

24. 811



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS TERCEROS
MOLARES INFERIORES RETENIDOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
ROGELIO RANGEL LOPEZ
MEXICO, D. F. 1980



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

T E M A R I O

	Pag.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I. Accidentes de erupción del tercer molar inferior retenido.....	4
CAPITULO II. Clasificación de los terceros molares inferiores Retenidos	14
CAPITULO III. Preoperatorio	20
CAPITULO IV. Anestesia	47
CAPITULO V. Acto Quirúrgico	59
CAPITULO VI. Post-operatorio	95
CONCLUSIONES	102

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

La eliminación de los molares impactados constituye un capítulo importante en la práctica de la cirugía oral.

Se propone el término de Odontectomía para describir la eliminación quirúrgica de los dientes, y particularmente los impactados.

Es un procedimiento que requiere habilidad técnica y claro raciocinio. Los problemas que se asocian a estas técnicas requieren cuidados absolutos hacia el paciente.

Una terapéutica racional antibiótica, anestésica, juicio quirúrgico y habilidad es lo más preciso para enfrentarnos con la Cirugía de los terceros molares impactados.

Este tipo de intervenciones pertenecen únicamente a la Cirugía oral y nunca han entrado a formar parte dentro de los límites de las especialidades quirúrgicas.

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

Para la extracción de molares impactados se han creado una gran variedad de técnicas de las cuales trataremos de explicar las que sean más importantes y que nos sean de mayor utilidades en la práctica del consultorio.

En esta tesis no se expondrá ninguna técnica nueva-- ni particular pero se resumirá lo más importante de las técnicas conocidas con el fin de facilitar nuestro trabajo práctico.

C A P I T U L O I .

ACCIDENTES DE ERUPCION DEL -
TERCER MOLAR INFERIOR RETENI
DO.

C A P I T U L O I.

ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

En su retención o en el intento de erupción el tercer molar inferior produce una serie de accidentes patológicos diversos, de variado aspecto e intensidad.

Estos accidentes de erupción del tercer molar tienen lugar en todos los climas, en edades muy distintas y en los dos sexos y en ambos lados de los maxilares.

RAZA.

Los accidentes que estamos estudiando se producen en individuos de raza blanca, en los cuales por las razones mecánicas que serán considerados la "falta de sitio" juega un papel preponderante.

La raza negra está en general libre de todos estos procesos, su gran mandíbula permite la cómoda erupción de to dos sus molares.

SEXO.

Creemos encontrar un ligero predominio del sexo femenino en la producción de esta afección. Wirth (1939) da co mo cifras:

mujeres -----	101 -----	48.4%
hombres -----	100 -----	51.6%

Los estados fisiológicos femeninos exacerbaban o despertaban los accidentes.

PATOLOGIA Y CLINICA DE LOS ACCIDENTES DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

Los accidentes de erupción del tercer molar inferior se deben a la infección del saco pericoronario. La infección de este saco tiene repercusiones locales, regionales y a distancia. Para producirse la infección del saco se relacionan 2 factores: 1. Aumento de la virulencia microbiana y disminución de las defensas del organismo. 2. Traumatismo -- sobre el capuchón que cubre el tercer molar originados por -- las cúspides del diente en erupción, las cúspides del diente antagonista, o por la acción conjunta de ambos.

Capdepon (1910) explica la génesis de los accidentes del tercer molar, por los siguientes mecanismos:

1. La existencia de una cavidad virtual alrededor de la corona del diente retenido (cavidad del saco pericoronario, cavidad del saco folicular de Capdepon).

Esta cavidad por numerosas influencias patológicas puede hacerse real (transformándose en quistes dentígeros) y ser el asiento de procesos infecciosos.

2. Los microorganismos banales que habitan en la cavidad bucal por su mecanismo de acción en cavidad cerrada -- exacerban su virulencia.

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

3. La falta de sitio ocupa el primer lugar de la producción de los accidentes de los terceros molares retenidos, el molar a de emerger entre dos paredes inextensibles como son la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama del maxilar, a estas razones se le agregan la obli-

cuidad en distinto grado del tercer molar que resulta de una disposición embriológica del folículo.

CLASIFICACION DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DE LOS- TERCEROS MOLARES INFERIORES.

Los accidentes del tercer molar pueden clasificarse clínicamente en:

1. Accidentes mucosos.
2. Accidentes nerviosos.
3. Accidentes celulares.
4. Accidentes óseos.
5. Accidentes linfáticos o ganglionares.
6. Accidentes tumorales.

1).- ACCIDENTES MUCOSOS.

Son las complicaciones que ocurren en las partes -- blandas que rodean el molar tenido. Empiezan por la pericoronitis que es la lesión inicial y el accidente de alarma, - su comienzo puede ser brusco o insidioso. Brusco, aparece -- sin previo aviso. A nivel del capuchón que cubre el molar re -- tenido, total o parcialmente, se instala un proceso inflama -- torio, con sus signos característicos, dolor, tumor, calor y rubor.

DOLOR.

Puede quedar localizado a la región del capuchón o irradiarse en la línea del nervio dentario inferior, o tomar distintas vías. En ocasiones el dolor se ubica en el oído o a nivel del tragus.

Este dolor es generalmente nocturno, aumenta con el roce de los alimentos o con su cambio de temperatura. El dolor se debe a fenómenos de compresión del saco pericoronario y de la mucosa inflamados, o a la existencia de una úlcera - debajo del capuchón, originada por el roce de una cúspide -- del molar en erupción.

TUMOR.

La encía que cubre al molar se encuentra edematizada, aumentada de volúmen "con la impresión de los dientes antagonistas".

RUBOR.

La encía ha cambiado de color y se encuentra de color rojizo o rojo violáceo cubierta de abundante saburra, restos alimenticios y coágulos de sangre.

CALOR.

La vasodilatación consiguiente ocasiona un cambio -- en la temperatura de la región. El estado general es prontamente afectado: fiebre, anorexia, astenia. Los ganglios regionales son afectados (adenitis del ganglio de chassaignac) El trismus acompaña el proceso (reacción antalgica), la masticación se dificulta, el comienzo insidioso de la pericoronftis está caracterizado por la aparición de dolores generalmente leves, ligeros procesos inflamatorios que dñran dos o tres días, trismus muy poco acentuados, entre el capuchón y el molar en erupción brotan gotas de sangre y pus y el proceso remite hasta un nuevo fenómeno inflamatorio.

2). ACCIDENTES NERVIOSOS.

Los accidentes nerviosos producidos por el tercer molar en erupción son idénticos a los originados por los --- dientes retenidos. Sobre el nervio dentario pueden incidir - trastornos reflejopáticos y neurotróficos que se traducen -- en herpes, peladas, eczemas.

Entre los accidentes nerviosos debe considerarse el trismus como reacción antálgica.

3).- ACCIDENTES CELULARES.

La inflamación y absceso consiguiente de la compli-

cación celular de la pericoronitis pueden tomar varias vías:

a).- HACIA ADETRRO, ARRIBA Y ATRAS.-

La colección purulenta puede abrirse camino entre el músculo constrictor superior de la faringe y la mucosa faríngea y amigdalina, produciendo abscesos del pilar anterior o subamigdalino, de intensidad y gravedad variables.

b).- HACIA ATRAS Y ARRIBA.-

Entre los fascículos del músculo temporal el absceso puede abrirse camino hacia la fosa temporal.

c).- HACIA ADETRRO.-

Entre la cara interna del maxilar y la mucosa y los órganos de la región sublingual, el absceso puede ganar el suelo de la boca, entre el músculo milohioideo y las regiones supra o sub-yacentes dando procesos graves algunas veces mortales como angina de Ludwig, flemones circunscriptos o difusos del piso de la boca.

El absceso buccinatomaxilar asienta en la parte media del maxilar inferior delante del masetero. A este nivel la mejilla se levanta exteriormente por una tumefacción más o menos voluminosa, la piel está tensa, su color permanece -

normal en ciertos casos en otros está roja o violeta. La palpación del pequeño tumor es dolorosa, pero el mentón y el ángulo del maxilar son indoloros.

4).- ACCIDENTES ÓSEOS.

Una forma de accidente óseo, que se encuentra con relativa frecuencia consiste en el proceso de osteítis que se desarrolla entre el segundo molar y el tercero retenido en mesioversión. El foco óseo que se desarrolla a ese nivel es susceptible de propagarse y de dar cuadros sépticos de osteoflemones e infecciones generales.

5).- ACCIDENTES LINFÁTICOS O GANGLIONARES.

La repercusión ganglionar en el curso de una pericoronitis es un hecho común y frecuente. Los ganglios tributarios de la región del tercer molar son los subángulos maxilares (ganglio de chassaignac) o submaxilares. Este accidente-ganglionar se trata por lo general de una adenitis que evoluciona de acuerdo con la marcha del proceso pericoronario.- El ganglio vuelve a sus normales proporciones y estado, una vez terminada la afección del saco pericoronario.

Pero en afecciones de granvirulencia o cuando el estado general de lpaciente está resentido, la adenitis simple puede transformarse en un verdadero flemón del ganglio, con-

el cuadro clínico consiguiente. En estas circunstancias, el ganglio está considerablemente aumentado de volumen doloroso a la palpación y espontáneamente, el proceso tiene repercusión sobre el estado general. El ganglio en tales condiciones tiende a la supuración, que se abre camino de por sí, o el ganglio es abierto por el cirujano.

6).- ACCIDENTES TUMORALES.

Los terceros molares retenidos originan tumores --- odontogénicos que son los quistes dentígeros. Estos quistes dentígeros pueden infectarse, dando procesos supurativos de intensidad variable, complicándose con procesos (osteítis, y osteomielitis).

C A P I T U L O I I .

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS
MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

C A P I T U L O I I .

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

Winter ha clasificado los distintos tipos de retención del tercer molar basándose en cuatro puntos esenciales:

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

POSICION DEL TERCER MOLAR RETENIDO.

Se puede encontrar en el maxilar inferior en distintas posiciones:

a).- RETENCION VERTICAL.

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

b).- RETENCION HORIZONTAL.

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

c).- RETENCION MESIOANGULAR.

El eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje de este diente un ángulo de grado variable (alrededor de los 45 grados).

d).- RETENCION DISTOANGULAR.

El tercer molar tiene su eje dirigido hacia la rama montante, por lo tanto la corona ocupa dentro de esta rama una posición variable, de acuerdo con el ángulo en que está desviado.

e).- RETENCION INVERTIDA.

El tercer molar presenta su corona dirigida hacia -

el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal. Es un tipo poco común de retención también se le denomina retención paranormal.

f).- RETENCION BUCOANGULAR.

En este tipo el tercer molar ya no ocupa, como en los anteriores, el mismo plano que el segundo o primero, sino que su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados estos dos dientes. La corona del molar retenido está dirigido hacia bucal: posición bucoangular.

g).- RETENCION LINGUOANGULAR.

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

DESVIACIONES DEL TERCER MOLAR.

El tercer molar presenta cuatro tipos de desviaciones en relación con la arcada:

- 1). NORMAL (Sin desviación el tercer molar sigue la forma oval de la arcada.
- 2). DESVIACION BUCAL. El molar está dirigido hacia-

afuera del óvalo de la arcada.

- 3). DESVIACION LINGUAL. La desviación del molar tiene lugar hacia el lado lingual de la arcada.
- 4). DESVIACION BUCOLINGUAL. El molar dirigido hacia el lado bucal y su corona oclusal desviada hacia la lengua.

PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO.

Considerando la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, es decir la relación de altura entre la cara triturante del tercer molar y la cara triturante del segundo se estudiarán tres posiciones:

POSICION A. La porción más alta del tercer molar retenido se encuentra al mismo nivel o por encima de la línea oclusal.

