

24 556



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**TESIS DONADA POR  
D. G. B. - UNAM**

**PASOS QUIRURGICOS PARA LA EXTRACCION DE  
TERCEROS MOLARES RETENIDOS.**

**T E S I S**

Que para obtener el título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

P r e s e n t a :

**ESTHER LIZARRAGA LIZARRAGA**

México, D. F.

1981



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.

## TEMARIO DE TESIS

TITULO: PASOS QUIRÚRGICOS PARA LA EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

	PAG.
I. HISTORIA CLÍNICA	8
II. CLASIFICACIÓN DE LAS PIEZAS RETENIDAS	25
III. INSTRUMENTAL	29
IV. PASOS QUIRÚRGICOS:	
A) ANESTESIA	35
B) EVALUACIÓN PREOPERATORIA	49
C) EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICIÓN VERTICAL	51
D) EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICIÓN HORIZONTAL	61
E) EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICIÓN MESIO ANGULAR	57
F) EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICIÓN DISTO ANGULAR	63
G) EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICIÓN INVERTIDA	65
H) TRATAMIENTO POSTOPERATORIO	66
I) COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS	71

## INTRODUCCION

TODOS LOS DIENTES QUE NO ASUMEN SU POSICIÓN Y FUNCIONAMIENTO ADECUADOS EN EL ARCO, DEBERÁN SER CANDIDATOS A EXTRACCIÓN.

HAY EXCEPCIONES DE ESTE ENUNCIADO GENERAL, PERO SON RARAS. 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, 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 SUCEDEN POR RAZONES MECÁNICAS.

LA RAZA NEGRA ESTÁ EN GENERAL LIBRE DE TODOS ESTOS PROCESOS. SU GRAN MANDÍBULA PERMITE LA CÓMODA ERUPCIÓN EN TODOS LOS MOLARES.

LOS ACCIDENTES DE ERUPCIÓN DEL TERCER MOLAR - EN LA RAZA BLANCA Y EN INDIVIDUOS DE NUESTRO PAÍS, AUMENTAN EL NÚMERO E INTENSIDAD.

SEXO. CREEMOS ENCONTRAR UN LIGERO PREDOMINIO EN EL SEXO FEMENINO EN LA PRODUCCIÓN DE ESTA AFECCIÓN.

EDAD. PARA NOSOSTROS, LA EDAD EN QUE TIENEN

LUGAR ESTOS PROCESOS, VARÍA ENTRE LOS 18 Y 28 AÑOS. HE  
MOS TENIDO CASOS DE PACIENTES DE 15 AÑOS (NIÑAS) Y AN--  
CIANOS DE 73, 78Y 82 AÑOS.

## HISTORIA CLINICA

### METODOS GENERALES DE EXPLORACION Y SON:

1. INTERROGATORIO
2. PALPACIÓN
3. PERCUSIÓN
4. AUSCULTACIÓN
5. PUNCIÓN
6. MEDICIÓN
7. MÉTODOS DE LABORATORIO

#### 1. INTERROGATORIO.

LLAMADO TAMBIÉN "ANAMNESIS", ES UNA SERIE ORDENADA DE PREGUNTAS QUE NOS SIRVEN PARA ORIENTARNOS SOBRE LA LOCALIZACIÓN, PRINCIPIO, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL Y TERRENO EN QUE SE DESARROLLA EL PROCESO PATOLÓGICO.

EL INTERROGATORIO SE DIVIDE EN:

**DIRECTO.** COMO SU NOMBRE LO DICE, ES EL QUE HACEMOS DIRECTAMENTE AL ENFERMO.

**INDIRECTO.** ES EL QUE HACEMOS A LOS FAMILIARES O PERSONAS QUE RODEAN AL ENFERMO CUANDO ÉSTE NO PUEDE, POR SU EDAD O POR SU ESTADO.

**PADECIMIENTO ACTUAL.** INTERROGATORIO POR APARATOS, SÍNTOMAS GENERALES, TERAPÉUTICA EMPLEADA, ANTECE

DENTES PERSONALES, ANTECEDENTES HEREDITARIOS.

INTERROGATORIO POR APARATOS.

- A) DIGESTIVO
- B) RESPIRATORIO
- C) CARDIACO
- D) GENITOURINARIO
- E) SISTEMA NERVIOSO

SINTOMAS GENERALES. ILUSTRAN SOBRE LA REPERCUSIÓN QUE HA TENIDO LA ENFERMEDAD EN TODO EL ORGANISMO: ENFLAQUECIMIENTO, ASTENIA, SUDORES, CALENTURA, ICTERICIA.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS. INVESTIGAN LAS ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO EL SUJETO, DE PREFERENCIA LAS QUE TENGAN ALGUNA RELACIÓN CON EL PADECIMIENTO.

INTERROGATORIO POR APARATOS.

A) DIGESTIVO:

- ¿TIENE APETITO?
- ¿DISTINGUE BIEN EL SABOR DE LOS ALIMENTOS?
- ¿TIENE SED; MUCHA SED?
- ¿MAL SABOR DE BOCA? ¿A QUÉ LE SABE?
- ¿SIENTE DIFICULTAD AL PASAR LOS ALIMENTOS?
- ¿SIENTE ALGUNA MOLESTIA CUANDO LE LLEGAN AL ESTÓMAGO?
- ¿CON QUÉ LA COMPARA?
- ¿TIENE ERUCTOS, AGRURAS, ACEDIAS?
- ¿NAUSEAS?

- ¿VÓMITOS? ¿SE PRESENTAN A ALGUNA HORA DETERMINADA, POR EJEMPLO EN AYUNAS, -- DESPUÉS DE LAS COMIDAS, ENTRE ELLAS O EN LA NOCHE?
- ¿DE QUÉ OLOR, EN QUE CANTIDAD, QUE SABOR LE DEJAN, DE QUE COLOR SON?
- ¿SON SIMPLEMENTE MUCOSOS O CONTIENEN RESTOS ALIMENTICIOS, TIENEN SANGRE?
- ¿TIENE DOLOR DE ESTÓMAGO, APARECE ÉSTE CON ALGUNA CLASE DE ALIMENTO; CON CUÁLES; ES CONSTANTE EL DOLOR; ES MUY INTENSO; TIENE ALGUNA RELACIÓN CON LAS COMIDAS; EN QUÉ SITIO ES EL DOLOR; SE EXTIENDE PARA ALGUNA PARTE; HACIA DÓNDE; CON QUÉ DESAPARECE; ES LA PRIMERA VEZ QUE APARECE, O LE HABÍA DADO EN ALGUNAS OTRAS OCASIONES?
- ¿TIENE RETORTIJONES, CÓLICOS, GASES EN ABUNDANCIA?
- ¿CUÁNTAS VECES OBRA EN LAS VEINTICUATRO HORAS; ANTES DE COMENZAR A ESTAR ENFERMO, QUE NÚMERO DE VECES OBRABA?
- ¿HAY DOLOR AL OBRAR, PUJA?
- ¿ES ABUNDANTE SU EVACUACIÓN; DE QUÉ COLOR; DURA, LÍQUIDA O PASTOSA LÍQUIDA - CON FRAGMENTOS DUROS; DE MUY MAL OLOR; CONTIENE PEDAZOS DE ALIMENTOS; TIENE - LOMBRICES, SALE MEZCLADA CON MOCO, PUS O SANGRE?

B) RESPIRATORIO:

- ¿SIENTE DIFICULTAD AL PASAR EL AIRE -- POR LA NARIZ?
- ¿TIENE TOS; CONTINÚA POR ACCESOS O POR



- TOSIDURAS AISLADAS; PRODUCE VÓMITOS; -  
 ES SECA O DESGARRA CON DIFICULTAD?
- ¿ES ABUNDANTE LA EXPECTORACIÓN? POR EJEMPLO, JUNTANDO LA DEL DÍA Y LA DE LA NOCHE, ¿CUBRIRÍA EL FONDO DE LA BASINILLA? ¿ES MUY PEGAJOSO A LA BASINILLA; QUÉ COLOR TIENE; ES AEREADA; CON PEQUEÑAS O GRANDES BURBUJAS; SALE CON SANGRE; LA SANGRE TIÑE TODO UNIFORMEMENTE O SÓLO EN RAYOS; TIENE PUS EL ESPUTO?
  - ¿TIENE DOLOR EN EL PECHO, LA ESPALDA O LOS COSTADOS; AUMENTA EL DOLOR AL RESPIRAR?

c) **CARDIACO:**

- ¿TIENE PALPITACIONES; OBEDECEN AL ESFUERZO?
- ¿SE FATIGA Y SIENTE SOFOCACIÓN AL CAMINAR; SE FATIGA CON PEQUEÑOS O GRANDES ESFUERZOS?
- ¿DOLOR EN EL CORAZÓN; A QUÉ COMPARA ESE DOLOR; EN QUÉ SITIO; PARA DÓNDE SE EXTIENDE; CUÁNTO DURA; SE ACOMPAÑA DE SENSACIÓN DE ANGUSTIA?
- ¿LE HA SALIDO SANGRE POR ALGUNA PARTE DEL CUERPO?
- ¿SE HA INCHADO DE ALGUNA PARTE DE SU CUERPO; EN DÓNDE SE PRESENTA ESA HINCHAZÓN; ES DURA O BLANDA; PÁLIDA O ROJIZA; DOLOROSA; A QUÉ HORA ES MÁS NOTABLE, EN LA MAÑANA O EN LA TARDE?
- ¿SE HA PUESTO MORADO ALGUNA VEZ?
- ¿SIENTE VÉRTIGOS, ASÍ COMO SI LE DIERAN

## VUELTA LAS COSAS?

- ¿SIENTE BOCHORNOS, LLAMARADAS DE CALOR?
- ¿TIENE DOLOR DE CABEZA CONSTANTEMENTE?
- ¿ZUMBIDO DE OÍDOS?
- ¿POR LOS OJOS LE PASAN MANCHAS O COMO MOSCOS QUE VUELAN?
- ¿SIENTE QUE SE LE DUERME ALGÚN DEDO, - LOS BRAZOS O ALGUNA PARTE DE SU CUERPO?
- ¿SIENTE HORMIGUEOS, CALAMBRES?

## D) GENITOURINARIO:

- ¿ORINA USTED CON MUCHA FRECUENCIA?
- ¿ORINA POR LAS NOCHES?
- JUNTANDO LA ORINA EN EL DÍA Y EN LA NOCHE, ¿COMO QUÉ TANTO SERÁ?
- ¿QUÉ COLOR TIENE LA ORINA; QUE OLOR; - DEJA ASIENTO EN LA BASINILLA; DE QUÉ COLOR ES ESE ASIENTO; SALE LA ORINA -- MEZCLADA CON SANGRE; LA SANGRE, SALE - DURANTE TODO EL RATO QUE ORINA O SOLAMENTE AL PRINCIPIO, EN MEDIO O AL FIN?
- CUANDO TERMINA DE ORINAR, ¿SIENTE TODA VÍA GANAS DE SEGUIRLO HACIENDO, AÚN YA HAYA ACABADO?
- ¿SIENTE DIFICULTAD DE ORINAR?
- ¿SIENTE ALGUNA MOLESTIA AL HACERLO, COMO DOLOR, SENSACIÓN DE QUEMADURA, ETC.?

## E) SISTEMA NERVIOSO:

- ¿DUERME BIEN?
- ¿COMO CUÁNTAS HORAS DORMIRÁ EN LA NOCHE?
- ¿EN EL DÍA, LO HACE?

- ¿EN EL DÍA LO HACE?
- ¿TIENE PESADILLAS?
- ¿OYE BIEN, HUELE BIEN, VE BIEN?

#### SINTOMAS GENERALES:

- ¿TIENE ESCALOFRÍOS?
- ¿CALENTURA, SUDORES?
- ¿HA ENFLACADO O ENGORDADO?
- ¿COMO CUÁNTOS KILOS HA AUMENTADO O DISMINUIDO?
- ¿HA TOMADO SU CUERPO ALGUNA COLORACIÓN ESPECIAL?
- ¿SE SIENTE CANSADO O SIN FUERZAS?

