

509



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**EXTRACCION QUIRURGICA DE TERCEROS
MOLARES INFERIORES INCLUIDOS**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
HILDA PATRICIA INZUNZA PEREZ

México, D. F.

1981



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I ANATOMIA DE LA REGION	-----	I
CAPITULO II CLASIFICACION EN CUANTO A SU POSICION, DEL TERCER MOLAR INFERIOR	-----	8
CAPITULO III TRATAMIENTO PREOPERATORIO	-----	14
CAPITULO IV EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS, MOLARES INFERIORES	-----	28
CAPITULO V TRATAMIENTO POSTOPERATORIO	-----	52
CAPITULO VI ASEPSIA Y ANTISEPSIA	-----	55
CONCLUSIONES	-----	59
BIBLIOGRAFIA	-----	61

I N T R O D U C C I O N

Considero de suma importancia el tema tratado en ésta tesis, dada la frecuencia con que se presenta el problema de inclusiones dentarias, sobre todo el tercer molar inferior, en ocasiones con sintomatología dolorosa.

Esta tesis de terceros molares inferiores retenidos, es una muestra más de la atrofia y tendencia que tienen éstas piezas dentarias a desaparecer de un a correcta erupción fisiológica, ya que la mayoría de los casos que en éste trabajo se mencionan son ocasionados por una erupción problemática del tercer molar inferior.

Así como la mención de aspectos de patología general aunados a casos de cirugía de terceros molares inferiores que deberán ser tratados con plenos conocimientos médicos y técnicos-- que implican la resolución eficiente de una intervención. Así como los conocimientos anatómicos, fisiológicos y condiciones-particulares que en la clínica se presentan y nos obligan a individualizar cada caso que se presenta. Tomando en cuenta que es ser humano sensible que le afecta la agresión física y emocional dependiendo del cirujano dental.

Así como de su precisión y exactitud con que se realiza la cirugía de ésta manera reducirá al mínimo las complicaciones orgánicas del paciente dental.

Así pues trataré de exponer los conocimientos que se deben de tener para poder llevar a cabo la extracción del tercer molar inferior retenido, con un gran porcentaje de éxito.

C A P I T U L O I

ANATOMIA DE LA REGION

RAMA ASCENDENTE DE LA MANDIBULA

La rama ascendente de la mandíbula, presenta dos caras, cuatro bordes y dos apófisis.

Son unas láminas óseas más o menos cuadrilateras que se encuentran en la cara interna y externa y en los bordes anterior, posterior, superior e inferior. Las ramas y los músculos que se insertan con ella la parte lateral de la faringe. Esta zona se encuentra íntimamente relacionada con el tercer molar inferior.

La cara externa es plana y presenta la inserción con el músculo masetero.

En la cara interna se encuentra el agujero mandibular, el cual se dirige hacia abajo y hacia delante en el conducto mandibular y contiene el nervio alveolar inferior y vasos.

El agujero está limitado hacia dentro, por una prolongación a la que se le da el nombre de lingula donde se inserta el ligamento esfenomaxilar.

El conducto maxilar se dirige hasta el plano medio y origina en este trayecto un conducto que se abre en el agujero mentoniano. El surco milohiideo se inicia dorsalmente hacia la lingula y se dirige hacia abajo y hacia delante a la fosa submandibular y contiene el nervio y vasos milohiideos.

Caudal y dorsalmente al surco milohiideo, la cara interna es rugosa y proporciona inserción al músculo pterigoidei

deo interno.

El borde superior de la rama es cóncavo y forma la escotadura mandibular. Esta se halla limitada por delante, por la apófisis coronoides, en la que se inserta el temporal.

La apófisis condilea limita la escotadura por detrás y comprende la cabeza y cuello de la mandíbula.

El condilo esta cubierto por fibrocartílago, se articula indirectamente con la temporal para formar la articulación temporomandibular. El eje mayor del cóndilo está dirigido hacia dentro y un poco hacia atrás.

El extremo del cóndilo mandibular puede ser apreciado fácilmente en vivo.

El cuello da origen al ligamento lateral por fuera y presenta inserción al pterigoideo externo por delante.

El borde inferior es grueso y recto; en su unión con el borde posterior, encontramos el ángulo mandibular que presta la inserción al ligamento estilomaxilar.

El borde anterior forma un canal que se ensancha hacia abajo. Es irregular y puede ser palpado por la boca, se continúa con la línea oblicua formando la apófisis coronoides.

El borde posterior es grueso y redondeado, está íntimamente relacionado con la glándula parótida.

La apófisis coronoides es fina de forma triangular y puede variar bastante en forma y tamaño. En su borde anterior encontramos que es convexo y se continúa con el borde anterior de la rama; el borde posterior, encontramos que es cóncavo y aquí forma el límite anterior de la escotadura sigmoidea. Estas dos caras internas y externas presentan la inserción con el músculo temporal.

La cara interna presenta una arista que se inicia cerca

de el vértice de la apófisis y se dirige hacia abajo y hacia delante, hacia la parte interna del último molar. Dividida ésta arista y el borde anterior se observa una región triangular profunda que presenta inserción al músculo temporal y algunas fibras de el buccinador.

MUSCULOS MASTICADORES

MASETERO

Aparece cubierto por la denominada aponeurosis maseté - rica. Es un músculo cuadrilatero, grueso, que tiene su origen en el borde inferior de la cara interna del arco cigomático y se inserta en la cara externa de la rama del maxilar.

El masetero puede dividirse en porciones superficial, - media y profunda. La porción superficial se origina en los dos tercios anteriores del borde inferior de el arco cigomático y a veces en la apófisis cigomática del maxilar superior. Estas fibras se dirigen hacia abajo y hacia atrás.

La porción media se origina en la cara interna y el ter cia posterior del borde inferior del arco cigomático.

La porción profunda se origina en la cara interna del ar co cigomático y generalmente en la aponeurosis que cubre al - temporal. Estas fibras se dirigen verticalmente hacia abajo.

Las tre porciones de músculo se juntan por delante y - se insertan en la cara externa de la rama de la mandíbula. Algunas de las fibras profundas llegan a la apófisis coronoi - des.

RELACIONES

Cubre la rama del maxilar y el tendón del temporal está

cubierto por la arteria transversal de la cara y el conducto de stenson, el facial. La parte anterior de la parótida y el músculo cutáneo de la piel.

TEMPORAL

Es un músculo en forma de abanico que ocupa la fosa homonía. Se origina en la superficie de la fosa caudal de la línea del temporal inferior y en la cara profunda de la aponeurosis del temporal, tiene la misma forma de la fosa temporal, por arriba se inserta con la línea curva inferior del temporal, por abajo del borde superior del arco cigomático, unidos por arriba se divide en dos hojas, la superficial que se inserta en el labio externo del arco cigomático y la profunda se pierde en la cara profunda de éste hueso.

PTERIGOIDEO INTERNO

Este músculo se sitúa en la cara interna de la rama de la mandíbula, presenta dos porciones de origen. La porción mayor se origina en la apófisis piramidal del platino y en la tuberosidad del maxilar, Las dos porciones abarcan la porción inferior del pterigoideo externo y se fusionan. El músculo se dirige hacia abajo y hacia atrás para insertarse en la cara interna del maxilar próxima a su ángulo.

RELACIONES

Por dentro de la faringe perístafilino externo; por fuera pterigoideo externo, maxilar inferior, vasos y nervios dentarios.

PTERIGOIDEO EXTERNO

Ocupa la fosa infratemporal. Tiene dos porciones de origen, la porción superior se origina en la superficie infratemporal y cresta mayor del ala mayor del esfenoides. La porción inferior más gruesa, se origina en la cara externa de la lámina pterigoidea externa. El músculo se dirige hacia atrás y las fibras convergen para insertarse parcialmente en la cápsula articular temporomandibular y el cartílago articular pero en su mayor parte en una depresión en la parte inferior del cuello de la mandíbula.

RELACIONES

Por abajo pterigoideo interno, vasos y nervios dentarios; por arriba base de cráneo.

NERVIOS QUE INERVIAN LA REGION

NERVIO MASETERO

Este nervio tiene una trayectoria hacia afuera del masetero y atraviesa por encima del pterigoideo externo y la escotadura del maxilar inferior, por la que atraviesa la arteria-masetérica y muy próxima de su nacimiento se localiza el arco cigomático. Este nervio proporciona sensibilidad a la articulación temporomandibular.

NERVIO TEMPORAL PROFUNDO

Generalmente éste nervio nos ofrece dos porciones, una anterior y otra posterior, pero hay la posibilidad de que exista una tercera porción o intermedia.

El temporal profundo es proporcionado por el nervio bucal generalmente.

Las ramas temporal profundo posterior e inferior cuando llegan a formarse pasan por el borde superior de el pterigoideo externo, muy cerca al hueso de la fosa temporal de ahí se introduce a la cara profunda del músculo. La sección posterior algunas veces se origina junto con el nervio masetérico.

NERVIO BUCAL O BUCCINADOR

Este nervio pasa entre las dos porciones del pterigoideo externo, y alcanza su cara superficial, se introduce en la cara anterior del masetero, tiene ramificaciones en la superficie del buccinador y forma el plexo anastomótico con las ramas bucales del nervio facial. Inerva la piel de la mejilla a la altura de éste músculo, proporcionando ramas permanentes que inervan la mucosa de la boca y parte de las encías que corresponden a ésta misma área.

NERVIO LINGUAL

El origen de este nervio se encuentra por debajo del pterigoideo externo siguiendo su trayectoria paralela a el nervio alveolar inferior y disponiéndose por dentro y delante de él; suele hallarse unido a éste por una rama que puede atravesar la arteria maxilar. El nervio lingual lo tenemos entre la parte pterigoidea externa y maxilar inferior, y cruza oblicuamente al constrictor superior de la faringe y al estilogloso y alcanza el borde de la lengua.

NERVIO PTERIGOIDEO EXTERNO

Este nervio es una rama delgada que se introduce al ganglio óptico y al cabo de una corta trayectoria penetra en la cara profunda del músculo. Esta formado por dos pequeñas rami

ficaciones que se unen a el ganglio ótico; y se describen como rama del ganglio, estas mismas pasan a través del ganglio sin intrupción.