POSICION B. La porción alta del tercer molar retenido se encuentra por debajo de la línea cervical del segundo molar.

POSICION C. La parte más alta del diente se encuentra al mismo nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

Para poder realizar la intervención quirúrgica es -

necesario coordinar estas distintas clasificaciones del tercer molar, de esta manera se consigue ubicar radiográficamente la posición real del tercer molar en el interior del maxilar y las relaciones del diente retenido con el segundo molar y el hueso circunvecino.

C A P I T U L O I I I

P R E O P E R A T O R I O

C A P I T U L O I I I

P R E O P E R A T O R I O.

DESARROLLO DE LA HISTORIA CLINICA.

Las principales razones para elaborar una historia-clínica son:

- I. Para obtener un diagnóstico seguro y así no perjudicar el estado general del paciente.
- II. Para obtener el conocimiento de la enfermedad -- exacta y aplicar la farmacoterapia indicada y no comprometer el éxito de la cirugía bucal.
- III. Para detectar alguna enfermedad ignorada y ser-- controlada durante el acto quirúrgico.
- IV. Y por último en caso de que exista demanda judi--

cial por incompetencia profesional, exista un documento gráfico conocido tanto por el paciente, familiares y él o los cirujanos dentistas, es muy importante que el paciente firme la historia clínica.

LA ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA CONSTA DE DOS PARTES:

- I. Interrogatorio del paciente o historia propiamente dicha.
- II. Exploración física.

El objeto del interrogatorio no es otro que el de obtener información sobre la enfermedad actual del paciente, su estado anterior y el de sus familiares, debe llevarse a cabo dejando que el paciente nos cuente en lo posible su propia historia con sus palabras.

El estudio debe ser sistemático y ordenado siguiendo un orden casi rutinario para que la repetición vaya suprimiendo las dificultades iniciales.

A). DATOS GENERALES QUE COMPENDEN.

1. Nombre.
2. Origen

3. Edad.
4. Estado Civil.
5. Sexo.
6. Dirección.
7. Ocupación.

En este grupo la ocupación puede tener gran importancia para orientar el diagnóstico y algunos padecimientos ocupacionales.

El origen sirve para sospechar ciertas enfermedades con predominio glacial.

B). ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES.

Esto comprende los padecimientos que tienen carácter hereditario bien demostrado a los que traducen una tendencia familiar definida a un cierto tipo de patología.

Las enfermedades hemorrágicas con sus características peculiares de transmisión por ejemplo: la hemofilia -- constituye un grupo de interés práctico especial, por el riesgo de sangrado que tienen estos pacientes, es necesario investigar la obesidad y el grupo de padecimientos cardiovasculares en forma sistemática.

C). ANTECEDENTES PERSONALES.

Estos pueden ser patológicos y no patológicos.

Entre los no patológicos destacan por su relación directa con la patología oral, los hábitos de nutrición, dieta suficiente o insuficiente y en el caso del sexo femenino la historia obstétrica.

De los antecedentes patológicos hay que tener una enumeración rápida de las enfermedades padecidas, las operaciones que se han realizado, sensibilidad a los alimentos y medicamentos.

Las preguntas que se hacen al paciente durante el desarrollo de la historia clínica son:

1. ¿Está bajo tratamiento médico o lo ha estado anteriormente?.
2. ¿Ha sufrido alguna intervención quirúrgica, o sufrido alguna enfermedad grave?.

Estas preguntas se hacen con el fin de conocer el estado de salud del paciente y es conveniente estar en contacto con el médico de cabecera por si existen dudas.

3. ¿Padece o ha padecido alguna de estas enfermedades?.

1). ¿FIEBRE REUMÁTICA?. Si la respuesta es afirmativa el paciente debe recibir medicación profiláctica y antibiótica antes de someterse a una extracción o cualquier intervención sobre hueso.

2). ¿ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR? (Ataque cardíaco, insuficiencia coronaria, tensión arterial elevada, arteriosclerosis). Cuando exista cualquiera de estas enfermedades el Dentista debe mantener cuidados especiales con estos pacientes, el tratamiento a seguir no se debe iniciar hasta consultar con el médico que atiende al paciente, generalmente la intervención del Odontólogo va precedida de una premedicación del paciente con un sedante con el fin de reducir el mínimo de excitación.

3). ¿ALERGIA?. Asma, fiebre de heno, erupción cutánea, tienen especial interés las posibles respuestas alérgicas a los agentes empleados con el odontólogo por ejemplo --- anestésicos, analgésicos.

4). ¿Desvanecimientos o ataques?. Es importante ver si el paciente padece epilepsia pues puede evitarse la aparición de un ataque durante el tratamiento, premedicándolo con un sedante o una atención especial, en estos pacientes sue-

len encontrarse hipertrofia gingival, producida por un tratamiento con Dilantín o las heridas o cicatrices linguales.

5) ¿Diabetes?

a) ¿Tiene sensación de sed con mucha frecuencia?

b) ¿Hay notoria sequedad en la boca?

c) ¿Tiene necesidad de orinar más de 6 veces al día?

Si cualquiera de estas preguntas es afirmativa se sospechará de un paciente con diabetes mellitus.

El tratamiento dental no está contraindicado, pero se requiere de cuidados especiales como un sedante para evitar la elevación de la glucemia asociada con la nerviosidad.

6). ¿Hepatitis, ictericia, enfermedad hepática?. En pacientes con esta enfermedad se solicitará al médico de cabecera para cualquier información.

7). ¿Úlceras gástricas?. El paciente con una dieta restringida desde hace tiempo por úlceras del estómago, puede presentar signos y síntomas orales de déficit nutritivo.- El odontólogo no debe prescribir esteroides a un paciente ulceroso por que con esto impide la reparación del tejido conjuntivo.

8). ¿Trastornos renales?. La observación clínica de

que la glomerulonefritis aguda aparece algunas veces después de infecciones orales o faríngeas, pone de relieve la necesidad de eliminar la infección oral en parientes con una infección renal, si es urgente la extracción dentaria se realizará solo después de administrar antibióticos.

9). ¿Tuberculosis?. Se deben tomar precauciones para evitar contagio, las lesiones tuberculosas en la cavidad oral son poco frecuentes.

10). ¿Hipertensión?. Es frecuente que un paciente -- que se queja de tener la sangre baja quiere indicar que padece anemia.

11). ¿Se han presentado hemorragias anormales en extracciones, intervenciones quirúrgicas o traumatismos?. Hay que tomar en cuenta si hay tendencia a las hemorragias, un interrogatorio más preciso aclarará que pacientes padecen un déficit de vitamina K, una enfermedad hepática, una púrpura-trombocitopénica, una hemofilia u otra discrepancia hemofílica, cuando exista duda el paciente deberá remitirse a un médico o a un laboratorio clínico para determinar el tiempo -- de coagulación, tiempo de protombina y de tromboplastina.

12). ¿Padece usted algún trastorno de la sangre por ejemplo anemia?.

13). ¿Ha necesitado alguna transfusión sanguínea).

14). ¿Le han intervenido quirúrgicamente o le han--
aplicado radioterapia por algún tumor, abultamiento o cual--
quier otra alteración de la cavidad bucal?. Es importante --
saber si los huesos faciales han sido sometidos a irradiacion
es, en caso afirmativo no debe intervenir se quirúrgicamente
sobre el hueso porque la disminución del riego sanguíneo pued
de originar osteoradionecrosis.

15). Se deben hacer preguntas para obtener informa--
ción de los problemas dentales.

a). ¿Hay dolores en la boca?.

b). ¿Sangran las encías frecuentemente, por tiempo--
prolongado?.

c). ¿Cuándo fué la última visita al dentista?.

d). ¿Ha sufrido algún trastorno importante con oca--
sión de algún tratamiento dental anterior.

16). ¿Está embarazada?. Si bien el tratamiento den--
tal no está contraindicado en una gestación normal hay que -
tener cuidado con ciertos detalles, es necesario proteger al
paciente con mandil de plomo en la toma de radiografías, los
medicamentos antes de administrarlos se debe ver si no están
contraindicados en pacientes embarazadas.

18). ¿Hay trastornos relacionados con el período menstrual?. Si la respuesta es afirmativa, además de útil para -- descubrir un caso clínico, pueden ser importantes para interpretar los siguientes hallazgos orales.

EXAMEN RADIOGRAFICO.

Es de suma importancia ya que por medio de los rayos X nos daremos cuenta del diagnóstico más exacto.

Los resultados obtenidos nos van a dar como consecuencia menor traumatismo de tejidos y menor tiempo operatorio, poco dolor operatorio y una mejor cicatrización.

El estudio radiográfico del tercer molar inferior retenido exige, como se comprende, ciertas condiciones, con el fin de que la radiografía no dé imágenes que no representen con toda fidelidad el objeto real, así por lo tanto radiografías deformadas o que no se encuadran en las condiciones normales, siempre originan inconvenientes en el acto operatorio.

TECNICA PARA LA TOMA RADIOGRAFICA DEL TERCER MOLAR-- INFERIOR.

RADIOGRAFIA INTRAORAL.

POSICION DEL PACIENTE. Sentado en el sillón y el res

paldo deberá estar perpendicular al suelo, la cabeza estará ligeramente inclinada hacia atrás, de manera que la línea oclusal del maxilar inferior se encuentre horizontal.

POSICION DE LA PELICULA.- Se coloca la película en el interior de la boca, con el borde superior de la película paralelo a la arcada y no sobresaliendo de la línea de oclusión más de tres o cuatro milímetros.

El borde anterior de la película debe estar colocado a la altura de la cara mesial del primer molar, o más distalmente si las condiciones anatómicas lo permiten.

En la radiografía deben verse con precisión el diente a extraer en toda su extensión, las partes óseas vecinas y el segundo molar.

POSICION DEL APARATO DE RAYOS X.- El cono del aparato debe estar colocado perpendicular a la película, el ángulo vertical correcto es de 0 grados. El rayo central debe ser dirigido al centro de la película, ubicado a nivel del espacio interdentario entre el segundo y tercer molar.

RADIOGRAFIA OCLUSAL.

POSICION DEL PACIENTE.

Una vez sentado el paciente en el sillón el respaldo

se colocará inclinado hacia atrás, la cabeza del paciente reclinada moviendo el cabezal para la comodidad del paciente, luego se rotará la cabeza hacia el lado opuesto al del molar a radiografiarse.

POSICION DE LA PELICULA.

La película dental se coloca entre ambas arcadas -- dentarias, lo más distalmente posible, el paciente morderá -- con suavidad la película. Su ángulo distobucal debe encon -- trarse ligeramente hacia arriba con el fin de permitirle in -- sinuarse entre la rama montante del maxilar inferior y la tu -- berosidad del maxilar superior.

POSICION DEL APARATO DE RAYOS X.

El cono del aparato se coloca por debajo del borde -- inferior de la mandíbula para que el rayo central sea perpendicular a la película y pase a través del maxilar y del eje -- mayor del molar retenido.

La radiografía oclusal nos dará la ubicación del -- tercer molar en su relación bucolingual, la cantidad de hue -- so existente del lado bucal, y del lado lingual, la relación del molar con la rama ascendente y la adirección anteroposte -- rior del molar.

RADIOGRAFIA EXTRAORAL.

Pueden existir ciertas condiciones que impidan o dificulten la colocación intraoral de la película (trismus, -- procesos inflamatorios, intolerancia del paciente). En tales casos está indicada la radiografía extraoral.

POSICION DEL PACIENTE.

El respaldo del sillón debe estar vertical, la cabeza del paciente en posición ligeramente inclinada hacia --- atrás y en un ángulo de 10 a 30 grados respecto al eje central, hacia el lado que se va radiografiar.