#### PATOLOGICOS:

- APARTE DE ÉSTAS, ¿QUÉ OTRAS ENFERMEDADES HA TENIDO?
- ¿HA TENIDO CHANCROS; UNO O VARIOS; DOLOROSOS; TUVO INCORDIOS?
- ¿SE LE HA CAÍDO EL PELO O MECHONES DEJÁNDOLE LUNARES SIN PELO; LE HAN SALIDO MANCHITAS ROJAS EN EL CUERPO?
- ¿HA TENIDO ESCORIACIONES EN LA BOCA O EN LA FARINGE QUE HAYAN SIDO MUY REBELDES PARA CURAR?
- ¿DOLOROS DE HUESOS EN LAS NOCHES?
- CUANDO CHICO, ¿FUÉ DE ESOS NIÑOS QUE LLAMAN ÉCTICOS?
- ¿TUVO BOLSAS EN EL CUELLO; LE LLEGARON A SUPURAR?

- ¿TIENE TOSES O CATARROS FRECUENTES?
- ¿TIENE CALENTURAS EN LAS TARDES?
- ¿SUDA ABUNDANTEMENTE SIN QUE LA TEMPERATURA AMBIENTE JUSTIFIQUE ESE SUDOR; - POR LAS NOCHES, TIENE SUDORES?
- ¿HA VIVIDO CON PERSONAS QUE TOSEN MUCHO DE ESAS QUE LLAMAN TÍSICAS?

#### NO PATOLÓGICAS:

- ¿DE DÓNDE ES USTED?
- ¿EN QUE OTRAS PARTES HA VIVIDO?
- ¿EN QUÉ TRABAJA?
- ¿FUMA?
- ¿ACOMPaña SUS COMIDAS CON ALGUNA BEBIDA; QUÉ TOMA?
- ¿ACOSTUMBRA TOMAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS ANTES DE COMER?
- ¿CUÁNTAS COMIDAS HACE AL DÍA?
- ¿COME DESPACIO?
- ¿ES AFECTO A LOS PLATILLOS MUY CONDIMENTADOS Y A LOS PICANTES?

#### ANTECEDENTE HEREDITARIOS:

- ¿VIVEN SUS PADRES; SON O FUERON SANOS; QUÉ ENFERMEDADES PADECEN O PADECIERON; DE QUÉ MURIERON?
- ¿TUVO SU MAMÁ HIJOS QUE MURIERON ANTES DE TIEMPO?

## INSPECCION.

ES EL MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA QUE NOS -  
SUMINISTRA DATOS POR MEDIO DE LA VISTA. PUEDE SER:

DIRECTA. SE HACE SIN AYUDA DE NINGÚN APARATO.

INDIRECTA. REQUIERE EL USO DE APARATOS ESPE-  
CIALES, COMO SUCEDE EN LAS EDOSCOPIAS.

DATOS. RECOGEMOS LOS REFERENTES A: ACTITUD,  
FORMA, VOLÚMEN, COLORACIÓN, MOVIMIENTOS Y ESTADO DE LA  
SUPERFICIE.

## PALPITACION.

ES EL MÉTODO QUE NOS PROPORCIONA DATOS POR EL  
MEDIO DEL TACTO. PUEDE SER:

SIMPLE O INSTRUMENTAL:

DATOS. CORROBORA LOS OBTENIDOS POR LA INSPEC-  
CIÓN Y COMO EXCLUSIVOS RECOGEMOS LA CONSISTENCIA, SENSI-  
BILIDAD, TEMPERATURA Y MOVILIDAD DE LA PIEL SOBRE LOS -  
PLANOS PROFUNDOS.

## PERCUSION.

ES EL PROCEDIMIENTO EXPLORATORIO QUE CONSIS-  
TE EN GOLPEAR METÓDICAMENTE LA REGIÓN EXPLORADA, CON OB-  
JETO DE PRODUCIR FENÓMENOS ACÚSTICOS, LOCALIZAR PUNTOS  
DOLOROSOS E INVESTIGAR MOVIMIETNOS REFLEJO-TENDINOSOS.  
PUEDE SER:

DIRECTA. ES AQUELLA QUE SE GOLPEA LA REGIÓN

PERCUTIDA SIN QUE HAYA INTERPOSICIÓN DE ALGÚN CUERPO ENTRE ELLA Y EL ELEMENTO PERCUTOR; PUEDE SER SIMPLE O INSTRUMENTAL.

INDIRECTA. ES AQUELLA QUE SE COLOCA UN CUERPO ENTRE LA SUPERFICIE PERCUTIDA Y EL ELEMENTO PERCUTOR; TAMBIÉN PUEDE SER SIMPLE O INSTRUMENTAL.

DATOS. DOLOR, MOVIMIENTOS Y FENÓMENOS ACÚSTICOS. DE TODOS ELLOS, LOS ÚLTIMOS SON LOS MÁS INTERESANTES, COMPRENDEN LOS SONIDOS Y LOS RUIDOS, LOS SONIDOS PUEDEN SER CLAROS, MATES, SUBMATES Y TIMÁNICOS; EL TIPO DE SONIDO CLARO SE ENCUENTRA EN EL SEGUNDO ESPACIO INTERCOSTAL DERECHO; EL DEL MATE EN LA MASA SACROLUMBAR Y CARA ANTEROINTERNA DEL MÚSCULO; EL DEL SUBMATE ES DADO EN LAS ZONAS SUPERIOR E INFERIOR DEL HÍGADO, Y EL DEL TIMPÁNICO, EN EL ESPACIO SENILUNAR.

#### AUSCULTACION.

ES EL MÉTODO DE EXPLORACIÓN QUE NOS PROPORCIONA DATOS POR MEDIO DEL OÍDO. PUEDE SER:

INMEDIATA. ES AQUELLA EN LA CUAL SE APLICA DIRECTAMENTE LA OREJA SOBRE LA REGIÓN POR AUSCULTAR.

MEDIATA. ES AQUELLA EN LA QUE HAY INTERPOSICIÓN DE APARATOS ENTRE EL OÍDO Y LA REGIÓN EXPLORADA.

DATOS. FENÓMENOS ACÚSTICOS, ESPECIALMENTE DE LOS APARATOS RESPIRATORIO Y CIRCULATORIO.

#### PERCUSION AUSCULTATORIA.

ES UN MÉTODO QUE COMBINA LA PERCUSIÓN CON LA

AUSCULTACIÓN. SE EMPLEA SOBRE TODO PARA LIMITAR EL --  
ÁREA DE LAS VÍSCERAS.

DATOS. SEA GOLPEANDO O ROZANDO, AL SALIR DE  
LOS LÍMITES DEL ÓRGANO, SE NOTA UN CAMBIO MARCADO EN EL  
SONIDO QUE NOS PERMITIRÁ PRECISAR EL PERÍMETRO DE LA --  
VÍSCERA.

### MEDICION.

ES EL MÉTODO QUE TIENE POR OBJETO ENCONTRAR O  
RECONOCER UNA MAGNITUD DESCONOCIDA, COMPARÁNDOLA CON --  
OTRA QUE SE HA TOMADO COMO UNIDAD.

TAMBIÉN SE PUEDE DECIR QUE CONSISTE EN DAR VA  
LOR NUMÉRICO A ALGUNAS PARTES O ATRIBUTOS DEL ORGANISMO;  
MEDICIÓN DEL PERÍMETRO TORÁCICO, MEDICIÓN DE LA AGUDE--  
ZA VISUAL.

### PUNCION EXPLORADORA.

CONSISTE EN INTRODUCIR UNA AGUJA O TRÓCAR, -  
CONECTADO A UN APARATO ASPIRADOR PARA EXTRAER LÍQUIDO--  
DEL INTERIOR DE LOS ÓRGANOS O CAVIDADES.

DATOS. LA MÁS EMPLEADAS SON: LA TORACENTE-  
SIS, PARA EVACUAR LA CAVIDAD PLEURAL; LA PARACENTESIS,  
PARA EVACUAR LÍQUIDO CEFALO-RAQUÍDEO.

### METODOS DE LABORATORIO.

EL EXAMEN SISTEMÁTICO DE LA SANGRE Y DE LA -  
ORINA, ALGUNAS VECES NOS REVELA ESTADOS QUE NOS PUEDEN  
COMPLICAR EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.

EL EXAMEN DE SANGRE DEBE INCLUIR VALOR HEMATOCRITO Y CUENTA DE LEUCOCITOS. ESTO SE PIDE COMUNMENTE - COMO EXAMEN COMPLETO DE LA SANGRE.

EL NÚMERO NORMAL DE LEUCOCITOS, EN LO QUE RESPECTA DENTRO DE LA NORMA ES DE: 4,000 A 5,000 CÉLULAS - POR 100 CM<sup>3</sup> DE SANGRE.

EL PORCENTAJE. NORMALMENTE HAY DE 60 A 70 - POR 100 DE LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES, 20 A 30 POR 100 LINFOCITOS, 4 A 5 POR 100 DE MONOCITOS, 1 POR 100 EOSINÓFILOS Y 0,5 DE BASÓFILOS. LOS LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES TIENDEN A AUMENTAR EN ESTADOS INFLAMATORIOS AGUDOS Y DESPUÉS DE TRAUMATISMOS. EN LA OSTEOMIELITIS DE LOS MAXILARES Y DE LA MANDÍBULA, LOS MONOCITOS TIENDEN A AUMENTAR.

EL HEMATÓCRITO NOS PRESENTA UN ÍNDICE EXCELENTE DE VOLÚMEN DE LA SEDIMENTACIÓN DE LOS GLÓBULOS ROJOS, SE EXPRESA EN PORCENTAJE DESPUÉS DE QUE LA SANGRE HA SIDO CENTRIGUADA. SI HAY 2 ML. DE GLÓBULOS ROJOS SEDIMENTADOS EN EL TUBO QUE CONTIENE 4 ML. DE SANGRE, ENTONCES EL HEMATÓCRITO ES DE 50. LA CIFRA NORMAL DE LOS HOMBRES ES DE 40 A 50; PARA LAS MUJERES 35 A 45.

LAS PRUEBAS DE SANGRADO Y DE COAGULACIÓN PUEDEN LLEVARSE A CABO EN EL CONSULTORIO DENTAL. EL MÉTODO DE DUKE PARA EL TIEMPO DE SANGRADO, SE HACE CON UNA PEQUEÑA INCISIÓN EN EL LÓBULO DE LA OREJA, CON UNA AGUJA A TRAVÉS DE UNA PUNTA DE BISTURÍ, CADA 30 SEGUNDOS LA SANGRE SE RECOGE CON UN PEDAZO DE PAPEL ABSORBENTE. EL TIEMPO DE SANGRADO NORMAL ES DE 3 MINUTOS.

PARA DETERMINAR EL TIEMPO DE COAGULACIÓN SI



COLOCAN VARIAS GOTAS DE SANGRE EN UN PORTAOBJETOS Y CADA MINUTO SE PASA UNA AGUJA A TRAVÉS DE UNA O DOS GOTAS CUANDO LA FIBRINA SE ADHIERE A LA AGUJA, LA COAGULACIÓN SE HA LLEVADO A CABO.

EL TIEMPO NORMAL ES DE SIETE MINUTOS O MENOS.

EL TIEMPO NORMAL DE PROTOMBINA (MÉTODO DE --- QUICK) PUEDE VARIAR DE 9 A 30 SEGUNDOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD DE UNA DE LAS SOLUCIONES (TROMBOPLASTINA), QUE SE UTILIZA EN EL LABORATORIO.

CADA 48 HORAS, SE ESTABLECE UNA NORMA PARA LA SOLUCIÓN DE TROMBOPLASTINA.

## EXAMEN DE LA CAVIDAD ORAL.

A PARTIR DE ESTE MOMENTO SU ATENCIÓN DEBERÁ -  
FIJARSE EN LAS POSIBLES MODIFICACIONES DE LA APERTURA -  
DE LA BOCA.

POR CONSIGUIENTE, AQUÍ ES DONDE USTEDES VERI-  
FICARÁN SI EXISTE O NO TRISMUS.

LUEGO PASAMOS AL EXAMEN DEL SISTEMA DENTARIO.

ANTE TODO, VERIFICARÁN USTEDES SI A NIVEL DE  
LOS DIENTES, EXISTEN CAVIDADES, CARIES, CUÁL ES SU GRA-  
DO, SI SON SUPERFICIALES O PENETRANTES.

ADEMÁS DE LAS CARIES; DEBEN INVESTIGAR LA MO-  
VILIDAD O LA FIJEZA DE LOS DIENTES, PUES LA MOVILIDAD -  
TIENE UN VALOR PROPIO, Y A MENUDO CAPITAL EN CIERTAS --  
AFECCIONES COMO LAS ATEÍTIS DE LOS MAXILARES; OTRAS VE-  
CES, POR EL CONTRARIO, LA MOVILIDAD FORMA PARTE DEL CUA-  
DRO MÁS BANAL DE LA POLIARTRITIS, PIORREA O PARADENTO--  
SIS, CUYAS COMPLICACIONES PUEDEN RECURRIR A LA CIRUGÍA -  
MAXILOFACIAL.

