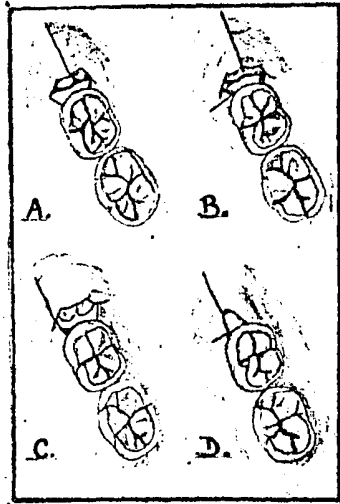
No hay Aproximación Sinusal (N. A. S.), hay 2 mm. o más de hueso, entre el Tercer Molar Superior Retenido y el Seno Maxilar, conocida como No Aproximación



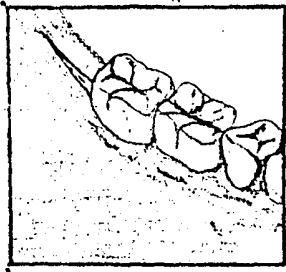
Tipos en que puede presentarse la
Retención de los Terceros Molares
Superiores.



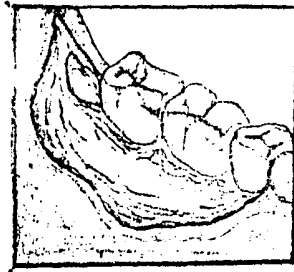
Variaciones en el eje mayor del Tercer Molar Superior Retenido. A, Retención Vertical; B, Retención Mesioangular; C, Retención Distoangular; D, Retención Horizontal; E, Retención Parainclinal.



Diseños de Incisiones que pueden realizarse para efectuar - la extracción del Tercer Molar Inferior en posición vertical.



Incisión para la extracción de un Tercer Molar Inferior, en cualquier tipo de retención



El colgajo separado permite un amplio campo operativo. El colgajo no es traumatizado.

Seno Maxilar.

V. EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

La extracción del Tercer Molar Inferior Retenido, constituye esencialmente un problema mecánico. Es una tarea sumamente difícil y complicada. Es un problema mecánico como lo es la extracción de todo diente retenido; pero a nivel del Tercer Molar Inferior ("muela del juicio"), se confabula una serie de factores para hacer de esta operación, una de las más complicadas de la Cirugía Bucal, que incluye los tejidos blandos, músculos y parte del hueso más duro del esqueleto. Estos factores se refieren al sitio de ubicación del molar, de difícil acceso y mala iluminación y visión, la dureza y poca elasticidad del hueso, está muy vascularizada e inundada constantemente por saliva, lo que hace necesario el uso continuo del aparato de aspiración. Hay que mantener estricta Asepsia.

Esta operación, como todas las de Cirugía Bucal, consta de varios tiempos.

PASOS BÁSICOS EN EL PLANTEAMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS.

Estudiar las radiografías cuidadosamente:

1. Determinar si muestra el tamaño exacto, completo y la forma del diente; número, tamaño y curvatura de las raíces y la proximidad de las raíces o corona del diente adyacente o estructuras vitales.
2. Clasificar la retención.
3. Estudiar la radiografía oclusal para establecer la relación vestibulolingual del diente.
4. Examinar la posición de las raíces en relación con el conducto dentario inferior.
5. Revisar nuevamente visual y digitalmente, los tejidos duros y blandos que rodean el sitio de la intervención.

Reunir toda la información obtenida y se planea la operación.

En caso necesario se modificará el plan, si surgieran complicaciones inesperadas.

En el planteamiento:

1. Búsqese la extensión del colgajo, teniendo en cuenta la necesidad de una exposición adecuada, con el mantenimiento de una buena irrigación sanguínea del colgajo y un soporte adecuado para el mismo después de la operación. Al con

siderar el colgajo se tendrán presentes las zonas musculares, que interesará, al igual que los agujeros y vasos que salgan de ellos.

2. Decidir si el diente retenido puede ser extraído o no por medio de:

- a. Seccionamiento del diente.
- b. Una combinación de remoción ósea y división dentaria.
- c. Solamente por la exéresis del hueso vecino.

3. Estimar la cantidad del tejido óseo que será eliminado a fin de tener una exposición adecuada y crear un espacio por el cual el diente retenido pueda ser movido en vías de su extracción.

4. Determinar el mejor método e instrumentos adecuados para la eliminación del hueso, fresas solas, escoplos solos o una combinación de fresas y escoplos, o la exéresis de cierta cantidad de hueso más el seccionamiento dentario.

5. Determinar la mejor dirección para elevar el diente retenido y los instrumentos necesarios para lograr este resultado con el trauma mínimo.

TECNICAS OPERATORIAS ESPECIFICAS.

a. Anestesia.

En el caso de los Terceros Molares Inferiores Retenidos, utilizaremos la Anestesia Troncular. Denominándose Troncular o Regional, ya que se realiza llevando la solución anestésica en contacto con un tronco o rama nerviosa importante. Es una inyección perineural. Además de ésta se administrará un punto local el Bucal Largo.

La técnica es la siguiente:

El Nervio por anestesia será el Dentario Inferior, rama terminal del Maxilar Inferior. El Dentario Inferior inerva el hueso maxilar inferior, su perióstio y la encía, y los dientes en cada hemiarcada a excepción de un trozo de encía y perióstio que cubre la cara externa del maxilar entre el tercer y primer molar, zona inervada por el Nervio Bucal, rama del maxilar inferior, que requiere una anestesia aparte.

Smith, nunca aconseja esta anestesia al comienzo de la operación, sino cuando la anestesia del Dentario Inferior no es suficiente. El Dentario Inferior penetra en el orificio superior del maxilar inferior. En las vecindades de este orificio debe depositarse la solución anestésica. Puede llegarse al nervio por

dos vías: la Interna o Intrabucal y la Externa o Extrabucal. Casi siempre se -- utiliza la vía Intrabucal. Solo en algunos casos quirúrgicos en que hay imposibilidad de abrir la boca (trismus, fractura del maxilar), puede practicarse por vía Externa.

b. Incisión y Colgajo.

Para la extracción de los Terceros Molares Retenidos, la incisión para el colgajo, se empieza en la parte lingual de la línea oblicua externa a una distancia de 2 cm., por distal del Segundo molar inferior, y se dirige hacia adelante, hasta que contacte la línea media de la superficie distal del segundo molar.

Se continúa la incisión por vestibular alrededor del cuello del segundo molar hasta el espacio interproximal entre el primero y segundo molar, y de allí se extiende hacia abajo en dirección al fondo del surco en ángulo de 45°. Con el periostotómo se separa cuidadosamente el colgajo, teniendo presente que el -- periostio debe acompañar a la mucosa bucal. Los Terceros Molares situados muy -- profundamente (Posición C), requieren de otro tipo de colgajo.

Dese vuelta y sosténgase el colgajo que cubre la corona del diente retenido. Puede ser mantenido en esta posición por la hoja ancha del periostotómo. Esto -- da acceso adecuado hacia el hueso.

Es importante mantener la incisión del lado vestibular a fin de que la infección y el trismus postoperatorio sean mínimos. Las incisiones no se hacen a lo largo de la línea oblicua interna de la rama o de la cortical lingual, por lo complicado de las fibras musculares en estas áreas.

Para prevenir el trauma quirúrgico de estos músculos haremos la incisión, -- desde el punto medio de la superficie distal del segundo molar en diagonal, cruzando el tercer molar retenido hacia la línea oblicua externa y si es necesario, a lo largo de ésta. Las incisiones llevadas directamente hacia atrás pronto pasan la estructura ósea a causa de que las ramas se abren hacia afuera, lateral-- mente, en este punto. Se puede ver que una incisión que parte del punto medio -- de la superficie distal del segundo molar y se lleva hacia atrás, se abre en la fosa pterigomaxilar.

Con esta técnica procuramos alterar los tejidos blandos linguales al mínimo posible. No solamente se reduce el trismus, sino que rara vez ocurren abscesos submaxilares o parafaríngeos postoperatorios.

Requisitos básicos del Colgajo Vestibular:

1. Permitir una exposición adecuada del sitio por operar.
2. Tener base ancha, para asegurar buena irrigación sanguínea de los tejidos blandos.
3. Ser bastante grande, para que los tejidos blandos que rodean el sitio por operar no sean traumatizados durante la operación, y que cuando se vuelva a colocar en su sitio los bordes se apoyen sobre una base ósea amplia.

c. Osteotomía.

Si el diente retenido está cubierto totalmente de hueso, se retirará por medio de fresas para hueso y/o escoplos.

FRESAS PARA HUESO. Se recomienda fresas afiladas, especialmente en forma de punta de lanza, para comenzar el corte a través de la densa cortical ósea.

Se limpiará la fresa continuamente, para evitar que se recaliente y quemé el hueso, dando como resultado la muerte de las células óseas y dolor postoperatorio. Se realizará orificios en el hueso que cubre el diente, a una distancia de 4 mm. entre uno y otro. Se profundizará hacia el diente con el mínimo de presión y velocidad. No se harán perforaciones cerca del Segundo Molar para evitar lesionarlo.

Se irrigará el sitio constantemente con agua esterilizada mientras se está trabajando, usándose el aspirador.

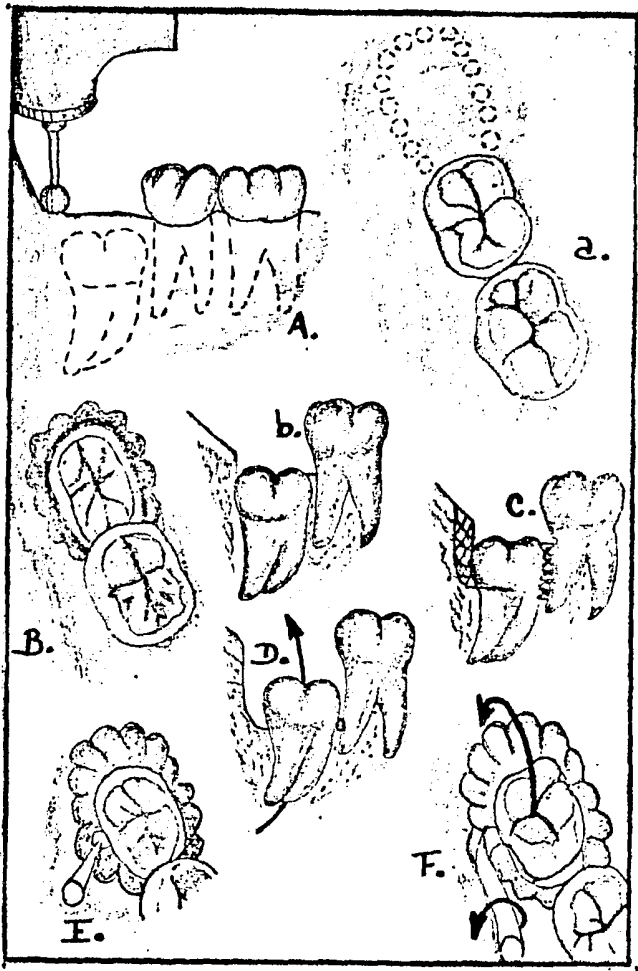
ESCOPIOS. Por medio de estos conectese los orificios ya hechos y quítese el hueso. Este método es el que causa menos traumatismo. Los Escoplos se afilarán antes de ser usados.

Después de que se ha eliminado el hueso que está sobre el diente hay que sacar el hueso que contornee la parte superior del diente. Si se secciona la corona, se facilitará la remoción del diente, conservando más hueso.

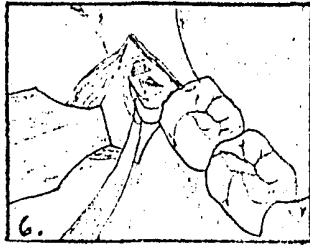
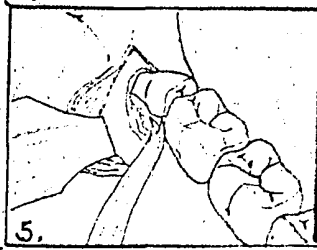
REGLAS GENERALES PARA LA OSTEOTOMIA.