POSICION DE LA PELICULA.

La película para radiografía extraoral se guarda -- dentro del chasis con pantalla reforzadora. El chasis se coloca con el eje mayor vertical apoyado sobre la cara del lado a radiografiarse, tomando amplio contacto con la región-- de la rama ascendente y del borde inferior del maxilar.

La película debe estar paralela al plano vertical - de la rama ascendente, el paciente deberá sostener el chasis con la palma de la mano.

La nariz debe guardar con el chasis las siguientes-

distancias:

- a) Región molar, nariz 2.5 cm. del chasis.
- b) Región bicuspídea, nariz 1.25 cm. del chasis.
- c) Región canina nariz tocando el chasis.
- d) Región incisiva, nariz y mentón tocando el chasis.
- e) Rama ascendente, colocar la película de plano, - al lado de la cara.

POSICION DEL APARATO DE RAYOS X.

El tubo en ángulo de 0 grados se coloca por debajo del ángulo del maxilar, opuesto al que se va radiografiar, - con el objeto de evitar la superposición de las ramas del -- hueso que restan nitidez a la película.

El rayo central atraviesa de esta manera las regiones blandas del piso de la boca y lengua, cruza la cara interna del maxilar y el órgano dentario por radiografiar.

PUNTOS QUE SE DEBEN CONSIDERAR EN LA RADIOGRAFIA -- DEL TERCER MOLAR.

A). POSICION Y DESVIACION DEL TERCER MOLAR.

La radiografía nos da con claridad la posición (eje

del tercer molar) con relación al segundo y el tipo de desviación que presenta (desviación bucal, sin desviación, desviación lingual).

B). POSICION DEL SEGUNDO MOLAR.

La dirección de este molar es importante en el acto quirúrgico, siendo como es la cara distal del segundo molar un punto útil en la aplicación de la fuerza debe ser clínicamente y radiográficamente estudiado.

C). RELACION DEL MOLAR RETENIDO CON EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA MONTANTE.

D). PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO

El estudio de la profundidad del tercer molar tiene gran importancia porque del grado de profundidad depende la aplicación de una técnica, la cantidad de hueso a resecarse etc.

E). ESTUDIO DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR.

La corona del molar retenido puede tener distintas formas, apartándose en grado variable de la forma normal anatómica.

a). TAMARO DE LA CORONA. El tamaño de la corona del tercer molar puede ser variable pues existen molares con --- grandes coronas así como molares con coronas pequeñas.

b). ESTADO DE LA CORONA. La corona del tercer molar puede estar atacada por caries, o procesos patológicos que - hagan variar la resistencia y solidez del órgano dentario.

c). CARIES DE LA CORONA. La corona del tercer molar debe considerarse en el acto quirúrgico como el punto útil-- para la aplicación de la fuerza, la cara mesial en especial es el lugar donde se apoya el elevador en el trabajo mecánico de la extracción. Si la corona presenta caries la resistencia que presenta a la fuerza que se le aplica, puede estar disminuida, en tal caso la corona se fractura, originando una complicación para la extracción. Este problema debe-- ser considerado antes de la intervención para planear el tratamiento y aplicar la técnica conveniente.

b). FRACTURA DE LA CORONA. La corona del molar retenido puede presentar fracturas de grado variable, con exposición de cámara pulpar, originadas en maniobras previas de -- extracción.

Las causas de fracturas de la corona, parcial o total, se deben a distintos factores:

1). Aplicación del elevador con gran presión sin -- realizar previamente, en el sitio óseo de resistencia, la -- osteotomía.

2). La aplicación del elevador en una superficie -- que no es lo suficientemente fuerte como para resistir la -- presión necesaria.

3). Mal aplicación del instrumento.

4). Estudio incorrecto de la disposición radicular.

5). El uso como punto de apoyo, de una parte de la -- osiestructura que no puede ser empleada con ese objeto.

F). ESTUDIO DE LAS RAICES DEL TERCER MOLAR.

Las raíces en el tercer molar retenido, así como en el normalmente erupcionado, se pueden presentar de las si -- guientes maneras:

a). Ambas raíces dirigidas distalmente. Las raíces dirigidas hacia distal prestan al órgano dentario una disposición arqueada, las maniobras de exodoncia consisten en hacer describir al órgano retenido un círculo en el cual quede inscripto el arco radicular y coronario.

b). Raíz distal recta, raíz mesial dirigida hacia distal. Es el tipo más frecuente según Winter. Las raíces -- pueden estar fusionadas en su extremo apical, en tal caso to do el séptum queda encerrado entre las dos raíces.

c). Raíz mesial dirigida hacia distal y raíz distal dirigida hacia mesial. La forma y dimensiones del séptum interradicular es variable.

d). Ambas raíces rectas. Este tipo es poco común, - el tamaño de las raíces puede variar. El interséptum también tiene distintas formas, según la disposición radicular.

e). Ambas raíces fusionadas. Presentan en tal caso- forma de cono, cuya base de implantación es la línea del cue llo del molar, el tamaño de las raíces fusionadas varía.

f). Ambas raíces dirigidas hacia mesial. La disposi ción de las raíces en este sentido crea serias dificultades- en el acto quirúrgico.

g). Raíces Supernumerarias. Estas pueden presentar- se en número y disposición variables.

ESTUDIO DE LABORATORIO.

Las pruebas de laboratorio clínico permiten al den-

tista la detección de enfermedades generales en pacientes -- sospechosos. También son importantes las pruebas de laboratorio cuando se tratan pacientes con problemas orales por ejemplo: el paciente con dolor en la lengua, puede plantear un problema con diagnóstico difícil, una vez descartadas las -- causas de irritación local como posibles factores etiológicos, se piensa en enfermedades generales como anemia perniciososa, diabetes mellitus o carencias nutritivas y para hacer el diagnóstico diferencial son necesarias las pruebas de laboratorio.

INDICACIONES PARA LAS PRUEBAS DE LABORATORIO.

Pacientes con una historia de pérdida de peso, irritabilidad, disnea, sequedad de la piel, ictericia, palidez - poliuria, polidipsia, polifagia, lengua dolorosa o sequedad bucal deben ser examinados para descubrir una posible anemia aplástica, una agranulocitosis, leucemia, diabetes mellitus.

Otra clase de medidas generales muy importantes son:

a). TIEMPO DE SANGRADO (técnica de VVY). El tiempo-límite de sangrado se da de 3 a 4 minutos, con otros métodos como el de DUKE en el lóbulo de la oreja, son normales las - cifras de 2 a 5 min.

Un tiempo de sangrado prolongado se debe a una ano-

malfa de la estructura vascular o a la capacidad de retracción de los capilares o a un trastorno en el número o función de las plaquetas.

Por lo tanto el tiempo de sangrado nos permite diagnosticar con precisión alguno de los trastornos en el número o función de las plaquetas. También el tiempo de sangrado no permite diagnosticar con precisión alguno de los trastornos de la hemostasia como el paciente odontológico que muestre un tiempo de sangrado anormal debe someterse a una investigación hematológica más completa.

b). TIEMPO DE COAGULACION. Normalmente va de 5 a 10 min. todo estudio incluyendo la punción venosa debe correr a cargo de un técnico entrenado que siga siempre un método igual, solo por encima de 12 minutos se considera patológico

c). ANALISIS DE ORINA. Puede ser de interés para el dentista, determinados componentes de la orina y es común realizar ciertas pruebas con el fin de encontrar algunas enfermedades generales, cuando el paciente está en el consultorio para esto encontramos en el comercio bajo formas de cintas o tiras de papel plástico impregnadas de la substancia problema los siguientes reactivos:

Test - Tape o Clinistix (identificación glucosaria)

Labstix (hematuria)

TESIS DONADA POR

39

GLUCOSURIA: D. G. B. - UNAM

Es importante reconocer una diabetes sacarina en un paciente odontológico por las siguientes razones:

1). Las respuestas a la terapéutica periodontal pueden ser mucho menos satisfactorias en pacientes diabéticos - que en individuos sanos de iguales condiciones.

2). El diabético quizás tarde en cicatrizar los tejidos bucales después de las intervenciones y aparezcan complicaciones (necrosis, infección secundaria) que no se producen en pacientes sanos.

3). Es frecuente encontrar ciertas enfermedades bucales en unión con una diabetes sacarina por ejemplo, dolor bucal por una prótesis.

4). Los efectos de las infecciones agudas en la boca son mucho mayores en el diabético que en el paciente sano

5). La diabetes sacarina es una enfermedad incidiosa, que se complica muchas veces por daños tisulares graves - hasta desembocar en lesiones cardiovasculares, renales, cerebrales.

Los límites normales de la glucosa sanguínea en ayu

nas son aproximadamente de 70 a 100 mg por 100 ml, la concentración sube hasta 160 mg. por 100 ml. después de la comida normal pero a las dos horas vuelve al nivel del ayuno en una diabetes leve, las cifras en ayunas pueden alcanzar 200 mg. por 100 ml. las pruebas radiales son mayores y pueden resistir más de 2 horas después de la comida.

HEMATURIA:

La identificación de sangre en la orina es una prueba adicional que puede realizarse con el labstix, las principales enfermedades que dan lugar a la hematuria son: nefritis, cálculos renales, infección del riñón, vías urinarias, leucemia, disfgias sanguíneas.

BEOMETRIA COMPLETA:

Consiste en una serie de pruebas que se realizan al mismo tiempo y cuyos resultados ayudan a conocer la respuesta general en caso de infección bucal o descartar enfermedades generales como causa de lesiones bucales.

Estas pruebas comprenden:

- 1). Recuento total del número de glóbulos rojos.
- 2). Recuento de glóbulos blancos.
- 3). Fórmula leucocitaria.
- 4). Medición de Hemoglobina.

- 5). Estudio de frotis teñido.
- 6). Cifra total de glóbulos rojos.

En el adulto van de 4 a 5.5 millones por mm. cúbico de sangre aproximadamente.

RECUESTO DE GLOBULOS BLANCOS.

En el adulto se encuentran de 5,000 a 10,000 leucocitos por milímetro cúbico de sangre circulante.

En el paciente odontológico (en su atención) el recuento de glóbulos blancos es signo de que existe un fenómeno infeccioso generalizado, además descarta una posible leucocemia o una leucopenia maligna.

d). FORMULA LEUCOCITARIA. Puesto que los glóbulos rojos de la sangre circulante son de distinto tipo y origen, la cifra total de leucocitos tiene poca utilidad, sin un estudio diferencial de los diversos tipos celulares presentes, suelen encontrarse cinco variedades de glóbulos rojos en la sangre circulante. En el paciente de odontología la linfocitosis suele deberse a una enfermedad viral de las vías respiratorias altas, en cambio la leucocitosis neutrofilica en caso de absceso alveolar agudo, pericoronitis o gingivostomatitis ulceronecrotica aguda.

Las cinco variedades de leucocitos y su porcentaje - en cifras normales son:

Neutrófilos	60-7 %	Eosinófilos	1-3%
Monocitos	2-6 %	Basófilos	0-1%
Linfocitos	20-35%		

e). MEDICION DE LA CONCENTRACION DE HEMOBLOGINA. En general se mide la concentración de hemoglobina expresada -- en gramos de hemoglobina por 100 ml. de sangre para conocer el estado de masa total de glóbulos rojos y la cantidad total de substancia portadora de oxígeno que contiene.

En el hombre adulto los límites de concentración de hemoglobina normales son de 13 a 16 gramos por 100 ml. de -- sangre. En la mujer adulta suele encontrarse valores un poco menores de 12 a 14 gramos por 100 ml.

ESTERILIZACION.