NERVIO ALVEOLAR INFERIOR O DENTARIO INFERIOR

Este nervio acompaña a la arteria alveolar inferior en el principio de su trayecto se situa por debajo de el pterigoideo externo, para después dividirse el ligamento esfeno-maxilar y la rama ascendente de el maxilar inferior. Entra en el conducto maxilar por el agujero se dirige hacia adelante por dentro del hueso hasta llegar a. agujero mentoniano en donde se secciona en dos ramas terminales.

Sus uniones y ramas son las siguientes;

- | | |
|------------------------|----------------------|
| a).- Nervio milohiideo | c).- Rama incisiva |
| b).- Ramas dentales | d).- Nervio dentario |

C A P I T U L O I I

CLASIFICACION EN CUANTO A SU POSICION DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Una vez estudiada la anatomía del maxilar inferior, múscu los que la cubren e inervación, trataré una de las irregularidades más frecuentes que se presentan en esta molar y por lo tanto imprescindible su conocimiento para el dentista gene ral, pues gracias a éste conocimiento se podrá llevar a cabo su tratamiento.

Según las estadísticas Berthen Ciezynski la frecuencia del tercer molar inferior retenido es de un 35% ; siendo la pieza dentaria incluida con más frecuencia en comparación con las demás piezas dentarias.

Se denominan dientes retenidos, incluidos o impactados a aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

Esta retención puede presentarse en dos formas:

- I.- RETENCION INTRAOSEA.- Cuando el diente está completamente cubiernto por tejido óseo.
- 2.- RETENCION SUBGINGIBAL.- Cuando el diente está cubierto por mucosa gingibal.

Dentro de las causas de retención tenemos las generales y las locales.

CAUSAS LOCALES

La posición irregular de los dientes adyacentes, el gérmen del tercer molar inferior debe desarrollarse entre una pared inextensible entre la cara distal del segundo molar y la rama ascendente del maxilar; por lo tanto si algún diente supernume

rario o la desviación del segundo molar por la presión mesial-
de algún diente con giroverción se opone a normal erucción del
tercer molar, éste adoptará una posición por falta de espacio.

Dirección anormal del gérmen dentario, los factores etio-
lógicos de la inclusión son de carácter embriológico. La inclu-
sión se introduce por trastornos de relaciones afines que nor-
malmente existen en el folículo dentario y la cresta alveolar-
durante las diversas fases de la evolución.

Los cambios de evolución que sufren estas estructuras se-
producen como consecuencia en formación de el tejido óseo y -
que hace desplazar a el folículo dentario.

La permanencia excesiva de los dientes de la primera den-
tición.

Una membrana mucosa muy densa debido a la inflamación cró-
nica.

Hueso alveolar muy denso; cuando el hueso constituye un -
impedimento mecánico de la erucción dentaria.

Los elementos patológicos pueden oponerse a la normal -
erucción dentaria; quistes dentigeros, tumores odontogénicos.

Cambios en el hueso por infección y absesos.

CAUSAS GENERALES

Dentro de éstas causas prenatales y postnatales.

Causas prenatales consideramos la herencia, sífilis, des-
nutrición y tuberculosis.

Causas posnatales son las causas que pueden influir en el
desarrollo del niño, y consideramos las siguientes:

Enfermedades ligadas al metabolismo del calcio como el ra-
quitismo enfermedad endócrina, poco desarrollo de la mandíbula
y todavía podemos considerar causas raras, es decir, que no se
presenta muy a menudo como es la disostosis del cráneo facial.

La clasificación de los terceros molares inferiores retenidos se hace dependiendo de la posición en que se encuentra colocado el molar y los maxilares.

- 1.- Posición de la corona.
- 2.- Forma radicular de la pieza.
- 3.- La naturaleza de la estructura que rodea al tercer molar inferior retenido.
- 4.- La posición del tercer molar en relación al segundo.

El tercer molar se puede encontrar en el maxilar inferior en distintas formas, según Winter.

- a).- Retención vertical.
- b).- Retención horizontal.
- c).- Retención mesioangular.
- d).- Retención distoangular.
- e).- Retención invertida. . .
- f).- Retención bucoangular.
- g).- Retención lingoangular.

RETENCION VERTICAL

El tercer molar en éste tipo de retención puede estar total o parcialmente cubierto por hueso, la característica reside en que su eje mayor es paralelo al eje mayor de el segundo y el primero.

RETENCION HORIZONTAL

En este caso el eje mayor del tercer molar es sensiblemente perpendicular a los ejes del primero y el segundo.

RETENCION MESIOANGULAR

El eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo formando el eje de éste diente un variable ángulo de alrededor de los cuarenta y cinco grados.

RETENCION DISTOANGULAR

Es una forma opuesta a la anterior. El tercer molar tiene su eje dirigido hacia la rama ascendente, por lo tanto la corona se encuentra dentro de la rama. Una posición varía de acuerdo con el ángulo de acuerdo a como está desviada.

RETENCION INVERTIDA

El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior de la mandíbula y sus raíces hacia la cavidad oral; es un tipo de retención muy poco común, también se denomina retención paranormal.

RETENCION BUCOANGULAR

En éste tipo el tercer molar ya no ocupa como en los anteriores el mismo plano que el segundo y el primer molar, si no que su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados estos dientes. La corona del molar retenido está dirigida hacia bucal.

RETENCION LINGUOANGULAR

Como en la posición anterior, el diente está perpendicular al plano en que están orientados los molares anteriores pero la corona del molar retenido está dirigida hacia lingual.

RETENCION PARANORMAL (Invertida, Ectopica, Heterotopica)

Puede presentarse en posiciones que no encuadran con la -

clasificación anterior, se considera fuera o apartado de los tipos normales, en general son acompañados de procesos patológico.

UBICACION DE EL TERCER MOLAR INFERIOR EN LA ARCADA; DESVIACIONES.

El tercer molar puede presentar cuatro tipos de desviaciones en relación con la arcada.

- a).- NORMAL.- Sin desviación. El tercer molar sigue la forma oval de la arcada.
- b).- DESVIACION BUCAL.- El molar está dirigido hacia afuera de el óvulo de la arcada.
- c).- DESVIACION LINGUAL.- El molar está dirigido hacia el lado lingual de la arcada.
- d).- DESVIACION BUCOLINGUAL.- El molar está dirigido hacia el lado bucal y su cara oclusal está desviada hacia la lengua.

RELACION DE EL TERCER MOLAR RETENIDO EN RELACION CON EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA.

El tercer molar puede guardar con respecto a la rama ascendente de la mandíbula una relación variable. Pelly y Gregory, han clasificado en tres clases las que estan en relación directa con el acto quirúrgico.

CLASE I

En la primera clase, hay suficiente espacio, el borde anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar para ubicar una comodidad al diámetro mesial de la corona de el tercer molar.

CLASE II

La segunda clase el espacio que existe entre el borde an

terior de la rama de el maxilar y la cara distal de el segundo molar, es menor que el diámetro mesiodistal de la corona r del tercer molar.

CLASE III

En esta clase toda la mayor parte del molar se encuentra ubicada en la rama.

PROFUNDIDAD RELATIVA DE EL TERCER MOLAR EN EL HUESO

Consideramos la profundidad del tercer molar es decir, - de la altura de la cara triturante de el segundo molar existen tres posiciones que son las siguientes:

POSICION A

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

POSICION B

La posición más alta del tercer molar retenido se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar.

POSICION C

La parte del diente se encuentra al mismo nivel o por debajo de la línea cervical.

C A P I T U L O I I I

TRATAMIENTO PREOPERATORIO

El conjunto de circunstancias bajo las cuales se efectúa una intervención quirúrgica obrará como factor determinante en el éxito de ésta, por lo tanto, deberá prestarse particular atención a los estudios encaminados a rodear al paciente de las mejores atenciones posibles para la feliz realización de éste acto y su evolución favorable.

Estos cuidados podemos clasificarlos en dos grupos:

Uno que corresponde propiamente al paciente, a su estado general, condiciones físicas y preparación de la región sobre la cual se efectuará, y el otro medio que tendrá que desarrollarse la intervención. Al primer grupo de atenciones suminis-trativas al paciente se acostumbra llamarlo cuidados preopera-torios y al segunda llamarlo condicionalismo quirúrgico.

Los cuidados preoperatorios en realidad comienzan en el momento mismo en que tenemos el primer contacto con el paciente; el estudio y exploración de éste, para hacer un diagnóstico que clasifique su padecimiento dentro de la patología qui-rúrgica; es el primer paso a encaminar seguridad en el trata-miento. Pero no basta con hacer buen diagnóstico e instruir el tratamiento quirúrgico, es necesario llevar al paciente en las mejores condiciones posibles de estado general, modificando to-do desequilibrio que pudiera ser causa de contraindicación. Es-tos cuidados pueden ser de índole general sistemáticos, y los-proprios de cada especialidad destinados a facilitar y dar segu-ridad a la propia intervención.

Para fines quirúrgicos son obligados, la exploración y el estudio sistemático de los aparatos, respiratorio cardiovascular. Estos dos aparatos tienen gran relación entre sí y su

equilibrio funcional es de sumo interés, principalmente por -- lo que se refiere a problemas de anestesia.

Se acostumbra a investigar la presión sistólica o máxima y la diastólica o mínima; la diferencia entre ellas nos dá la presión del pulso o diferencial.

Las cifras para el valor de la presión arterial varían según la edad. En la adolescencia se calcula 80/50, para el adulto 120/80 a 140/90 y de 150/90 a los 75 años; después de ésta edad la presión suele ser un poco más baja.

Por medio de la auscultación se estudian los distintos tiempos de respiración y se identifican ruidos sobre añadidos.

La preparación de la región sobre la cual se va a intervenir requiere cuidados especiales en cada caso. Los tegumentos deberán estar desprovistos de toda materia extraña, para la cual se lavará con agua y jabón el área quirúrgica.

Las mucosas pueden ser lavadas con suero fisiológico para remover materias extrañas para la cual se lavará con agua y jabón, por ningún motivo se emplearán tinturas o soluciones cáusticas que enfacelen el tejido epitelial.