La cantidad del hueso por eliminar alrededor de un diente retenido, en mal posición o no erupcionado, depende del tipo de retención, la posición del diente, el acceso a la zona en que está el diente y el tamaño del diente retenido.

Debe eliminarse bastante hueso para permitir elevar el diente de su lecho, sin necesidad de presiones descomunales. El uso de fuerza excesiva para tratar

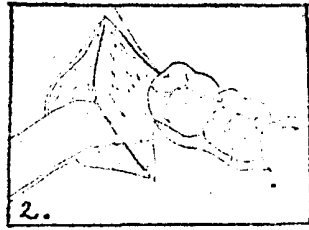
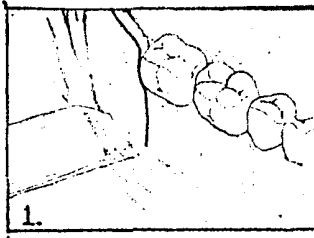


Extracción del Tercer Molar Inferior Retenido en Posición Vertical (cara mesial inaccesible). A y a, osteotomía con fresa; B y b, el hueso reseca-
 do; C, osteotomía distal con fresa de fisura; D, dirección en que debe ser desplazado el Tercer Molar (el círculo representa el elevador); E, -
 osteotomía con fresa redonda, en la cara bucal, para permitir la aplica-
 ción de un elevador; F, el elevador de aplicación bucal eleva el molar -
 en sentido en que van las flechas.



5. Realizada la división del diente, se procede, con un elevador No. 14 de Winter, introducido entre los dos segmentos, a extraer la porción distal, proyectándola hacia arriba y hacia el lado distal (de acuerdo con la forma y disposición radicular).

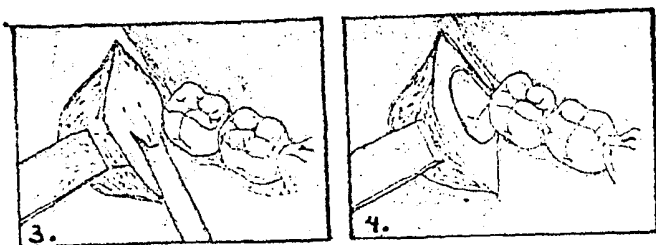
6. Extraída la porción distal, con un elevador No. 2R de Winter que se introduce entre la cara mesial de la corona del retenido y el hueso subyacente, - se eleva la porción mesial dirigiéndola hacia arriba y hacia el lado distal. - La operación se termina con dos puntos de sutura.



Tercer Molar Inferior Retenido, en posición paranormal o invertida con cara mesial inaccesible.

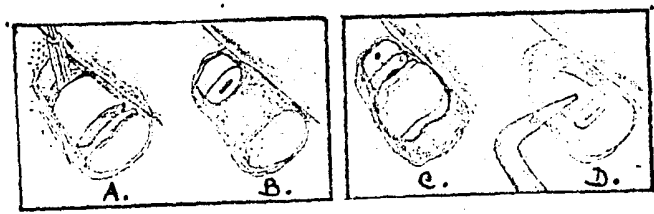
1. Trazado de la incisión.

2. Desprendimiento del colgajo, dejando ampliamente al descubierto la superficie ósea o sea el hueso bucal.

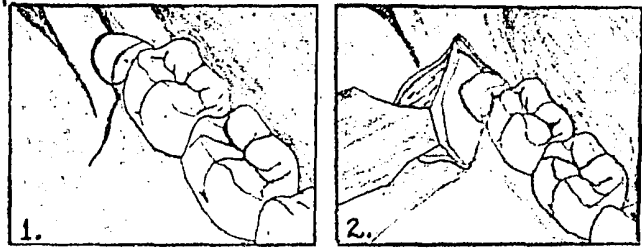


3. Osteotomía. El escoplo perfora, secciona y elimina el hueso que cubre la cara distal del molar retenido. La osteotomía también podemos realizarla -- con una fresa redonda No. 8.

4. Eliminada la cantidad de hueso suficiente, aparece parte de la corona y los dos tercios cervicales de la raíz distal del molar.

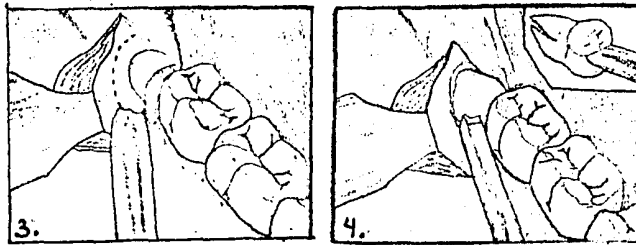


Odontosección. Se simplifica el problema y se evita un trauma innecesario, dividiendo el molar retenido según su eje menor. A, con una fresa de fisura en el ángulo recto, se divide al molar retenido en tres elementos; B, ha sido eliminada con un elevador No. 14 R de Winter, la porción media; C, a expensas de la porción media eliminada, se proyecta, en dirección de su ápice, la parte coronaria y se extrae con un elevador angular; se practica un pequeño orificio en la cara distal de la raíz; en él se introduce un elevador fino y se dirige la raíz hacia abajo y adelante, D; la operación se termina con sutura.



Técnica de la extracción por el método de la odontosección, de un Tercer Molar Inferior Derecho, ubicado en posición horizontal, desviación buco-lingual, con su cara mesial inaccesible.

1. Incisión en ángulo.
2. Desprendimiento del colgajo vestibular por medio de una espátula de Freer.



3. Osteotomía. La cantidad de osteotomía a realizarse está dirigida por el tipo de retención. En este caso hay que buscar el acceso a la cara mesial, y eliminar una pequeña porción del hueso bucal y distal con el escoplo.

4. Realizada la osteotomía necesaria, se procede a dividir el molar, según su eje mayor, con un escoplo a doble bisel, que se aplica sobre la cara triturante del molar retenido.

de elevar el diente, y produce generalmente fractura. Nunca hay que sacar un diente a través de una abertura pequeña. Si no se fractura habrá mucho traumatismo, lo que aumenta las complicaciones postoperatorias.

d. Odontosección.

Una de las más valiosas ayudas para la remoción de muchos Terceros Molares Inferiores Retenidos, es la técnica del Seccionamiento, o sea, la reducción de la corona en piezas pequeñas que se van sacando permitiendo la creación de un espacio a través del cual se quitan las porciones restantes de la raíz. Esto se completa mediante escoplos o fresas, y en muchos casos mediante una combinación de ambos.

Por este proceso de destrucción del diente, más bien que del hueso que lo rodea, se conserva mucha sustancia ósea que tendría que ser regenerada en la cicatrización postoperatoria.

VENTAJAS. Pell y Gregory, los primeros en establecer esta técnica, mencionan las siguientes ventajas de este método, las que han sido modificadas por conveniencia.

1. El campo de operación es más pequeño, ya que al trabajar poco o nada en la zona posterior del diente, las incisiones son menos extensas. Esto significa menor hinchazón y menor trismus postoperatorio.

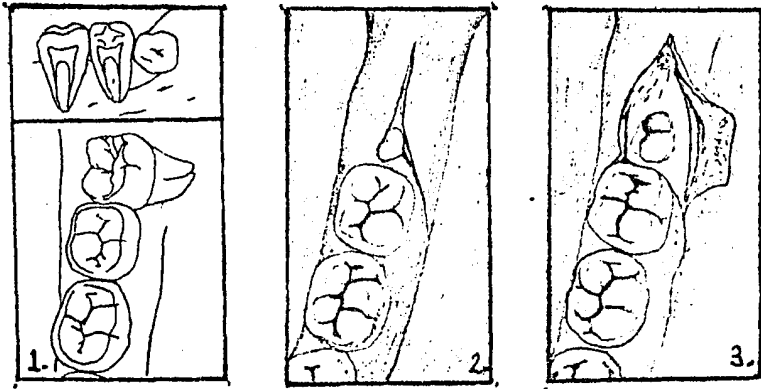
Sin embargo, es preferible exponer mayor campo operatorio que demasiado pequeño.

2. La extirpación ósea es eliminada, o considerablemente reducida.

3. El tiempo operatorio se acorta, un simple golpe de escoplo que secciona un diente proveerá de espacio suficiente, que de otra manera requeriría muchos golpes de escoplo, o muchas revoluciones de fresa o muchas aplicaciones de gubia para producir el mismo espacio en el hueso.

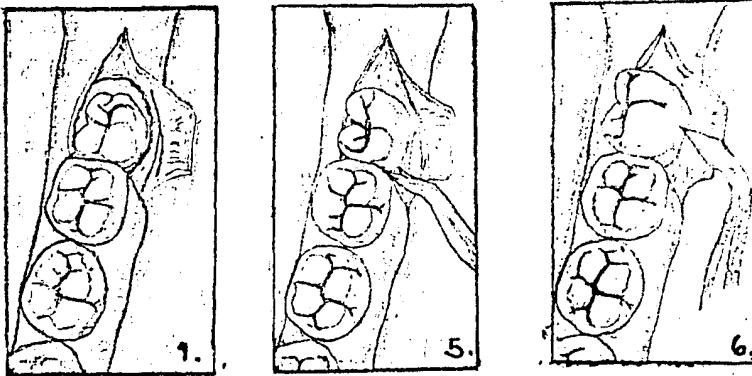
4. El trismus producido por la lesión de los ligamentos de articulación temporomaxilar resultado de la elevación del diente por la fuerza, se elimina. Con este método se usan solamente pequeños elevadores.

5. No se lesionan los dientes adyacentes y el hueso. No se fuerza el diente para evitar convexidad del diente anterior, ni el hueso se somete a grandes presiones, cuando se lo uso como punto de apoyo, generalmente se producen secuestros.

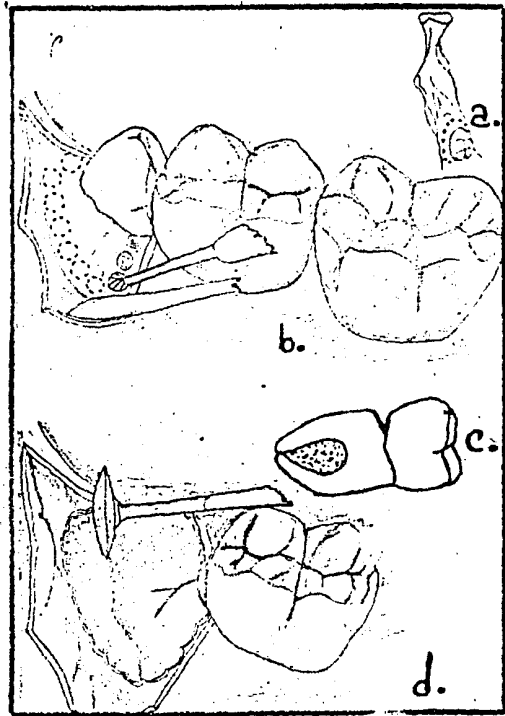


Tercer Molar Inferior Izquierdo, Retención Vertical; desviación Bucolingual, cara mesial inaccesible.

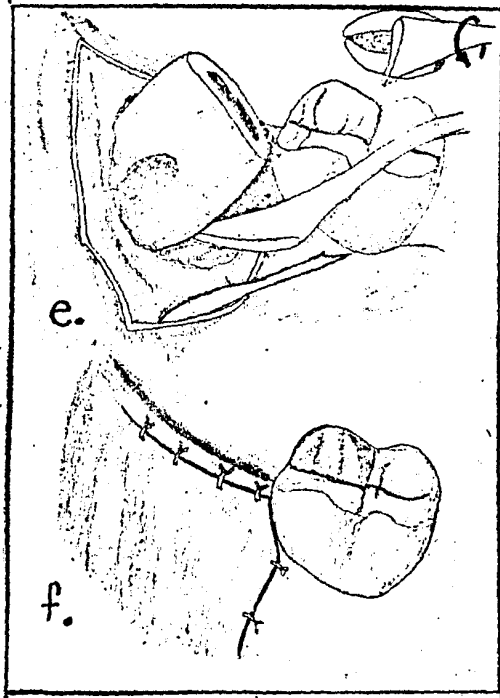
1. La radiografía y la posición del Tercer Molar, con su cara oclusal, dirigida a lingual.
2. Incisión puede usarse este tipo o preferir otra.
3. Desprendimiento del colgajo con un periostótomo, obsérvese la posición del molar.