La esterilización es la supresión total de todos -- los agentes que son aptos para producir infección, un método de esterilización o una solución química pueden ser bacteriostáticos es decir inhibir la multiplicación de los microorganismos ocasionando la destrucción total de estos.

La eficacia de los desinfectantes y antisépticos va -- rían según la minuciosidad de la aplicación, la naturaleza -

del tejido enfermo y la clase de microorganismos.

METODOS DE ESTERILIZACION.

a). AUTOCLAVE. Es el más eficaz de todos los medios de esterilización, el vapor efectivo llega a todas las porciones de los materiales contenidos en el aparato.

El período de esterilización usual es de 15 min a 120 grados centígrados o 20 min, los instrumentos están en vueltas en toallas, las jeringas y agujas, han de mantenerse en el autoclave a la misma temperatura pero durante 30 minutos.

b). CALOR SECO. El gas óxido de etileno es letal para todas las bacterias, esporas, virus y hongos, no es corrosivo si ataca los tejidos goma o plásticos siempre que se use de acuerdo a las instrucciones, los instrumentos deben estar limpios y libres de residuos de sangre, este tipo de esterilización requiere más tiempo que por el vapor, pero menos que por el calor seco (48 minutos a 60 centígrados) si se trata de metal o vidrio.

PREPARACION DEL PACIENTE.

1). MEDIDAS LOCALES.

Para realizar una operación en la cavidad bucal, se

requiere que ésta se encuentre en condiciones óptimas de limpieza, el tártaro dentario, las raíces y dientes cariados -- sean extraídos y obturados. Las afecciones existentes en las partes blandas de la cavidad bucal como gíngivitis estoamtitis, contraindican una operación siempre que no sea de urgencia.

En cuanto a las lesiones tuberculosas y sífilticas contraindican toda operación en la cavidad bucal por el peligro que significan insisiones sobre tales lesiones y el contagio que representa para el operador.

La boca antes de cualquier intervención debe ser -- cuidadosamente lavada con agua oxigenada (en atomizador) o - soluciones jabonosas que se preparan diluyendo jabón líquido y agua oxigenada en un volúmen mayor de 10 veces de agua.

Los capuchones de los terceros molares deberán ser lavados con agua oxigenada o cualquier antiséptico, y pintadas con tintura de merthiolate antes de la operación, con estas medidas antisépticas, la cavidad bucal estará en óptimas condiciones para cualquier operación y disminuir en un alto porcentaje los riesgos y complicaciones postoperatorios.

2). MEDIDAS GENERALES.

Antes de administrar cualquier medicación debe revi

sarse la historia clínica del paciente en lo relativo a los medicamentos, una sensibilización a los barbitúricos no impide que aquel se beneficie de una buena sedación.

PREMEDICACION.

Los pacientes que han de someterse a intervenciones quirúrgicas amplias en la cavidad bucal se les debe prescribir alguna forma de medicación previa no obstante la premedicación administrada en tabletas o cápsulas es útil, no siempre debe confiarse en ella. La acción depende del tiempo transcurrido desde la última comida, del estado de nerviosismo del paciente, de la velocidad de absorción y de las variaciones individuales en la respuesta a los medicamentos. La administración endovenosa de los hipnóticos es fácil y cómoda y se pueden lograr mejores resultados.

La administración endovenosa lenta de 75 a 125 mg. de pentobarbital sódico antes de administrar el anestésico local, disminuye la sobra que la intervención quirúrgica produce en el paciente aprensivo. Cuando el paciente no articula las palabras con facilidad el dentista sabe que tiene una sedación suficiente.

CAPITULO IV.

ANESTESIA.

C A P I T U L O I V .

A N E S T E S I A .

Las distintas maniobras que la Cirugía debe emplear para el tratamiento de las diferentes afecciones provoca dolor. La supresión de este dolor, una de las más grandes conquistas de la humanidad se logra por medio del empleo de la anestesia, término que se usa corrientemente para designar este procedimiento.

Anestesia es el método que permite la pérdida total de la sensibilidad.

En Odontología hay varios tipos de anestesia: Local, anestesia regional y general. Estudiaremos en este caso la anestesia regional que es la que se requiere en cirugía en la extracción de terceros molares retenidos inferiores, y en algunos casos anestesia general.

Anestesia troncular o regional es la supresión por - medios terapéuticos de la sensibilidad total de los dientes-- posteriores inferiores de la cavidad bucal en la arcada co -- rrespondiente, manteniéndose intacta la conciencia del paciente, esto se logra por medio de distintos métodos pero solo -- nos interesa el método que logra la anestesia por la inyec -- ción de sustancias químicas, las cuales poniéndose en contac -- to con las terminaciones nerviosas anula la transmisión del - dolor a los centros nerviosos.

En el caso de los terceros molares retenidos, las -- técnicas de anestesia que se emplearán serán el bloqueo de -- los tejidos del maxilar inferior y bloqueo de los nervios dental inferior, lingual y bucal.

BLOQUEO DE LOS NERVIOS DENTAL INFERIOR, LINGUAL Y BUCAL.

FINALIDAD.

El bloqueo del nervio dental inferior se considera - como el bloqueo más importante, utilizado en Odontología, simplemente porque no existe otro método seguro que pueda proporcionar una anestesia total para los dientes posteriores inferiores.

La zona anestesiada comprende los dientes de una de-

las mitades del maxilar inferior, una parte de la encía bucal la piel y la mucosa del labio inferior y la piel de la barbilla.

Con frecuencia se observa un decaimiento de la anestesia que será entonces incompleta en la línea media. La anestesia de la encía lingual y de la mucosa adyacente, así como de la encía bucal adyacente al segundo premolar y primer molar del maxilar inferior suele realizarse simultáneamente por medio de los bloqueos lingual, y bucal respectivamente.

PREPARACION DEL PACIENTE.

Después de elaborar la historia clínica correspondiente y antes de aplicar el anestésico el dentista deberá tranquilizar al paciente platicando de cosas sin importancia y confirmándole que el procedimiento será indoloro.

Se debe colocar al paciente en una posición semiacostada y por medio de la palpación y observación el dentista estudiará la topografía de las estructuras por anestesiar.

Se deberá limpiar con gasa estéril el área de la inyección y se aplicará el anestésico tópico, después de que hizo efecto se limpia otra vez la mucosa con gasa estéril y un antiséptico, es aconsejable no aplicar la inyección sin limpiar antes la cavidad bucal.

Si el área de inserción de la aguja no puede mantenerse seca por exceso de flujo salival, se colocarán rollos de algodón en los vestíbulos bucales sobre el conducto parotídeo y debajo de la lengua se colocarán una gasa sobre el conducto submaxilar.

EQUIPO Y MATERIALES NECESARIOS.

El progreso logrado desde el descubrimiento de la procaína en el campo de administración de la anestesia local concierne principalmente a los equipos y materiales utilizados.

Se mejoraron sobre todo los tipos de jeringas y agujas, así como los envases de agujas estériles y de las soluciones anestésicas.

En Odontología se utilizan dos tipos de Jeringas:

a). La jeringa con cartucho que goza de una aceptación universal y casi exclusiva, sus mejoras más recientes consisten en la posibilidad de cargarlo por uno de los lados y en proveerla de un dispositivo para aspiración.

b). La jeringa de vidrio de Luer-lok, este tipo se emplea muy raras veces. Las jeringas de plástico preesterilizadas y desechables suministradas con o sin agujas, han subs-

titufdo casi por completo a las jeringas de vidrio.

Las agujas de acero inoxidable eliminan en gran parte el peligro de rotura. Existen dos tipos de agujas para inyecciones dentales; las agujas número 23 de 1 5/8 (4 cm) de largo para inyecciones profundas y las número 25 a 27 de 1" (2.5 cm) de largo para inyecciones supraperiódicas.

La aguja debe presentar una punta aguda y un bisel para deslizarse suavemente sobre el periostio y evitar la punción de vasos sanguíneos.

Las jeringas y agujas se esterilizan ya sea en autoclave o con calor seco.

La esterilización en autoclave se lleva a cabo a --- 121°C durante 30 minutos la esterilización con calor seco requiere que la temperatura interna de 160° a 180°C se mantenga durante una hora utilizando de preferencia la temperatura más alta. Antes de proceder a la esterilización de las agujas es necesario limpiarlas con un estilete, después sumergirlas en un detergente o éter para quitar toda materia orgánica y enjuagarlas con alcohol y agua.

TECNICA DE LA INYECCION.

Para llevar a cabo con éxito este tipo de inyecciones es necesario emplear una aguja grande, fuerte y de bisel cor-

to; la rigidez de la aguja permite actuar como sonda. El dedo índice debe colocarse sobre el cuerpo adiposo de la mejilla, se utiliza para empujarlo lateralmente hasta que la punta del dedo quede apoyada en la escotadura coronoides. Se procede a limpiar con antiséptico la zona lateral del rafé, palpando al mismo tiempo el tendón profundo del músculo temporal, se apoya la jeringa en los premolares del lado opuesto y se punciona la mucosa a la altura indicada por la escotadura coronoides, lo más cerca posible del tendón profundo del músculo temporal, pero hacia adentro del cuerpo adiposo.

Al penetrar en la mucosa se detiene la aguja y se inyecta una gotade la solución, después se avanza lentamente la aguja unos 0.5 ml, moviéndola ligeramente hacia los lados se puede sentir el tendón profundo del musculo temporal, como entre este punto y la espina de spix hay una distancia de 1 cm. se hunde la aguja unos milímetros más y se inyectan 0.5 ml. - si se requiere anestésiar el nervio lingual, en este lugar -- siempre debe aspirarse con la jeringa. Para anestésiar el nervio dental inferior se vuelve a empujar la aguja inyectando - una o dos gotas de la solución antes de que la aguja toque el perióstio en la parte anterior de la espina de spix, después de una pausa de unos segundos se desliza la aguja a lo largo de periostio y sobre la escotadura de la espina de spix hacia el surco se inyectan de 0.5 a 1 ml. de la solución. La velocidad de la inyección deberá ser de 1 ml. por minuto siendo preferible emplear el doble de tiempo.

BLOQUEO DEL NERVIIO BUCAL.

Para anestesiar el nervio bucal pueden utilizarse -- tres métodos diferentes:

1). TECNICA DE SLOMAN. La inyección se hace aproximadamente a 1 cm. por encima del plano oclusal y a unos cuantos milímetros hacia adentro del borde anterior del maxilar inferior, en este sitio el nervio bucal pasa dirigiéndose hacia -- abajo adelante y afuera, después de haber salido entre los -- dos fascículos del músculo pterigoidé externo.

2). La inyección es submucosa se hace a un centíme--tro por debajo del conducto parotídeo, la aguja avanza lentamente mientras se inyecta el líquido. De esta manera quedan - bloqueados las ramas terminales del nervio bucal.

PRECAUCIONES.

El método por presión directa presenta dos inconve--nientes:

A). La posibilidad de lesionar el nervio lingual o - dental inferior.

B). Con este método la aguja debe penetrar la parte- inferior del ligamento esfenomaxilar para entrar en el surco,

entonces existe la posibilidad de que no todo el bisel de la aguja esté externo al ligamento y el anestésico se difundirá a lo largo de la cara interna de dicho ligamento en lugar de su cara externa.

La anestesia así producida será incompleta, se puede lograr una anestesia completa pero la duración del tiempo dependerá de la velocidad de difusión de la solución a través del ligamento esfenomaxilar y de la fascia interpterigoidea.

ANESTESIA GENERAL.

Se entiende por anestesia general la ausencia de sensibilidad al dolor con la pérdida de la conciencia.

ANESTESIA POR INHALACION.