El ocasionalmente es necesario aplicar aparatos que permitan realizar determinada técnica, como en el caso de injertos de mandíbula en que será necesario efectuar un anclaje interdento maxilar para fijar la mandíbula.

Las medidas preoperatorias pueden clasificarse en:

a).- Medidas generales.

b).- Medidas locales.

MEDIDAS GENERALES.- Historia clínica y estudios de laboratorio.

MEDIDAS LOCALES.- Estudios de gabinete.

La historia clínica se hace por dos métodos:

METODO DIRECTO.- Se hace el interrogatorio a la persona interesada.

METODO INDIRECTO.- Cuando la persona interesada está incapacitada para contestar las preguntas que se le formulen, ejemplo: un niño en estado de coma, enfermedades mentales, etc., el interrogatorio se hará con el pariente más cercano.

I).- HISTORIA CLINICA

La historia clínica es un documento de registro científico cuyas cualidades son:

- a).- Exactitud.
- b).- Técnica adecuada de redacción.
- c).- Fuente de consulta y material de investigación.
- d).- Técnicas estadísticas simples y fáciles de aprender.

II).- REGISTRO DE HISTORIA CLINICA

Contiene datos en que se basa el diagnóstico así como toda la información complementaria del caso en estudio.

Cuando ha sido tomada con exactitud, adquiere valor como documento científico y como material de investigación permanente.

Tal exactitud se deriva de un interrogatorio correcto, una acertada exploración y el uso inteligente de los medios de laboratorio. Una vez en posesión de estos datos, es necesario consignarlos de tal manera que resulten aprovechables para cualquiera que desee consultarlos.

III).- NORMAS GENERALES DE REDACCION

El estilo aconsejable de redactar una historia clínica debe de tener las cualidades del buen lenguaje científico;

precisión, claridad, sencillez. Además, ha de ser narrativo-descriptivo y ricamente vivido. El lector de una buena historia clínica debe darse cuenta de todos los detalles, así como si hubiera estado en el cuarto de exploración.

El lenguaje de una historia clínica debe ser el propio de odontología. Sería un grave error descuidar la terminología correcta y abandonarse los extranjerismos u designaciones vulgares e inútiles.

La estructura y el orden general de una buena historia clínica son bastante sencillos:

Datos de identificación

Antecedentes pertinentes

- 1.- Antecedentes Heredo Familiares.
- 2.- Antecedentes Personales no Patológicos.
- 3.- Antecedentes Personales Patológicos.
- 4.- Antecedentes Gineco- Obstétricos (cuando se trate de pacientes femeninos)
- 5.- Antecedentes Quirúrgicos.
- 6.- Antecedentes Traumáticos.
- 7.- Antecedentes Transfuncionales.
- 8.- Antecedentes Alérgicos.

Padecimiento Actual.

Datos de Exploración Clínica y de Laboratorio.

Datos de Gabinete y Signos Vitales.

Diagnósticos.

Terapéutica.

Pronóstico.

DATOS DE PACIENTE O FICHA DE IDENTIFICACION

Incluye nombre del paciente, edad, sexo, lugar de nacimiento, lugar de residencia, estado civil, teléfono y fecha de

estudio.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Son todas aquellas enfermedades que han sufrido sus abuelos, padres, hermanos. Aquí podemos obtener datos con relación a padecimientos pulmonares, sifilíticos, cardiológicos, hemofílicos, diabéticos, psiquiátricos, neurológicos, alérgicos y neoplásicos. Debemos interrogar causa de muerte de familiares fallecidos.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Por medio de ellos conocemos los hábitos alimenticios, higiénicos, de habitación, alcoholismo, tabaquismo, toxicomanías e inmunizaciones.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Aquí se investigan las enfermedades más importantes que ha sufrido el paciente durante toda su vida como son: fiebres eruptivas (sarampión, rubeola, escarlatina, varicela, etc.); gastroenteritis, faringoamigdalitis y bronquitis de repetición. Así como se preguntan padecimientos sufridos en la actualidad como son: asma bronquial, epilepsia, diabetes mellitus, tuberculosis, sífilis, hipertensión arterial, hemofilia y fiebre reumática.

ANTECEDENTES GINECO- OBSTETRICOS

Inicio de la vida sexual, número de gestas, paras, abortos, cesáreas, fecha de última menstruación, ritmo y alteraciones de ella misma.

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

Operaciones realizadas durante toda la vida del paciente.

ANTECEDENTES TRAUMATICOS

En ésta parte del interrogatorio preguntamos accidentes importantes que hayan ocasionado fractura de cualquier hueso del organismo.

ANTECEDENTES TRANSFUNCIONALES

Soluciones parenterales, plasma paquete globular que el paciente haya recibido en alguna época de su vida.

ANTECEDENTES ALERGICOS

Investigamos reacciones de hipersensibilidad a los medicamentos, agentes químicos y físicos principalmente.

PADECIMIENTO ACTUAL

Es la parte más importante del interrogatorio, mediante el cual el paciente nos dará a conocer el padecimiento actual, motivo de la consulta. Este dato es de sumo interés, ya que el enfermo desea naturalmente, que el cirujano dentista se entere, ante todo del mal que lo lleva a solicitar su asistencia, y solo después de eso accederá de buena voluntad a suministrar datos alejados o de su familia.

Preguntaremos al enfermo: ¿ cuándo comenzó la enfermedad actual? ¿ cómo comenzó? ¿ cómo ha evolucionado hasta la fecha? .

Es útil preguntar cuál fué o es para el enfermo la causa aparente de su estado. Nos daremos cuenta si el padecimiento es agudo, sub-agudo, sub-crónico o crónico, además recaídas y residivas.

DATOS DE EXPLORACION CLINICA

Primeramente interrogaremos aparatos y sistemas, empezando con el más relacionado al padecimiento actual, por ejemplo: Si la afección está en la boca, el primer aparato a interrogar será el aparato gígestivo, posteriormente, los aparatos respiratorio, cardiovascular, genitourinario, sistema nervioso, sistema músculo esquelético y órganos de los sentidos. Dentro de este incisivo se preguntará al paciente durante su enfermedad recibió un tratamiento médico u odontológico.

Enseguida se hará la inspección genral que comprende el hábito exterior por ejemplo: edad aparente, constitución, complejión, orientación y marcha.

Inspección local.- Vamos a explorar cabeza, que comprende de cráneo, cara y cuello, tórax, anterior y posterior, abdomen, genitales y miembros superiores e inferiores.

DATOS DE LABORATORIO

Estos nos ayudarán en forma complementaria para precisar el diagnóstico.

DATOS DE GABINETE

Al igual que el anterior nos indicará el lugar exacto de la lesión si es que existe.

SIGNOS VITALES

Son muy importantes ya que por medio de ellos conocemos el estado de salud de nuestro paciente. Los principales son: tensión arterial, respiración, temperatura y pulso.

DIAGNOSTICO

Este se obtiene con los datos anteriormente enunciados ya que nos ayuda a interrogar un síndrome o una entidad clínica.

TERAPEUTICA

En ella se engloban todo tipo de tratamiento, como son: médicos y quirúrgicos.

PRONOSTICO

Nos indicará el tiempo que esperamos evolucione una enfermedad ya sea favorable o desfavorable.

ESTUDIOS DE LABORATORIO

El laboratorio es un gran auxiliar en éste tan importante capítulo, ya que proporciona datos valiosos para lograr la mejor disposición preoperatoria.

Entre las pruebas que rutinariamente deben hacerse se en-

cuentra el estudio químico, físico e histológico del tejido hemático y el estudio químico y físico de la orina.

La sangre es el elemento más importante de la economía, cualquier alteración de ella revela estado de enfermedad fácilmente identificada por las modificaciones observadas en su estructura.

La sangre está contenida en un sistema especial encargado de llevarla a los distintos órganos para efectuar el intercambio de los elementos necesarios en la vida de los tejidos. Su color es rojo claro en las arterias y rojo oscuro en las venas.

ALTERACIONES PATOLOGICAS EN LOS EXAMENES DE LABORATORIO

ERITROCITOS

Su disminución ocasiona anemia: hipercrónica, hipocrónica, macrocítica y ferropénica.

Estas células las encontramos aumentadas en la deshidratación por hemoconcentración, en el shock hipovolémico, insuficiencia respiratoria, hidronefrosis, cáncer hepático, tumores ovaricos y leucemia mieloide crónico.

HEMOGLOBINA

Encontramos cifras bajas en las anemias posthemorrágicas y ferropénicas en general y además en las perniciosas deprecitica o de las células falciformes. Su aumento produce poliglobulina. En el paciente odontológico que va a ser sometido a una intervención quirúrgica, es muy importante conocer la cifra eritrocítica ya que de lo contrario puede tener repercusiones graves sobre el estado general y producir un shock y en ocasiones causar la muerte.

HEMATOCRITO

Lo encontramos alto en la disminución del volumen plasmático

tico por pérdidas acuosas importantes, como en la deshidratación primitiva o secundaria, en el shock, en las quemaduras, etc., y disminuido en todas las anemias.

RETICULOCITOS

Se observa aumento en las anemias hemorrágicas y hemolíticas tras la administración de hierro en estado ferropénico, de hígado, vitamina B 12 ó ácido fólico. Disminuye su número en las anemias aplásticas.

LEUCOCITOS

Se encuentran aumentados en leucocitosis fisiológica (embarazo; posterior a ejercicios musculares prolongados, emoción intensas y por calor excesivo) leucocitos, infecciones en odontología, (estomatitis, escorbuto, estreptococcia, septicemia, empiemas y carcinomas), leucocitosis no infecciosas o asépticas (dolor intenso, posthemorragia, vómitos, convulsiones hiperemia, en la anestesia, y en el shock y en el síndrome postoperatorio, etc.

En las variedades de los glóbulos blancos (neutrófilos, eosinófilos, basófilos, monocitos y linfocitos). En el paciente odontológico, la leucocitosis suele deberse a una enfermedad viral de vías respiratorias altas, en cambio suele encontrarse leucocitos neutrofílica en caso de abscesos alveolares agudos, pericoronitis y gingivoestomatitis ulcerosa necrótica. La leucocitosis que acompaña a la mononucleosis infecciosa se caracteriza por la aparición de células mononucleares poco comunes, en la fórmula blanca suele mencionarse la leucocitosis atípicas; de encontrarse eosinófila importante, puede pensarse un problema alérgico, infección parasitaria y linfoma de tipo de enfermedad de Hodkin.