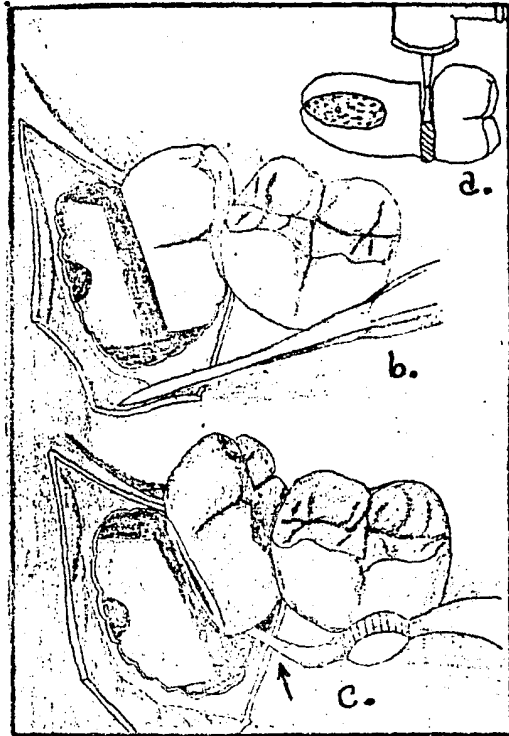
4. Se practica la osteotomía con escoplo, de las porciones mesial, bucal y distal.
5. Un elevador colocado en el lado mesial desplaza el molar hacia distal y lingual.
6. Extracción con el elevador de Winter aplicado en la cara bucal.



Extracción de un Tercer Molar Inferior Derecho Retenido en posición mesio angular, cara mesial inaccesible. Osteotomía. Con una fresa redonda del No. 4 ó 5, según las facilidades de acceso al molar retenido, se practican pequeños orificios en el hueso, los cuales deben llegar hasta el molar retenido; a, vista oclusal; b, vista lateral. Sección del Molar. d, para facilitar la extracción del molar es necesario seccionarlo, en este caso según su eje menor. El corte del diente se realiza con una piedra - montada No. 5, la cual permitirá que la fresa de fisura corte al molar a nivel del cuello; c, la piedra hace una muesca en forma de V, en cuyo ángulo se introduce la fresa de fisura.



Elevación de la porción radicular e. Se introduce el elevador winter No. 12, del lado correspondiente, entre la porción radicular y el tejido óseo y haciendo girar el instrumento, en el sentido que marca la flecha, con sucesivos movimientos se consigue luxar la raíz. En este caso en el que la raíz mesial del molar esta dirigida hacia distal y la raíz distal — hacia mesial, serán necesarios movimientos enérgicos para fracturar el — trozo óseo interradicular. En caso de gran resistencia, deberán separarse con una fresa o con un escoplo recto, ambas, raíces; f, sutura del colgajo.



La fresa de fisura, montada en el contrángulo, secciona completamente el molar a. Se introduce un elevador fino entre la corona y la raíz y se lleva hacia adelante la corona. Con el mismo elevador fino que había luxado la corona, se vuelve ésta hacia atrás, con el objeto de disminuir el contacto con el segundo molar. Se introduce el elevador fino por debajo de la corona, es decir, de su cara mesial, y apoyándose en el hueso subyacente se eleva la corona del molar c. La flecha de la figura c, nos muestra el instrumento disyuntor, muy útil para la separación de coronas y raíces.

6. El riesgo de fractura es menor. Muchas fracturas de la mandíbula resultan de extracciones forzadas, por lo común dientes retenidos en posición vertical o mesioangular, en los cuales no se ha sacado suficiente hueso, y el operador trató de forzar el diente a través del hueso.

7. Se previene el adormecimiento del labio consecutivo a la extracción de los Terceros Molares Inferiores Retenidos, en los que se haya hecho potente palanca, y forzado las raíces del diente contra el Nervio Dentario Inferior.

DESVENTAJAS. Todas las técnicas tienen sus desventajas. Las desventajas de esta son:

1. Los dientes son surcos poco profundos no se parten. Seccionese la corona con una fresa.

2. Dientes de pacientes ancianos, difíciles de partir. En estos casos, las coronas son seccionadas con fresa.

3. En algunos casos es imposible colocar el escoplo, siguiendo el eje longitudinal del diente. Esto es esencial para que el diente se parta.

4. Muchas veces, partir el diente tiene poca ventaja, porque no se puede controlar la dirección del corte.

5. Los pacientes sufren en general molestias por el uso del escoplo. Si la operación se hace con anestesia local, este es factor que debe considerarse.

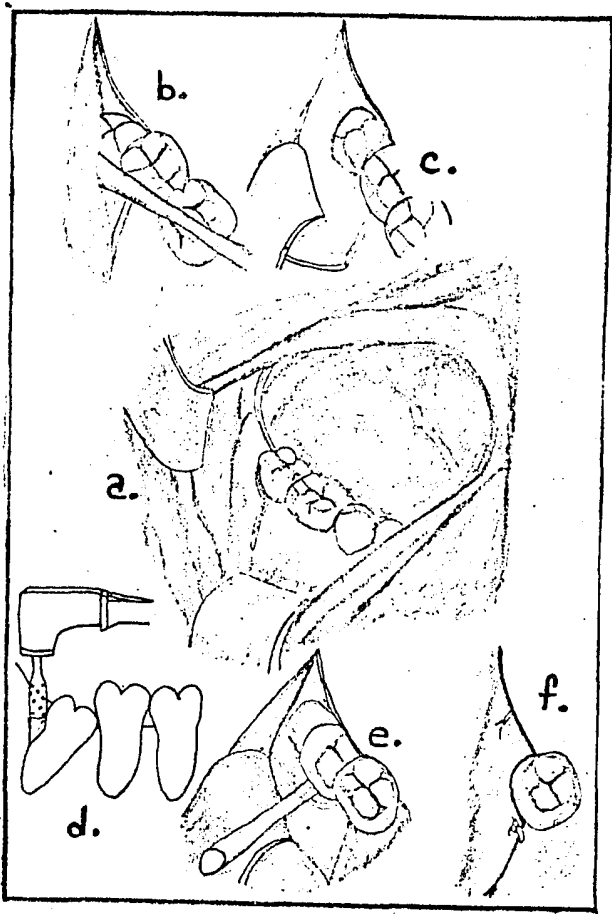
Ante las circunstancias precedentes, es preciso emplear fresa.

e. Extracción de la Pieza.

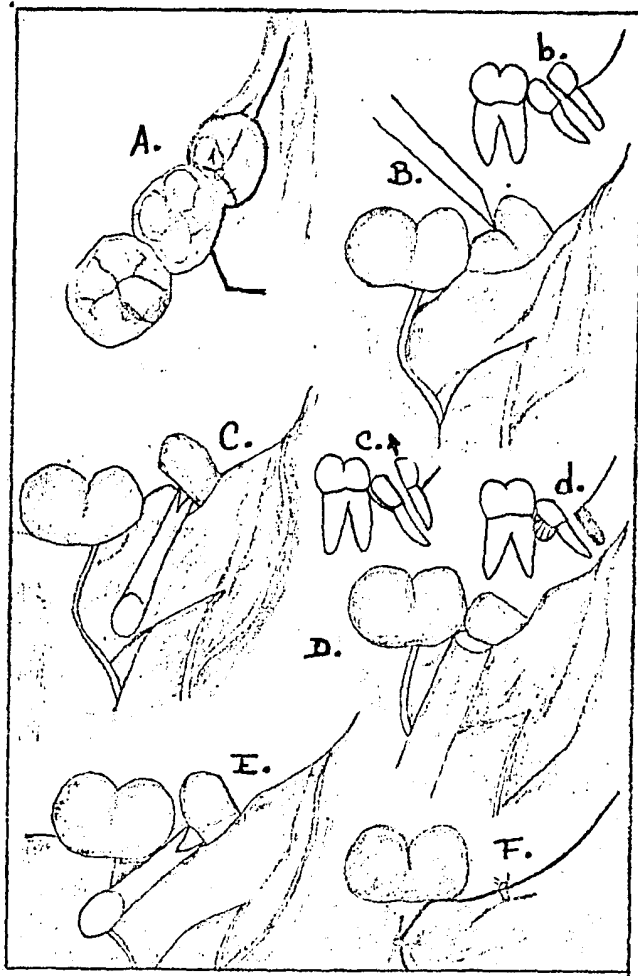
Después de liberar el diente, el hueso que lo cubría y rodeaba, debe obtenerse suficiente espacio entre el ecuador del diente retenido y hueso, para permitir la entrada de un elevador, de modo que la punta pueda ser colocada debajo de la corona. Debe quitarse suficiente hueso por distal para obtener un espacio por el cual pueda moverse el diente. El diente retenido es levantado de su lecho por medio de un elevador.

Si el diente retenido no sale mediante presión moderada, se sacará el elevador y se examinará el diente y el hueso, para determinar la causa de su resistencia. Si se ha eliminado poco hueso hay que quitar más.

Si la corona del diente retenido está todavía aprisionada debajo del contorno del Segundo Molar, se deberá alargar el espacio por distal del Tercer Molar,



Extracción de un Tercer Molar Inferior Derecho, retención mesioangular.
 a, incisión; b, desprendimiento del colgajo, el cual se sostiene con un
 separador; c, o con el periostótomo; d, osteotomía de la porción distal
 realizada con fresa de disura; e, extracción del molar aplicando sobre
 la cara mesial un elevador recto; f, sutura del colgajo.



Extracción de un Tercer Molar Inferior Retenido en posición mesioangular
 Sección del diente con escoplo automático. A, incisión; l, línea, que es la proyección sobre la cara triturante del espacio interradicular, sobre la cual se apoya el dilo del escoplo, B, b, el molar seccionado según su eje mayor, C, extracción de la raíz distal; c, esquema del movimiento anterior; D, osteotomía para aplicar el elevador d; E, elevación de la raíz mesial; F, sutura.

hacia el cual debe moverse dicho diente. Método mejor es el de seccionar la corona del Tercer Molar.

No se aplique fuerza cuando se intente sacar un diente retenido, hasta que toda la resistencia producida por el hueso compacto haya sido eliminada. Esto es muy importante en los Terceros Molares Inferiores, porque puede producirse la fractura del maxilar inferior.

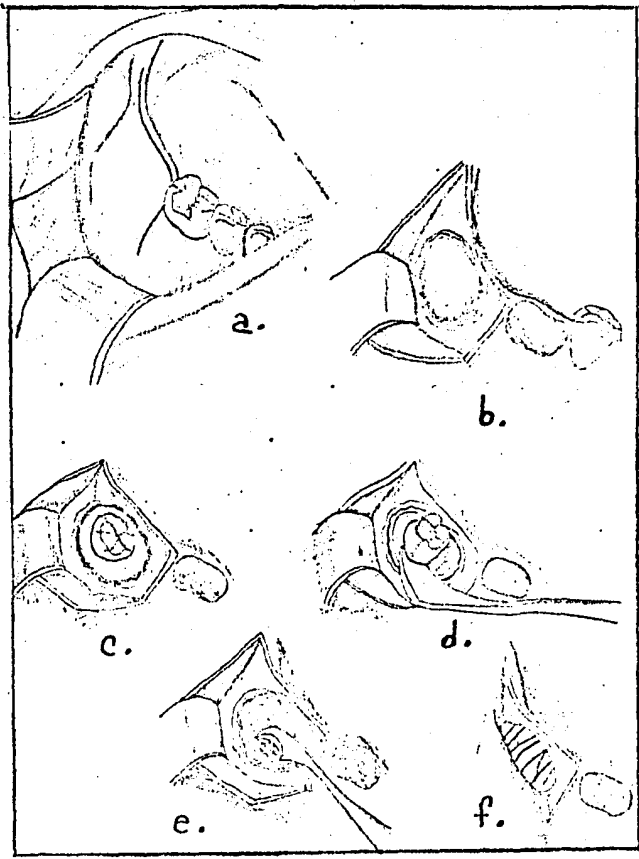
Extracción del Saco Pericoronario. Como este tejido tiene la capacidad potencial para producir un ameloblastoma, siempre deberá ser eliminado tras la extracción de los dientes retenidos o no erupcionados.

f. Tratamiento de la Cavidad.