En cirugía se emplea para este fin: el protóxido de óxido, el ciclopropano, el cloruro de etilo, el éter solos o -- combinados o en mezcla con oxígeno.

Los distintos agentes anestésicos por inhalación deben usarse en aparatos especiales de distinto mecanismo y empleo, el protóxido de óxido se administra en los aparatos de Mc. Kesson, Heidbrink o Foregger. El gas pasa del aparato a los pulmones y de ahí a la sangre.

Los pacientes pueden clasificarse en tres grupos:

1.- Normales: el 75% pertenecen a este grupo.

2.- Los anestésicos resistentes, en este grupo están los alcohólicos, fumadores, los sujetos robustos.

3.- Los anestésicos sensibles, infectados, intoxicados, insomnes o debilitados, ancianos y los enfermos.

Al paciente el cual debe efectuarse una anestesia general hay que colocarlo en las mejores condiciones para realizar con éxito la intervención, mediante la premedicación y -- ayuno. Los pacientes del grupo anestésico resistentes se les debe administrar la noche anterior una cápsula de embutal -- 0.05 a 0.10 gr. por vía oral y otra una hora antes de la in--tervención. En los pacientes con hipersecreción salival es -- aconsejable administrar 20 gotas de atropina media hora antes de la intervención.

También se debe preparar psicológicamente al pacien--te dirigiéndole palabras de tranquilidad y una explicación de lo que va a ocurrirle y aún sentado en el sillón deben ser pa--labras de calma para tranquilizar al paciente aconsejándole -- que deje sus nervios y que aspire profundamente el gas y que tenga confianza en nosotros.

Debe evitarse que el paciente vea al entrar al con--sultorio los instrumentos sobre la mesa, así como toda exhibi--ción quirúrgica y ruidos inútiles que aumentan su ansiedad al

sentarse en el sillón.

ADMINISTRACION DE LA ANESTESIA.

El protóxido de ázoe puede administrarse por vía oral, nasal o ambas a la vez, con el inhalador facial se obtienen anestésias muy breves pues el aparato se retira una vez dormido el paciente.

Cuando se requiere de anestesiarse más prolongadamente deben usarse los inhaladores nasal y bucal, el primero queda fijo durante toda la operación, el segundo se retira al comenzar ésta.

Terminada la operación se succiona la sangre o saliva se extrae el taponamiento faríngeo.

ANESTESIA POR INYECCION.

Para conseguir la anestesia pueden emplearse barbitúricos administrados por vía endovenosa. Actualmente se emplea el pentothal sódico que es un agente de acción rápida, que es total y rápidamente destruido por el organismo, está indicado en cirugía bucal y es inyectado por vía venosa según las técnicas comunes pero con precauciones especiales para este tipo de anestesia. En el consultorio dental solo debe usarse cuando se encuentre debidamente equipado.

ANESTESIA ENDOVENOSA EN EL SILLON DENTAL.

Es de positivo valor como agente de induccion, sobre todo en los presuntos anestésicoresistentes, pletóricos, alcohólicos, fumadores y en los cardíacos.

Debe ser administrada en la más pequeña dosis efectiva de barbitúrico y solamente como inducción seguida del mantenimiento con protóxido por vfa nasal, en dosis de 0.25 a -- 0.50 g. el pentothal sódico o en dosis doble de kemithal y en soluciones del 2.5 y 5% respectivamente.

Se comienza la inyección a una velocidad de centímetro cúbico por segundo y se continúa administrando lentamente hasta que aparezcan los primeros síntomas del sueño.

ACCIDENTES DE LA ANESTESIA GENERAL.

Los accidentes de la anestesia general son mediatos-- como accidentes a distancia, son lesiones sobre los centros nerviosos, sobre el hígado, las lesiones cerebrales obedecen a la hipoxia o a la anoxia.

C A P I T U L O V .

A C T O Q U I R U R G I C O

CAPITULO V.

A C T O Q U I R U R G I C O .

La exodoncia del tercer molar es principalmente un problema mecánico como lo es la extracción de todo diente retenido, pero en el caso de la llamada "muela del juicio" inferior, el problema es mayor por la serie de factores que debemos enfrentar como son la ubicación de difícil acceso y mala iluminación y visión, la dureza y poca elasticidad del hueso, la saliva y la sangre que oscurecen el campo operatorio, lo cual lo hacen una operación de las más complicadas en Cirugía Bucal.

En la presente tesis lógicamente no podremos tratar todos los casos posibles de retención, solo trataremos los tipos principales de los cuales se pueden sacar conclusiones quirúrgicas para los casos que más comunmente se presentan en la práctica diaria.

Se ha seguido y aplicado la técnica de Winter ya que en lo escrito por el maestro americano está todo lo que se -- puede decir respecto a la avulsión del tercer molar. El inconveniente de dicha técnica está en la complejidad de ciertos métodos y el costo del instrumental. Riez Centeno en su libro nos dá éstas técnicas aunadas a las suyas, nos simplifican el acto quirúrgico tanto en la extracción como en el uso de instrumental.

Landete nos ejemplifica la extracción del tercer molar como la eliminación de un cubo (el diente) que está dentro de otro cubo (el hueso).

Para realizar la operación (considerando que los cubos son inextensibles), es necesario llegar al hueso que aloja al molar eliminar las partes óseas que lo cubren y abordar el diente mediante palancas para desalojarlo del "cubo continente".

Esta operación consta de los siguientes tiempos:

Incisión, osteotomía, extracción, propiamente dicha.

INCISION.

Está condicionada al tipo de retención en general -- debe ser amplia, que permita un colgajo extenso, que descubra

con amplitud el hueso a resecar lo cuál nos permite una amplia visión.

El tipo común es la incisión angular, una rama va del centro de la cara distal del segundo molar, hacia atrás, su -- largo varfa con el tipo de retención. La otra rama se inicia -- en el mismo punto o en la porción distal del reborde gingival -- y se dirige hacia abajo, adelante y fuera, en una extensión de 1 cm. aproximadamente.

La encafa incidida, se separa con instrumentos apropiados (el periostotomo) obteniéndose de tal modo los colgajos.

OSTEOTOMIA.

La eliminación de hueso la realizamos con instrumen-- tos de Winter (osisectores) escoplos y fresas.

Extracción propiamente dicha.

La avulsión del molar se realiza con palanca apropiadas que se apoyan en estructuras óseas vecinas o en la cara -- distal del segundo molar.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO VERTI-- CALMENTE.

Puede estar colocado en distintas posiciones, con re-

lación a la curvatura de la arcada; normal (sin desviación)-desviación bucal, desviación lingual y en desviación bucolin-
gual.

De acuerdo con el punto de aplicación del elevador - (cara mesial del molar retenido) puede ser accesible o inaccesible.

Solo estudiaremos el tipo vertical sin desviación, - ya que en las otras variaciones los cambios consistirán en - la técnica en la mayor o menor osteotomía bucal o lingual -- del punto de aplicación del elevador y dirección en que debe moverse el molar retenido.

1. Retención vertical (sin desviación) cara mesial - accesible.

A). TECNICA DE WINTER.

a). INCISION. En este tipo de retención winter realiza solo la incisión sobre la cara oclusal del molar retenido desde el borde mesial del festón gingival hasta llegar a algunos milímetros por detrás del borde óseo distal a resecar.

Para proteger el festón gingival de los traumatismos al realizar la extracción, Winter realiza otra incisión que es perpendicular a la primera que va sobre la lengüeta me --

sial del molar retenido.

Una vez realizada la incisión procederemos a separar los colgajos mediante el periostotomo. La lengüeta traumatizada nos originará dolor postoperatorio por otra parte la cicatrización origina retracción de la lengüeta dejando descubierta parte del segundo molar produciendo dolores a los cambios térmicos o en mayor perjuicio desarrollar caries.

b). OSTEOTOMIA. La eliminación de tejido óseo será en la parte distal del molar retenido, ya que para que el diente incluido, abandone su alveolo el movimiento de avulsión debe desarrollar un arco de círculo o sea la corona del molar será dirigida hacia distal o la rama de la mandíbula.

La forma radicular nos indicará la cantidad de hueso a reseca y el movimiento del molar.

Ambas raíces hacia distal. La cantidad de hueso a reseca debe ser suficiente para que el diente pueda describir el arco correspondiente a su forma radicular y no haya hueso que se oponga a este movimiento.

Rafz mesial hacia distal y raíz distal recta: El hueso será reseca en una cantidad tal que permita al diente ser dirigido hacia atrás siguiendo el arco de su raíz mesial.

Rafz mesial hacia distal y rafz distal hacia mesial. La cantidad de hueso a resecar debe ser suficiente para que el diente sea dirigido hacia distal y permita la fractura del séptum.

Rafces rectas: no necesita gran remoción de hueso -- distal. Con la aplicación del elevador en la cara mesial del molar retenido se dirige el diente en sentido distal.

TECNICA DE WINTER DE LA RESECCION OSEA.

Los osteotomos de Winter son instrumentos diseñados por él mismo y son para eliminar las partes óseas que cubren los terceros molares retenidos y constan de tres partes: el mango, el tallo y la hoja.

El mango de estos instrumentos es igual al de los elevadores se adapta al hueso de la mano, con lo cual se puede ejercer con firmeza la fuerza necesaria para extraer por presión trozos de hueso.

El tallo es rígido, implantado sólidamente al mango, es recto de sólida construcción.

La hoja de diferentes biseles y formas, destinada a resecar las partes óseas que cubren el molar, está por lo tanto doblada en ángulo con relación al tallo. Termina la hoja --

con la parte activa del instrumento, que no es otra cosa que un cincel que actúa a presión manual.

Hay distintos tipos de osteotomos, los hay destinados a resecar hueso distal, izquierdo y otro para el derecho, como los números 1L y 1R, los números 2L y 2R, 3L y 3R tienen variantes con relación al tipo 1.

TECNICA DEL MANEJO DEL OSTEOTOMO.

El osteotomo se debe empuñar firmemente con la mano derecha, dirigiendo el bisel de la hoja hacia el hueso a resecar, una vez aplicado en el sitio destinado, el borde cortante sobre la osiestructura, se ejerce la presión suficiente para resecar esa porción ósea.

De esta manera el cincel que significa el osteotomo corta el hueso que necesitamos quitar para dejar libre la corona del molar.

EMPLEO DE LOS ELEVADORES.

Los elevadores de winter están numerados del 1 al 9 para aplicación mesial, el número 9 de aplicación mesio-buccal y los números 10, 11, 12 y 13 de aplicación bucal, se toman de una manera similar al osteotomo.

Los elevadores de acción mesial son introducidos, - entre el segundo y tercer molar, su finalidad es luxar y elevar el diente de su alveolo.

El elevador estará de acuerdo con lo ancho del espacio interdentario, el número 2 de winter es el más común ya -- que permite su aplicación en espacios reducidos los de mayor grosor se usan cuando el molar ya ha sido movilizado o en espacios anchos.

El elevador lo vamos a tomar de manera similar al osteotomo y lo introducimos en el espacio interdentario con la parte plana de la hoja contra la cara mesial del molar, y su borde sobre el borde superior de la estructura ósea, una vez realizado esto se procede a realizar el movimiento para elevar el diente. Para tal objeto se gira el mango del instrumento en el sentido de las manecillas del reloj, para operar en el lado derecho y a la inversa en el izquierdo.

Con este movimiento el molar se eleva y se dirige-- hacia distal. Si la luxación no se realiza con este movimiento se introduce la hoja a un nivel más bajo o se emplea un -- elevador con una hoja más gruesa hasta lograr la luxación. La fuerza que emplearemos y la extensión del movimiento distal -- serán de acuerdo a la forma radicular.