TIEMPO DE SANGRADO

Se encuentra alargado en la diátesis hemorrágica de tipo - trombotópico (púrpura, trombopénica fulminante, leucemia aguda mieloma múltiple, en la insuficiencia hepática y en la anfibri nogenemia.

TIEMPO DE COAGULACION

Se encuentra alargado en las carencias de uno de los factores plasmáticos de la hemocoagulación, en los síndromes por-coagulantes y en las coagulopatías por consumo (hemofilia, deficiencia de vitamina K, insuficiencia hepática grave, en el - shock anafiláctico y en la administración terapéutica de hepa- rina, dicumaro, etc.

ANTIESTREPTOLICINA

Un título alto de éste factor significa infección strep- tocócica debido a estreptococos beta hemolíticos del grupo ce- rológico a de Lancefield, en la fiebre reumática glomerulone- fritis aguda. Su valor desciende de la artritis atípica, ar- tritis reumatoide, etc.

QUIMICA SANGUINEA

Glucosa aumentada en la diabétes mellitus, diabétes extra insulares (diabétes insípida), infarto del miocardio, insuficiencia hepática, pancreatitis aguda, etc. La tenemos dism- nuida en los esfuerzos musculares agotadores, insuficiencia su- prarrenal, hipotiroidismo, en padecimientos digestivos, en tra- tamiento insulínico (dosificación excesiva) y glucosuria renal.

UREA

Alta en la glomerulonefritis aguda, insuficiencia cardí- ca congestiva, en el shock, coma diabético, infecciones, hemo- rrágias digestivas.

CREATININA

Se encuentra elevada en la insuficiencia renal, obstrucciones urinarias y en la acromegalia.

PROTEINAS

Al encontrarse proteinuria en un paciente debe repetirse el estudio varios días a distintas horas, si la proteinuria persiste en el paciente debe acudir al médico quien habrá de valorar éstos resultados.

ORINA

El examen de orina nos informa la existencia de elementos normales y anormales.

En odontología la alteración más importante será la presencia de sangre en éste líquido, exige un tratamiento previo.

M E D I D A S L O C A L E S

ESTUDIO DE GABINETE

La radiografía es el estudio fotográfico de una imagen producida por los rayos X que pasan a través de un objeto y llegan a una película. El cirujano dentista utiliza éste registro fotográfico para estudiar los tejidos de la boca y ayudarse así al diagnóstico.

Radiografía intraoral,- Comprende tres distintos tipos de examen:

- 1.- Examen periapical del diente entero y sus estructuras adyacentes.
- 2.- Examen interproximal para descubrir caries en la superficie interproximal de la región coronal y cervical de los dientes. También para examinar las crestas óseas interproximales.
- 3.- Examen oclusal de zona grande del maxilar inferior por fracturas, enfermedades, fragmentos de raíces y dientes que no han hecho erupción.

TECNICA PARA TOMAR RADIOGRAFIA DE EL TERCER MOLAR INFERIOR

RADIOGRAFIA INTRAORAL

El paciente deberá estar sentado en un sillón cuyo respaldo quedará perpendicular al suelo. La cabeza ligeramente inclinada hacia atrás y línea oclusal del maxilar inferior se encuentra horizontal.

La película se coloca en el interior de la boca con su eje mayor horizontal, el borde superior paralelo de la arcada y no sobresaliendo de las líneas oclusales de 3 a 4 mm. El borde anterior debe estar colocado a la altura de la cara mesial del primer molar, o más distal si las condiciones anatómicas lo permiten. La radiografía debe verse con precisión el diente a extraer en toda su extensión, las parte óseas vecinas o el segundo molar y las condiciones del diente retenido.

La posición del cono debe estar colocada perpendicular a la película, el ángulo vertical correcto es de 0, el rayo principal debe estar dirigido al centro de la película aproximadamente a nivel del espacio interdentario entre el segundo y tercer molar.

RADIOGRAFIA OCLUSAL

La posición del paciente sentado en el respaldo del sillón debe de inclinarse hacia atrás. La cabeza reclinada en el cabezal debiendo rotar hacia el lado opuesto al molar a radiografiarse.

La película se colocará entre ambas arcadas dentarias, lo más distalmente posible, la cual será mordida con suavidad. Su ángulo disto bucal ha de encontrarse ligeramente hacia arriba con el fin de permitir la introducción entre la rama ascendente del maxilar inferior y la tuberosidad de el maxilar superior.

El cono es colocado por debajo del borde inferior de la mandíbula, de manera que el rayo central sea perpendicular y pase a través del maxilar inferior y el eje mayor de el molar retenido.

La radiografía oclusal dará la ubicación del tercer molar retenido en su posición bucolingual, la relación de la rama ascendente y la relación anteroposterior del molar.

Es necesario relacionar los dos tipos de radiografía, intraoral y oclusal con el objeto de precisar las relaciones anatómicas y las condiciones del hueso que rodea al molar retenido.

C A P I T U L O I V
EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS TERCEROS
MOLARES INFERIORES RETENIDOS

La extracción de los terceros molares inferiores retenidos consiste, la mayoría de las veces, una tarea difícil y complicada.

La extracción del tercer molar es esencialmente un problema mecánico, como lo es la extracción de todos los dientes retenidos, pero a nivel del tercer molar, se confabulan una serie de factores para ser de ésta operación una de las más complicadas de la cirugía. Estos factores se refieren al sitio de ubicación del molar, difícil acceso, mala iluminación y visión, la dureza y poca elasticidad del hueso, la saliva y la sangre que se obscurecen en el campo operatorio.

Como dice Landete, consiste en eliminar un cubo (el diente) que está en otro cubo (hueso)-

Para realizar tal operación (consideramos que ambos son prácticamente enextensibles). Es preciso llegar hasta el hueso que aloja el molar, resecar o eliminar las porciones óseas que lo cubren y abordan al diente, empleando palanca para eliminarlo del cubo continente.

Esta operación como todas las cirugías bucales, consta de varios tiempos que son:

- a).- Incisión.
- b).- Osteotomía.
- c).- Operación propiamente dicha.
- d).- Tratamiento de la cavidad ósea.
- e).- Sutura.

INCISION

Está condicionada por el tipo de retención, en general se recomiendan incisiones amplias, que permitan un extenso colgajo que descubra con holgura el hueso a resecar. Incisiones pequeñas e insuficiente originan más molestias que ventajas. La encía es traumatizada en el acto operatorio en los trastornos siguientes:

El tipo común de incisión es la angular, una de sus ramas se traza desde el centro de la cara distal del segundo molar y se extiende hacia atrás; su largo varía con el tipo de retención; la otra rama se inicia con el mismo punto de la cara distal o la posición distal del borde gingival y se dirige hacia abajo, delante y afuera, en una extensión aproximada de un centímetro, ésta segunda rama de la incisión es necesaria para no lacerar el tejido gingival en el acto de la aplicación de los elevadores. El tejido gingival aplastado y lesionado por los instrumentos es fuente de infección, molestias y dolores postoperatorios.

Es recomendable realizar la incisión como se menciona anteriormente.

El tejido gingival incidido en cualquier tipo de incisión trazada, separa con instrumento apropiado (el periostomo es el instrumento más útil), obteniéndose de tal modo los colgajos.

OSTEOTOMIA

La eliminación del hueso puede realizarse con los instrumentos de Winter (osisectores según la técnica de Winter o escoplos o fresas, según los otros procedimientos.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

La eliminación del molar retenido una vez practicada la-

osteotomía, se realizan con palancas apropiadas que toman puntos de apoyo en las estructuras óseas vecinas en la cara distal del segundo molar.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

Algunas de las operaciones requieren de un tratamiento especial de la cavidad ósea, ya que así lo exige, para evitar hemorragias o dolores postoperatorios. Ries Centeno establece dos conductas en la extracción de los terceros molares.

TERCEROS MOLARES CON PERICORONITIS

En estos casos empaquetamos en el alvéolo una tira de gasa yodoformada proporcional a la cavidad humedecida con el bálsamo quirúrgico de la siguiente composición:

Aceite de clavo 60 partes.

Bálsamo de Canadá 35 partes.

Bálsamo del Perú 5 partes.

Esta gasa debe llenar todo el alvéolo para evitar descomposición de el coágulo que pueden permanecer en la cavidad ósea, la curación se deja de 5 a 6 días, confiando que el hueso se cubra con granulación.

EXTRACCION DE HEMORRAGIPAROS O HEMOFILICOS

Se ha empleado el oxícel impregnado en trombina y cierre hermético bajo sutura recomendamos de paso, la importancia de no dejar en éstos pacientes, granulomas, apicales o paradentales y encías fungosa, fuente de hemorragia que puede ser prevenida.

SUTURA

Es la maniobra que tiene por objeto reunir los tejidos separados por la incisión.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR EN POSICION VERTICAL

El tercer molar retenido en posición vertical, puede estar colocado en distintas formas con respecto a la curvatura de la arcada normal sin desviación, desviación bucal, desviación lingual, desviación bucolingual de acuerdo con la radiografía, la cara mesial, (punto de aplicación de palanca), puede ser accesible, tendremos cuatro puntos principales como los subtipos consiguientes de acuerdo con la accesibilidad de la cara mesial.

Solo estudiaremos el tipo principal vertical sin desviaciones, en las desviaciones bucal o lingual o bucolingual, en la variación de la técnica reside en la mayor o menor osteotomía del hueso mesial y bucal; en el punto de aplicación del elevador y la dirección que debe moverse el molar retenido que está de acuerdo con la desviación. Los últimos tres tipos, también indican diferentes formas de odontosección.

La extracción del tercer molar retenido sin diente vecino merece un párrafo especial, siendo éste importante.