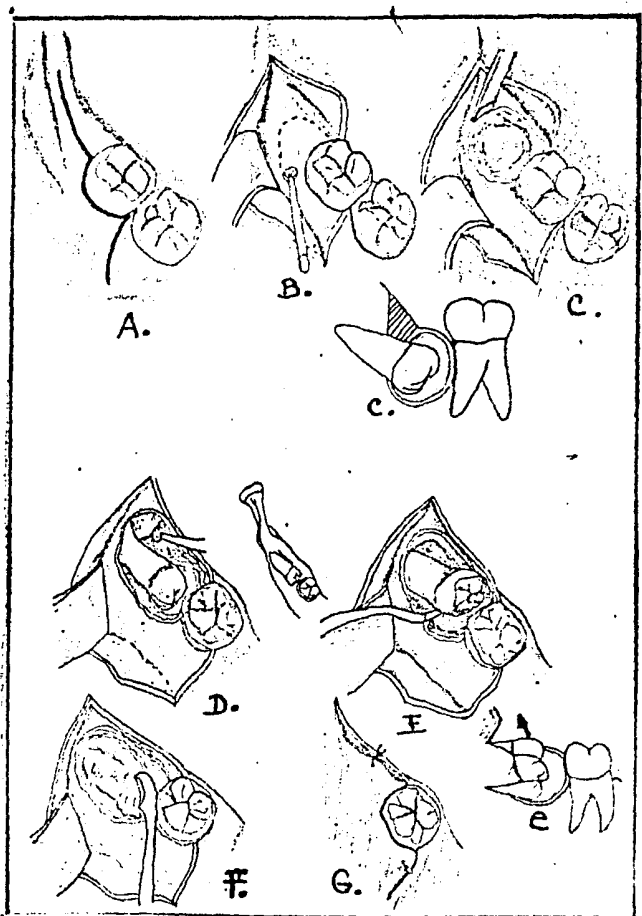
Terminada la operación, el ayudante o la enfermera lava prolijamente la sangre que pudo haberse depositado sobre la cara del paciente, con una gasa mojada en agua oxigenada. La cavidad bucal será irrigada con una solución tibia del mismo medicamento, o mejor aún será proyectada con un atomizador, que limpiará así y eliminará la sangre, saliva, restos que eventualmente pueden depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios.

Completamente limpia la cavidad, procederemos a realizar la sutura. Antes ya colocando el colgajo en su sitio.

La sutura es la maniobra que tiene por objeto, reunir los tejidos separados por la incisión.



Extracción de un Tercer Molar Inferior aislado, posición mesioangular. a, incisión; b, desprendimiento del colgajo (después de la osteotomía, aparece una bolsa quística, que rodeaba el molar); c, el saco quístico incidido; d, extracción del molar con elevador de Winter No. 12; e, eliminación del quiste; f, se coloca gasa en la cavidad.



Tercer Molar Inferior Retenido. Posición horizontal. Y en la radiografía se observa un pequeño quiste dentífero cubriendo la corona. A, incisión, que se extiende desde distal del segundo molar hasta el espacio entre segundo y primero, y luego desciende hasta el surco vestibular; B, osteotomía con fresa redonda No. 5; C, osteotomía con escoplo; c, en rayado la cantidad de osteotomía necesaria; D, se completa con fresa redonda; E, extracción; se coloca un elevador 2R de Winter debajo de la corona del molar retenido, e, es elevado en dirección que da la flecha; F, resección del quiste dentífero; G, sutura.

EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS POR LA TECNICA DEL
SECCIONAMIENTO.

Aunque es cierto que esta Técnica reduce mucho la cantidad de hueso por eliminar, es igualmente cierto que la gran mayoría de los Terceros Molares Retenidos requiere la eliminación de alguna porción del hueso adyacente.

Como regla general, la Clase I, Posición A, Retención Mesioangular, requiere poca remoción de hueso. Sin embargo, en algunos casos es necesario reducir la cortical vestibular a fin de exponer el ángulo mesiovestibular y el surco correspondiente. Después, la porción mesial de la corona, que está colocada debajo de la convexidad del Segundo Molar, puede ser separada de las raíces por medio de escoplo filoso, que se inserta en ese surco y es golpeado hábilmente con un martillo.

Cuanto más profunda sea la retención ósea, tanto más deberá removerse la lámina vestibular, quitando con excoplos al menor hasta la altura del ecuador dentario.

EXTRACCION DE UN TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION VERTICAL
CLASE II.

Para realizar la extracción del Tercer Molar Inferior Retenido Vertical de la Clase II, se realiza la aplicación de la anestesia. Se realiza la incisión, se separa el colgajo. Realizamos las perforaciones indicadas para realizar la osteotomía. Se elimina el hueso cortical, hasta que quede expuesta completamente la corona. Para realizar la extracción de este diente se puede realizar la odontosección y si esta falla y se separa solamente la(s) corona(s) de las raíces, se quitan las dos mitades de la corona y se realiza un surco en la raíz y con la punta de un elevador No. 320 insertada en el surco, y usando la cortical vestibular como punto de apoyo, se sacan las raíces. Realizamos el tratamiento de la cavidad y se sutura.

EXTRACCION DE UN TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION DISTOANGULAR
CLASE II.

Realizamos la aplicación de la anestesia. Realizamos la incisión, separamos el colgajo, con la fresa hacemos las perforaciones para realizar la osteoto-

mfa. Como ejemplo tendremos la hendidura, en este caso, separó la corona de las raíces. Si la inclinación distal del Tercer Molar no permite colocar el escoplo paralelo al eje longitudinal del diente, se cortará la corona después con una fresa. Se hacen perforaciones en cada mitad del diente, al nivel del margen gingival y con un elevador No. 321 se levanta el segmento. Hecha la extracción, hacemos el tratamiento adecuado de la cavidad, colocamos el colgajo en su sitio y suturamos.

EXTRACCION DE UN TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO HORIZONTAL. CLASE I,
POSICION C.

Aplicamos la anestesia, hacemos la incisión, se separa el colgajo que debe ser bastante amplio, para que quede expuesta la corona. La corona se parte y la parte superior se quita, la parte inferior de la corona se corta con una fresa de fisura y se elimina. Se hace un surco en la raíz. Con un elevador No. 320, y con el hueso cortical como punto de apoyo, se mueve la porción radicular hacia adelante y se extrae.

EXTRACCION DE UN TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO MESIOANGULAR. CLASE I,
POSICION B.

Se seguirán los mismos pasos de los casos anteriores, y como ejemplo pondremos un caso en el cual se complicará por la traba del hueso interradicular entre las raíces y por la curvatura distal en ángulo recto, del tercio apical de la raíz mesial, la cual contacta con la raíz distal. La superficie oclusal es visible y la línea de incisión se hará desde distal, siguiendo el contorno de la pieza contigua y realizando una liberatriz, se separa el colgajo, el hueso se extraerá de debajo de la bifurcación con fresa y escoplo. El hueso interradicular se extiende de la cortical vestibular a la lingual, fijando el diente en posición. Ocasionalmente, pequeñas áreas de hueso encerrado son fracturadas por la acción de los elevadores, cuando estos son aplicados a algunas retenciones, pero es mejor separar las raíces y extraer cada raíz por separado en este caso, un escoplo afilado y agudo puede ser utilizado en el surco vestibular paralelo al eje longitudinal del diente y se dará un golpe seco con un martillo, con la intención de que la corona se separe a través de la bifurcación radicular. En este caso se completa la separación de las raíces cortando a través de la bifurca-

ción desde vestibular hacia lingual, con una fresa de fisura dentada, o con un escoplo agudo, colocado en la bifurcación y dirigido entre las raíces.

Se perfora un punto en el cuello de la raíz mesial y con la punta de un elevador apical esta porción del diente es elevada y luxada hacia distal, simultáneamente, de manera que se destrabe la curvatura distal del ápice, el mismo elevador apical se coloca nuevamente entre la raíz distal y el hueso, a lo largo de la superficie distal, por presión manual, o si es necesario, se perfora con una fresa el punto de entrada, en el espacio periodontal, y entonces la punta del elevador se coloca en ese espacio.

Con la cresta del reborde como punto de apoyo, la raíz distal es luxada hacia mesial y sacada de su alveólo. Colocamos el colgajo en su lugar después de haber realizado correctamente el tratamiento de la cavidad y suturamos.

EXTRACCION DE MOLARES INFERIORES RETENIDOS EN ZONAS DESDENTADAS.

Se deberán hacer estudios radiográficos de estas zonas para determinar la técnica que se puede utilizar a fin de prevenir las fracturas de la mandíbula.

Las radiografías que incluyen periapicales, oclusales y extrabucales oblicuas, revelarán la posición, tamaño y forma del diente retenido y la cantidad de hueso interesado.

La técnica depende principalmente de la cantidad de hueso que haya entre el borde inferior de la mandíbula y el ápice radicular del diente por extraer; en segundo lugar, el grosor de las láminas vestibular y lingual. El hueso que cubre la corona, si lo hay, es de menor valor en lo concerniente a la resistencia de la mandíbula porque habrá de eliminarse para ganar acceso hacia el diente, si se elige el abordaje intrabucal. En tercer lugar, la técnica depende de la forma de la corona, y el número de raíces, si fuera más de una.

A veces, el Segundo Molar también está retenido junto con el Tercer Molar, ambos en posición horizontal y con sus superficies oclusales en contacto. En este caso hay que evitar la fractura de la mandíbula, y por lo tanto, deberá extraerse el mínimo de hueso. Para extraer el hueso a través de un orificio pequeño, hay que seccionar el diente.

EXTIRPACION DEL SACO PERICORONARIO (OPERCULECTOMIA).

El Tercer Molar Inferior recientemente erupcionado puede tener un denso sa-

co pericoronario fibroso (u opérculo) que cubra los dos tercios o menos, de su superficie oclusal. Con frecuencia, este tejido causa gran malestar al paciente pues puede inflamarse como consecuencia de un trauma masticatorio ocasionado por el Tercer Molar Superior al ocluir, o por infección que resulte del desarrollo bacteriano en un medio ideal, como el que se haya entre el saco pericoronario y la cúspide distal de la corona.

La extirpación del saco pericoronario está indicada y el método más eficiente para esta extirpación del denso tejido fibroso mucoperiostico es usando el --ansa del electrocauterio, esta es colocada debajo del saco pericoronario lo más distalmente posible; si es factible debajo de la superficie distal del diente y alrededor de ella.

Cuando ha alcanzado el ansa esta posición, se cierra el circuito eléctrico, con lo que se podrá realizar la extirpación.

EXTRACCION QUIRURGICA DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.

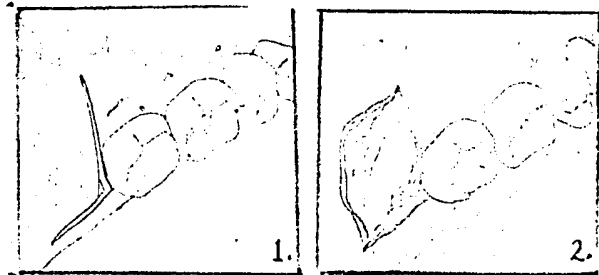
PLANTEAMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS.

Deben observarse los siguientes pasos para la extracción de los Terceros Molares Superiores Retenidos:

1. Hacer un examen visual y digital de los tejidos blandos, duros y dientes adyacentes y/o sobrepuestos al diente retenido.
2. Estudiar las radiografías del diente por extraer, los tejidos vecinos y dientes adyacentes.
3. Clasificar el tipo de retención.
 - a. Anestesia.