Luxado el diente, este puede ser extraído con for--

ceps o con el mismo elevador, también puede ser sacado con el elevador número 10 de aplicación bucal, este se aplica en la cara bucal del molar a nivel de la bifurcación de las raíces, se gira el elevador hacia afuera sobre su eje apoyándose el borde de la hoja en el borde óseo bucal y el molar se elevará hacia arriba y adentro.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA CON FRESA.

La fresa es el instrumento de uso diario en el odontólogo, por lo cual está más familiarizado con su uso. Los osteotomos de Winter requieren de una práctica que solo el especialista dispone, por lo tanto es más recomendable realizar la resección ósea con fresa, empleándola adecuadamente como es el evitar calentamiento para prevenir necrosis o mortificaciones al hueso.

La incisión que será un centímetro por detrás de la cara distal del segundo molar y prolongándose hacia adelante, contorneando el cuello de los dientes hasta el primer premolar, permitirá un amplio colgajo evitando traumatizar tejidos blandos.

Separados los labios de la incisión se realizará la osteotomía esto valiéndonos de fresas del número 560 o fresas redondas número 8 de carburo de tungsteno. Se coloca la fresa sobre el borde óseo distal a resecarse, se introduce la fresa

creando un espacio entre la cara distal del tercer molar y la porción ósea distal resecaando tanto hueso como lo requiera la disposición radicular.

EMPLEO DE LOS ELEVADORES.

Quién no dispone de los elevadores de Winter que son insustituibles, pueden emplear de otro tipo como los de Barry (similares a los de Winter) los elevadores rectos o cualquier otro parecido.

El empleo de los elevadores rectos es de la siguiente manera: Se introduce la hoja en el espacio interdentario - y se mueve alrededor de su eje, en sentido distal descansando el borde inferior de su hoja sobre la estructura ósea entre - segundo y tercer molar. El elevador recto dirige el molar hacia arriba y atrás, también se puede apoyar en el segundo molar y dirigir el elevador hacia adelante desplazando entonces el diente retenido hacia atrás. El segundo molar debe tener - integridad en su corona y solidez en las raíces para poder -- servir como apoyo.

La extracción por odontosección está indicada solo-- en caso de raíces divergentes con cementosis.

2. Retención vertical sin desviación con cara mesial - inaccesible.

Cuando la cara mesial del molar retenido está por debajo de las estructuras óseas y no podemos aplicar el elevador sobre de ella se dice que es inaccesible por lo tanto es necesario, preparar una vía de acceso a dicha cara mesial.

La incisión se realiza en dos ramas:

Una bucal trazada en la lengüeta interdientaria bucal y la otra rama distal, trazada sobre el ángulo buco-oclusal del molar retenido es muy similar a las incisiones anteriores.

OSTEOTOMIA.

Se efectúa como en la retención vertical con la cara mesial accesible.

Para poder aplicar el elevador en la cara mesial se necesita reseca parte de hueso mesial, para eso empleamos los osteotomos número 8R y 8L.

La extracción la efectuamos con los mismos elevadores de winter y en la misma forma que en el caso anterior.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA.

La resección de hueso y la preparación de una vía de acceso a la cara mesial se realiza con una fresa redonda del número 6 a 8 montada en ángulo, haciendo perforaciones sobre la tapa ósea e eliminar que lleguen profundamente hasta el molar retenido rodeando su corona, y finalmente se unen estos orificios con una fresa de fisura fina número 557.

La tapa ósea se elimina con un escoplo, la eliminación del tejido óseo debe ser suficiente como para permitir el paso del diámetro mayor del molar.

La vía de acceso a la cara mesial la realizamos con una fresa redonda del número 5, esta osteotomía la realizamos a expensas del hueso vecino al molar a extraerse, dejando intacto en lo posible el hueso que cubre al segundo molar, esto es con el objeto de tener un espacio para colocar la hoja del elevador

EXTRACCION.

Se emplean elevadores número 1, 2 y 3 de winter o elevadores de hojas finas. El elevador se introduce en la vía ósea creada en la osteotomía llegando la hoja a la cara mesial del molar retenido, apoyándose en el borde óseo o en la cara distal del segundo molar, y se trata de luxar el diente hacia distal con pequeños movimientos de torsión del instrumento hacia me --
ial

sial y hacia distal, la luxación hacia distal está condicionada por la forma de las raíces.

Realizada la luxación procederemos a sacar el molar de su alveolo con elevadores de winter número 10 (L O R) de aplicación bucal, colocándolo por el lado bucal entre la corona del diente y la tabla ósea externa, si no hay posibilidad de introducir el elevador a nivel de la cara bucal se realiza una pequeña muesca con una fresa redonda en la parte media del hueso bucal, por esta vía se introduce el elevador y se realiza la avulsión del molar.

3. Retención vertical, ausencia de dientes vecinos.

Los dientes vecinos pueden estar ausentes totalmente o faltar solo el segundo molar. En el primer caso por lo regular el molar retenido produce accidentes inflamatorios.

La retención en este caso puede ser parcial o total y totalmente intraósea o sublingual. La técnica para la extracción es guiada por los principios ya señalados anteriormente.

INCISION.

Se realiza incidiendo a nivel del borde lingual del molar retenido, sobrepasando los límites del borde mesial y realizamos otra rama que será perpendicular a la longitudinal que-

realizamos y que llegará cerca del surco vestibular.

OSTEOTOMIA.

Resecamos el hueso que cubre el diente con escoplos -- o fresas siguiendo las reglas ya mencionadas anteriormente.

EXTRACCION.

Utilizamos elevadores números 11, 12 o 13 de winter o sus similares, introducimos la hoja del elevador en la cara mesial del diente y la pared del alveolo (la osteotomía preparada) y procedemos a girar el mango del instrumento en sentido mesial logrando empujar hacia distal y elevar el molar.

En las presentaciones con cara mesial inaccesible se emplea el método de odontosección con fresa o disco (método que explicaremos más adelante) según su eje menor, ya seccionado se extraen cada parte por separado.

EXTRACCION DE TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION MESIO-ANGULAR.

Los problemas a resolver en este tipo de retención -- son:

1. OSTEOTOMIA.

Debemos eliminar mayor cantidad de hueso, ya que el --

diente en esta posición suele estar más profundo y la cantidad de hueso distal está dispuesta en mayor abundancia que en retención vertical.

2. CONTACTO CON EL SEGUNDO MOLAR.

Para poder ser elevado el molar debe trazar un arco, - para poderlo realizar se oponen dos elementos, el punto de contacto y el hueso distal eliminando el hueso distal muchas veces no se puede realizar dicho arco ya que las cúspides mesiales bucal y lingual del molar retenido por el contacto que tienen con el segundo molar nos lo impiden.

La eliminación de tejido dentario y la odontosección-- son las medidas a realizar.

1. RETENCION MESIOANGULAR SIN DESVIACION.

INSICION.

Winter indica dos tipos de insiciones:

Para la retención mesioangular. Cuando se emplean elevadores en la cara mesial se practica una insición que va de-- la caradistal del segundo molar dirigida en sentido distal --- aproximadamente hasta 1 cm.

Si se van a emplear los elevadores se practica la insic

ción sobre el borde bucal del molar retenido con las mismas - proporciones que la anterior aunándose otra pequeña insición-bucal que va del borde de la encía hacia abajo y ligeramente-adelante.

OSTEOTOMIA.

El hueso es eliminado con osteotomos números 2R y 2L- de winter, con la técnica usual o sea el borde cortante del - cincel se apoya en la superficie a incidir y bajo presión ma- nual se elimina por partes pequeñas todo el hueso que sea ne- cesario. Como en las formas anteriores la cantidad de hueso a resecar está dada por la inclinación del diente y por la for- ma radicular.

EXTRACCION CON ELEVADORES.

La elección del elevador va a ir de acuerdo al espacio interdentario que exista entre la cara distal del segundo mo-- lar, la mesial del tercero y el borde superior del interséptum. En espacios pequeños la hoja del elevador será también pequeña y en espacios grandes la hoja del elevador será lógicamente -- grande.

Elegido el elevador procedemos a introducirlo en el es- pacio interdentario, con ligeros movimientos giratorios del -- mango del instrumento hacia mesial y distal el elevador ocupa- su l

su lugar.

Una vez aplicado el elevador con la parte plana de su hoja contra la cara mesial del tercer molar y su borde sobre el borde superior del espacio interdentario, dirigimos el mango del instrumento hacia mesial y de acuerdo a la forma y disposición radicular emplearemos la fuerza necesaria para elevarlo.

La eliminación del molar de su alveolo se realiza --- cuando el diente ya está colocado verticalmente y vencido el contacto con el segundo molar con un forceps para molares inferiores o con el mismo elevador.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA CON FRESA.

La eliminación de hueso es ideal realizarla con fresa en este tipo de retención.

Con una fresa redonda del número 4, 5, 8 realizamos pequeños orificios en el hueso que deberán llegar hasta el molar retenido, por medio del tacto sentiremos que hemos llegado a él, la porción ósea que es rodeada por los orificios la eliminamos con un golpe de escoplo.

La cantidad de hueso a reseca esta de acuerdo con el grado de inclinación del diente, forma radicular y contacto -

con el segundo molar.

EXTRACCION.

La realizamos con la técnica ya señalada anteriormente con elevadores de winter que son insustituibles para este tipo de avulsión.

EXTRACCION POR ODONTOSECCION.

El método de extracción por odontosección es ideal en este tipo de retención mesiangular, lo podemos realizar de -- dos formas: seccionando el diente según su eje mayor o bien - dividiéndolo según su eje menor.

La odontosección la podemos realizar con discos, piedras de carborundo, fresas o escoplos.

Es necesario preparar una vía de acceso para que los instrumentos que se seccionarán el diente no dañen hueso ni - partes blandas esto se logra realizando una amplia incisión - y suficiente osteotomía manteniendo apartado el tejido gingival con separadores.

TECNICA DEL EMPLEO DEL INSTRUMENTAL.

DISCO DE CARBORUNDO.

En muy pocos casos se emplea este procedimiento y solo cuando la profundidad del molar lo permite.

Para seccionar el diente según su eje menor (cuello -- del diente) se dirige el disco perpendicularmente al eje mayor del molar y humedeciendo el disco constantemente con agua o -- suero fisiológico.

Para seccionar las cúspides mesiobucal y mesiolingual- el disco irá perpendicular a la arcada por detrás de la cara - distal del segundo molar y dirigiéndolo de bucal a lingual, de este modo el disco separa el macizo formado por las cúspides - mesiobucal y mesiolingual y el ángulo mesiotriturante.

Este macizo se extrae antes de la extracción por medio de un escoplo o una cucharilla de Black, eliminando el punto- de contacto se procede a la osteotomía si es necesario y a la- extracción propiamente dicha.

PIEDRAS MONTADAS.

Se emplean con el objetode cortar el esmalte, como ma- niobra previa al uso de la fresa y facilitar así la acción de- la misma.

Se aplican en la forma usual, también pueden emplearse para la aplicación del escoplo sobre la cara oclusal del molar

FRESAS.

En el ángulo diedro preparado por la piedra montada se aplica una fresa de fisura número 570, dirigiéndola de bucal a lingual tratando de seccionar toda la corona del molar, poniendo especial interés en la cara mesial del tercer molar al realizar la división por las dos siguientes razones:

1. SECCION INSUFICIENTE DE LA CORONA.

Al no cortar todo el tejido dentario la corona queda unida a la porción radicular impidiendo la separación y eliminación de la misma.