RETENCION VERTICAL SIN DESVIACION CARA MESIAL ACCESIBLE INCISION

En este tipo de retención, Winter emplea la incisión solo cuando necesita usar la cara mesial del tercer molar para aplicar el elevador, realiza una incisión que se extiende sobre la cara oclusal del molar retenido desde el borde mesial del festón gingival, llegando en el sentido distal algunos milímetros por debajo del borde óseo distal a reseca en caso de valerse de la cara bucal para aplicar el elevador, se realiza una incisión coincidente con el borde triturante de la corona del tercer molar y se extiende hacia distal en la misma porción que la incisión.

Con el objeto de proteger el festón gingival, de los traumatismos operatorios, se realiza una pequeña incisión perpendicular que se traza sobre la lengüeta mesial del molar retenido, éste tipo de incisiones la aplican en todas las incisiones para no lacerar la lengüeta interdientaria, después de la incisión el colgaje es separado; la lengüeta interdientaria traumatizada origina dolores postoperatorios.

Por otra parte la cicatrización origina una retracción de la lengüeta que deja al descubierto la pared de la cara distal del segundo molar, dolores al cambio de temperatura, son los efectos, de la posibilidad a el desarrollo de caries.

OSTEOTOMIA

El movimiento en el tercer molar debe efectuarse para abordar el alvéolo donde está alojado como ya se ha dicho, puede ser traducido gráficamente en el arco de círculo, es decir, la corona del molar debe ser dirigida hacia la rama ascendente del maxilar. Por lo tanto el hueso que existe por el lado distal en contacto con el tercer molar retenido en posición vertical debe ser eliminado para que el diente pueda desarrollarse en éste arco del círculo.

El hueso se elimina con osteotomo, encaso de existir ésta porción ósea distal, que estamos considerando un proceso patológico tal como los focos de osteítis, granuloma posterior o del saco dentario de dimensiones suficientes, la osteotomía no será necesaria porque el diente puede desplazar hacia distal a expensas por el espacio creado por el proceso patológico.

La cantidad de hueso a reseca está indicada en la formaradicular, la relación del borde superior de la estructura con la bifurcación de las raíces y las distancias que el diente puede ser dirigido, fuera de su alvéolo hacia distal y hacia

arriba por la aplicación del elevador en la superficie mesio - bucal.

Según Winter dice que la forma de las raíces indica el movimiento del molar y la cantidad del hueso a reseca de la siguiente manera.

Ambas raíces dirigidas hacia distal.- La cantidad de hueso a reseca debe ser lo suficiente para que el diente pueda describir el arco que corresponde a la forma radicular y no encuentre hueso distal que se opone a este movimiento.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Los elevadores de Winter de aplicación mesial (del 1 al 9) están destinados a ser introducidos entre el segundo y el tercer molar, tiene como función el luxar y elevar el alvéolo.

ELECCION DE EL ELEVADOR

Este debe ser de acuerdo con el ancho espacio interdentario introduciéndose suavemente entre los labios de la incisión de la mucosa actuando como cuña, la penetración de algunos casos el desplazamiento del molar hacia el lado distal elevando y luxando el molar retenido.

MOVIMIENTO DE EL ELEVADOR

Aplicando el elevador en el espacio interdentario en perfecto contacto la parte plana de la hoja con la cara mesial del molar, se inicia el movimiento que va a elevar el diente para el objeto que hace girar el mango del instrumento en el sentido de las manecillas del reloj para operar en el lado derecho; a la inversa de las manecillas del reloj para el lado izquierdo.

En ésta función el instrumento actúa como una palanca de primer género con éste movimiento hasta distal, el molar se eleva y se desliza hacia distal en la misma porción en que

fué girado, un nuevo movimiento del elevador hacia distal permite un desplazamiento en un grado mayor de el molar retenido en esa dirección.

Si la luxación no ha sido terminada con ese movimiento se aplica la hoja aún más abajo y se vuelve a repetir el movimiento hacia distal.

Luxando el molar este puede ser extraído del alvéolo con pinzas para la extracción o con el mismo elevador.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA

La fresa es un instrumento poco traumatizante usándolo con las precauciones debidas, ésta se refiere a un instrumento que causa calentamiento, su refrigeración con agua bidestilada o suero fisiológico, para evitar su calentamiento empleado así nunca tendrá inconveniente, necrosis ni mortificaciones del hueso, con las cuales se originan por elevación de su temperatura.

El tipo de fresa recomendable para reseca el hueso distal es de número 560, Cabane ha ideado un tipo de fresa cortándolas y adaptándolas.

Las fresas redondas de tungsteno, realizan fácilmente la osteotomía.

INCISION

La incisión es muy útil para todo tipo de retención; pero la incisión que se indica un centímetro por detrás de la cara distal del segundo molar llega a ésta cara y se prolonga cortando el cuello de los dientes hasta el primer premolar permite un amplio colgajo no es seccionado verticalmente, ni traumatizado y descansa sobre hueso sano.

OSTEOTOMIA

Separando los labios de la incisión y apartándolos el carrillo y la lengua, se coloca la fresa sobre el borde óseo dis

tal a resecar, la fresa se introduce según el espacio que ella misma consiga, entre la cara distal del tercer molar y la porción ósea distal, realizanda tanta osteotomía como requiera la atención de hueso y la disposición radicular, se trata de materializar los pasos técnicos.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Usos de los elevadores y pinzas de exodoncia, mencionando el uso del elevador recto, éste se introduce en el espacio radicular y se mueve alrededor de su eje en sentido distal, desenganchando el borde inferior de su hoja sobre la estructura ósea del espacio radicular se mueve alrededor de su eje en sentido mesial, desencadenando el borde inferior de su hoja sobre la estructura del espacio entre el segundo y el tercer molar por el mismo mecanismo de acción (palanca de primer género, el elevador recto dirige el diente hacia atrás) y arriba puede ser también apoyado sobre la cara distal del segundo molar y dirigido el instrumento hacia adelante (mesial) La hoja del instrumento desplaza el molar hacia atrás. El segundo molar usando como punto de apoyo, a reunir las condiciones ya mencionadas como son la integridad de la corona, solidez radicular, etc.

RETENCION VERTICAL SIN DESVIACION CARA MESIAL INACCESIBLE

El ángulo mesio oclusal de la corona del tercer molar puede encontrarse situado por debajo de la estructura ósea, de tal modo que la cara mesial, sobre la cual se aplica el instrumento destinado a elevar el diente no es accesible. Es necesario por lo tanto preparar una vía de acceso a dicha cara mesial.

I. - TECNICA DE WINTER

La incisión de Winter para ésta retención está gráficamente demostrada es una incisión de dos ramas; bucal trazada en la lengüeta interdientaria bucal, similar a la rama de la inci

sión trazada sobre la rama buco oclusal del molar retenido, la incisión es muy útil.

OSTEOTOMIA

La osteotomía se practica como la retención vertical con la cara mesial accesible con los osteotomos IR y IL, se extirpa el hueso mesial del molar, es necesario resecar la parte ósea mesial.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

En el uso de los elevadores la técnica es la misma que en los casos anteriores.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A PRESA

OSTEOTOMIA

El objeto de la intervención es eliminar suficiente cantidad de hueso como para vencer las resistencias mecánicas del molar impactado en el hueso, el tipo de retención vertical que se presenta en su cara triturante totalmente por hueso, el tipo de retención vertical, y la preparación de una vía de acceso a la cara mesial para aplicar el elevador puede ser realizada a fresa (redonda de num. 6 a 8) mandada en el ángulo.

Se puede realizar sobre la tabla ósea a eliminarse, una serie de perforaciones que llegan profundamente hasta el molar retenido se unen los orificios, con ligeros golpes de escoplos a una fresa de fisura núm. 557.

La tapa ósea se elimina con un escoplo o cualquier instrumento de suficiente solidéz, la eliminación de tejido óseo debe ser tanto como la necesaria para permitir el paso mayor del molar.

Resección ósea en distal, con una fresa de fisura núm. 560 se realiza la osteotomía del lado distal, del tercer molar llegando hasta la altura del cuello del diente, la técnica es la misma descrita para el tipo de retención el objeto de la re

sección distal es permitir a este nivel, el suficiente espacio para poder desplazar hacia distal al órgano dentario.

Resección ósea en mesial.- El objeto de ésta resección es obtener un espacio suficiente para poder entrar la hoja de un elevador, se realiza con una fresa redonda montada en piéza de mano, hay que tratar esta osteotomía mesial a expensas del hueso vecino del molar a extirparse, dejando intacto en lo posible el hueso que cubre al segundo molar por el lado distal y bucal.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Se emplean los elevadores de Winter 1, 2, 3, o elevadores de hoja fina, el instrumento penetra en una angulación de 45 grados centígrados al eje del molar, el elevador se abre camino en la vía creada por la osteotomía y va al encuentro de la cara mesial del tercer molar, llegando a ésta y con apoyo y en la cara distal del segundo molar (siempre que sus condiciones lo permitan) se trata de luxar el diente hacia distal, con pequeños movimientos de torción del instrumento hacia mesial y hacia distal, ésta luxación hasta distal está condicionada por la forma radicular luxando el molar, se elimina del alvéolo con un elevador de Winter #10, de aplicación bucal o haciendo palanca con elevador de hoja fina, colocando del lado bucal entre la corona del molar y la cara ósea externa, si no hubiera posibilidad de introducir éstos instrumentos a nivel de la cara bucal se practica con una fresa redonda de muesca y orificio en la parte media del hueso bucal, ésta nueva vía facilita la colocación del elevador y la extracción del molar.

RETENCION VERTICAL AUSENCIA DE DIENTES VECINOS

Los dientes vecinos pueden estar ausentes o faltar solamente el segundo molar, en el primer caso generalmente el molar retenido produce accidentes inflamatorios, es frecuente

que desdentados totales, portadores de prótesis sientan molestias, originadas por los terceros molares retenidos, por lo tanto su eliminación es necesaria.

El tercer molar puede presentarse de varios modos; la retención puede ser total o parcialmente ósea o subgingival la técnica para la extracción debe ser o estar girada por los más principios señalados es necesario eliminar suficiente cantidad de hueso como para poder llegar hasta la cara mesial y aplicar ahí los elevadores.

INCISION

En éstos casos de retención total preferimos la incisión angular que permite ver ampliamente el hueso, la rama longitudinal de la incisión es trazada un poco más adentro del borde lingual del molar y sobrepasan los límites del borde mesial, la otra rama la corta y llega perpendicularmente hasta las proximales del surco vestibular.