UN PUNTO IMPORTANTE EN LO QUE RESPECTA A LA -  
EXISTENCIA Y LOS ACCIDENTES DE LOS DIENTES RETENIDOS, -  
MERECE QUE FIJEMOS EN ÉL NUESTRA ATENCIÓN: ES LA VERIFI-  
CACIÓN DE LA PRESENCIA O LA AUSENCIA DE LOS DIENTES EN-  
LAS ARCADAS, EN RELACIÓN, NATURALMENTE, CON LA EDAD DEL  
SUJETO, Y DESDE EL PUNTO DE VISTA, EL EXAMEN DE LA DEN-  
TADURA DE LOS NIÑOS, Y A VECES DE LOS ADULTOS, DEBE DIS-  
TINGUIRSE LOS DIENTES PERMANENTES DE LOS TEMPORARIOS.

EN FIN, ESPECIALMENTE SI SE TRATA DE UN INDI-

VIDUO DE 13 A 25 AÑOS, DEBERÁN SIEMPRE INSPECCIONAR LA REGIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES Y TOMAR NOTA DEL GRADO DE EVOLUCIÓN O DE LA AUSENCIA DE EVOLUCIÓN DE ESTOS -- DIENTES.

IGUALMENTE RESPECTO A LA PRESENCIA DE RAÍCES VISIBLES O INCLUIDAS, DE DIENTES MUERTOS, CARIES, MORTIFICACIONES PULPARES, QUE NOS INTERESEN PARTICULARMENTE,

#### ENCÍAS.

PODRÁN PONER EN EVIDENCIA LESIONES COMO EL -- DESPEGAMIENTO GINGIVAL DE LA POLIARTRITIS CON LOS FONDOS DE SACO BIEN CARACTERÍSTICO. INVESTIGARÁN SI EXISTE PUS EN EL CUELLO DE LOS DIENTES.

#### ULCERACIONES.

ES ASÍ POR EJEMPLO, QUE EN LAS ESTOMATITIS ULCEROSAS, ENCONTRARÁN ULCERACIONES EN LA ENCÍA MISMA, A NIVEL DEL CUELLO DE LOS DIENTES, O BIEN AÚN A NIVEL DE LENGUETAS.

A NIVEL DE LA LENGUA, ADEMÁS DE OBSERIENTERTARIAS.

EXISTENCIA DE POSIBLES LESIONES ULCEROSAS EN LA ZONA DE CAPUCHÓN DE LOS MOLARES DEL JUICIO.

DEBERÁN ESTUDIAR SUCESIVAMENTE, EN LO QUE CONCIERNE A LAS MUCOSAS, LOS LABIOS, SEA EN SU CARA EXTERNA O EN SU CARA INTERNA, LA LENGUA, LOS CARRILLOS Y EL

PISO DE LA BOCA.

PISO DE LA BOCA. TENDREMOS QUE ESTUDIAR LAS AFECCIONES QUE PUEDE PRESENTAR ESTA REGIÓN, Y ESPECIALMENTE LAS AFECCIONES INFLAMATORIAS; FLEMÓN DIFUSO; FLEMÓN CIRCUNSCRIPTO.

PARA PRACTICAR LA PALPACIÓN BIMANUAL DEL PISO DE LA BOCA, SE COLOCA UN DEDO DE MANO IZQUIERDA, EL ÍNDICE, POR EJEMPLO, EN EL INTERIOR DE LA CAVIDAD BUCAL, Y SE APLICA LA MANO DERECHA EN LA REGIÓN SUPRAHIOÍDEA. DEPRIMEN USTEDES CON EL ÍNDICE DE LA MANO IZQUIERDA Y SIENTEN CON LA OTRA MANO.

TODAS LAS REGIONES QUE FORMAN EL CONTORNO DE LA CAVIDAD BUCAL SON SUSCEPTIBLES DE SER EXPLORADAS POR ESTE MÉTODO.

EN EL ESPESOR DEL CARRILLO, POR EJEMPLO, USTEDES COMPROBARÁN FÁCILMENTE EL ESTADO DE LA MUCOSA, LA REGIÓN DEL CONDUCTO DE STENON O LAS ADENITIS DE LA REGIÓN GENIANA.

ESTO CONSTITUYE UN ELEMENTO CAPITAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE CIERTAS LESIONES, TALES COMO EL CHANCRO SIFILÍTICO, EL EPITELIOMA, EL GOMA, ETC.

HACIENDO SACAR LA LENGUA AL ENFERMO, OBSERVARÁN SI NO LA DESVÍA.

ES UN SIGNO IMPORTANTE, RELACIONADO SOBRE TODO CON LOS TUMORES DE LA BASE DE LA LENGUA.

UNA DESVIACIÓN HACIA EL LADO DERECHO, POR ---

EJEMPLO, EN UN ENFERMO DE 40 A 50 AÑOS, ES UN SIGNO EN FAVOR DE UN CÁNCER DE LA BASE DE LA LENGUA, DEL LADO DE RECHO.

DEBEN COMPROBAR TAMBIÉN SI LOS MOVIMIENTOS DE ESTE ÓRGANO SON CORRECTOS, COMPLETOS, SI EL ENFERMO PUEDE PROYECTAR SU LENGUA HACIA AFUERA DE MODO NORMAL. LA DISMINUCIÓN DE LA MOVILIDAD DE LA LENGUA, Y DE SU PROPULSIÓN HACIA AFUERA, PUEDE SER SIGNO IMPORTANTE DE TUMOR EN LA BASE.

DEBEN EXAMINAR IGUALMENTE, LA REGIÓN FARÍNGEA.

USTEDES SABEN CUÁL ES EL ASPECTO NORMAL DE LA ÚVULA, DE LAS AMÍGDALAS, DE LOS SURCOS GLOSOEPIGLÓTICOS, DE LA FARINGE Y DE LA PARED POSTERIOR DE LA MISMA.

### EXAMEN DE LOS MAXILARES.

LA FORMA DE LOS MAXILARES, SU DIMENSIÓN, SU CONSISTENCIA NORMAL, DEBEN SERLES FAMILIARES.

SI LOS MAXILARES NO SON NORMALES, OBSERVARÁN LAS DIFERENTES MODIFICACIONES CONGÉNITAS O PATOLÓGICAS, SU POSIBLE ASIMETRÍA, SU MODIFICACIÓN OTORGNÁTICA, Y -- AQUÍ, LA ORTOPEDIA DENTO-FACIAL Y LA CIRUGÍA MÁXILO-FACIAL ENCUENTRAN UN TERRENO EN MUCHOS PUNTOS COMÚN (PROGNASIA).

ADEMÁS, VERIFICARÁN LAS RELACIONES DE LOS -- MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR; Y AHORA INTERVIENE LA NOCIÓN DE LA ARTICULACIÓN DENTARIA.

## ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

PARA EXAMINAR EL MOVIMIENTO DE LA ARTICULACIÓN, RECURRIRÁN A UNA MANIOBRA PARTICULAR.

COLOCANDO LA TERCERA FALANGE DEL ÍNDICE EN LOS CONDUCTOS AUDITIVOS, APOYANDO LA PULPA DEL DEDO SOBRE LA CARA ANTERIOR DE LOS MISMOS Y PEDIRÁN AL PACIENTE QUE ABRA Y CIERRE LA BOCA; ANTES, Y NO DESPUÉS DE HABER COLOCADO LOS DEDOS EN LOS CONDUCTOS.

CUANDO HAYAN COLOCADO LOS DEDOS EN LOS CONDUCTOS AUDITIVOS Y ESTÉN PALPANDO A LA VEZ LA PARTE ANTERIOR Y LA PARTE INFERIOR DE LOS MISMOS, SENTIRÁN PERFECTAMENTE LO QUE YO LLAMO EL JUEGO DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

EN EL CASO DE UNA FRACTURA DE LA REGIÓN INTRACONDÍLEA, POR EJEMPLO, EL JUEGO DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR DEL LADO ENFERMO, NO SE PERCIBE. EN LOS CASOS EN QUE EXISTE UNA ANQUILOSIS PARCIAL, EL JUEGO DE LA ARTICULACIÓN ESTÁ DISMINUIDO; EN OTRAS OPORTUNIDADES (ARTROSIS) USTEDES OYEN CRUJIDOS PARTICULARES.

## CLASIFICACION DE LAS PIEZAS RETENIDAS.

A) IMPACCION 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) IMPACCION HORIZONTAL. EN ESTE CASO, EL EJE MAYOR DEL TERCER MOLAR ES SENSIBLEMENTE PERPENDICULAR A LOS EJES DEL SEGUNDO Y PRIMER MOLAR.

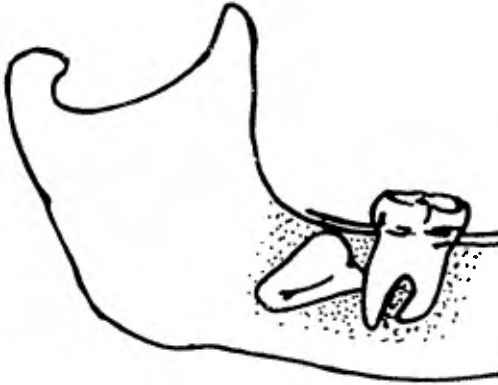
C) IMPACCION MESIOANGULAR. EL EJE DEL TERCER MOLAR ESTÁ DIRIGIDO HACIA EL SEGUNDO MOLAR, FORMANDO CON EL EJE DE ESTE DIENTE UN ÁNGULO DE GRADO VARIABLE (ALREDEDOR DE  $45^{\circ}$ ).

D) IMPACCION DISTOANGULAR. ES UNA FORMA OPUESTA A LA QUE ANTECEDE. EL TERCER MOLAR TIENE SU EJE MAYOR DIRIGIDO HACIA LA RAMA MONTANTE, POR LO TANTO, LA CORONA OCUPA DENTRO DE ESTA RAMA UNA POSICIÓN VARIABLE, DE ACUERDO CON EL ÁNGULO EN QUE ESTÁ DESVIADO.

E) IMPACCION INVERTIDA. EL TERCER MOLAR PRESENTA SU CORONA DIRIGIDA HACIA EL BORDE INFERIOR DEL MAXILAR Y SUS RAÍCES HACIA LA CAVIDAD BUCAL. ES UN TIPO MUY POCO COMÚN DE RETENCIÓN; LA DENOMINAMOS TAMBIÉN, RETENCIÓN PARADONTAL.

F) IMPACCION 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 LOS MOLARES.

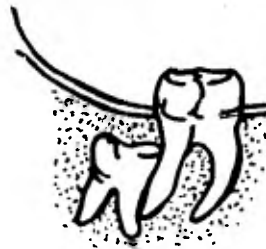
CLASIFICACION DE LAS PIEZAS RETENIDAS



A) IMPACCION MESIOANGULAR



B) IMPACCION HORIZONTAL



C) IMPACCION VERTICAL



D) IMPACCION DISTO ANGULAR



LA CORONA DEL MOLAR RETENIDO ESTÁ DIRIGIDO HACIA BUCAL; POSICIÓN BUCOANGULAR.

g) IMPACCION 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.

#### DESVIACION DEL TERCER MOLAR.

1. NORMAL (SIN DESVIACIÓN). EL TERCER MOLAR SIGUE LA FORMA OVAL DE LA ARCADA.

2. BUCAL. EL MOLAR ESTÁ DIRIGIDO HACIA AFUERA DEL ÓVALO DE LA ARCADA.

3. LINGUAL. LA DESVIACIÓN DEL MOLAR TIENE HACIA EL LADO LINGUAL DE LA ARCADA.

4. BUCOLINGUAL. EL MOLAR DIRIGIDO HACIA EL LADO BUCAL (COMO EN B) Y SU CARA OCLUSAL DESVIADA HACIA LA LENGUA (COMO EN C).

RELACION DEL MOLAR INCLUIDO CON EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA.

PELL Y GREGORY HAN CLASIFICADO EN TRES CLASES:

CLASE 1. EN LA PRIMERA CLASE, HAY SUFICIENTE ESPACIO ENTRE EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA MONTANTE Y LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR, PARA UBICAR CON COMO-

DIDAD EL DIÁMETRO MESIODISTAL DE LA CORONA DEL TERCER -  
MOLAR.