2. LA FRESA PARA LOS LIMITES DE LA CORONA

Al llevar la fresa más allá de los límites de la corona podemos lesionar el hueso, seccionar la tabla lingual y herir los tejidos blandos de la cara interna del maxilar. Dirigida la fresa hacia abajo podemos lastimar el nervio dentario inferior y los vasos que lo acompañan con los trastornos consiguientes (hemorragia y parestesia).

ESCOPLO AUTOMATICO.

El escoplo automático es accionado por el torno dental consta de dos partes: la parte impulsora que es movida a resorte de fuerza graduable y las puntas de distintos tamaños, for-

mas y biceles. El golpe de este tipo de escoplo es menos molesto y traumatizante que el escoplo simple con golpes de martillo y su acción más eficaz.

Tratándose del tercer molar la función del escoplo es la de dividir el diente según su eje mayor.

Para tal fin la punta del escoplo se apoya en las depresiones del esmalte nunca en las crestas, y dirigiendo el borde del bicel perpendicular a la cara triturante del molar a seccionar. La línea de aplicación del escoplo proyectada sobre el diente debe tratar de coincidir con el espacio interradicular, de esta manera el corte se realiza con limpieza y efectividad.

EXTRACCION DE LAS PARTES SECCIONADAS.

Seccionado el diente se procede a extraer las partes divididas por separado, consideraremos las dos formas de sección, la que es dividido por su eje menor y la seccionada por el eje mayor.

EXTRACCION DEL MOLAR SEGUN SU EJE MENOR.

La avulsión de la corona la realizamos valiéndonos de elevadores finos.

La punta de estos se introduce en el espacio creado --

por la fresa al seccionar el diente y desplazamos la corona -- hacia mesial y luego hacia distal, considerando nuevamente la cara mesial de la corona se introduce el elevador por debajo - de ella y el borde óseo y se eleva si su cara mesial es inaccesible practicamos una vía para el elevador, ya sea con fresa o escoplo.

EXTRACCION DE LA PORCION RADICULAR.

La extracción de las raíces se efectúa con elevadores-- rectos, curvos o de winter.

La punta del elevador se introduce entre la porción radicular y el tejido óseo subyacente y se gira el mango del instrumento hacia bucal. En caso de raíces divergentes (raíz mesial dirigida hacia mesial y raíz distal dirigida hacia distal) o gran cementosis, se pueden separar las raíces por medio de una fresa de fisura. Cada raíz se extrae por separado con elevadores rectos o de winter número 12 (L O R).

Terminada la extracción se revisa la cavidad ósea, se quitan esquirlas y se adaptan los labios del colgajo practicándose dos o tres puntos de sutura.

EXTRACCION DEL MOLAR SECCIONADO SEGUN SU EJE MAYOR.

Al seccionar el molar con escoplo automático, el diente queda dividido en porción mesial y porción distal, las cuales-

se eliminan por separado, comenzando por la distal que es más sencilla y una vez extraída facilita la eliminación de la porción mesial.

EXTRACCION DE LA PARTE DISTAL.

Entre las partes seccionadas se introduce un elevador-recto o uno de winter número 1, 2 o 3 (LOR) que actúa en primer grado como cuña consiguiendo luxar ligeramente la parte distal, es necesario introducir lo más profundo el elevador para evitar la fractura de la parte distal el punto de aplicación será 2 mm por debajo de la línea cervical, una vez colocada la hoja del elevador en el lugar preciso se gira el mango del instrumento hacia mesial dirigiendo la raíz hacia arriba y atrás.

EXTRACCION DE LA PORCION MESIAL.

Una vez eliminada la raíz distal procederemos a eliminar la parte mesial esto lo logramos introduciendo el elevador entre la cara mesial del molar retenido y el borde óseo, esto es si la cara mesial está accesible, si nó lo está realizamos una vía de acceso hacia ella con fresa redonda o introducimos la hoja del elevador con su parte plana sobre la cara mesial de la corona del diente y su borde inferior sobre el borde óseo y realizamos los movimientos anteriormente descritos hasta lograr empujar hacia distal y elevar la porción a extraer.

EXTRACCION MESIOANGULAR, AUSENCIA DE DIENTES VECINOS.

En la retención mesiangular cuando hay ausencia de segundo molar lógicamente no hay punto de contacto por lo que solamente debemos vencer las resistencias óseas que cubren el diente retenido.

La incisión que prácticamente es la angular o la que ya hemos señalado anteriormente si es que el diente está parcialmente erupcionado.

La osteotomía la podemos realizar con escoplo o fresa. La resección de hueso del lado mesial está condicionada a la libertad de acceso a la cara mesial sobre la cual aplicaremos los elevadores.

La extracción la realizamos con elevadores de winter número 8 y 12 (LOR) o elevadores de ash, que son de aplicación mesial.

Introducimos la hoja del elevador entre la cara mesial del diente y la superficie anterior de su alveolo, y una vez aplicado el elevador en el lugar indicado giramos el mango del instrumento hacia mesial con lo cual se eleva y distaliza el molar.

Los elevadores rectos o los de winter de aplicación bucal se colocan entre la cara bucal y la pared externa del

hueso y realizamos movimientos rotatorios del mango de derecha a izquierda hasta conseguir luxar el molar. La fuerza aplicada a los elevadores va de acuerdo a la osteotomía realizada y la disposición radicular del diente a extraer.

EXTRACCION EN POSICION DISTOANGULAR.

La posición distoangular es muy rara pero cuando se -- presentan así los terceros molares, su extracción suele ser -- más laboriosa y difícil puesto que para realizarla el diente -- debe ser dirigido hacia distal o sea hacia la rama ascendente -- y la eliminación de tejido óseo debe ser suficiente para lo -- lograr vencer el punto de contacto del diente con dicha rama.

La extracción del tercer molar aislado es semejante en su procedimiento a la retención vertical.

La insición, si el diente está parcialmente erupcionado se realiza como la anteriormente practicada. En retenciones profundas y completas se realiza la insición angular.

Según la técnica de winter realizamos la osteotomía -- con osteotomos números 1, 3 (R o L) que se colocan sobre la -- porción ósea que cubre la cara triturante y distal del molar -- retenido y se procede a eliminar el hueso con la técnica ya -- mencionada en los anteriores tipos de inclusiones.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.

Si existe un buen espacio interdentario se puede emplear un elevador número 9 (R o L) y se introduce como si fuera una cuña entre el molar y el hueso, aplicando la hoja del elevador en la cara mesial, con esto logramos elevar el diente. Si la cantidad de hueso distal reseca no es suficiente practicamos una mayor osteotomía y colocamos el elevador en el mismo punto nuevamente y con la misma acción de cuña el molar se desvía hacia arriba y atrás.

También podemos usar el elevador número 10 de acción bucal, para aplicarlo debemos reseca la tabla ósea externa, ya colocado el elevador en la cara bucal del molar se gira el mango del instrumento hacia bucal consiguiendo así desplazar el diente.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA Y ESCOPIO.

La incisión que realizamos en este tipo de retención irá desde 2 cm. por detrás de la cara distal del segundo molar y correrá proxima a la cara interna del maxilar, hasta la cara distal del segundo molar rodeando esta cara y la bucal y desde la lengüeta interdientaria entre el segundo y primer molar se dirigirá hacia abajo, afuera y adelante, realizamos nuestros colgajos y los mantenemos separados logrando así una amplia visión del hueso a reseca.

La osteotomía de la parte distal la realizamos con un escoplo recto, la cantidad a reseca de esta parte del hueso debe ser toda la existente desde el punto más distal del molar retenido y la cara mesial del mismo. Con una fresa redonda aumentamos en dirección distal el nicho creado por el escoplo.

La osteotomía de la parte mesial la realizamos con una fresa redonda número 6 o 7, la cantidad de hueso a reseca será todo el tejido óseo que cubre la cara mesial de la corona y el tercio superior de la raíz del diente o sea se elimina todo el tabique interdentario, y así se pierde el riesgo de causar una fractura dentaria o del maxilar.

EXTRACCION.

Los elevadores de winter son indispensables para realizar este tipo de extracciones. Con un elevador número 12, que se introduce entre la cara bucal y el hueso bucal y tratamos de mover el molar, aplicándolo también por el lado distal y la cara lingual. Estas acciones consiguen luxar el molar cuya elevación conseguiremos con el empleo de un elevador finocolocado entre la cara triturante y el hueso, se gira el mango del elevador hacia adelante y el molar se elevará, cuya extracción se finaliza con un elevador de winter número 10 de aplicación bucal.

EXTRACCION POR ODONTOSECCION.

El método de la odontosección está indicado en este tipo de retención sobre todo cuando el diente se encuentra rodeado de hueso en todas sus caras.

Para poder extraer el molar retenido en posición distoangular, este debe trazar un arco dirigido hacia la rama ascendente. La cercanía del borde disto-oclusal del molar con el hueso de la rama obliga a eliminar la porción del diente que se opone a la realización del arco.

La odontosección se lleva a cabo como en las retenciones anteriores, con fresa o con escoplo automático. En la retención distoangular seccionaremos el diente según su eje menor, emplearemos para esto una fresa de fisura que irá dirigida paralelamente a la línea cervical del molar y la introducimos en el espacio creado por la osteotomía, entre la cara bucal y la tabla ósea externa, así separamos la corona de la porción radicular.

EXTRACCION DE LA CORONA.

Para realizar la avulsión de la corona se introduce un instrumento delgado, una cuchara de Black o un elevador por ejemplo, en el espacio creado por la fresa para comprobar si se ha realizado la separación completa. Se proyecta la corona todo lo distal que el hueso le permita y se le vuelve a llevar

en contacto con la raíz.

La extracción de la corona no es problema, con un elevador angular buscando la vía de menor resistencia se eleva la corona del diente retenido.

EXTRACCION DE LA RAIZ.

La extracción de la porción radicular depende de la forma y disposición de ella, lo más sencillo es desplazarlas hacia distal siguiendo la curvatura de las mismas.

También se puede realizar una pequeña osteotomía en el tabique interdentario con una fresa de fisura y en esta cavidad realizada se introduce un elevador número 1 de Winter y se gira el mango hacia atrás y hacia adelante, logrando con esto que la raíz se dirija a la cavidad donde estaba alojada la corona. La extracción se termina con pinzas ya sea de algodón o de disección.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION HORIZONTAL.

Para la realización de la avulsión del tercer molar retenido horizontalmente se pueden aplicar las técnicas usadas en la retención mesioangular.

TECNICA DE WINTER.

La insición según Winter tiene los mismos principios--mencionados en los otros tipos de retención.

La osteotomía la realizamos con una técnica parecida a la de retención mesioangular. Con Osteotomos 2 y 4 (R o L) se elimina hueso distal según sea necesario.

La extracción la realizamos con elevadores de Winter - el número a usar lo indicará la forma y tamaño del espacio mesial. El instrumento se coloca entre la cara mesial y el borde óseo y se desplaza el diente hacia arriba y en sentido distal, a medida que el espacio aumenta pueden irse colocando sucesivamente elevadores de hojas mayores, siguiendo los mismos movimientos del mango del instrumento hacia abajo. Cuando no es posible llegar a la cara mesial se practica la osteotomía de la parte de la cara bucal hasta permitir la entrada y aplicación del elevador de aplicación bucal.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA Y ESCOPLA.

Para la resección de hueso nos valemos de las técnicas anteriormente descritas solo que eliminando mayor cantidad de hueso dada la posición del molar retenido.

La incisión es también similar a la de retención mesioangular.

Con una fresa redonda número 5 o 6 eliminamos hueso -- distal hasta la mitad de la porción radicular del molar, y si la cara mesial no es accesible, se practica la osteotomía con fresa en la cara bucal hasta lograr la aplicación del elevador

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.