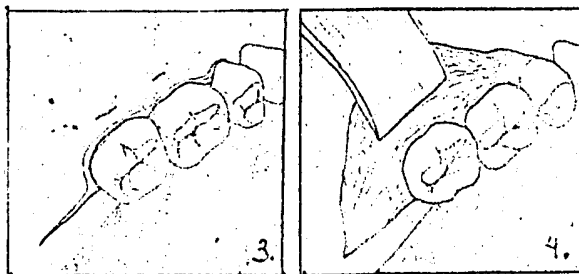
Ha sido tradicional que para la remoción quirúrgica de los Terceros Molares Superiores, se requiera efectuar el bloqueo anestésico local Vestibular o bloqueo de los Nervios Dentarios Posteriores e infiltrar los ramos correspondientes del Nervio Palatino Anterior.

DATOS ANATOMICOS. El Nervio Maxilar Superior, antes de introducirse al canal suborbitario, da lugar a los Nervios Dentarios Posteriores que descienden a la tuberosidad del maxilar y desaparecen finalmente en los Conductos Dentarios Posteriores, llegan a las raíces de los Molares donde se dividen, anastomosan y



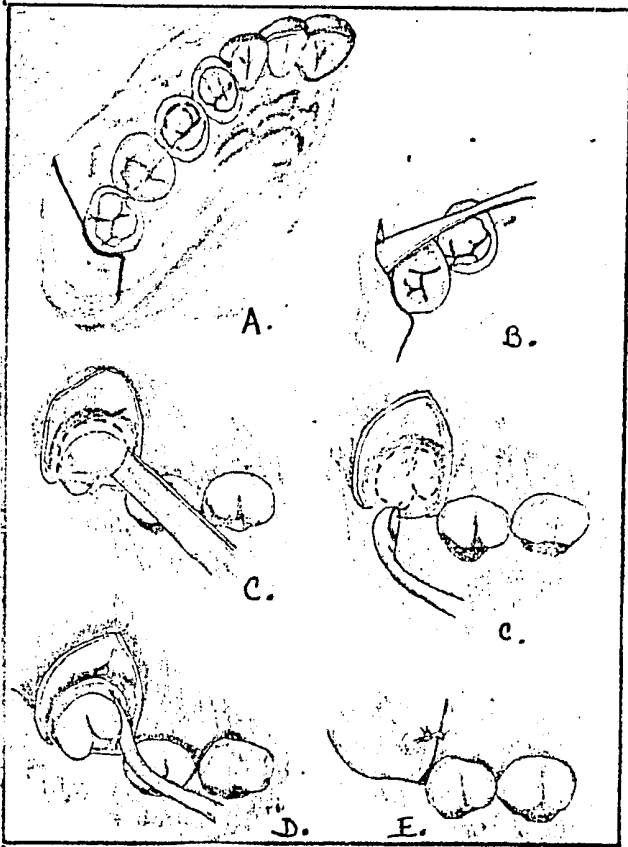
Técnica de la extracción de un Tercer Molar Superior Retenido.

1. Trazado de la incisión en forma angular.
2. Realizada la incisión, se hace el desprendimiento del colgajo mucoperiódontico, utilizando un periostótomo.



3. Esta incisión que llega hasta el segundo premolar, permite obtener un -- colgajo más amplio y útil.

4. El colgajo rebatido y sostenido con un separador. Este colgajo es de mayor utilidad, porque da un mayor campo operatorio.



Extracción del Tercer Molar Superior Retenido. A, incisión; B, desprendimiento del colgajo; C, osteotomía con escoplo, c, osteotomía del hueso — que cubre la cara trituyente, con cucharilla para hueso; D, extracción — del molar con un elevador; E, sutura.

dan origen a 4 Órdenes de filetes terminales:

1. Filetes dentarios para las raíces de Molares y Premolares.
2. Filetes alveolares para perióstio de alveólos y mucosa de encfa.
3. Filetes mucosos para la mucosa del seno maxilar.
4. Filetes óseos para el mismo maxilar.

De los Nervios Dentarios Posteriores, antes de penetrar en sus conductos, - se desprenden filetes para mucosa y encfas que descienden de la tuberosidad del maxilar.

Nervio Palatino Anterior: Entra a la cavidad bucal a través del agujero pa latino posterior y se dirige inmediatamente hacia adelante; pronto se dividen va rios ramos que se extienden en abanico hacia adelante, afuera y adentro, inervan do la mucosa del paladar duro hasta la línea canina donde intercambian fibras -- con el Nervio Nasopalatino.

El bloqueo del Nervio Palatino Anterior y de sus ramos colaterales es dolo roso y la anestesia de esa zona es molesta para el paciente que manifiesta disfa gia importante, presentando en ocasiones úlceras de necrobiosis en el lugar de - punción, esto es de trascendencia, ya que la extracción de los Terceros Molares Superiores, podemos evitar la punción palatina y efectuar adecuadamente la ex-- tracción del Tercer Molar.

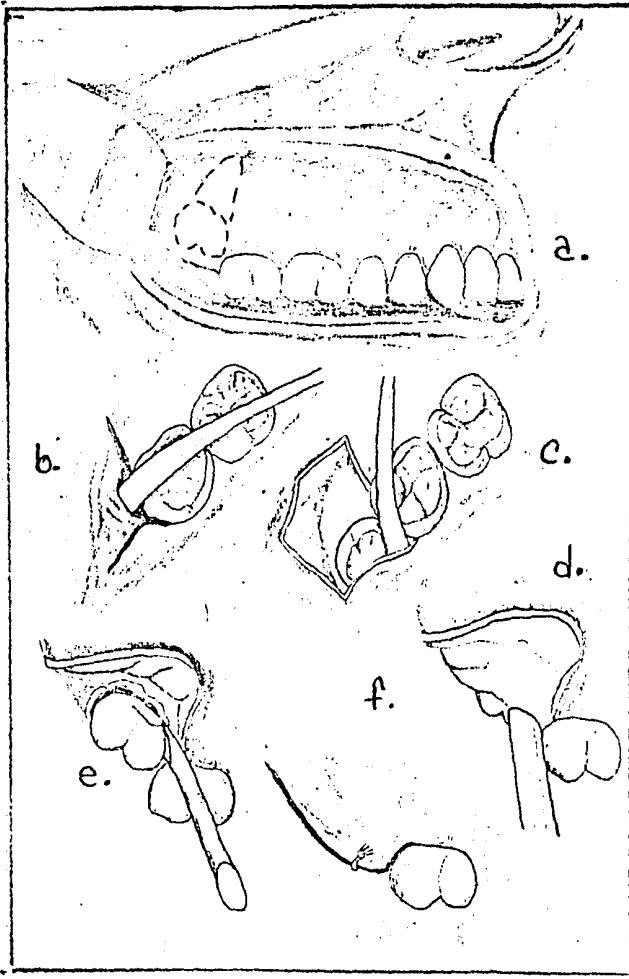
Se piensa, al revisar la anatomía de los Nervios Dentarios Posteriores y Pa latino Anterior, que el bloqueo de los primeros, anestesia la mucosa, el hueso - alveolar y las membranas parodontales, lo que explicaría la ausencia de dolor, - requiriéndose el bloqueo palatino sólo en aquellos casos que la Cirugía involu-- cra el perióstio y la mucosa palatina correspondiente.

b. Incisión y Colgajo.

Para extraer los Terceros Molares Superiores Retenidos, se hace la incisión desde atrás de la tuberosidad en el surco hamular, con bisturf No. 12.

La mucosa que recubre la tuberosidad es incidida, desde la porción más dis tal de la tuberosidad hacia adelante, hasta que se llega al punto medio de la su perficie distal del Segundo Molar Superior.

Esta se continúa por vestibular, alrededor del cuello del Segundo Molar, -- hasta el espacio proximal entre el primero y segundo molares, y después hacia el fondo de surco mucovestibular, en un ángulo de 45°. Esta última incisión se -- hará con hoja de bisturf No. 15. La porción de la mucosa que recubre la corona



Extracción de un Tercer Molar Superior Retenido en posición distoangular; a, figura del caso; b y c, desprendimiento del colgajo; d, osteotomía con escoplo; e, extracción del Tercer Molar con un elevador recto, introducido entre la cara mesial del molar y el hueso; f, sutura.

del diente retenido se desprende y se separa con el periostotómo, lo cual da — acceso adecuado al hueso.

c. Osteotomía.

Es un Tercer Molar Superior Retenido, el hueso que lo recubre no es generalmente muy denso, pudiendo ser fácilmente extirpado con escoplos o gubias para exponer así la corona del diente. En esta operación hay que tener cuidado de no presionar y empujar por inadvertencia del diente dentro del seno maxilar o fosa pterigomaxilar. A causa de este peligro, la técnica del seccionamiento no es — aplicable o no es necesaria para la extirpación o extracción de Terceros Molares Superiores Retenidos.

Después que el hueso vecino ha sido eliminado y expuesta la corona del diente retenido, se eliminará hueso suficiente para exponer el ecuador de la corona del diente retenido.

d. Extracción de la Pieza.

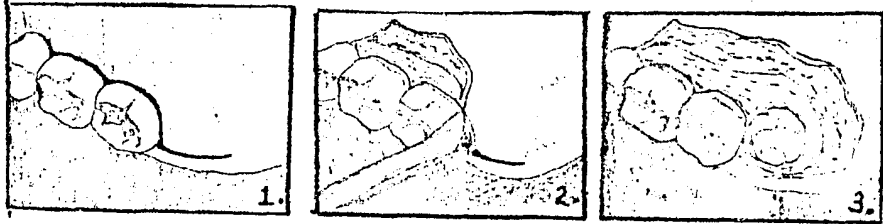
Una vez obtenido suficiente espacio entre el ecuador del diente retenido y el hueso, como para permitir la introducción de un elevador, de modo que la punta de este pueda ser colocada debajo de la corona, cerca del borde gingival, en el ángulo mesiovestibular, el diente retenido se levanta de su lecho por medio de elevadores.

Se inserta un elevador apropiado, debajo de la corona, a la altura del cuello del diente, y usando la cortical vestibular como punto de apoyo, el diente se eleva de su lecho hacia vestibular y distal.

Hay que tener cuidado de que el elevador esté colocado debajo de la corona y al nivel del punto más alto de la ventana labrada en el hueso y de que la presión sea hacia vestibular y distal. Esto es para evitar que el diente retenido sea forzado al seno maxilar o a la fosa pterigomaxilar.

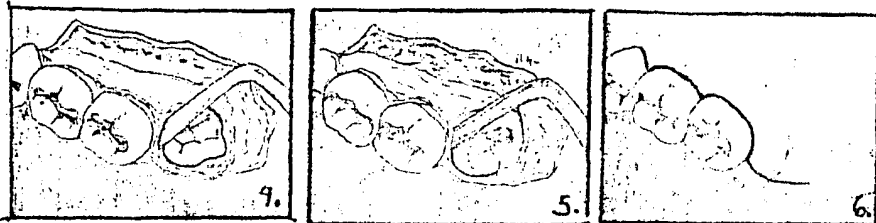
Si el diente se introduce en el seno maxilar, será necesario abrir por encima de la zona de los premolares, para eliminar el diente.

Hay que notar los siguientes puntos: lo más importante para la extracción de dientes retenidos, es una abertura adecuada, lo que significa la eliminación del hueso que recubre y rodea el diente más allá de la altura del contorno de la corona.



Técnica de la extracción de un Tercer Molar Superior Retenido, en posición distoangular.

1. Trazado de la incisión.
2. Desprendimiento del colgajo vestibular por medio de un periostótomo.
3. Desprendido el colgajo aparece el Tercer Molar Superior Retenido.



4. Se introduce un elevador de Clev-dent entre la cara mesial del Tercer Molar y el hueso. En algunas oportunidades, cuando el espacio entre el segundo y el Tercer Molar es muy pequeño, el elevador con su cara plana, mirando hacia el segundo molar, es más efectivo. Puede emplearse un elevador recto de Clev-dent, o cualquier elevador de hoja fina, que actúe como cuña. El peligro de apertura del seno maxilar es mayor en este tipo de retenciones, la sutura puede evitar las consecuencias.