CLASE II. EN LA SEGUNDA CLASE, EL ESPACIO -  
QUE EXISTE ENTRE EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA DEL MAXI  
LAR Y LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO, ES MENOR QUE EL DIÁ-  
METRO MESIO DISTAL DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR.

CLASE III. EN LA CLASE TRES, TODA LA MAYOR -  
PARTE DEL MOLAR SE ENCUENTRA UBICADO EN LA RAMA.

## INSTRUMENTAL QUIRURGICO

EL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO SE DIVIDE EN:

1. INSTRUMENTAL DE TEJIDOS BLANDOS.
2. INSTRUMENTAL DE TEJIDOS DUROS.

### INSTRUMENTAL DE TEJIDOS BLANDOS.

A) BISTURI. HAY BISTURÍ DE HOJA CORTA. ESTE INSTRUMENTO CONSTA DE UN MANGO Y DE UNA HOJA; ESTA PUEDE TENER DISTINTAS FORMAS Y TAMAÑOS. EXISTEN ESTOS INSTRUMENTOS CON HOJAS INTERCAMBIABLES, LAS CUALES SE ELIGEN SEGÚN LA CLASE DE OPERACIÓN A REALIZAR.

EN NUESTRA PRÁCTICA, ES MÁS ÚTIL EL BISTURÍ (BARD-PARKER), CON LA HOJA No. 15.

B) TIJERAS. COMO INSTRUMENTOS DE SECCIÓN DE TEJIDOS. SE LES EMPLEA PARA SECCIONAR LENGÜETAS Y FEJONES GINGIVALES Y TROZOS DE ENCIÓN.

CARRANZA (1936), ABOGA POR EL USO DE LAS TIJERAS NEWMAN. SON TIJERAS CURVAS QUE SE ADAPTAN AL TRABAJO QUE HAN DE REALIZAR, PUDIENDO ALCANZAR LA REGIÓN PALANTINA Y LINGUAL, DE DIFÍCIL ACCESO.

TAMBIÉN HAY TIJERAS PARA SECCIONAR BRIDAS FIBROSAS, CICATRICES Y TROZOS DE COLGAJOS.

C) PINZAS DE DISECCION. PARA VALERSE EN LA

PREPARACIÓN DE COLGAJOS Y EN OTRAS MANIOBRAS, EL CIRUJANO PUEDE UTILIZAR LAS PINZAS DE DISECCIÓN DENTADAS, - CON LAS CUALES SE TOMA LA FIBROMUCOSA SIN LESIONARLA, O LAS PINZAS DE DIENTES DE RATÓN, CON TRES PEQUEÑOS DIENTES QUE ENGRANAN Y PERMITEN SOSTENER EL COLGAJO.

D) INSTRUMENTAL DE GALVENO Y TERMOCAUTERIO. CON ESTOS INSTRUMENTOS SE PUEDEN INSIDIR ABSCESOS O - DESTRUIR CAPUCHONES QUE CUBREN EL TERCER MOLAR.

E) LEGRAS, PERIOSTOMOS, ESPATULAS ROMAS. UNA VEZ HECHA LA INSICIÓN CON EL BISTURÍ, SE PREPARA EL COLGAJO, SE EFECTÚA CON INSTRUMENTOS DE LOS CUALES EXISTEN VARIOS TIPOS. PUEDEN EMPLEARSE LAS PEQUEÑAS LEGRAS, -- LAS QUE SE INSINUARÁN ENTRE LOS LABIOS DE LA HERIDA Y ENTRE MUCOPERIOSTIO Y EL HUESO, APARTANDO AQUEL ELEMENTO QUE SEA NECESARIO.

F) ESPATULAS RECTAS O ACODADAS. ESTÁN INDICADAS EN SITIOS DIFÍCILES, TALES COMO BÓVEDA PALATINA - Y LA CARA LINGUAL DEL MAXILAR INFERIOR.

ESTOS INSTRUMENTOS PUEDEN EMPLEARSE PARA DESPEGAR LAS BOLSAS DE LOS QUISTES DEL HUESO QUE LAS ALOJA.

G) SEPARADORES. EN LA CIRUGÍA DE LA CAVIDAD ORAL ES NECESARIO MANTENER APARTADOS LOS LABIOS CON EL PROPÓSITO DE NO HERIRLOS, O A LOS COLGAJOS, PARA QUE NO SEAN TRAUMATIZADOS.

LOS SEPARADORES DE FARABEUF, CUYOS EXTREMOS - ESTÁN ACODADOS, LOS SEPARADORES DE VOLKMAN, QUE TIENEN UN TALLO Y UN MANGO QUE TERMINA EN FORMA DE DIENTES QUE SE INSINUAN DEBAJO DEL COLGAJO, AL CUAL MANTIENEN FIJO.

## INSTRUMENTAL DE TEJIDOS DUROS.

A) ESCOPLOS Y MARTILLO. EL EMPLEO EN CIRUGÍA BUCAL DE ESTOS INSTRUMENTOS ES MUY FRECUENTE. SE USAN PARA RESECAR EL HUESO QUE CUBRE EL OBJETO DE LA INTERVENCIÓN, LA TABLA ÓSEA VESTIBULAR; PARA ELIMINAR LOS QUISTES DE DISTINTOS TIPOS QUE SE DESARROLLAN EN LOS MAXILARES.

ACTÚAN A PRESIÓN MANUAL O SON ACCIONADOS A GOLPES DE MARTILLO. ESTE MARTILLO CONSTA DE UNA MAZA Y UN MANGO QUE PERMITE ESGRIMIRLO. EL MARTILLO DEBE SER DIRIGIDO POR EL MISMO OPERADOR, QUIEN TOMA ESE INSTRUMENTO CON LA MANO DERECHA Y EL ESCOPLLO CON LA IZQUIERDA.

ESTE ESCOPLLO, TIENE PUNTAS CAMBIABLES, DIRIGIDAS DE DISTINTA FORMA. ESTÁN EMPLEADOS PARA SECCIONAR DIENTES.

B) OSTEOTOMO DE WINTER. SE EMPLEA EN EXODONCIA.

C) PINZAS GUBIAS. PARA REALIZAR LA RESECCIÓN DEL HUESO (OSTEOTOMÍA).

D) FRESAS. SE EMPLEAN PARA LA OSTEOTOMÍA. ES SENCILLA.

LA FRESA PUEDE SACAR EL HUESO DE POR SÍ, O ABRIR CAMINO A OTROS INSTRUMENTOS. PUEDEN USARSE RECONDAS, DEL No. 5 AL 8, O DE FIGURA, No. 560. TAMBIÉN SON ÚTILES LAS FRESAS PARA LABRAR EL CAUCHO.

E) LIMAS PARA HUESO (ESCOFINAS). PARA LA PRE

PARACIÓN DE LOS MAXILARES DESTINADOS A LLEVAR APARATOS DE PRÓTESIS O PARA ALISAR BORDES Y ELIMINAR PUNTAS -- ÓSEAS.

f) PINZAS PARA TOMAR ALGODON, GASA, ETC. EN EL CURSO DE LA OPERACIÓN, HAY QUE LIMPIAR EL CAMPO OPERATORIO DE LA SANGRE QUE MANA DE LOS VASOS VECINOS,

g) PINZA DE KOCHER. Es como sostenedora de los colgajos, o para tomar bolsas quísticas o tejidos - PATOLÓGICOS. Es útil para eliminar trozos de hueso o de dientes.

h) CUCHARILLA PARA HUESO. Es para eliminar del interior de las cavidades óseas todos los excedentes.

EXISTEN GRAN VARIEDAD DE ELLAS. LAS HAY RECTAS O ACODADAS, CUYA PARTE ACTIVA PUEDE TENER FORMA Y DIÁMETROS DISTINTOS.

i) PINZAS PARA EXTRACCIONES DENTARIAS. SON LOS INSTRUMENTOS INDICADOS EN EXODONCIA.

j) ELEVADORES. TAMBIÉN SE CONSIDERAN EN -- EXODONCIA.

k) AGUJAS DE SUTURA. LA EMPLEAMOS EN CASI - TODAS LAS OPERACIONES DE CIRUGÍA BUCAL, INCLUYENDO EXODONCIA.

HAY AGUJAS SENCILLAS, CURVAS O RECTAS; DE PEQUEÑA DIMENSIÓN. LAS AGUJAS CURVAS SON DE DOS TIPOS: - CÓNCAVO CONVEXAS EN EL SENTIDO DE SUS CARAS Y CÓNCAVO

CONVEXAS EN EL SENTIDO DE SUS BORDES.

L) PORTAAGUJAS. SON PINZAS QUE TOMAN LA -- AGUJA EN EL SENTIDO DE SU SUPERFICIE PLANA Y LA GUÍAN DE SUS MOVIMIENTOS.

M) SONDAS. SE USAN DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O BIEN CON FINES DE DIAGNÓSTICO.

SONDA ACANALADA ES LA QUE TIENE UN TALLO EN FORMA DE CANAL Y QUE SE EMPLEA PARA DRENAR ABCEOS O PA RA REALIZAR CORTES DE TEJIDOS QUE REQUIERAN CIERTA DE- LICADEZA.

#### INSTRUMENTOS PARA PUNCION.

LA PUNCIÓN DEBE SER REALIZADA CON AGUJAS DE CALIBRE SUFICIENTE COMO PARA PODER PERMITIR EL PASO DE LAS COLECCIONES LÍQUIDAS, MUCHAS VECES DE CONSISTENCIA SUPUROSA, COMO EN LOS QUISTES SUPURADOS.

SE USAN AGUJAS CALIBRE 44. SE NECESITA UNA - JERINGA DE VIDRIO PARA HACER, POR EL VACÍO, EL DESAGO- TAMIENTO DEL LÍQUIDO.

SE PUEDEN LLEVAR AL INTERIOR DE LAS CAVIDA-- DES, LÍQUIDOS OPACOS, PARA REALIZAR RADIOGRAFÍAS DE -- CONTRASTE.

#### INSTRUMENTOS PARA DRENAJE.

EN CIRUGÍA BUCAL, DOS SON LOS PRINCIPALES MÉ TODOS EMPLEADOS:

I. DRENAJE POR TUBOS.

## 2. DRENAJE POR GASAS.

DRENAJE POR TUBOS. Es EMPLEADO PARA CIERTOS CASOS: DRENAJE DE FOCOS DE ÓSTEOMIELITIS, DE ABSCESOS ÓSEOS. EL TUBO ES INCÓMODO, MOLESTO Y PRACTICAMENTE NO SE LE PUEDE SOSTENER EN LA BOCA, SU INDICACIÓN ESTÁ DADA PARA DRENAR FOCOS ÓSEOS CUTÁNEOS Y GANGLIONARES POR MEDIO DE VÍA EXTRAORAL.

DRENAJE POR GASAS. ESTA GASA ACTÚA POR CAPILARIDAD, PERMITIENDO DRENAR CAVIDADES COMO CON EL PROCEDIMIENTO DEL TUBO.

LA GASA PUEDE SER SIMPLE O CON MEDICAMENTOS, TALES COMO YODOFORMO (GASA YODOFORMADA, XEROFORMADA).



## ANESTESIA

**ANESTESIA LOCAL.** Es LA INHIBICIÓN DOLOROSA - DE CARÁCTER REVERSIBLE Y LIMITADA A UNA PORCIÓN DEL ORGANISMO.

EL PUNTO DE ACCIÓN DE ESTAS SUSTANCIAS, QUE SIEMPRE SON APLICADAS EN FORMA LOCAL, SE HALLA EN LOS NERVIOS AFERENTES Y EN LOS ÓRGANOS TERMINALES SENSITIVOS.

HAY TRES TIPOS DE APLICACIÓN EN LA ANESTESIA LOCAL:

1. SUPERFICIAL. DE MUCOSAS Y HERIDAS. EL FÁRMACO SE DEPOSITA SOBRE LA SUPERFICIE Y SE DIFUNDE HACIA LOS RECEPTORES SENSITIVOS Y HACIA LAS RAMIFICACIONES FINAS DE LOS NERVIOS SENSITIVOS.

2. ANESTESIA DE CONDUCCIÓN. EL ANESTÉSICO, SE APLICA EN EL TRONCO NERVIOSO Y BLOQUEA LA CONDUCCIÓN EN EL CURSO DEL NERVIIO AFERENTE.

3. ANESTESIA POR INFILTRACION. EL ANESTÉSICO LOCAL SE INYECTA EN EL TEJIDO, CON LO CUAL SE DISTRIBUYE POR EL MISMO Y ALCANZA LOS ÓRGANOS TERMINALES SENSITIVOS Y LAS RAMIFICACIONES FINAS DE LOS NERVIOS AFERENTES.