OSTEOTOMIA

El hueso que cubre el molar es resecado con escoplo o fresa redonda # 5 6 u 8, la osteotomía que sigue las mismas reglas del caso anterior.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Los elevadores de éste tipo de retención son los # 11, 12 y 13 (L o R) de Winter se introduce la hoja dentro de la cara mesial del molar y la pared mesial del alvéolo (la osteotomía prepara la vía) cuando el instrumento está colocado sobre la cara mesial, se gira el mango del instrumento; éste se coloca sobre la cara mesial con la cual se logra elevar el molar hacia arriba y hacia distal.

En las representaciones de la vara mesial debe de aplicarse el método de la odontosección, con fresas, según su eje me-

nor y la extracción de cada parte por separado.

EXTRACCION DE EL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION MESIO-ANGULAR

En éste tipo de intervención quirúrgica se aúnan dos problemas, que hay que resolver.

La osteotomía en general, de el molar retenido está alojado más frecuentemente o más frecuentemente en el hueso y la cantidad de hueso distal suele estar dispuesto con más abundancia en las retenciones mesioangulares que en las verticales.

El contacto con el segundo molar constituye uno de los más sólidos anclajes del molar retenido, la eliminación del tejido dentario y odontosección, son sabias medidas que evitan--traumatismos y sacrificios óseos inútiles.

El molar retenido para ser elevado de su alvéolo debe detrazar un arco para la realización del cual se oponen los dos elementos citados, el punto de contacto y el hueso distal.

En muchas ocasiones aún eliminado el hueso distal, se opone el trazo del arco, la extracción se ve dificultada o impedida por el contacto de las cúspides mesio bucal y mesio lingual de el tercer molar, realizando sobre la cara distal sobre la corona del segundo molar, o en la cara distal de la raíz distal sobre la línea cervical, resulta en éstas ocasiones un problema mecánico insalvable elevar un diente en tales condiciones, si no se suprime el obstáculo que representan las cúspides mesiales (superficie mesial sin contacto).

RETENCION MESIOANGULAR SIN DESVIACION CARA MESIAL ACCESIBLE O INACCESIBLE

I.- TECNICA DE WINTER

a).- Incisión.- Winter a indicado diferentes tipos de incisiones para abordar la retención mesioangular, cuando no se necesita, aplicar elevadores en la cara mesial, se practica una incisión que parte de la cara distal de el molar retenido se ex

tiende en sentido distal, en una distancia aproximada de un centímetro, si hay necesidad de usar elevadores aplicados en la cara mesial, se practica una incisión sobre el borde bucal del molar retenido en la misma porción que el anterior con el fin de evitar traumatismos y laceraciones en el rodete gingival, se traza una incisión bucal desde el borde de la encía hacia abajo y ligeramente hacia adelante.

b).- Osteotomía.- El triángulo óseo distal es eliminado con un osteotoma núm. 2R ó 2L con la técnica usual, el borde cortante de el cincel se apoya en la superficie ascendente y bajo presión manual se elimina a pequeños trozos todo el hueso necesario, la cantidad de hueso a eliminar está indicada por el grado de versión del molar y por la forma radicular siguiendo las normas que ya han sido señaladas en la retención vertical.

c).- Extracción propiamente dicha.- Uso de elevadores. Elección del elevador, forma y tamaño del espacio interdentario que existe entre la cara mesial del tercer molar y la cara distal del segundo molar y el borde superior de el interseptum son los que rigen el tipo de elevador que se va a emplear.

Si el elevador se introduce en el espacio interdentario dirigido hacia abajo en sentido lingual, actuando en éste primer tiempo como cuña de los ligeros movimientos giratorios dirigidos hacia mesial y hacia distal, el elevador ocupa el espacio. La parte plana de la hoja se aplica contra la cara mesial del tercer molar, su borde inferior sobre el borde superior de el espacio interdentario.

Moviendo el elevador dirigido el mango del instrumento, en sentido mesial y de acuerdo con la disposición y forma ra-

dicular se gradúa la fuerza necesaria para elevar el molar; la eliminación del molar se realiza una vez colocado el diente - verticalmente y vencido el contacto entre el segundo y tercer molar, con una pinza para molares inferiores o con el mismo elevador.

EXTRACCION DE OSTBOTOMIA A FRESA

OSTBOTOMIA

En éste tipo de retención está muy indicado el uso de la fresa, la técnica de su uso varía un poco con la de retención vertical.

Con una fresa redonda núm. 4,5 ú 8 colocada en la pieza - de mano o en el ángulo, según las facilidades de acceso que se tengan en el campo operatorio (se refiere a el ángulo recto - porque nos permite dirigir con mayor perfección el instrumento), se practican algunos pequeños orificios en el hueso, los cuales deben llegar hasta el molar retenido, el tacto nos dará la sensación necesaria que nos advierta la presencia del molar retenido, la proyección ósea limitada entre los puntos perforados por la fresa, el tercer molar se elimina con su golpe de escoplo, este instrumento se coloca en el bicel dirigido hacia distal tratando de insinuar entre la cara distal de el molar - y el hueso a rescatar, con un golpe de escoplo se hace saltar la porción ósea distal.

La cantidad de hueso a rescatar, con un golpe de escoplo - se hace saltar la porción ósea distal.

La cantidad de hueso a rescatar está de acuerdo con el - grado del molar la forma y su disposición de sus raíces y el contacto con el molar anterior, el hueso distal se elimina me -
jor con una fresa núm. 560.

EXTRACCION PROPRIAMENTE DICHA

Ya se ha dicho el uso necesario de los elevadores de Win

ter o similares con el mismo principio o el uso de cinzas de exodoncia.

EXTRACCION POR ODONTOSECCION

Este método está muy indicado en la posición mesioangular, la odontosección puede aplicarse en distintas formas, se divide según su eje mayor o bien su eje menor.

Ambas operaciones se pueden realizar sin osteotomía, en algunos casos ella es imprescindible; en otras puede seccionarse el diente y extraerlo sin resección ósea previa la odontosección se puede realizar con piedras de carburo, discos, y escoplos, etc.

RETENCION MESIOANGULAR AUSENCIA DE DIENTES VECINOS

En éste tipo de presentación del molar la técnica quirúrgica debe vencer solamente las retenciones óseas que cubren al molar, la osteotomía puede hacerse a escoplo ó a fresa.

Es importante tomar interés en el estudio radiográfico de éstos molares antes de intentar la extracción cuando se aplica sobre él una fuerza exagerada para intentar extraerlo sin dividir el diente, puede originarse fácilmente la fractura de la mandíbula, y por lo tanto, la odontosección es indicación útil.

INCISION

En caso de incisión completa, preferimos la incisión angular.

OSTEOTOMIA

Esta se realiza con escoplo fino de media caña, se reseca el hueso distal para que quede descubierta la cara distal de la corona.

La resección del hueso y el lado mesial está condicionada por la libertad de acceso a la cara mesial sobre la cual se aplicará el elevador.

La osteotomía a fresa: El lado distal se opera con una fresa de fisura, la osteotomía mesial se puede realizar con una fresa redonda núm. 7 colocada en la pieza de mano.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Se utilizan los elevadores de Winter núm. 8 y 12 o elevadores de Ash., éstos tienen las características de tener aplicación mesial, la hoja del instrumento se coloca en la cara mesial de el molar y la superficie anterior del alvéolo, una vez aplicada en el lugar resesario se gira el instrumento hacia mesial con lo que se consigue el molar hacia afuera y hacia arriba.

RETENCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION DISTOANGULAR

La posición distoangular es poco frecuente los mecanismos de la extracción son laboriosos, la dificultad reside en la posición del molar, que para extenderse debe ser girado hacia la rama ascendente y la cantidad de hueso que hay que eliminar para hacer el contacto de la rama con el tercer molar, la técnica de la extracción y odontosección es la indicada.

La extracción del tercer molar aislado, se realiza por procedimientos semejantes a los estudios en la retención vertical con las diferentes técnicas para la posición distoangular.

TECNICA DE WINTER

Esta técnica es recomendable cuando la cara triturante en sus tres cuartas partes está expuesta y a de otra manera, el tratar de luxar es enclavarla en la rama del maxilar, o en casos de angulación poco exagerada.

INCISION

Si este molar parcialmente erupcionado se puede practicar el mismo tipo de incisión de otras clases.

En retenciones profundas y completas se refiere la incisión de la figura.

OSTEOTOMIA

Con el osteotomo se llega hasta la porción ósea que cubre la cara triturante y parte distal del molar retenido con el osteotomo núm. 5 de Winter se hacen unos orificios uniéndolos se alcanza a descubrir la cara triturante del molar, el hueso de la cara bucal se debe eliminar en suficiente cantidad para permitir la colocación de los elevadores bucales.

Para la osteotomía a fresa se usa una fresa núm. 6 o 7 se reseca el hueso que recubre a la corona, por su cara mesial y tercio superior del la raíz del tercer molar, eliminando el tabique intermedio siempre que el segundo molar sea extraído en el mismo acto quirúrgico pero en diferentes causas. Con ésta técnica se suprime toda retención ósea que se oponga a la extracción teniendo especial atención a las fuerzas aplicadas a los elevadores para prevenir una fractura mandibular.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

El empleo de los elevadores, ya que existe suficiente espacio interdentario entre el segundo y el tercer molar, el instrumento es aplicado sobre la cara mesial, cerca del borde bucal e introducir el elevador como una cuña entre el molar y hueso de ésta manera se logra elevar el molar.

La aplicación de los elevadores bucales requieren mayor osteotomía y principalmente en la cara externa, ya que éstos elevadores están colocados en la bifurcación radicular, el desplazamiento del molar se efectúa haciendo un movimiento del elevador hacia bucal consiguiendo así elevarlo.

EXTRACCION POR ODONTOSECCION

Las dificultades que presta la atención de la extracción del tercer molar en ésta posición distoangular, sobre todo en aquellos que el hueso cubre todas las caras, exige la técnica de división de diente.

La odontosección que se puede realizar con fresa, con respecto a su eje menor, el tercer molar debe trazar un arco y dirigirse hacia la rama ascendente la proximidad de éste con la rama ascendente y el o la del borde triturante, obliga a suprimir el trazo que se oponga a la realización del arco.