5. El elevador izquierdo de Clev-dent, opuesto al de la figura anterior, luxa el Tercer Molar hacia distal.

6. Adaptación del colgajo. Un punto de sutura, a nivel del alveólo del Tercer Molar extraído para mantenerlo.

Debe haber espacio suficiente, para pasar la punta de un elevador por debajo de la corona, y entre ésta y el hueso que la rodea.

e. Tratamiento de la Cavidad.

Se realizará limpiado y lavado correcto de la cavidad, ya que esté realizado esto, podremos llevar los colgajos a su sitio y realizaremos si es necesario la sutura.

INDICACIONES POST-OPERATORIAS.

Estas indicaciones son tanto para Dientes Superiores como para Dientes Inferiores.

Una operación realizada en la cavidad bucal, requiere una serie de cuidados post-operatorios. Parte de éstos debe realizarlos el paciente; otros los realiza el profesional. La colaboración entre el Odontólogo y el enfermo llevará a buen éxito la intervención.

H O Y :

(Día de la Intervención).

- Al llegar el paciente a su casa, después de la operación, conviene guardar reposo, con la cabeza en alto.

- Colocar fomentos de hielo en la cara, sobre la región operada, durante quince minutos y quince minutos de descanso, por el término de varias horas, para reducir la inflamación.

- Dieta líquida de preferencia fría. No tomar leche.

- No realizar ninguna clase de enjuagatorios al menos que se hubiera prescrito lo contrario, si se hubiera dejado en la boca alguna gasa protectora, retirla al cabo de una hora.

- No asearse la cavidad.

M A Ñ A N A :

- Dieta normal, sin incluir grasas, irritantes ni alimentos duros.

- Realizar enjuagatorios tibios, con una solución de agua y sal o con carb

nato. Estos enjuagatorios se repetirán cada dos horas.

- Fomentos húmedo-calientes, para disminuir la inflamación.
- Aseo normal de la cavidad, menos en la zona operada.
- Medicamentos: analgésicos en caso de sentir dolor, tomar una tableta del medicamento indicado. Antiinflamatorios y antibióticos en caso necesario.

VI. COMPLICACIONES.

Tratamiento General del Paciente.

Este tratamiento debe ser practicado por el clínico que vigila al paciente, en colaboración con el Odontólogo Cirujano. Dicho tratamiento se refiere al — mantenimiento del pulso, de la tensión arterial, de los emuntorios, de la alimentación del paciente, del tratamiento general de las Complicaciones Post-operatorias.

COMPLICACIONES DE LA OPERACION.

Toda operación puede ser seguida de Complicaciones Locales o Generales de distinta índole; el afán del operador deber ser prevenirlas. En la precisión de las técnicas, en la asepsia de la operación, encuentran escudo los accidentes — post-operatorios.

COMPLICACIONES LOCALES.

1. Fractura del Diente.

Es el accidente más frecuente, en el curso de la extracción, al aplicarse — la pinza sobre el cuello del diente y efectuarse los movimientos de luxación, la corona o parte de ésta o parte de la raíz se quiebran, quedando por lo tanto la porción radicular en el alveólo. Las causas de este accidente son múltiples. — Este es evitable si hacemos un estudio radiográfico adecuado.

Los órganos dentarios, debilitados por los procesos de caries o con anomalías radiculares, no pueden resistir el esfuerzo aplicado sobre su corona y se — quiebran en el punto de menor resistencia. La fractura adquiere, por lo tanto, las formas más diversas.

CONDUCTA A SEGUIR EN CASO DE FRACTURA. Producida la fractura, nuestros — cuidados deben dirigirse a extraer la porción radicular que queda en el alveólo. Para ello se deben realizar maniobras previas, que salven el error cometido.

No disponiendo de un aparato de rayos X, habrá que intentar la extracción — con este factor en contra.

TRATAMIENTO DE LA FRACTURA. Preparación del campo operatorio. A causa del traumatismo producido por la fractura del diente a extraer, se producen desgarreros de la encía, se desplazan esquirlas óseas, y sobre todo en la boca del alveólo se sitúan trozos del diente; la pulpa puede quedar expuesta. La encía desgarrada y el perióstio lesionado producen una hemorragia abundante que oscurece el campo operatorio.

Por preparación del Campo Operatorio se entiende eliminar los trozos óseos y dentarios que lo cubre; cohibir la hemorragia de las partes blandas, es decir, aclarar la visión del muñón radicular fracturado, para así poder llevar a feliz término su extracción. Los fragmentos se retiran con pinzas, algodón, se lava la región con un chorro de agua o suero fisiológico, se seca con gasa y se practica la hemostasis con los estípticos de que se disponen: adrenalina, Clauden, métodos eléctricos. Sin el requisito previo de tener un campo blanco, exangüe, no puede intentarse la extracción con éxito. Una vez terminada la hemorragia, se practica la extracción de las raíces.

2. Fractura y Luxación de los Dientes Vecinos.

La presión ejercida sobre forceps o sobre los elevadores puede ser transmitida a los dientes vecinos, provocando la fractura de su corona (debilitada por obturaciones o caries) o luxando el diente cuando disposiciones radiculares (raíces fusionadas) lo faciliten. El diente luxado puede ser reimplantado en su alveólo, fijándolo por los procedimientos usuales.

3. Fractura del Instrumental empleado en Exodoncia.

No es excepcional que los forceps o los elevadores se fracturen en el acto quirúrgico, cuando se aplica fuerza excesiva sobre ellos. Puede así herirse las partes blandas u óseas vecinas. Para extraer los trozos, se impone una nueva intervención, si no es realizada en el acto de la extracción. También pueden quedar en el alveólo, restos de amalgamas, provenientes de dientes vecinos o del mismo diente.

4. Fractura del Maxilar.

FRACTURA DEL BORDE ALVEOLAR. Accidente frecuente; de la variedad de la

fractura depende la importancia del accidente. La fractura del borde alveolar no tiene importancia; el trozo de hueso se elimina con el órgano dentario o queda relegado en el alveólo. En el primer caso no hay conducta especial a seguir; en el segundo debe eliminarse el trozo fracturado, de lo contrario, el secuestro origina los procesos inflamatorios consiguientes: osteftis, abscesos, que no terminan hasta la extirpación del hueso.

El hueso se quiebra, siguiendo líneas variadas; en general es la tabla externa, un trozo de la cual se extrae con el diente.

FRACURA DE LA TUBEROSIDAD. En la extracción del Tercer Molar Superior, sobre todo en los retenidos, y por el uso de elevadores aplicados con fuerza excesiva, la tuberosidad del maxilar superior o también parte de ella puede desprenderse, acompañando al Molar; en tales circunstancias puede abrirse el seno maxilar, dejando una comunicación bucosinusal, cuya obturación requiere un tratamiento apropiado.

FRACURA TOTAL DEL MAXILAR INFERIOR. La fractura total es un accidente posible, aunque no frecuente; en general es a nivel del Tercer Molar donde la fractura se produce y se debe a la aplicación incorrecta y fuerza exagerada en el intento de extraer un Tercer Molar Retenido, u otro diente retenido con raíces con cementosis o dilaceradas. La disminución de la resistencia ósea debida al gran alveólo del molar, actúa como una causa predisponente para la fractura del maxilar, del mismo modo como interviene, debilitando el hueso, una osteomielitis o un tumor quístico (quiste dentífero, paradentario, adamantinoma).

Las afecciones generales y los estados fisiológicos ligados al metabolismo del calcio, la diabetes, las enfermedades parasifílicas (tabes dorsal, parálisis general y ataxia locomotriz) predisponen a los maxilares, como a otros huesos, para la fractura; es suficiente un esfuerzo, a veces mínimo, o el esfuerzo del acto operatorio para producir la fractura del hueso.

PERFORACIÓN DE LAS TABLAS VESTIBULAR O PALATINA. En el curso de una extracción de un premolar o molar superior, una raíz vestibular o palatina puede atravesar las tablas óseas, ya sea por un debilitamiento del hueso a causa de un proceso previo o esfuerzos mecánicos; el caso es que la raíz se halla en un momento dado debajo de la fibromucosa, entre ésta y el hueso, en cualquiera de las dos caras, vestibulo o paladar. La búsqueda y extracción de tales raíces por vía alveolar, es generalmente engorrosa. Más sencillo resulta practicar una pequeña incisión en el vestibulo o en el paladar y previa separación de los colgajos, por esta vía se extraern las raíces. Un punto aproxima los bordes de la herida.

Con respecto al maxilar inferior, tal accidente es también posibles. Ambas tablas pueden ser perforadas.

5. Lesión del Seno Maxilar.

PERFORACION DEL PISO DEL SENO. Durante la extracción de los Molares y Premolares Superiores, puede abrirse el piso del antro; esta perforación adquiere dos formas: accidental o instrumental. En el primer caso, y por razones anatómicas de vecindad del Molar con el piso del Seno, al efectuarse la extracción queda instalada la comunicación. Inmediatamente se advierte el accidente, porque el agua pasa al seno y sale por la nariz.

En otros casos, los instrumentos de exodoncia, cucharillas, elevadores, pueden perforar el piso sinusal adelgazado, desgarrar la mucosa antral, estableciéndose por este procedimiento una comunicación. O puede ser una raíz, la que perfora el seno al intentarse su extracción.

TRATAMIENTO DE LA COMUNICACION OPERATORIA. En la mayoría de los casos, cuando la perforación obedece a razones anatómicas o es realizada por instrumentos, el coágulo se encarga de obturar la comunicación. Basta en tales casos, una torunda de gasa que favorezca la hemostasis o un punto de sutura que acercando los bordes, establece mejores condiciones para la contención del coágulo.

Algunas veces el coágulo, de modo especial en alveólos grandes y que han sido traumatizados, se retrae y se desprende. El valor del coágulo como elemento obturador es en esas condiciones nulo. Es preciso en estas circunstancias, realizar una pequeña plástica, para reintegrar la disposición normal.

PENETRACION DE UNA RAZ EN EL SENO MAXILAR. Una raíz de Molar Superior, al fugarse del alveólo empujada por las maniobras que pretenden extraerla, puede comportarse de distintas maneras en relación con el Seno Maxilar.

La raíz penetra en el Antro, desgarrando la mucosa sinusal y se sitúa en el piso de la cavidad.

EXTRACCION DE LA RAZ EN EL SENO MAXILAR. Un examen radiográfico previo, nos impondrá de la ubicación exacta de la raíz.

Sea que la extracción de la raíz se intente en la misma sesión; o se realice posteriormente, la vía de elección para su búsqueda es siempre la vestibular. La vía alveolar es mala y antiquirúrgica. Dificilmente se logra extraer el resto radicular por esta vía y hay peligro de dejar una comunicación con el Seno.

La manera de proceder es la siguiente: se trazan dos incisiones convergen-

tes desde el surco vestibular al borde libre. Esta incisión coincidirá con las lengüetas mesial y distal del alveólo que estamos considerando. Se desprende el colgajo según arte, y expuesto el hueso, se calcula por el examen radiográfico - la altura a que se encuentra el piso del seno y por lo tanto la raíz que se quiere extraer. Se practica la osteotomía de la tabla externa a escoplo y fresa. -- Por esta maniobra, generalmente la mucosa sinusal queda desgarrada; en caso contrario, se le incide con un bisturí, para poder llegar al interior del antro. -- Abierto el seno y proyectando la luz hacia el interior de su cavidad se busca la raíz, hallada se le toma con una pinza larga, con una pinza de disección o bien se la elimina con una cucharilla para hueso.