LOS ANESTÉSICOS LOCALES POSEEN LAS SIGUIENTES ACCIONES COLATERALES:

1. ACCION INHIBIDORA SOBRE EL CORAZON. LA -

ACCIÓN PREDOMINANTE CONSISTE, TAL COMO EN LOS NERVIOS, EN LA INHIBICIÓN DE LA PROPAGACIÓN DE LA EXCITACIÓN, PUEDIENDO APARECER UN BLOQUEO ATRIOVENTRICULAR TOTAL COM - PARADA VENTRICULAR, EL CUAL PUEDE CONDUCIR EN POCOS MINUTOS A LA MUERTE DEL PACIENTE POR ANOXIA CENTRAL

2. ACCION ESTIMULANTE SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. ESTE EFECTO DEPENDE PRINCIPALMENTE DE LA CANTIDAD TOTAL DE ANESTÉSICO LOCAL ABSORVIDO. LOS SÍNTOMAS INICIALES SON INQUIETUD, TEMBLOR Y ESTADOS DE ANGUSTIA.

EN CASO DE INTOXICACIÓN GRAVE, APARECEN CONVULSIONES, QUE IMPOSIBILITA LOS MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS CON PELIGRO DE UNA ANOXIA CENTRAL; TRAS DE CONVULSIONES CLÓNICAS, EL CENTRO RESPIRATORIO PUEDE HALLARSE PARALIZADO.

3. APARICION DE REACCIONES ALERGICAS. VARIÁ ENTRE MANIFESTACIONES CUTÁNEAS LIGERAS, HASTA SHOCK ANAFILÁCTICO.

## SOLUCIONES ANESTESICAS

### PROCAINA.

ES EL ANESTÉSICO LOCAL MÁS ANTIGUO Y MÁS FRECUENTEMENTE EMPLEADO. DESDE EL PUNTO DE VISTA FARMACOLÓGICO, ES EL ÉTER DIETILAMINO-ETANOL DEL ÁCIDO P-AMINO BENZOICO.

DADO QUE EN LOS TEJIDOS ES HIDROLIZADA RÁPIDAMENTE POR LAS ESTERASAS. NO ES TÓXICO NI IRRITANTE PARA LOS TEJIDOS. PUEDEN EMPLEARSE GRANDES DOSIS SIN QUE APAREZCAN EFECTOS DAÑINOS, HABIÉNDOSE INYECTADO EN EL CUERPO, SIN PERJUICIO, DOSIS DE 0.5, 1 Y 1.5 GRAMOS.

EN RELACIÓN A LA COCAÍNA, ES 7 VECES MENOS TÓXICO.

EN CIRUGÍA BUCAL, PUEDE EMPLEARSE EN SOLUCIONES DE 2% Y 4%.

DEBE EMPLEARSE CON EL AGREGADO DE ADRENALINA, LA CUAL REFUERZA LA ACCIÓN ANESTÉSICA.

### ADRENALINA.

ES UN ESTADO NATURAL, UN PRODUCTO SEGREGADO POR LA MÉDULA SUPRARRENAL.

TIENE UN EFECTO VASOCONSTRUCTOR NOTABLE SOBRE LOS CAPILARES SANGUÍNEOS.

SU ACCIÓN FARMACOLÓGICA ES VARIADA. DESDE EL PUNTO DE VISTA TERAPÉUTICO, INTERESA SU ACCIÓN CONSTRICTORA SOBRE LOS CAPILARES SANGUÍNEOS; AL SER INYECTADA JUNTO CON LA PROCAÍNA, POR ESTE EFECTO VASOCONTRACTOR, SE REDUCE LA CIRCULACIÓN LOCAL, PROLONGANDO DE ESTE MODO LA ACCIÓN DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA.

### LIDOCAÍNA.

LA LIDOCAÍNA SE DISTRIBUYE EN LOS TEJIDOS MÁS RÁPIDAMENTE QUE LA PROCAÍNA, POR LO CUAL SU ACCIÓN APARECE MÁS RÁPIDAMENTE QUE LA DE LA PROCAÍNA. LA DESTRUCCIÓN TIENE LUGAR POR LO CONTRARIO, CON MAYOR LENTITUD, POR LO QUE ACTÚA EN FORMA MÁS PROLONGADA QUE LA PROCAÍNA Y SE PUEDE UTILIZAR COMO ANESTÉSICO DE SUPERFICIE.

RESPECTO A LA LIDOCAÍNA, THEXTON R. WISHART C., Y BAXEN DINE W P (BRIT. J.), SE EXPRESARON ASÍ:

1. LA LIDOCAÍNA-ADRENALINA 1:30,000 AL 2% - ES UN ANESTÉSICO LOCAL EFICÁZ PARA USO EN CIRUGÍA DENTARIA Y ORAL MENOR.
2. EL COMIENZO DE LA ANESTESIA LUEGO DE LA INYECCIÓN DE LIDOCAÍNA, ES RÁPIDO.
3. EMPLEANDO EL DOSAJE ESTABLECIDO, LOS EFECTOS SECUNDARIOS Y POSTERIORES SON EXTREMADAMENTE RAROS.
4. LA APLICACIÓN DE LIDOCAÍNA-ADRENALINA -- 1:80,000 AL 2% A LA MUCOSA BUCAL, PRODUCE ANESTESIA SUPERFICIAL.

# TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

## MEPIVACAÍNA.

ESTA SUSTANCIA ES SEMEJANTE A LA LIDOCAÍNA, - PERO SU ACCIÓN ES MÁS PROLONGADA. SE UTILIZA PARA PROVOCAR ANESTESIAS DE CONDUCCIÓN E INFILTRACIÓN; GENERALMENTE SE PUEDE RENUNCIAR A LA COMBINACIÓN CON SUSTANCIAS VASOCONSTRICTORAS. POR LO TANTO, LA MEPIVACAÍNA, SE HALLA INDICADA EN TODOS LOS CASOS EN QUE LA ADMINISTRACIÓN DE ADRENALINA PUEDA CONSTITUIR UN PELIGRO.

## TETRACAÍNA.

ES UNAS DIEZ VECES MÁS ACTIVA QUE LA PROCAÍNA. ES UN ANESTÉSICO DE SUPERFICIE MUY EFICÁZ Y DEBIDO A SU INTENSA TOXICIDAD, SÓLO DEBE SER UTILIZADA PARA LA FINALIDAD. LA TETRACAÍNA ES DESTRUÍDA FERMENTATIVAMENTE CON MUCHA MAYOR LENTITUD QUE LA PROCAÍNA; EL RESTO BUTILO, PUEDE INHIBIR LA REACCIÓN DE LA TETRACAÍNA CON LAS ESTERASAS. SU DURACIÓN DE ACCIÓN ES RELATIVAMENTE PROLONGADA (DE 2 A 4 HORAS).

POR ELLO DEBE SER SIEMPRE EMPLEADA CON ADICIÓN DE ADRENALINA. LA DÓISIS MÁXIMA ASCIENDE DE 20 MG. PARA LA ANESTESIA SUPERFICIAL, ES PRESICONCENTRACIONES DEL 1.0 ML. DE ESTA SOLUCIÓN.

## COCAÍNA.

ESTA SUSTANCIA SE ENCUENTRA EN LAS HOJAS DEL ÁRBOL DE LA COCA. COMO ANESTÉSICO DE SUPERFICIES, SÓLO POSEE DE 1/5 A 1/10 DE LA ACTIVIDAD DE LA TETRACAÍNA. - EN COMPOSICIÓN A LOS ANESTÉSICOS LOCALES SINTÉTICOS, LA

COCAÍNA POSEE UN EFECTO VASOCONSTRUCTOR, EL CUAL ES DEBIDO A SU ACCIÓN SENSIBILIZANTE PARA LA ADRENALINA.

DADO QUE LA COCAÍNA TAMBIÉN ACTÚA EN FORMA -- SIMPATICOMIMÁTICA SOBRE OTROS ÓRGANOS, COMO POR EJEMPLO EL CORAZÓN, LA ADICCIÓN DE ADRENALINA A LA SOLUCIÓN DE COCAÍNA, NO SOLAMENTE NO ES PRECISA, SINO QUE INCLUSO - AUMENTA SU TOXICIDAD.

## TECNICAS DE ANESTESIA

1. MUCOSA.
2. SUBMUCOSA.

### TECNICAS POR INFILTRACION.

1. SUPRAPERIÓSTICA.
2. INFRAPERIÓSTICA
3. TRONCULAR.

ANESTESIA DE LA MUCOSA. TIENE CONTADA APLICACIÓN EN CIRUGÍA BUCAL. SE EMPLEA PARA ABRIR ABSCESOS, PARA EVITAR EL DOLOR QUE PRODUCE EL PINCHAZO DE LA AGUJA, PARA LA EXTRACCIÓN DE DIENTES TEMPORARIOS O MÓVILES O PARA OTRAS MANIOBRAS DE DENTÍSTICA.

ANESTESIA SUBMUCOSA. ES LA QUE SE REALIZA INDIRECTAMENTE POR DEBAJO DE LA MUCOSA BUCAL. SÓLO ES ÚTIL PARA REALIZAR INTERVENCIONES SOBRE LA MUCOSA O PARA BLOQUEO DE NERVIOS SUPERFICIALES.

ANESTESIA SUPRAPERIOSTICA. ES EL MÉTODO MÁS EFICAZ PARA LA EXODONCIA. LA INFILTRACIÓN DE LA ANESTESIA DEPENDE DE LA MAYOR O MENOR PERMEABILIDAD DEL HUESO. SE HACE DE PREFERENCIA EN EL MAXILAR DEBIDO A QUE ES MÁS ESPONJOSO.

TECNICAS. DESPUÉS DE ANESTESIAR TOPICAMENTE LA MUCOSA, SE HACE LA PUNCIÓN EN EL PLIEGUE MUCOGINGIVAL O FONDO DE SACO CON UNA INCLINACIÓN DE APROXIMADAMENTE 30° CON RESPECTO AL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE POR --

EXTRAER Y SE APLICA APROXIMADAMENTE 1/2 CARTUCHO PONIENDO EL BICEL DE LA AGUJA HACIA EL DIENTE.

ANESTESIA INTRAÓSEA. ESTA ANESTESIA SE REALIZA PERFORANDO LA TABLA ÓSEA EXTERNA CON UNA FRESA, Y -- POR ESTA VÍA SE INTRODUCE LA AGUJA, DEPOSITANDO EL LÍQUIDO ANESTÉSICO EN EL INTERIOR DEL HUESO.

INDICACIONES DE ESTA ANESTESIA. SEGÚN DURANTE AVELLANAL, SON:

A) EXTRACCIÓN DE PREMOLARES Y MOLARES INFERIORES, EN LOS CUALES HAY CONTRAINDICACIÓN O DIFICULTAD DE REALIZAR LA ANESTESIA REGIONAL.

B) EN TODOS LOS CASOS DE HIPERESTESIA DENTINARIA, PARA REALIZAR LA PREPARACIÓN DE CAVIDADES.

C) PULPECTOMÍA INMEDIATA.

D) PARA LA INYECCIÓN DE ALCOHOL EN EL ESPACIO RETROMOLAR, EN EL TRATAMIENTO DE LA NEURALGIA DEL NERVIODENTARIO INFERIOR.

NERVIO INFRAORBITARIO. SE HACE LA PUNCIÓN A NIVEL DEL CANINO EN EL PLIEGUE MUCO GINGIVAL, LLEVANDO LA AGUJA EN DIRECCIÓN A LA PUPILA, CUANDO EL DEDO ÍNDICE DE LA MANO CONTRARIA PERCIBE LA AGUJA POR MEDIO DE LA PALPACIÓN SOBRE LA PIEL Y ESTAMOS SEGUROS DE ESTAR PRÓXIMOS AL AGUJERO INFRAORBITARIO, SE INYECTAN UNAS GOTAS DE ANESTESIA PARA PODER HACER LAS MANIOBRAS POSTERIORES SIN DOLOR. SE BUSCA LA DIRECCIÓN DEL CARTUCHO, SE INTRODUCE LA AGUJA Y SE DESCARGA EL CONTENIDO DE LA JERINGA PARA LOGRAR UN BUEN BLOQUEO EL ANESTÉSICO DEBE DEPOSITARSE LO



MÁS CERCA POSIBLE DEL AGUJERO INFRAORBITARIO.

TECNICA. INTRAORAL Y EXTRAORAL.