La fresa empleada en éste tipo de posición es de fisura y se dirige paralela a la línea cervical del molar retenido y se introduce creado por la osteotomía entre la cara bucal del molar y la tabla ósea externa, es recomendable gastar el esmalte con una piedra montada, la cual prepara una muestra entre el diente que facilita el corte de la pieza.

EXTRACCION DE LA CORONA

Para efectuarla se introduce el elevador delgado en el espacio creado por la fuerza y se comprueba la separación de la raíz y se proyecta toda la corona distalmente hasta que lo permita el hueso y se vuelve a colocar en contacto con el muñón radical, una vez que están bien separados la corona y la raíz con el mismo elevador que entre la corona buscando la vía de menor resistencia.

EXTRACCION DE LA RAIZ

La técnica a surgir depende de la posición y forma de las raíces, lo indicado es desplazar las raíces hacia distal siguiendo el eje o la curvatura de las raíces y si es necesario en algunos casos hacer la osteotomía ligera en el tabique interdentario, se coloca el elevador y se gira hacia atrás y adelante en dirección de la cavidad donde se encontraba la corona y se termina desalojando las raíces con una pinza de algodón.

EXTRACCION DEL MOLAR RETENIDO EN POSICION HORIZONTAL

Para la extracción del molar retenido en posición horizontal, pueden aplicarse técnicas iguales en las usadas en la po-

sición mesioangular, son preferibles las que simplifican problemas o sea las técnicas por odontosección a fresa ya que ésta disminuye los esfuerzos operatorios, traumatismos y los riesgos postoperatorios son menores.

TECNICA DE WINTER

CARA MESIAL ACCESIBLE

INCISION

Según ésta sigue los principios encaminados para los otros tipos de retención.

OSTEOTOMIA

Con una técnica paracida a la empleada en la retención mesioangular con los osteotomos 2 y 4, R y L se elimina la cantidad de hueso distal necesario.

EYTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Uso del elevador la forma y tamaño del espacio mesial indica el grosor del elevador a usarse éste se introduce entre la cara mesial y el borde óseo haciendo el desplazamiento hacia arriba y en sentido distal puede irse aumentando gradualmente el tamaño de los elevadores, según el tamaño del espacio la fuerza ejercida dirección, está en relación con la forma de las raíces.

CARA MESIAL INACCESIBLE

OSTEOTOMIA

La resección de hueso que cubre la cara distal de el tercer molar retenido se realiza por el mismo procedimiento antes mencionado, si el molar está en completa retención ósea, la osteotomía se hace con el instrumento número 5, en la cual se practican orificios en la cubierta ósea.

Como no es posible llegar hasta la cara mesial, se practica la osteotomía por la cara bucal, para permitir la entrada y

la aplicación de los elevadores.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A PRESA Y ESCOPIO

Haciendo la comparación con la osteotomía dada por Winter es preferible eliminar un poco más de hueso, ya que el molar retenido debe trazar un arco cuyo centro queda cerca del ápice y aunque el diente se desplaza hacia adelante y hacia arriba con la sucesiva aplicación de los elevadores, por lo tanto del centro de el arco se va desplazando senciblemente, hacia mesial, se opone a la eliminación del molar, los mismos factores ya estudiados en la retención mesioangular, hueso distal y punto de contacto mesial, el hueso distal es practicamente inaccesible, en aprovechamiento de la elasticidad ósea solo queda por aprovecharse en los maxilares jóvenes.

El molar retenido en posición horizontal, se debe considerar colocado entre la pared inaccesible (la cara distal del segundo molar) y otra pared practicamente inaccesible (el hueso distal), consideramos el caso esquemático del molar.

A la atracción del molar se oponen dos factores que constituyen la resistencia en la fuerza de la palanca y la potencia aplicada sobre la cara mesial, es incapáz de desastres inseparables a vencer éstos factores y permiten al molar describir un arco con centro, hay que eliminar uno de los factores, es decir, disminuir la resistencia, ese es el objeto de la osteotomía distal.

Winter transforma la resistencia en R1 y R2, eliminando el hueso R1 hasta C, ésta osteotomía es insuficiente, la fuerza hasta C tiene que ser extraordinariamente para vencer la resistencia que aún presenta eliminando a el hueso distal hasta C1.

INCISION

Para la retención horizontal preferir los que una incisión que-

permita descubrir la cara mesial del segundo molar.

OSTEOTOMIA

Con una fresa redonda número 5 o 6 se reseca el hueso, si la cara mesial no es accesible se practica la osteotomía a fresa en la cara bucal para permitir la aplicación del elevador.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Se coloca un elevador recto en la cara mesial de el molar y el borde óseo, se dirige el molar hacia arriba y hacia el lado distal.

EXTRACCION POR ODONTOSECCION

Con la técnica de odontosección se puede reducir la cantidad de osteotomía distal, la técnica distal, la técnica puede realizarse de dos métodos ya estudiados.

Según su eje menor.- La técnica es la misma usada para la retención mesiolingual, se corta la fresa de el cuello con una fresa de fisura y la extracción se efectúa de la misma manera que la mesioangular.

Según su eje mayor.- Este método se aplica cuando la corona del tercer molar está ligeramente desviada hacia el lado bucal, se practica la sección con un escoplo de hoja, éste instrumento se aplica sobre el centro de la cara triturante. Dividido el molar se extraen las dos porciones, distal y mesial por separado.

EXTRACCION DE EL MOLAR RETENIDO EN POSICION LINGOANGULAR

Si se presenta en éstas condiciones, su cara triturante dirigida con grado de dirección variable hacia la tabla lingual del maxilar.

Los molares se presentan en su mayoría con sus raíces incompletamente formadas, hay que eliminar para su extracción el hueso que cubre la cara superior, (como el molar está girado puede ser la cara distal o bucal).

El hueso de la cara interna (que cubre la cara triturante) y la suficiente cantidad del hueso distal, para poder dirigir el molar hacia arriba y hacia distal.

INCISION

La rama anteroposterior de la incisión se traza al mismo nivel de la cara interna del hueso, la cara distal y se continúa hacia afuera, adelante y abajo con las otras incisiones estudiadas.

OSTEOTOMIA

Se reseca el hueso que cubre la cara triturante; ésta osteotomía puede hacerse y la técnica de Winter, la osteotomía puede también efectuarse a escoplo o a fresa redonda número 8, es necesario realizar una amplia osteotomía de abordaje pues éstos molares sobre todo los que poseen una raíz incompleta (son en realidad solo corona) tienden a rodear el interior de la cavidad alveolar y es complicado extraerlo, la técnica de la osteotomía debe ser completamente por la de odontosección.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Eliminar la cantidad de hueso que cubre el molar retenido se introduce un elevador entre la cara mesial y el hueso y se trata de elevar el molar hacia arriba y hacia atrás.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA

Con la técnica ya indicada se elimina el hueso con fresa redonda número 6 u 8 en contraángulo o pieza de mano, el hueso de la tabla lingual se elimina con fresa de fisura y fresa redonda levantando el colgajo de la cara lingual para no traumatizar con éste instrumento.

EXTRACCION POR ODONTOSECCION

Esta técnica aplicada a la retención linguoangular, es la más indicada para el éxito que tiene, secciona que tiene, secciona que tiene, seccionada con fresa al nivel del cuello, (cuando posee raíz) o divide la corona con el mismo instrumen-

to o escoplo colocado sobre su cara oclusal (cuando se trata de una corona sin raíces), se elimina por fragmentos con un elevador o con unas pinzas curvas de Kocher, éste instrumento logra efectuar mejor que el elevador, los segmentos seccionados por la fresa.

EXTRACCION DEL MOLAR RETENIDO EN POSICION BUCAL

Radiográficamente la cara triturante del tercer molar se halla dirigida hacia la mejilla.

EXTRACCION

La extracción del tercer molar inferior en posición bucal sigue los mismos principios ya mencionados, la sección del diente sentido de su eje menor dividiéndolo en una fresa de fura de mesial a distal, se simplifica el problema, las partes se extraen por separado.

EXTRACCION DE EL TERCER MOLAR EN POSICION INVERTIDA

La técnica para la extracción varía de acuerdo con la profundidad del molar en el hueso.

Los molares relativamente superficiales se extraen previa resección del hueso que cubre la cara más cercana a el borde alveolar.

La odontosección se realiza según el eje mayor del diente según la posición del molar se puede extraer primero la corona o la raíz y usando el espacio que queda se elimina la otra parte.

Los molares se encuentran más profundamente colocados constituyen un serio problema quirúrgico, una extensa osteotomía y una cuidadosa odontosección del molar.

EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES CON RAICES INCOMPLETAMENTE- POR ADAS(GERMENES DEL TERCER MOLAR INFERIOR)

Este tipo de extracción se realiza cuando el paciente de-

12 a 16 años, con fines de tratamiento de ortodoncia, ya que ésta produce la desviación de los dientes.

A pesar de ser molares sin raíces completas, su extracción constituye un problema, porque la distancia del borde anterior de la rama; la cara distal del segundo molar es muy pequeña y por la apertura de la boca del paciente.

La técnica para la extracción de éstos molares no varía mucho con relación a los que tiene sus raíces completas, ya que la posición en el hueso, es la misma, la presencia del saco pericoronario disminuye la cantidad de la osteotomía.

Es recomendable resecar el hueso para que de ésta forma disminuya la resistencia, el uso de los elevadores sea lo menos traumático posible, con previa odontosección, posteriormente debe de ser cuidadosamente eliminado el saco pericoronario, porque su epitelio tiene posibilidades de su crecimiento y puede formar un tumor quístico.

La operación se termina rellenando la cavidad ósea con sustancias médicas como ya se mencionó en la sutura.

C A P I T U L O V

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

Se entiende por tratamiento postoperatorio, el conjunto de maniobras que se realizan después de la operación, con el objeto de reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico.

Los cuidados postoperatorios de la cavidad bucal deben ser encaminados hacia la herida misma y el estado general de el paciente.