Con el objeto de que la perforación vestibular operatoria y la transalveolar traumática se obturen, recurrimos a una sencilla maniobra plástica. La boca del alveólo debe ser cubierta con tejido gingival, tal como se procede en caso simple de perforación. Se disminuye la altura del borde óseo alveolar y se desprende el colgajo palatino. Se puede alargar el telón vestibular, practicando a bisturí la sección del periostio, con lo cual se logra alargar el colgajo para que llene su propósito. Una sutura cierra la boca del alveólo y otros dos puntos afrontan los labios de la encía hacia distal y mesial. Puede también realizarse una plástica por deslizamiento del colgajo vestibular, en el caso de que la raíz esté situada por debajo de la mucosa sinusal (la raíz no es visible, pero el piso sinusal está levantado por una eminencia que denuncia la raíz fugitiva), el seno es abierto por vestibular, con un bisturí se practica una incisión sobre la eminencia radicular. La raíz aparece y es extraída por los medios indicados; esta forma de fuga de la raíz, es por otra parte, muy poco frecuente.

6. Penetración en el Seno Maxilar.

Un accidente poco frecuente, pero posible, es la introducción total de un Molar, generalmente el Tercero, en el Seno Maxilar. La extracción del Molar se realiza con una técnica semejante a la de la operación de Caldwell-Luc.

7. Penetración de un Diente en Regiones Vecinas.

En el intento de extracción de un diente de la arcada, con más frecuencia - un Tercer Molar Superior o Inferior Retenido, el diente, respondiendo a la aplicación incontrolada de fuerzas, o debilitamiento de las paredes o tablas óseas,

pueda fugarse al piso de la boca o a lugares vecinos.

8. Luxación del Maxilar Inferior.

Consiste en la salida del Cóndilo del Maxilar de su cavidad glenoidea. Accidente raro, se produce en ocasión de las extracciones de los Terceros Molares Inferiores, en operaciones largas y fatigantes. Puede ser unilateral o bilateral.

El maxilar luxado puede volver a ser ubicado en su sitio por medio de la siguiente maniobra: se colocan los dedos pulgares de ambas manos sobre la arcada dentaria del Maxilar Inferior; los restantes dedos sostienen el maxilar. Se imprimen fuertemente a este hueso dos movimientos, de cuya combinación se obtiene la restitución de las relaciones normales del maxilar: un movimiento hacia abajo y otro hacia arriba y atrás. Reducida la luxación, puede continuarse la operación.

9. Lesión de las Partes Blandas vecinas.

DESGARROS DE LA MUCOSA GINGIVAL, LENGUA, CARRILLOS, LABIOS, ETC. Accidente posible, pero no frecuente; se produce al actuar con brusquedad, sin medida y sin criterio quirúrgico.

Con todo, algunas veces pueden deslizarse los instrumentos de la mano del operador (después de extracciones laboriosas y fatigantes) y herir la encía o las partes blandas vecinas. Luego de terminar la extracción, las partes desgarradas serán cuidadosamente unidas por medio de puntos de sutura.

Heridas de labios, por pellizcamientos con las pinzas, lesiones traumáticas de la comisura que se continúan con Herpes ubicados en esa región, son bastante frecuentes en el curso de extracciones laboriosas del Tercer Molar Inferior (acción de los instrumentos).

10. Lesión de los Troncos Nerviosos.

Una extracción dentaria puede ocasionar una lesión de gravedad variable sobre los Troncos Nerviosos. Estas lesiones pueden radicarse en los Nervios Superiores e Inferiores.

Los accidentes más importantes son los que tienen lugar sobre el Nervio Pa-

latino Anterior, Dentario Inferior o Mentoniano.

El traumatismo sobre el Tronco Nervioso puede consistir en sección, aplastamiento o desgarro del nervio, lesiones que se traducen en Neuritis, Neuralgias o anestiasias en zonas diversas. Frecuentemente ocurre en las extracciones del --- Maxilar Inferior, por intervenciones sobre el Tercer Molar o Premolares.

En las extracciones del Tercer Molar, especialmente en la del Tercer Molar Retenido, la lesión sobre el Nervio Dentario tiene lugar por aplastamiento del - conducto, que se realiza al girar el Tercer Molar Retenido. El ápice, trazando un arco, se pone en contacto con el conducto y aplasta a éste y sus elementos, - ocasionando anestiasias definitivas, prolongadas o pasajeras, según la lesión.

11. Hemorragia.

La salida de sangre en el curso de la operación es un suceso lógico: la can- tidad de sangre puede hallarse disminuida por acción de la anestesia local (vaso constrictores). Cohibir la hemorragia en el acto operatorio es obra de la hemog- tasis; en este caso nos referimos a la Hemorragia Post-operatoria, que aparece - intempestiva e inmediatamente a la operación (Hemorragia Primaria) o un tiempo - después (Hemorragia Secundaria).

HEMORRAGIA PRIMARIA. El tratamiento de ésta en Cirugía Bucal se realiza -- por dos procedimientos: uno, instrumental, que tiene su aplicación en la ligadu- ra o en el aplastamiento del vaso que sangra; el aplastamiento se practica com- primiendo brusca y traumáticamente el vaso óseo sangrante con un instrumento ro- mo.

El otro procedimiento actúa meccánicamente y se logra por el taponamiento y la compresión, que se realiza con un trozo de gasa. Generalmente, volviendo al colgajo a su sitio y suturando, la hemorragia cesa, por complexión de la cavidad ósea por la sangre que al coagularse obtura los vasos óseos sangrantes. A expen- sas de este coágulo se realiza el proceso de osificación. Si la hemorragia no - cede y continúa brotando sangre entre los labios de la herida, en un tiempo y en cantidad desusados, habrá que llenar la cavidad quirúrgica con una gasa, que debe reunir ciertas condiciones para este objeto; para aumentar su acción hemostáti- ca, la gasa puede ser impregnada en los medicamentos indicados: trombina, trombo- plastina, adrenalina, percloruro de hierro; para evitar que la gasa se adhiera a la cavidad ósea puede ser impregnada previamente con vaselina.

HEMORRAGIA SECUNDARIA. Aparece algunas horas o algunos días después de la

operación; puede obedecer a la caída del coágulo luego de un esfuerzo del paciente, o por haber cesado la acción vasocnstrictora de la anestesia. A estos factores locales puede agregarse una causa general que favorezca la hemorragia. Estas hemorragias adquieren características e intensidad variables.

El tratamiento se realiza por Métodos Locales y Métodos Generales.

Métodos Locales. Se lava la región que sangra con un chorro de agua caliente o se hace practicar al enfermo un enjuagatorio de su boca para retirar los restos del coágulo y la sangre, que dificulta la visión y la individualización del punto sangrante. Investigando el lugar por donde mana la sangre, la hemostasis se realiza por taponamiento a presión, con gasa (simple o con medicamentos). Encima de la herida y comprimiendo sus bordes se deposita un trozo grande de gasa seca, la cual se mantiene con los dedos, o mejor aún, bajo la presión masticatoria.

Esta presión debe mantenerse, por lo menos, durante media hora, transcurrida la cual se retira con suma precaución la gasa seca que hace compresión. En caso de persistencia, se insiste con la compresión o se administran los tratamientos generales.

En muchas ocasiones, no es fácil realizar cómodamente las maniobras para cohibir una hemorragia porque el paciente está dolorido, o el mismo acto ocasiona dolor. En tales casos, será utilísimo realizar una pequeña anestesia local, a nivel del lugar donde se localiza la hemorragia. Además de las ventajas que se obtienen por el poder vasoconstrictor del líquido anestésico, el empleo de este procedimiento permitirá realizar con comodidad las maniobras y al final pasar un hilo de sutura para aproximar los labios de la herida sangrante, con colocación o no de un apósito en el interior de la cavidad ósea.

Métodos Generales. Según la cantidad de sangre perdida, será el estado del paciente. En general las hemorragias en Cirugía Bucal no son mortales, aunque se conocen algunas alarmantes.

El estado general se mejorará (pulso, tensión, corazón), administrando tónicos cardíacos (aceite alcanforado, cardiazol) y se tratará de reemplazar la sangre perdida por la inyección de suero glucosado, transfusión sanguínea y medicamentos coagulantes (ergotina, coaguleno).

12. Hematomas.

Es un accidente frecuente, consiste en la entrada, difusión y depósito de -

sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación. El "tumor sanguíneo", - puede adquirir un volumen considerable, con el consiguiente cambio de coloración del lugar de la operación, la piel y sus vecindades.

La enfa que cubre la región operatoria se pone turgente y dolorosa. Las - regiones vecinas acompañan la tumefacción sanguínea y el todo adquiere un aspecto inflamatorio.

El hematoma puede llegar a supurar, dando en estas ocasiones repercusión - ganglionar, escalofríos y fiebre.

La conducta en semejantes casos debe ser expectante. Después de un tiempo variable y con suma lentitud el hematoma se reabsorbe; cuando supura, se trata - como un absceso, incidiéndolo a bisturí o galvanocauterío. Algunas veces puede intentarse disminuir la tensión absorbiendo con una jeringa la sangre, todavía - líquida, del hematoma.

El hematoma puede originarse también por desgarró o ruptura de un vaso, en las maniobras de anestesia.

13. Infección.

A pesar de las condiciones sépticas del campo operatorio, la infección no - es común.

Puede sobrevenir a raíz de una operación, flemones, abscesos, celulitis y - aún procesos de mayor intensidad e importancia tales como el flemón circunscrito o el flemón difuso del suelo de la boca, muy graves en la época pre-penicilínica. El proceso infeccioso post-operatorio más común es la Alveolitis.

ALVEOLITIS.

La Alveolitis es una de las complicaciones post-operatorias. Su frecuencia de presentación es baja, sin embargo, es una complicación molesta para el pacien - te y el Cirujano Dentista tratante.

Es una complicación mediata que se conoce desde la antigüedad, de origen - oscuro y variedad de tratamientos.

DEFINICION. La Alveolitis es una osteitis localizada, autolimitada que se presenta después de una extracción dentaria.

Para algunos autores como Zegarelli, Velázquez, la Alveolitis es considera - da como osteomielitis focal.

SINONIMIA. A la Alveolitis se le conoce también como: alveolitis sicca dolorosa, alveolitis séptica, alveólo seco, alveólo doloroso o dolorido, alveólo - necrosado o necrótico, alveolalgia localizada, cavidad seca, osteitis alveolar, degeneración del coágulo sanguíneo, osteomielitis focal, y síndrome osteomielítico post-extracción.

ETIOLOGIA. Desconocida. Se le atribuyen causas generales como estado general debilitado del paciente. Y causas locales que las podemos dividir en físicas, mecánicas, químicas y biológicas. Entre las causas físicas está en primer lugar el traumatismo durante la intervención. Traumatismo por maniobras bruscas por uso inadecuado de motor eléctrico en caso de que se provoque aumento local de la temperatura por falta de irrigación.

Entre las causas mecánicas están: la eliminación del coágulo por la presión negativa de la saliva, o por la acción de un enjuague vigoroso post-extracción.

Entre las causas químicas, están las atribuidas a los componentes de los bloqueadores. Por la toxicidad de la sustancia o por la vasoconstricción local que se provoca al infiltrar un anestésico. Vasoconstricción que provoca una disminución de la irrigación sanguínea en esa área. También se ha atribuido como causa de la Alveolitis la activación del sistema fibrinolítico del alveólo, en los días subsiguientes de la extracción.

Entre los factores biológicos están los microorganismos. Algunos autores sostienen son microorganismos anaerobios, entre éstos, los bacilos fusiforme y espiroquetas. Otros sugieren que los hongos son los agentes causales.

Bonnette, sugiere como causa de Alveolitis a pérdida de la membrana periodontal. Mac Gregor a pulpitis, Kruger a la pared osteoesclerótica engrosada --- alrededor de una raíz crónicamente infectada.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Clínicamente la Alveolitis se presenta como un alveólo clínico en donde el coágulo sanguíneo primario se ha desorganizado y licuado. Se infecta secundariamente y se elimina parcial o totalmente. Dejando paredes alveolares desnudas en donde no se observa tejido de granulación.

El alveólo vacío es de color café rojizo oscuro o grisáceo frecuentemente - existen abundancia de detritus alimenticios dentro de él y éste es un material - de olor fétido que provoca halitosis.

Los tejidos circundantes se encuentran inflamados, tumefactos, edematizados y rojizos.

Es una complicación local y rara vez se ha observado que conduzca a infección amplia o fange secuestro.