ANESTESIA. LA RAÍZ MESIO BUCAL DEL PRIMER MOLAR, CENTRAL, LATERAL, CANINO, PRIMER PREMOLAR Y SEGUNDO PREMOLAR.

NERVIO MAXILAR SUPERIOR. ES LA TÉCNICA MÁS -- SENCILLA PARA OBTENER LA ANESTESIA DE LOS NERVIOS DENTALES SUPERIORES.

SE INTRODUCE LA AGUJA A NIVEL DEL TERCER MOLAR. LA AGUJA SE INSERTA POR ARRIBA DEL MOLAR EN EL PLIEGUE -- GINGIVO BUCAL, INTRODUCIENDO LA AGUJA HASTA SENTIR LA PARED ÓSEA CORRESPONDIENTE A LA FOSA PTERIGOMAXILAR, SE RETIRA LIGERAMENTE LA AGUJA, SE ASPIRA CON LA JERINGA PARA VER SI NO ESTAMOS EN UN VASO Y SE INFILTRA EL AGENTE -- ANESTÉSICO.

NERVIO NASOPALATINO. ESTE BLOQUEO SE REALIZA -- POR DETRÁS DE LOS INCISIVOS CENTRALES, EN LA MUCOSA PALATINA EN LA QUE SE ENCUENTRA EL ORIFICIO DEL CONDUCTO -- PALATINO ANTERIOR, DONDE SE LOCALIZA EL NERVIIO NASOPALATINO, EL CUAL SE ANESTESIA PUNCIIONANDO SIEMPRE LA BASE -- DE LA PUPILA DEL LADO DERECHO O IZQUIERDO, PERO NO EL -- CUERPO DE LA PUPILA QUE ESTÁ FORMADO POR BASTANTE TEJIDO INERVADO LO CUAL HACE EXTRAORDINARIAMENTE SENSIBLE. DESPUÉS DE ATRAVESAR LA FIBRA MUCOSA, SE DEPOSITA LENTAMENTE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA, BASTANDO UNAS CUANTAS GOTAS -- PARA DOBLAR EL BLOQUEO DE LA ZONA PALATINA ANTERIOR. SE UTILIZA PARA UNA EXTRACCIÓN SERIADA DE CANINO A CANINO.

NERVIO PALATINO MEDIO. AL NIVEL DE LOS PREMOLARES SE ENCUENTRAN LOS AGUJEROS ACCESORIOS POR DONDE - SALEN LOS NERVIOS PALATINOS MEDIOS, LOS CUALES INVERVAN LA PARTE MEDIA DEL PALADAR. EN ESTE LUGAR SE HACE LA PUNCIÓN E INTRODUCCIÓN DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA, CON LO QUE SE LOGRARÁ LA ANESTESIA MEDIA PALATINA.

TECNICA. LA PUNCIÓN SE HACE A LA ALTURA DEL PRIMER PREMOLAR.

ANESTESIA. MUCO PERIOSTIO, CANINO, PRIMER PREMOLAR, SEGUNDO PREMOLAR Y LA RAÍZ MESIAL DEL PRIMER MOLAR.

NERVIO PALATINO POSTERIOR. EL AGUJERO PALATINO POSTERIOR SE ENCUENTRA SITUADO EN LA BÓVEDA PALATINA EN LA APÓFISIS HORIZONTAL DEL HUESO PALATINO DE LA RAÍZ PALATINA DEL SEGUNDO Y TERCER MOLAR. UNA VEZ LOCALIZADO EL SITIO, SE INFILTRA EL ANESTÉSICO. ES UNA ZONA SENSIBLE Y POR LO TANTO DOLOROSA.

TECNICA. PUNCIÓN A LA ALTURA DEL AGUJERO POSTERIOR.

ANESTESIA. DESDE LA TUBEROSIDAD HASTA LA REGIÓN CANINA DEL LADO ANESTESIADO.

TECNICA DEL BLOQUEO DENTARIO INFERIOR.

AL NERVIO DENTARIO INFERIOR, PUEDE LLEGARSE - POR DOS VÍAS:

1. INTERNA O INTRABUCAL.
2. EXTERNA O EXTRABUCAL.

VIA INTERNA O INTRABUCAL. SE PONE LA JERINGA PARALELA AL BORDE OCLUSAL Y LA PUNCIÓN SE HACE EN EL -- PLIEGUE MUCO GINGIVAL DEL ESPACIO RETROMOLAR, APROXIMADAMENTE 1 CM. Y SE APLICAN UNAS GOTAS DE SOLUCIÓN ANESTÉSICA, GIRANDO POSTERIORMENTE LA JERINGA HACIA LOS PREMOLARES DEL LADO CONTRARIO POR ANESTESIAS, INSERTANDO -- NUEVAMENTE LA AGUJA HASTA TOCAR LA PARTE INTERNA DE LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA DEPOSITANDO EL RESTO DEL ANESTÉSICO LO MÁS CERCA POSIBLE DE LA UNIDAD ANATÓMICA -- LLAMADA ESPINA DE SPIX.

VIA EXTERNA O EXTRABUCAL. EN ALGUNOS CASOS -- QUIRÚRGICOS EN QUE HAY IMPOSIBILIDAD DE ABRIR LA BOCA -- (TRISMUS, FRACTURA DEL MAXILAR), PUEDE PRACTICARSE LA -- ANESTESIA DEL NERVI0 DENTARIO INFERIOR.

ES POSIBLE LLEGAR AL ORIFICIO SUPERIOR DEL CONDUCTO DENTARIO DESDE CUATRO PUNTOS DIFERENTES: POR DELANTE, POR DEBAJO, POR DETRÁS O POR ARRIBA DE LA RAMA ASCENDENTE. PARA TODAS ESTAS VÍAS, ES MENESTER RECORDAR LA -- POSICIÓN DEL ORIFICIO Y PROYECCIÓN SOBRE LA CARA DEL PACIENTE.

VIA ANTERIOR. SE PALPA LA CARA DEL PACIENTE -- PARA DESCUBRIR LOS BORDES ANTERIOR Y POSTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE. SE MARCA LA PROYECCIÓN DE ESTOS BORDES -- SOBRE LA PIEL CON LÁPIZ DERMOCRÁFICO. SE PALPA LA ESCOTADURA SIGMOIDEA Y SE SEÑALAN EN LA PIEL SUS LÍMITES.

SE ANESTESIA PREVIAMENTE LA PIEL POR DELANTE DE LA RAMA ASCENDENTE.

VIA INFERIOR. LOCALIZACIÓN PREVIA DE LA PROYECCIÓN SOBRE LA PIEL, DEL ORIFICIO SUPERIOR DEL CONDUCTO DENTARIO, SIRVIÉNDONOS DEL TRAZADO, CON LÁPIZ DEMOGRÁFICO, DE LA LÍNEA TRAGO-BORDE ANTEROINFERIOR DEL MASETERO. EN SU PUNTO MEDIO SE TRAZA UNA LÍNEA PARALELA AL BORDE POSTERIOR QUE CORTE EL BORDE INFERIOR DEL MAXILAR.

LA LONGITUD DE ESTA LÍNEA ES LA DISTANCIA QUE DEBE RECORRER LA AGUJA PARA LLEGAR AL ORIFICIO DENTARIO. SE SEÑALA ESTA DISTANCIA SOBRE LA AGUJA. SE COLOCA LA CABEZA FUERTEMENTE FLEXIONADA HACIA EL LADO OPUESTO AL DE LA INTERVENCIÓN. PREVIA ANESTESIA DE LA PIEL, EN EL BORDE INFERIOR DE LA RAMA, SE PUNZA CON UNA AGUJA DE 6 CM. EN EL PUNTO DE LA INTERSECCIÓN DE LA LÍNEA VERTICAL TRAZADA EN LA PIEL CON EL BORDE INFERIOR DEL HUESO. SE PENETRA POR DENTRO DE ÉSTE SIGUIENDO LA DIRECCIÓN DE LA RAMA ASCENDENTE, EN LA MEDIDA PREFIJADA.

VIA POSTERIOR. VÍA MAXILOMASTOIDEA. PUEDE LLEGARSE MUY COMODAMENTE POR ESTA VÍA AL ORIFICIO DENTARIO, EMPLEANDO UNA AGUJA RECTA DE 6 CM. PARA UBICAR EL ORIFICIO DENTARIO ES POR DETRÁS DEL BORDE POSTERIOR DEL MAXILAR (BORDE PAROTÍDEO) Y POR DEBAJO DE LA INSERCIÓN DEL LÓBULO DE OREJA, Y PREVIA ANESTESIA LOCAL, SE PERFORA LA PIEL Y TEJIDOS SUBYACENTES, SE INCLINA LA AGUJA ADENTRO, ENTRANDO AL ESPACIO PTÉRIOGOMAXILAR.

SE INTRODUCE LA AGUJA DOS CENTÍMETROS (DISTANCIA ORIFICIO-BORDE POSTERIOR MÁS ESPESOR DE LA PARÓTIDA Y PIEL) Y SE LLEGA AL NERVIO DENTARIO (TOMA A LA VEZ LINGUAL Y BUCAL), SUFICIENTE PARA MUCHAS INTERVENCIONES, A LO CUAL SE PUEDE RECURRIR SIN TENER QUE REALIZAR LA INYECCIÓN DEL NERVIO MAXILAR INFERIOR A SU SALIDA DEL AGUJERO

OVAL.

VIA SUPERIOR. VIA SIGMOIDEOCIGOMÁTICA. SIMPLE Y CÓMODA PARA LLEGAR AL NERVILO DENTARIO (TOMA A LA VEZ EL LINGUAL Y BUCAL, SUFICIENTE PARA MUCHAS INTERVENCIONES, - A LA CUAL SE PUEDE RECURRIR SIN TENER QUE REALIZAR LA INYECCIÓN DEL NERVILO MAXILAR INFERIOR A SU SALIDA DEL AGUJERO OVAL.

ANESTESIA DEL NERVILO BUCAL. EXCEPCIONALMENTE DEBE SER USADA COMO ANESTESIA PRINCIPAL. SU OBJETIVO ES BLOQUEAR LA SENSIBILIDAD DE LA CARA EXTERNA DEL MAXILAR INFERIOR, DESDE EL TERCER MOLAR AL PRIMER PREMOLAR, QUE DEPENDE DEL BUCAL. SELDIN SEÑALA DOS MÉTODOS PARA LA ANESTESIA DEL NERVILO BUCAL:

A) CUANDO NO HAY NINGÚN PROCESO INFLAMATORIO A NIVEL DEL MOLAR A EXTRAER, REALIZA UNA INFILTRACIÓN - SUBMUCOSA, EN EL FONDO DEL SURCO VESTIBULAR, FRENTE A LA RAÍZ DISTAL, CON 0.5 CC. DE SOLUCIÓN ANESTÉSICA.

B). EN PRESENCIA DE UN PROCESO INFLAMATORIO, - SE REALIZA LA PUNCIÓN SOBRE EL CARRILLO, UN CENTÍMETRO - POR DETRÁS Y DEBAJO DEL CONDUCTO DE STENON, Y SE DESLIZA LA AGUJA EN BUSCA DEL BORDE ANTERIOR DEL MAXILAR; SE INYECTA UN CENTÍMETRO CÚBICO DE NOVOCAÍNA-ADRENALINA.

ANESTESIA DEL NERVILO LINGUAL. POR LO GENERAL SE ANESTESIA JUNTO CON EL DENTARIO CON LAS TÉCNICAS CORRIENTES. EXCEPCIONALMENTE REQUIERE DE UNA ANESTESIA ESPECIAL, YA SEA PORQUE NO SE HA ANESTESIADO EL NERVILO LINGUAL JUNTO CON EL DENTARIO, O PORQUE LA OPERACIÓN NO JUSTIFICA LA ANESTESIA RAMO DENTARIO, INTERVENCIONES EN EL

SUELO DE LA BOCA, CÁLCULOS EN EL CONDUCTO DE WHARTON.

LA TÉCNICA DE LA INYECCIÓN DEL LINGUAL NO PUEDE SER MÁS SIMPLE. RECORDANDO QUE SE SEPARA EL DENTARIO EN EL ESPACIO ENTRE LA RAMA ASCENDENTE Y EL PTERIGOIDEO INTERNO Y QUE TRANSCURRE A LO LARGO DE LA CARA INTERNA DEL HUESO, POR DEBAJO DE LA MUCOSA LINGUAL EN SUS DOS TERCIOS ANTERIORES, LA GLÁNDULA SUBLINGUAL Y LA ENCÍA DEL LADO LINGUAL, PODRÁ ABORDARSE POR DEBAJO DE LA MUCOSA, UN POCO MÁS ATRÁS DEL SITIO A OPERAR. INDUDABLEMENTE LA VÍA MÁS SIMPLE ES INYECTAR POR DENTRO DE LA LÍNEA OBLICUA INTERNA, NO ES PELIGROSO PORQUE SE SIGUE CON FRECUENCIA DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS DEL SUELO DE LA BOCA.