Para realizar la extracción empleamos un elevador de -- Winter número 2 (R o L) o un elevador recto que colocamos entre la cara mesial del molar y el borde óseo y dirigimos el molar hacia arriba y hacia el lado distal.

EXTRACCION POR ODONTOSECCION.

Utilizando este método se reduce la cantidad de osteotomía distal.

La técnica para seccionar el molar la realizamos mediante los dos métodos a escoplo y fresa que ya han sido indicados.

1) EXTRACCION DEL MOLAR SECCIONADO SEGUN SU EJE MENOR:

La división del diente la realizamos con la misma técnica que ha sido descrita en la retención mesioangular, el seccionamiento irá a la altura del cuello del diente, con una fresa de fisura y la extracción la efectuamos como la realizada en la retención mesioangular, tanto de la corona como la por--

ción radicular.

II). EXTRACCION DEL MOLAR SECCIONADO SEGUN SU EJE MA- YOR.

Esto solamente es aplicable cuando la corona del molar está desviada hacia el lado bucal.

Este seccionamiento lo realizamos con un escoplo de h_ija ancha que irá aplicado en el centro de la cara triturante.- Dividido el molar en dos porciones, mesial y distal se procede a extraer cada una de las partes por separado.

EXTRACCION DE LA PARTE DISTAL.

Una vez realizado el seccionamiento del diente se procede con un elevador número 14 de Winter a eliminar la porción distal, el elevador se introduce entre los dos segmentos, procediendo a proyectar la porción a extraer hacia arriba y hacia el lado distal de acuerdo con la forma y disposición radicular

EXTRACCION DE LA PORCION MESIAL.

Cuando la porción mesial está retenida solamente por debajo de la línea cervical del segundo molar está indicada -- la separación de esta en dos partes.

La raíz de la porción mesial la eliminamos realizando-

un orificio en su cara distal, y se introduce en este orificio un instrumento como cucharilla de Black o raspador y realizamos movimientos de tracción hacia mesial hasta conseguir eliminarla.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION LINGUANGULAR.

En este tipo de retención la cara oclusal está dirigida con grado variable hacia la tabla lingual del maxilar. Puede estar cubierto por hueso en cantidad variable, para extraer el molar se debe reseca el hueso que cubre la cara superior - (puede ser la cara bucal o distal) El hueso de la tabla interna, que cubre la cara oclusal y la suficiente cantidad de hueso distal para poder dirigir el diente hacia arriba y hacia distal.

Esto puede efectuarse con escoplo o fresas (redondas - número 8). Debemos hacer una amplia osteotomía ya que en este tipo de molares retenidos muchas veces no tienen completada la formación de sus raíces y ocasionalmente solo son coronas y estas al intentar elevarlas suelen rodar en el interior de la cavidad lo cual dificulta la elevación de la pieza.

Eliminando el tejido óseo suficiente se procede a realizar la extracción, para ello nos valemos de elevadores número 2 al 7 se aplica entre la cara mesial y el hueso y se trata

de elevar y dirigir hacia distal el molar.

EXTRACCION POR ODONTOSECCION.

Utilizando la técnica de odontosección podemos estar seguros de lograr éxito.

Seccionaremos el diente según su eje menor cuando existan raíces, esto lo realizamos con fresa redonda y será a nivel del cuello del molar, cuando no existen raíces dividimos la corona también con fresa o con escoplo y cada porción la eliminamos con elevadores o con pinzas de Kacher.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION BUCAL

En este tipo de retención la cara oclusal del molar va dirigida hacia la mejilla, radiográficamente al igual que en la retención linguoangular el molar aparece como un disco.

La realización de la avulsión en este tipo de retención la llevamos a cabo siguiendo los principios ya mencionados. La odontosección del molar según su eje menor se realizará utilizando para ello una fresa de fisura y extrayendo las partes divididas por separado.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION INVERTIDA.

Para realizar la extracción en este tipo de retención,

la técnica varfa según la profundidad del molar en el hueso y si hay acceso a la cara mesial. Cuando el molar se encuentra superficialmente lo podemos extraer valiéndonos de elevadores - previa resección del hueso que cubre la cara más cercana al -- borde alveolar que en este caso es distal.

Con el método de odontosección realizada con fresa de fisura ya sea por su eje mayor o menor según convenga se simplifica el problema.

Dividido el diente procedemos a la extracción de las - porciones por separado según la posición del molar podemos extraer primero la raíz o la corona y a expensas del espacio que queda se elimina la porción que queda.

C A P I T U L O VI.

POST - OPERATORIO.

C A P I T U L O VI.

POST - OPERATORIO

El tratamiento post-operatorio es una de las facetas más importantes de nuestro trabajo. Entendiéndose por tratamiento postoperatorio al conjunto de maniobras que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud del paciente.

El tratamiento postoperatorio es sintomático, los pacientes deben volver a la consulta al día siguiente y después de dos o tres días, no debe dársele de alta hasta que las heridas han cicatrizado.

FISIOTERAPIA POSTOPERATORIA.

Empleamos con gran frecuencia el frío como tratamiento-

postoperatorio, el papel del frío evita la congestión y el dolor postoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias, disminuye y concreta los edemas postoperatorios.

Se aplica 15 min. sobre la cara frente al sitio de la intervención bajo forma de bolsa de hielo o toalla mojada en agua fría, seguidos de 15 min. de descanso.

CALOR.- Se emplea con el objeto de madurar los procesos flogísticos y ayudar a la formación de pús, después del tercer día puede aplicarse para disminuir las alveolitis y dolores postoperatorios.

TRATAMIENTO GENERAL DEL PACIENTE.

Este tratamiento debe ser practicado por el clínico -- que vigila al paciente en colaboración con el odontólogo, este tratamiento se refiere al mantenimiento del pulso, tensión arterial, alimentación del paciente y tratamiento general de las complicaciones postoperatorias.

COMPLICACIONES LOCALES POSTOPERATORIAS.

a) EDEMA POSTOPERATORIO.

El edema postoperatorio se deduce generalmente por medio de la aplicación de compresas frías durante quince minutos

cada hora.

Con lavados diarios por medio de algún antiséptico suave, se obtendrá la cicatrización en pocos días. Después de un lapso de diez días a doce días, en algunos casos, existe una secreción purulenta procedente de la herida. En general resulta producida por un secuestro. Cuando se presentan estos síntomas debe dilatarse de nuevo la herida, raspar el área con la cucharilla y suprimir todos los bordes agudos, debe irrigarse después la herida cada cuarenta y ocho horas, hasta que se efectúe la adhesión completa de los tejidos.

b). HEMORRAGIA POSTOPERATORIA.

La hemorragia excesiva puede no ser causada necesariamente por la rotura de un vaso. Con frecuencia se presenta un rezumamiento capilar que persiste a pesar de la manipulación del operador. Debe dársele instrucciones para que comprima un taponamiento de gasa contra la herida y lo mantenga en posición cerrada hasta que cesa la hemorragia. Si esta continúa se deben seguir los consejos dados por el dentista, debe advertirse al paciente que continúe mordiendo la gasa hasta que intervenga el odontólogo.

Un método excelente para obtener la hemostasia consiste en el empleo de gasa de 25 mm. de longitud impregnada con una solución de adrenalina, se inserta en la herida entre las

suturas, se tapona y se rellena la herida por encima de la gasa adrenalinada, con tiras de gasa boratada o impregnadas de yodoformo durante cuarenta y ocho horas. La gasa no debe sobresalir de los labios de la herida por dos razones:

1.- PUEDE DESPRENDERSE DURANTE LA MASTICACION.

2.- LA GASA ENTRE LOS LABIOS DE LA HERIDA PROVOCAN ALI-
SAMIENTO DE LA MENBRANA MUCOSA Y ESTO PUEDE IMPE-
DIR EL PROCESO NATURAL DE CICATRIZACION.

HEMATOMA.

Este accidente consiste en la entrada, difusión y depó-
sito de sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación

Puede adquirir volúmenes considerables, con el consi-
guiente cambio de coloración del lugar de la operación, la --
piel.

La enfa que cubre la región operatoria se pone turgen-
te y dolorosa. Hay inflamación y el hematoma puede llegar a su-
purar ocasionando fiebre y escalofríos. Después de un tiempo-
variable el hematoma se reabsorbe, cuando supura se trata como
un absceso incidiéndolo con bisturí o galvano cauterio.

INFECCION.

El proceso infeccioso postoperatorio más común es la alveolitis, su patogenia, marcha clínica y tratamiento, se deben ver oportunamente.

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

DOLOR POSTOPERATORIO.

El dolor postoperatorio, que se presenta a causa del tratamiento operatorio, debe ser calmado por medicamentos indicados para el objeto: antipirina, piramidón, excepcionalmente morfina. El frío colocado a intervalos sobre la región operada calma durante las primeras horas el dolor.

COMPLICACIONES GENERALES.

Cualquier intervención en la cavidad bucal puede ser seguida de complicaciones generales.

SHOCK.

Es la complicación más inmediata que se presenta. Suele ser debido a la anestesia o tratarse de un shock quirúrgico.

EL CUADRO CLINICO ES: Palidez del paciente, hay sudora

ción, la respiración se hace ansiosa, la nariz se torna afilada y el pulso disminuye con frecuencia. El tratamiento de esta lipotimia consiste en suspender la intervención, se coloca al paciente horizontalmente, con la cabeza más baja que el resto del cuerpo, para combatir la anemia cerebral, es útil la administración de oxígeno al 100%. Se inyectará por vía intramuscular vasoconstrictores del tipo de la metedrina, veritol u otro sintético derivado de la epinefrina (productos que deben tenerse en la mano en el consultorio dental, junto con la jeringa - estéril lista para usarse).

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

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

Generalmente la Cirugía Oral que se practica en el consultorio concierne a la extracción dental, pero especial preparación conocimientos, habilidad, instrumental etc. debe poseer el Cirujano Dentista para poder efectuar extracciones quirúrgicas de terceros molares incluidos y poder realizarlas con éxito.

Factor principal en estos casos de intervención quirúrgica es la evaluación del paciente que incluirá desde historia clínica, importantísimo estudio radiográfico y estudios de laboratorio, necesarios para llegar a un diagnóstico terapéutica y plan de tratamiento adecuado al caso.

Punto fundamental en la realización de este tipo de intervenciones es elaborar un estudio y planeación previa del caso ya que en base a ello se utilizará la técnica quirúrgica -- adecuada. También es importante tener el conocimiento de la región anatómica a tratar.

Es muy importante contar con el instrumental adecuado y necesario para llevar a cabo la realización de la técnica empleada en cada caso, así como un equipo de primeros auxilios.

El Odontólogo debe realizar su intervención causando--

el menor traumatismo posible para evitar los trastornos postoperatorios que van desde dolor e inflamación hasta fuentes de infecciones, por lo cuál debe tener una destreza y experiencia aceptables, ya que de ello depende el éxito de la intervención.

Debemos tomar en cuenta que existen especialistas en la materia por lo cuál es conveniente estar en contacto con ellos, lo mismo que contar con una persona capacitada para este tipo de operaciones al realizar la intervención ya que no es conveniente hacerlas sólo.

BIBLIOGRAFIA.

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

- JORGENSEN HAYDEN Anestesia Odontológica.
 Editorial Interamericana.
- GUSTAVO O. KRUGER Tratado de Cirugia Bucal.
 Editorial Interamericana.
- GUILLERMO A.
RIES CENTENO Cirugia Bucal.
 Editorial el Ateneo.
- ROBERT ARCHER Cirugia Bucal.
 Editorial Mundi.
- ALVIN L. MORRIS Especialidades Odontológicas
HARRY M. BOHANNAN en la práctica general.
 Editorial Labor S.A.
- DICCIONARIO MEDICO Editorial Salvat