El principal síntoma es el dolor localizado en el alveólo e irradiado o referido a ramas trigeminales. Es un dolor intenso, agudo, lancinante, profundo - pulsátil. El dolor se debe según Orleans, referido por Ries Centeno a la irritación de las terminaciones nerviosas del alveólo por esquirlas de hueso. Ries Centeno dice se debe a la acción de las toxinas liberadas por microorganismos en las terminaciones nerviosas del alveólo.

Birn refiere que el dolor se debe a la liberación de broracquinina por la fibrinolisis.

La Alveolitis se presenta por lo general del segundo al quinto día después de una extracción dentaria. Tiene un tiempo de duración de 7 a 14 días, tiempo en que el alveólo se llena de tejido de granulación y cura rápidamente.

La región donde más frecuentemente se presenta es una zona de Molares Inferiores. Y de ésta zona, la de Tercer Molar aumentando la incidencia si éste está incluido en hueso. En maxilar superior se presenta en un 20% menos que en la mandíbula.

La Alveolitis se presenta con mayor frecuencia como complicación de extracciones aisladas. En extracciones múltiples la frecuencia de presentación baja considerablemente.

La edad en que más frecuentemente se presenta corresponde de 30 a 34 años. En los niños pocas veces se presenta.

Con respecto al sexo son más afectadas las mujeres en relación de 3:2. Existen enfermedades como la diabetes en donde Burket encontró mayor frecuencia de presentación de Alveolitis, incluso en el diabético controlado.

Weimanny y Schour, encontraron destrucción alveolar y aparición de Alveolitis en la deficiencia de Vitamina D.

Velázquez refiere que en la deficiencia de proteínas se observa aumento de presentación de Alveolitis.

También en pacientes con fiebre, o sometidos a anticoagulantes o radiaciones se observa aumento de presentación de Alveolitis.

La Alveolitis es menos frecuente cuando las maniobras quirúrgicas para extracción dentaria son cuidadosas. Aumenta la presentación en extracciones difíciles o piezas que se fracturan al momento de la extracción.

DIAGNOSTICO. Este se hace más por síntomas subjetivos que objetivos. El principal síntoma subjetivo es el dolor realizado e irradiado. Entre los síntomas objetivos se observa un alveólo vacío, con paredes descubiertas. En ocasio-

nes el tejido gingival circundante crece rápidamente y dificulta la exploración, que es dolorosa. Los tejidos vecinos pueden estar afectados, edematizados. Los ganglios regionales, afectados.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. El diagnóstico diferencial se realiza con la fractura de la lámina ósea. En ésta el dolor no se continúa, en la Alveolitis si.

En la fractura de la lámina ósea, duele al presionar.

PREVENCION. La Alveolitis se puede prevenir realizando Cirugía Atraumática observando medidas asépticas, y quizá colocando materiales antifibrinolíticos — dentro del alveólo.

TRATAMIENTO. El tratamiento es paliativo, sintomático. Debe ser rápido, — adecuado y sostenido.

Lo más importante es calmar o eliminar el dolor. Para ello basta colocar — dentro del alveólo un apósito sedante y antiséptico. En ocasiones será necesario prescribir analgésicos por vía sistémica.

El tratamiento se basa en:

1. Lavar cuidadosamente el o los alveólos con suero fisiológico tibio, utilizando en ocasiones antisépticos de elección.

2. Secar con sumo cuidado dentro del alveólo.

3. Colocar apósito sedante y antiséptico.

El apósito tiene por objeto proteger las superficies óseas descubiertas. — Al protegerlas se elimina o calma el dolor y favorece la cicatrización por segunda intención.

El raspado está contraindicado porque retarda la cicatrización y reparación fisiológica, además puede favorecer a que la infección se extienda.

Existen múltiples sustancias que se han utilizado para introducir al alveólo. Así tenemos las tradicionales, como el ortoformo, yodoformo, acónito, guaya col, violeta de genciana, yoduro de timol, cristales de benzocaína, etc. Otros autores utilizan histamina, enzimas proteolíticas (tripsina), que usan para bajar la duración clínica de la Alveolitis.

Existen preparados en el mercado a base de ácido acetilsalicílico, que además de éste tiene bálsamo de Perú, eugenol, benzoato de sodio. El preparado de Cabanne, que contiene aspirina, antipirina, aristol como antiséptico y eugenol — como antiséptico y analgésico y el sedante que tiene el ácido acetilsalicílico y eugenol. Algunos prefieren el Alveogil que está formado por triyodometano 20% — paramidobenzoato de butilo 25% eugenol 13% excipiente 42%.

Una de las mezclas que mayor aceptación tiene y que da excelentes resultados, siendo que más se utiliza hoy día, es el óxido de zinc y eugenol.

Algunos utilizan solo el eugenol impregnado en una gasa para introducirlo en el alveólo. El apósito se cambia tantas veces como sea necesario. En general hasta que el dolor desaparezca y las paredes del alveólo estén cubiertas de tejido de granulación.

También da resultado colocar después del lavado y secado de la cavidad, un algodón impregnado con alcohol. El que se deja unos cuantos minutos dentro del alveólo y se retira. Esto tiene por objeto alcoholizar las fibras nerviosas que se encuentran en las paredes óseas y con ésto aliviar el dolor. Posteriormente se introduce una gasa impregnada en una mezcla de óxido de zinc y eugenol, mezcla que tiene una mayor cantidad de eugenol.

Este apósito se cambia a las 24 horas, se vuelve a lavar cuidadosamente el alveólo y se introduce una nueva gasa con medicamento. Se puede cambiar a las 24 y 48 horas, según la sintomatología dolorosa. Por lo general bastan tres o cuatro curaciones, tiempo en que se deja sin ninguna curación el alveólo para favorecer que el tejido de granulación llene la cavidad.

14. Dolor.

El dolor post-operatorio, que se presenta a causa del tratamiento operatorio, debe ser calmado con medicamentos recomendados. El frío colocado a intervalos sobre la región operada, calma en las primeras horas los dolores post-operatorios.

Cuando sea necesario (náuseas post-anestésicas o dolor a la deglución que impidan medicar al paciente por vía oral) pueden administrarse los analgésicos por vía rectal, en forma de supositorios.

COMPLICACIONES GENERALES.

Cualquier intervención en la cavidad oral puede ser seguida de Complicaciones Generales. Muchas de éstas podemos prevenirlas; otras escapan a nuestros buenos propósitos.

1. Shock.

Es la complicación más inmediata que puede presentarse. Suele ser debido a

la anestesia o tratarse de un shock quirúrgico. El primero es el más frecuente cuando no se trata del shock neurogénico; el shock quirúrgico, por la intervención misma es raro en nuestra especialidad. Por lo común se trata de lipotimias de intensidad variable, originadas en la mayor parte de los casos, por el miedo a la operación. El cuadro es clásico: el paciente empieza a empalidecer, su frente se cubre de gotas de sudor, la respiración se hace ansiosa, los ojos miran hacia un punto fijo, la nariz se torna afilada, el pulso disminuye de frecuencia. Esta situación se mantiene por breves minutos.

El tratamiento es el siguiente: se suspende la intervención; se coloca al paciente horizontalmente, con la cabeza más baja que el cuerpo, para combatir la anemia cerebral; es útil la administración de oxígeno al 100%, con la careta para la anestesia general o directamente con una goma si no se tiene aquel elemento. Se inyectará por vía intramuscular vasoconstrictores del tipo de la Metedrina, Veritol u otros sintéticos derivados de la efedrina (productos que deben tenerse siempre a mano en el consultorio dental, junto con la jeringa esterilizada lista para ser usada).

2. Infección. Septicemia. Bacteremia.

La extracción dentaria o la eliminación de focos sépticos (granulomas y quistes infectados), puede ser seguida del paso de microorganismos a la sangre.

Esta complicación tiene importancia en los cardíacos y reumáticos, porque pueden originarse endocarditis bacterémicas graves. A los pacientes con lesiones reumáticas o cardíacas es menester administrar Penicilina a grandes dosis, antes, durante y después del tratamiento.

CONCLUSIONES .

La Cirugía se conoce desde la más remota antigüedad, ya que desde que apareció el hombre en el planeta ha sufrido el ataque de las enfermedades, por ello - uno de sus principales anhelos ha sido vencerlas y superarlas.

A partir del descubrimiento de dicha Ciencia, el diagnóstico, así como el - tratamiento fueron más eficaces en los diversos cuadros clínicos presentados y - el índice de mortalidad disminuyó en la población.

El descubrimiento de los Antibióticos y de los Rayos X, marcan la época más importante en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las diversas enfermedades des corregidas con o sin intervención quirúrgica.

La aplicación de la Historia Clínica, realizada inicialmente por Hipócrates, es de gran utilidad para saber el estado de salud o enfermedad del paciente y para el mejor conocimiento del desarrollo, diagnóstico y tratamiento de las - enfermedades, así como para prevención de complicaciones pre-operatorias y post-operatorias.

La incidencia de Piezas Retenidas y principalmente de Terceros Molares Infe riores, es muy frecuente según la casuística actual.

Es indudable que la orientación que las personas reciben de la importancia del buen estado bucal, logran su propósito, únicamente en los centros urbanos, - ya que las personas que habitan en las zonas rurales no reciben la misma orientación ni los beneficios de éstas, siendo los más afectados.

Sin embargo, la incidencia de Piezas Retenidas, se presenta en mayor grado en las zonas más industrializadas, a causa de la dieta moderna, no requieren de grandes esfuerzos en la masticación, propiciando la deficiencia de estímulo en - el crecimiento de los maxilares y siendo así esta, un factor etiológico por lo - cual el hombre tiene Dientes Retenidos.

Una medida de las zonas industrializadas sería, una buena dieta que requiera de mayor esfuerzo en la masticación para propiciar el crecimiento de dichos - maxilares y así vencer el problema de las Piezas Retenidas.

De no cumplirse el punto anterior, la problemática seguirá presente y no - hay mejor camino que el recurrir a la grandiosa Ciencia, que es la Cirugía de dichas Piezas Retenidas.

BIBLIOGRAFIA.

- 1). ARCHER HARRY W.
Cirugía Bucal.
Tomo 1
Editorial Mundi, S. A.
2a. Edición Castellana.
Año. 1976.
Págs. consultadas. 125 - 174
Págs. totales. 613

- 2). KRUGER GUSTAV O.
Tratado de Cirugía Bucal.
Editorial Interamericana.
4a. Edición.
Año. 1983.
Págs. consultadas. 1 - 37
Págs. totales. 616

- 3). REVISTA A.D.M.
Volumen XXIX
Sept-Oct. 1972.
XV Congreso Dental Mundial.
22-27 Oct. - 1972. Cd. de México.
Págs. consultadas. 330 - 342
Págs. totales 392

- 4). REVISTA A.D.M.
Volumen XXXI Núm 2 y 3
Marzo-Abril-Mayo-Junio 1974.
Págs. consultadas. 17 - 19
Págs. totales. 48

- 5). REVISTA A.D.M.
Volumen XL Núm 3
Mayo-Junio 1983

Extracción del Tercer Molar Inferior,
con bloqueo anestésico vestibular ex-
clusivamente.

Págs. consultadas. 48 - 49

Págs. totales. 68

- 6). RIES CENTENO GUILLERMO A.
El Tercer Molar Inferior Retenido.
Editorial El Ateneo.
Año. 1960
Págs. consultadas. 1 - 334
Págs. totales. 334

- 7). RIES CENTENO GUILLERMO A.
Cirugía Bucal.
7a. Edición.
Año. 1975
Págs. consultadas. 136 - 140
369 - 417
436 - 452
Págs. totales. 844

- 8). RIES CENTENO GUILLERMO A.
Cirugía Bucal.
Editorial El Ateneo.
8a. Edición.
Año. 1979
Págs. consultadas. 221 - 332
Págs. totales. 679

- 9). SANCHEZ SILVA.
Técnica y Educación Quirúrgicas.
Editorial Francisco Méndez Cervantes.
1a. Edición.
Págs. consultadas. 3 - 34
Págs. totales. 630