**BLOQUEO DEL NERVIIO MENTONIANO.** SE HACE LA PUNCIÓN EN EL PLIEGUE MUCO GINGIVAL ENTRE LAS RAÍCES DE LOS PREMOLARES DEL LADO POR ANESTESIAR, COLOCANDO LA JERINGA APROXIMADAMENTE  $30^{\circ}$  CON RESPECTO AL EJE LONGITUDINAL INSERTANDO LA AGUJA HASTA TOCAR HUESO Y SE PUNCIÓN ESTANDO HASTA LA PROXIMIDAD O DENTRO DEL AGUJERO MENTONIANO.

**INTRACÉPTAL.** LA PUNCIÓN SE HACE DIRECTAMENTE ENTRE EL DIENTE Y EL PARODONTO.

**INTRAPULPAR.** LA PUNCIÓN SE HACE DIRECTAMENTE EN EL PAQUETE VASCULO-NERVIOSO. EN ESTA TÉCNICA SE TIRA UN POCO DE ANESTESIA Y SE VA DIRECTAMENTE AL PAQUETE VASCULO-NERVIOSO.

## PASOS QUIRURGICOS DEL TERCER MOLAR INCLUIDO

### EVALUACION PREOPERATORIA.

LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA CUIDADOSA, PERMITIRÁ LA PLANEACIÓN ADECUADA PARA CIRUGÍA SUBSECUENTE. LA RADIOGRAFÍA DEBERÁ ESTUDIARSE CUIDADOSAMENTE PARA LOCALIZAR LA IMPACCIÓN Y PARA PRECISAR FORMA, NÚMERO E INCLINACIÓN DE RAÍCES. FRECUENTEMENTE, LA RAÍZ SE DIRIGIRÁ HACIA EL OBSERVADOR O EN DIRECCIÓN OPUESTA A ÉL EN VEZ DE MESIAL O DISTALMENTE. LAS RAÍCES PEQUEÑAS, FRECUENTEMENTE ESTÁN SUPERPUESTAS Y PUEDEN FALTAR EN EL DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO. DEBERÁ OBSERVARSE LA RELACIÓN DEL DIENTE CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR, DE MANERA QUE PUEDA PREVENIRSE AL PACIENTE ACERCA DE UNA POSIBLE PARESTESIA POSOPERATORIA. LA PRESENCIA DE UNA GRAN RESTAURACIÓN, ESPECIALMENTE UNA OBTURACIÓN ANTIGUA DE AMALGAMA, SOBRE EL SEGUNDO MOLAR, DEBERÁ SER CAUSA DE ADVERTIR AL PACIENTE QUE EL OPERADOR ESTÁ CONSCIENTE DE LA SITUACIÓN Y, EN CONSECUENCIA, TRATARÁ DE SALVAR LA RESTAURACIÓN DE DAÑO INADVERTIDO DURANTE EL PROCESO QUIRÚRGICO.

ESTA OPERACIÓN, COMO TODAS LAS DE CIRUGÍA BUCAL, CONSTA DE VARIOS TIEMPOS: INCISIÓN, OSTEOTOMÍA Y EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA.

**INCISION.** LA INCISIÓN ESTÁ CONDICIONADA POR EL TIPO DE RETENCIÓN. EN GENERAL NOSOTROS SOMOS PARTIDARIOS DE INCISIONES AMPLIAS, QUE PERMITEN UN EXTENSO COLGAJO, QUE DESCUBRA CON HOLGURA EL HUESO A RESECAR. INCISIONES PEQUEÑAS E INSUFICIENTES, ORIGINAN MÁS MOLESTIAS QUE VENTAJAS. LA ENCÍA ES TRAUMATIZADA EN EL ACTO OPERA

TORIO, CON LOS TRASTORNOS CONSIGUIENTES.

EL TIPO COMÚN DE INCISIÓN ES EL ANGULAR; UNA DE SUS RAMAS SE TRAZA DESDE EL CENTRO DE LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR Y SE EXTIENDE HACIA ATRÁS; SU LARGO VARÍA CON EL TIPO DE RETENCIÓN. LA OTRA RAMA SE INICIA EN EL MISMO PUNTO DE LA CARA DISTAL O EN LA PORCIÓN DISTAL DEL REBORDE GINGIVAL Y SE DIRIGE HACIA ABAJO, ADELANTE Y AFUERA, EN UNA EXTENSIÓN APROXIMADA DE UN CENTÍMETRO. ÉSTA SEGUNDA RAMA DE LA INCISIÓN, ES NECESARIA PARA NO LACERAR EL TEJIDO GINGIVAL. EN LAS RETENCIONES MESIOANGULARES U HORIZONTALES, EL COLGAJO PUEDE SER MAYOR, EN TAL CASO, LA SEGUNDA INCISIÓN SE REALIZA EN EL ÁNGULO MESIOBUCAL DEL SEGUNDO MOLAR Y SE EXTIENDE TAMBIÉN HACIA ABAJO Y AFUERA. EL TEJIDO GINGIVAL DEBE, EN ESTE CASO, SER DESPRENDIDO DE LAS CARAS BUCAL Y DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR.

OSTEOTOMIA. LA ELIMINACIÓN DEL HUESO PUEDE HACERSE CON LOS INSTRUMENTOS DE WINTER (OSISECTORES) O ESCOPILOS Y FRESAS.

EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. SE REALIZA CON PALANCAS APROPIADAS QUE TOMAN PUNTO DE APOYO EN LAS ESTRUCTURAS ÓSEAS VECINAS O EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR.

LA PALANCA. YA FUE CONSIDERADA ESTA MÁQUINA. PARA LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR RETENIDO, PUEDE EMPLEARSE CUALQUIERA DE LOS INSTRUMENTOS (WINTER, MEAD, DE BARRY, ELEVADORES SIMPLES.

EL PUNTO DE APOYO DESTINADO A APLICAR LA PALANCA, ESTÁ EN GENERAL DADO POR EL LADO INFERIOR O BASE



DEL TRIÁNGULO, SEGÚN DISTINTOS TIPOS DE RETENCIONES, DEPENDE LA FORMA COMO SE APLIQUE EL ELEVADOR.

LA POTENCIA. SU INTENSIDAD DEBE SER PROLIJAMENTE CONSIDERADA, CON EL OBJETO DE NO FRACTURAR EL MOLAR O EL MAXILAR. PARA EVITAR ESTOS ACCIDENTES, SE PRACTICA LA SUFICIENTE RESECCIÓN ÓSEA, CON EL FIN DE FACILITAR LA OPERACIÓN, DISMINUYENDO EN LO NECESARIO, LA FUERZA A EMPLEARSE.

LA RESISTENCIA. SE NECESITA VENCER LOS FACTORES QUE PARA ELLO SE OPOENEN, FORMA Y DISPOSICIÓN DEL MOLAR (DE SU CORONA Y RAÍCES), CANTIDAD DE HUESO QUE CUBRE AL MOLAR RETENIDO.

#### EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO.

POSICION VERTICAL. LA EXTRACCIÓN DE LA POSICIÓN VERTICAL, ES UNA DE LAS OPERACIONES MÁS DIFÍCILES DEBIDO A SU DIFICULTAD DE COLOCAR UN INSTRUMENTO ENTRE EL SEGUNDO MOLAR Y TERCER MOLAR IMPACTADO INMEDIATAMENTE ADYACENTE. ÉSTE ESPACIO ES DEMASIADO PEQUEÑO PARA ELIMINACIÓN ÓSEA ADECUADA.

INCISION. CUANDO SÓLO NECESITA USARSE LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR PARA APLICAR EL ELEVADOR, SE REALIZA UNA INCISIÓN QUE SE EXTIENDE SOBRE LA CARA OCLUSAL DEL MOLAR RETENIDO, DESDE EL BORDE MESIAL DEL FES--TÓN GINGIVAL, LLEGANDO EN EL SENTIDO DISTAL, ALGUNOS MILÍMETROS POR DETRÁS DEL BORDE ÓSEO DISTAL A RESECAR.

A) EN EL CASO DE VALERSE DE LA CARA BUCAL PARA APLICAR EL ELEVADOR, REALIZA UNA INCISIÓN COINCIDENTE CON EL BORDE BUCOTRITURANTE DE LA CORONA DEL TERCER MO-

LAR Y QUE SE EXTIENDE HACIA DISTAL EN LA MISMA PROPORCIÓN QUE LA INCISIÓN.

B) CON EL OBJETO DE PROTEGER EL FESTÓN GINGIVAL DE LOS TRAUMATISMOS OPERATORIOS, WINTER REALIZA UNA PEQUEÑA INCISIÓN PERPENDICULAR A LA PRIMERA SEÑALADA Y QUE SE TRAZA SOBRE LA LENGÜETA MESIAL DEL MOLAR RETENIDO.

C) ESTE TIPO DE INCISIÓN, NOSOTROS LO APLICAMOS EN TODOS LOS CASOS DE RETENCIONES, PARA LACERAR LA LENGÜETA INTERDENTARIA. DESPUÉS DE LA INCISIÓN, EL COLGAJO ES SEPARADO CON UN PERIOSTÓTOMO. LA LENGÜETA INTERDENTARIA TRAUMATIZADA ORIGINA DOLORES POSTOPERATORIOS. POR OTRA PARTE, LA CICATRIZACIÓN ORIGINA UNA RETRACCIÓN DE LA LENGÜETA, QUE DEJA AL DESCUBIERTO PARTE DE LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR; DOLORES A LOS CAMBIOS TÉRMICOS SON EL EFECTO, AMÉN DE LA POSIBILIDAD DE DESARROLLO DE UNA CARIES. LA INCISIÓN SALVA MUCHO ESTOS INCONVENIENTES.

OSTEOTOMIA. EL MOVIMIENTO QUE EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO DEBE EFECTUAR PARA ABANDONAR EL ALVEOLO DONDE ESTÁ ALOJADO, COMO YA FUÉ DICHO, PUEDE SER TRADUCIDO GRÁFICAMENTE EN UN ARCO DE CÍRCULO, ES DECIR, LA CORONA DEL MOLAR HA DE SER DIRIGIDA HACIA LA RAMA MONTANTE DEL MAXILAR. POR LO TANTO, TODO EL HUESO QUE EXISTA POR EL LADO DISTAL EN CONTACTO CON LA CORONA DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICIÓN VERTICAL, DEBE SER ELIMINADO PARA QUE EL DIENTE PUEDA DESARROLLAR ESTE ARCO DE CÍRCULO.

WINTER ELIMINA ESTE HUESO DISTAL CON LOS INSTRUMENTOS LLAMADOS OSTEÓTOMOS.

EN CASO DE EXISTIR, EN ESTA PORCIÓN ÓSEA DISTAL QUE ESTAMOS CONSIDERANDO, UN PROCESO PATOLÓGICO TAL COMO FOCOS DE OSTEÍTIS, GRANULOMA POSTERIOR O EL SACO DENTARIO DE DIMENSIONES SUFICIENTES, LA OSTEOTOMÍA NO SERÁ NECESARIA, PORQUE EL DIENTE PUEDE DESPLAZARSE HACIA DISTAL A EXPENSAS DEL ESPACIO CREADO POR EL PROCESO PATOLÓGICO. LA CANTIDAD DE HUESO A RESECARSE ESTÁ INDICADA POR LA FORMA RADICULAR, LA RELACIÓN DEL BORDE SUPERIOR DE LA OSIOESTRUCTURA CON LA BIFURCACIÓN DE LAS RAÍCES Y LA DISTANCIA QUE EL DIENTE PUEDE SER DIRIGIDO, FUERA DE SU ALVEOLO, HACIA DISTAL Y HACIA ARRIBA POR LA APLICACIÓN DEL ELEVADOR EN LA SUPERFICIE MESIAL O MESIOBUCAL.