TRATAMIENTO LOCAL

Higiene de la cavidad bucal, terminada la operación se limpia energicamente la cara del paciente con una gasa mojada en agua oxigenada, la sangre que pudo haberse depositado. La cavidad bucal será irrigada con una solución tibia del mismo medicamento que limpiará y eliminará la sangre, saliva y restos que eventualmente puedan depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios. Estos elementos extraños se encuentran en la putrefacción y colaboran en el aumento de la flora microbiana bucal.

FISIOTERAPIA

Se acostumbra el empleo de agentes físicos en el tratamiento postoperatorio para mejorar y modificar las condiciones de la herida en la cavidad bucal, estos son: calor frío e irradiaciones ultravioleta.

FRIO

Se aplica con gran frecuencia como tratamiento postoperatorio, bajo la forma de bolsas de hielo o toallas afelpadas en agua helada, que se colocan sobre la cara, frente al sitio de intervención, con el objeto de evitar la congestión y el dolor postoperatorio, prevenir hematomas y hemorragias, y disminuir-

los edemas. El frío se usa por períodos de 15 minutos, seguidos de un período de descanso de otros 15 minutos. Esta terapéutica se usa solo los primeros tres días después de la operación.

CALOR

Solo se emplean con el objeto de madurar los procesos flogísticos y ayudar a formación de pus, después del tercer día, puede aplicarse para disminuir las alveolalgias y dolores postoperatorios.

LAPARA DE SOLUX

Rayos infrarrojos, son fuentes de calor, se emplean después de la apicectomía o de extracciones laboriosas y también en el tratamiento de las alveolitis.

CUIDADOS DE LA HERIDA

Las heridas de la cavidad bucal, cuando evolucionan normalmente no necesitan terapéutica, ya que existen condiciones suficientes para la formación del coágulo y la protección de la herida operatoria. En términos generales, un alvéolo que sangra y se llena con un coágulo, tiene la mejor defensa contra las infecciones y los dolores.

Después del segundo día será suavemente irrigado con suero fisiológico tibio. Los puntos desutura se quitan al cuarto o quinto día, con excepción de las suturas en el alvéolo del tercer molar y aún más posteriores; en éstos sitios después de el segundo día la sutura actúa como cuerpo extraño provocando inflamaciones y supuraciones; éstos puntos serán retirados a las 24 o 48 horas posteriores a la operación.

TRATAMIENTO MEDICO

Se instituirá a base analgésicos, anti-inflamatorios, antibióticos y quimioterápicos, los cuales serán proporcionados al enfermo mediante una receta en la cual se especificará la

forma y el modo de usarse.

ALIMENTACION

La primer comida la hará 6 horas después podrá tomar un--
menú a base de jugos, caldos purés, gelatinas, huevos tibios-
frutas y todos aquellos alimentos que se incluyan en una die--
ta balanceada.

C A P I T U L O VI

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

ASEPSIA

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

También se conoce con el nombre de asepsia al método de evitar o destruir agentes infecciosos en especial por el medio físico.

ANTISEPSIA

Es el método que se propone evitar el desarrollo de los microorganismos, o trata de destruir a ellos mismos para combatir e impedir la instalación de procesos valiéndose de medios mecánicos, físicos, químicos y biológicos, para dicha destrucción de los micrororganismos.

MEDIOS DE ANTISEPSIA PARA LOGRAR ASEPSIA

- a).- Mecánicos.
- b).- Físicos.
- c).- Químicos.
- d).- Biológicos.

MECANICO

Es el medio más común de asepsia, consiste en tallados, cepillados y lavados. Este último es el más común, y van a existir variantes según sea lo que se valla a lavar:

- a).- Lavado de instrumental será con detergentes y cepillo de cerdas, de preferencia bastante duras.
- b).- Lavado normal de las manos.
- c).- Lavado de la región que vamos a intervenir (campo operativo), el cual será con sustancias antisépticas, cepillo de cerdas suaves o gasas o ra surado de la región. Se utilizan gasa para mantener íntegro el tejido porque si se irritan tendrían-

repercusiones a la hora de incisar o suturar para la hora de la cicatrización. Se lava con gasas o cerdas nuevas, pero **energicamente** y con ésta no se provoca irritación.

- d).- Lavado de tejidos desgarrantes por instrumentos no estériles o mordeduras de animales, en los cuales se tendrá que usar detergentes o sustancias antisépticas, o bien, mezcla de ambas se emplean cepillos de raíz. El lavado tendrá que hacerse en forma **enérgica** para todo posible foco de infección en esa zona.
- e).- Lavado propiamente quirúrgico.

FISICO

Se lleva a cabo por medios de flameado, ebullición calor-seco, calor húmedo y vapor de agua a presión.

a).- flameado.- No es muy recomendable porque se distorcionana los instrumentos, o sea que el tiempo se les quita el filo y como está en el medio ambiente le vuelven los microorganismos cuando se enfrían. Esterilizan solo la zona que se flameo.

b).- Ebullición.- El inconveniente es tiempo y hay materias que no desturuyen.

c).- Calor seco.- Se ha observado que a temperatura más o menos apropiada para que éste sistema dé resultados deseables de 160 a 180 grados centígrados durante 40 a 60 minutos en esterilizadores.

El horno de agua caliente sirve para esterilizar, se sube la temperatura y se deja al tiempo que estipule y se deja a 160 grados durante una hora, se deja apagado durante media-hora y después se saca el instrumental ya frío.

d).- Calor húmedo.- El más generalizado de los métodos, de calor húmedo, así como el más antiguo, es el agua en ebullición.

e).- Vapor de agua saturada a presión.- Este medio es más considerado como ideal para esterilizar, pues dicho vapor circula por muchos lados atravezando atravezando las moléculas de

los gérmenes destruyéndolas. La temperatura a la que por lo general funciona es de 120 grados centígrados, a una presión de una atmósfera o 1 kilogramo por centímetro al cuadrado durante 15 a 20 minutos.

El aparato que nos permite éste método es el autoclave, es instrumental, ropa, campo quirúrgico, compresas quirúrgicas, algodón material refractario y material plástico.

Autoclave.- Va a tener dos cilindros, uno con agua y otro donde se coloca el material. Tiene dos válvulas, una para salida de vapor y otra como especie de ciclo, al hervir el agua las válvulas deben estar cerradas. Al llegar a determinada presión nos indica meter el instrumental pero no suelto si no con papel testigo que al estar a determinada temperatura, se forma franjas trasminadas de color obscuro indicando que el material fue sometido a esterilización.

AGENTES QUIMICOS

Para lograr la esterilización por éste medio se emplean-- drogas con sustancias a las que se les da el nombre de antisépticos, impiden el desarrollo de microorganismos. El ideal de los antisépticos es el que detenga el crecimiento o la actividad de los gérmenes y que a la vez estimulan las células para que activen su defensa natural. Los medios químicos se van a emplear en la esterilización de material de suturas, instrumental cortante material no refractario o plásticos para campo operatorio, campos lesionados y lavado quirúrgico.

Alcohol.- Se emplea para la antisépsia de las manos del cirujano del campo operatorio para conservar cierto material.

Tintura de yodo.- En cirugía bucal, su empleo en odontología no es muy extenso porque éste antiséptico tiene propiedades irritantes y la mucosa no resiste su acción. La aplicación pa

ra la antisépsia en el punto de punsión de la aguja en las dis-
tintas anestésias es en parte iguales con alcohol se utiliza -
para limpiar los capuchones del tercer molar, el sitio donde s
se va a practicar la incisión.

C O N C L U C I O N E S

El principal objeto de ésta tesis ha sido dar un breve - bosquejo sobre la inclusión del tercer molar inferior, en éste caso encaminado hacia su tratamiento quirúrgico, sin pasar por alto la descripción de los estados generales sobre el estado - óptimo en que debe de encontrarse el paciente que va a ser -- ser sometido a una cirugía.

He tratado de describir la importancia que tiene el aparato masticador con relación con el resto de los aparatos y - sistemas del organismo ya que se han visto muchas alteraciones bucales ha de tener repercusiones faltantes en el resto del - cuerpo, como por ejemplo: Al erupcionar el tercer molar que - esté en posición horizontal provocará dolor y defecto en la * masticación, lo que producirá mala trituración de los alimen- tos, y por lo consiguiente se verá afectado el metabolismo de los miámos.

La evolución y desviación de los terceros molares infe - riores durante la erupción es causa de las retenciones en los tejidos vecinos creando con ello una serie de problemas que -- van desde la inflamación de los tejidos adyacentes de la zona hasta la desorganización de la oclusión.

Un procedimiento quirúrgico de éste tipo requiere ser - conducido con gran cuidado, ya que intervienen factores que - deben ser considerados por el lugar anatómico en que se en - cuentran los terceros molares inferiores retenidos.

La importancia del avance en el diseño de los nuevos ina - trumentos quirúrgicos nos permiten hacer una adecuada elección para cada caso; su adaptabilidad y función son de mayor efica - cia.

Este tipo de procedimientos se presentan con frecuencia

en la práctica diaria, por lo que es necesario que el cirujano dentista general se capacite, en la técnica y tratamiento quirúrgico de terceros molares inferiores retenidos para con ello, llevar al paciente a un buen estado de salud, y así obtener un avance más en la ciencia de la odontología.

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

COSTICH Emmett R., **WHITE** Raymond P. Jr.
Cirugía Bucal.
Editorial Interamericana.

DANIEL E. Waite.
Cirugía Bucal Práctica.
Editorial Continental.

Dr. LUIS Martín.
Bases de el Diagnóstico Clínico.
La Prensa Médica Mexicana.

GARDNER Ernest M. D., **GRAY** Donald J.
Anatomía.

KRUGER Gustavo O.
Tratado de Cirugía Bucal.
Editorial Interamericana.

LOS RAYOS X EN ODONTOLOGIA.
KODAK MEXICANA.

MAYO Goss Charles.
Anatomía Humana.
Editorial Salvat.

MANUAL DE ANESTESIA BUCAL.
LABORATORIOS ASTRA.

QUIROZ Gutiérrez Fernando.
Anatomía Humana.
Editorial Porrúa.

RIES CENTENO Guillermo A.
Tratado de Cirugía Bucal.
Editorial El Ateneo.

87

SURUS J.
Semiología Médica y Técnico Exploratorio.