LA FORMA DE RAÍCES INDICA EL MOVIMIENTO DEL MOLAR Y LA CANTIDAD DE HUESO A RESECARSE, DE LA SIGUIENTE MANERA, SEGÚN WINTER:

AMBAS RAICES HACIA DISTAL. LA CANTIDAD DE HUESO A RESECARSE DEBE SER SUFICIENTE COMO PARA QUE EL DIENTE PUEDA DESCRIBIR EL ARCO QUE CORRESPONDE A LA FORMA RADICULAR Y NO ENCUENTRE HUESO DISTAL QUE SE OPGA A ESTE MOVIMIENTO.

RAIZ MESIAL DIRIGIDA HACIA DISTAL Y RAIZ DISTAL RECTA. LA CANTIDAD DE HUESO A ELIMINARSE DEBE SER TAL, QUE PERMITA AL MOLAR DIRIGIRSE HACIA ATRÁS, SIGUIENDO EL ARCO DE SU RAÍZ MESIAL.

RAIZ MESIAL DIRIGIDA HACIA DISTAL Y RAIZ DISTAL HACIA MESIAL. EL HUESO DEBE SER RESECADO EN SUFICIENTE CANTIDAD COMO PARA QUE EL DIENTE PUEDA SER DIRIGIDO HACIA DISTAL Y PERMITA FRACTURA DEL SEPTUM.

RAIZ RECTA. ESTE TIPO NO NECESITA UNA GRAN-

ELIMINACIÓN DE HUESO DISTAL, CON LA APLICACIÓN DEL ELEVADOR EN LA CARA MESIAL, SE DIRIGE EL DIENTE EN SENTIDO DISTAL.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. EL EMPLEO DE ELEVADORES. LOS ELEVADORES DE WINTER, ESTÁN NUMERADOS DEL 1 AL 3, ELEVADORES DE APLICACIÓN MESIAL, EL 9, ELEVADOR DE APLICACIÓN MESIO BUCAL Y LOS NÚMEROS 10, 11, - 12 Y 13, DE APLICACIÓN BUCAL.

LOS ELEVADORES DE APLICACIÓN MESIAL (1 AL 8) ESTÁN DESTINADOS A SER INTRODUCIDOS ENTRE EL SEGUNDO Y EL TERCER MOLAR, TIENEN COMO FUNCIÓN, LA DE LUXAR Y ELEVAR EL MOLAR DE SU ALVEOLO.

ELECCION DEL ELEVADOR. EL ELEVADOR No. 1 -- (L O R), SE USA CUANDO EL ESPACIO ES EXIGUO O ESTÁN EN CONTACTO EL SEGUNDO Y TERCER MOLAR. EL No. 2 (L O R) ES EL MÁS COMÚN PORQUE PERMITE SU COLOCACIÓN EN ESPACIOS REDUCIDOS. LOS OTROS TIPOS SE USAN EN ESPACIOS ANCHOS O DESPUÉS DE HABER SIDO MOVILIZADO EL MOLAR POR LA APLICACIÓN DE LAS HOJAS MENORES.

INTRODUCCION DEL ELEVADOR. ELEGIDO EL ELEVADOR SEGÚN SUS DIMENSIONES DEL ESPACIO INTERDENTARIO, - ESTE SE TOMA CON LA MANO DERECHA Y LA MANO IZQUIERDA - PROCEDE SEPARANDO EL CARRILLO Y LA LENGUA Y SE INTRODUCE SUAVEMENTE EN EL ESPACIO INTERDENTARIO, ENTRE LOS LABIOS DE LA INCISIÓN DE LA MUCOSA. ESTE INSTRUMENTO ACTÚA EN SU PRIMER TIEMPO COMO CUÑA. EN ESTA FUNCIÓN, PENENTRA EN EL ESPACIO INTERDENTARIO; ESTA PENETRACIÓN PERMITE, EN ALGUNOS CASOS, EL DESPLAZAMIENTO DEL MOLAR HACIA EL LADO DISTAL, ELEVANDO Y LUXANDO EL MOLAR RETENIDO.

MOVIMIENTO DEL ELEVADOR. PARA TAL OBJETO, SE HACE GIRAR EL MANGO DEL INSTRUMENTO EN EL SENTIDO DE -- LAS AGUJAS DEL RELOJ, PARA OPERAR EN EL "LADO DERECHO" A LA INVERSA DEL MOVIMIENTO DE LAS AGUJAS AL ACTUAR EN EL "IZQUIERDO".

EN ESTA FUNCIÓN, EL INSTRUMENTAL ACTÚA COMO -- UNA PALANCA DE PRIMER GÉNERO, CON ESTE MOVIMIENTO HACIA DISTAL, EL MOLAR ELEVA Y SE DESPLAZA HACIA DISTAL EN LA MISMA PROPORCIÓN EN QUE FUÉ GIRADO.

UN NUEVO MOVIMIENTO DEL MANGO DEL ELEVADOR HACIA DISTAL PERMITE UN DESPLAZAMIENTO EN UN GRADO MAYOR DEL MOLAR RETENIDO EN ESA DIRECCIÓN. SI LA LUXACIÓN NO HA SIDO TERMINADA CON ESE MOVIMIENTO, ENTONCES SE APLICA LA HOJA A UN NIVEL MÁS BAJO Y SE VUELVE A REPETIR EL MOVIMIENTO DISTAL.

CUANDO LA HOJA DEL ELEVADOR RESULTE INSUFICIENTE PARA DIRIGIR EL MOLAR HACIA DISTAL, SE EMPLEA EL NÚMERO SIGUIENTE, CON LO QUE SE LOGRA EL FIN PROPUESTO.

LA FUERZA A EMPLEARSE Y LA EXTENSIÓN DEL MOVIMIENTO DISTAL ESTÁN DADAS POR LA FORMA RADICULAR, COMO SE HA DICHO OPORTUNAMENTE.

ELIMINACION DEL MOLAR. LUXANDO EL DIENTE, ÉSTE PUEDE SER EXTRAÍDO DEL ALVEOLO CON PINZA PARA EXTRACCIONES O CON EL MISMO ELEVADOR.

EXTRACCIÓN POR OSTEOTOMIA O FRESA. EL USO -- DE LA FRESA DENTAL PARA REALIZAR LA OSTEOTOMÍA NOS PARECE EXCELENTE.

LA FRESA ES UN INSTRUMENTO POCO TRAUMATIZANTE

USÁNDOLA CON LA PREVENCIÓN DEBIDA. ÉSTAS SE REFIEREN - AL EMPLEO DE UN INSTRUMENTO NUEVO Y CONSTANTEMENTE RENOVADO EN LA MISMA EXTRACCIÓN, Y SU REFRIGERACIÓN CON -- AGUA ESTERILIZADA O SUERO FISIOLÓGICO, PARA EVITAR SU -- RECALENTAMIENTO. EMPLEADO ASÍ, NUNCA HEMOS TENIDO IN-- CONVENIENTES, NECROSIS NI MORTIFICACIONES DEL HUESO, -- LAS CUALES SE ORIGINAN POR ELEVACIÓN DE SU TEMPERATURA.

TIPO DE FRESA. PARA REALIZAR LA OSTEOTOMÍA DISTAL EN ESTA CLASE DE RETENCIONES, USAMOS LA FRESA - No. 560, COLOCADA CON EL ÁNGULO RECTO.

INCISION. LA INCISIÓN QUE SE INDICA UN CENTÍMETRO POR DETRÁS DE LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR, LLEGA HASTA ESTA CARA Y SE PROLONGA HACIA ADELANTE, -- CONTORNEANDO EL CUELLO DE LOS DIENTES, HASTA EL PRIMER PREMOLAR, PERMITE UN AMPLIO COLGAJO QUE DÁ UN AMPLIO - ACCESO Y VISIBILIDAD, POR OTRA PARTE, EL COLGAJO NO ES SECCIONADO VERTICALMENTE, NI TRAUMATIZADO, Y DESCANSA - SOBRE HUESO SANO.

OSTEOTOMIA. SEPARADOS LOS LABIOS DE LA INCI SIÓN Y APARTADOS EL CARRILLO Y LA LENGUA, SE COLOCA LA FRESA SOBRE EL BORDE ÓSEO DISTAL A RESECARSE. LA FRE SA SE INTRODUCE, MERCED AL ESPACIO QUE ELLA MISMA CON SIGUE CREARSE, ENTRE LA CARA DISTAL DEL TERCER MOLAR Y LA PORCIÓN ÓSEA DISTAL, REALIZANDO TANTA OSTEOTOMÍA -- CUANTO REQUIERA LA EXTENSIÓN DEL HUESO Y LA DISPOSICIÓN RADICULAR.

EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. EMPLEO DE LOS - ELEVADORES RECTOS O CUALQUIER OTRO ELEVADOR PARECIDO. EMPLEO DEL ELEVADOR RECTO. SE INTRODUCE EN EL ESPACIO INTERDENTARIO Y SE MUEVE ALREDEDOR DE SU EJE, EN SEN-

TIDO DISTAL, DESCANSANDO EL BORDE INFERIOR DE SU HOJA SOBRE LA ESTRUCTURA ÓSEA DEL ESPACIO ENTRE EL SEGUNDO Y TERCER MOLAR. POR EL MISMO MECANISMO DE ACCIÓN (PALANCA DEL PRIMER GÉNERO) EL ELEVADOR RECTO RETENIDO HACIA ARRIBA Y ATRÁS. PUEDE TAMBIÉN SER APOYADO SOBRE LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR Y DIRIGIENDO EL INSTRUMENTO HACIA ADELANTE (MESIAL), LA HOJA DEL INSTRUMENTO DESPLAZA ENTONCES EL MOLAR HACIA ATRÁS. EL SEGUNDO MOLAR, USADO COMO PUNTO DE APOYO, HA DE REUNIR LAS CONDICIONES YÁ SEÑALADAS, INTEGRIDAD DE SU CORONA, SOLIDÉZ DEL MACIZO RADICULAR.

EXTRACCION POR ODONTOSECCION. ESTE TIPO DE EXTRACCIÓN, TIENE INDICACIÓN EN AQUELLOS CASOS DE RAÍCES DIVERGENTES, CON EXTRAORDINARIA CEMENTOSIS.

ESTE INSTRUMENTO DEBE SER COLOCADO SU PARTE ACTIVA, SOBRE LA CARA OCLUSAL, A NIVEL DE LOS SURCOS PARA QUE EL GOLPE DEL ESCOPLA SEA EFECTIVO.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR. RETENIDO EN POSICION MESIOANGULAR.

EN EXTRACCIÓN, SE AUNAN LOS PROBLEMAS QUIRÚRGICOS QUE HAY QUE RESOLVER:

1. LA OSTETOMÍA. EN GENERAL EL MOLAR RETENIDO ESTÁ ALOJADO MÁS PROFUNDAMENTE EN EL HUESO.

2. LA CANTIDAD DE HUESO DISTAL SUELE ESTAR DISPUESTO CON MÁS ABUNDANCIA EN LAS RETENCIONES MESIOANGULARES, QUE EN LAS VERTICALES.

SE HACE LA INCISIÓN EN LOS TEJIDOS DISTALES -

AL SEGUNDO MOLAR, CON EL BISTURÍ.

ES IMPORTANTE PALPAR LOS TEJIDOS ANTES DE LA INCISIÓN PARA MANTENER ÉSTA SOBRE HUESO.

LA RAMA VERTICAL DEL MAXILAR INFERIOR SE ENSANCHA HACIA AFUERA, Y POR LO TANTO, UNA INCISIÓN DISTAL RECTA PUEDE EXTENDERSE DENTRO DE LOS TEJIDOS QUE QUEDAN POR DENTRO DEL MAXILAR INFERIOR Y CONTIENEN ESTRUCTURAS ANATÓMICAS IMPORTANTES.

UNA REGLA SEGURA A SEGUIR, ES COLOCAR LA INCISIÓN POR DETRÁS DE LA CÚSPIDE BUCAL DEL SEGUNDO MOLAR, SIGUIENDO EL HUESO SUBYACENTE, QUE PUEDE ENSANCHARSE HACIA AFUERA.

LA SEGUNDA RAMA DE LA INCISIÓN SE HACE VERTICALMENTE A PARTIR DE LA PRIMERA INCISIÓN EN SU UNIÓN CON LA CÚSPIDE DISTOBUCAL, EXTENDIÉNDOSE HACIA ABAJO Y HACIA ADELANTE HASTA LOS TEJIDOS BUCALES SOBRE LA RAÍZ MESIAL DEL SEGUNDO MOLAR.

LAS VARIACIONES EN EL DISEÑO DEL COLGAJO INCLUYEN LA TÉCNICA DE DESPRENDER LAS FIBRAS GINGIVALES BUCALES LIBRES ALREDEDOR DE TODOS LOS DIENTES, HACIA DELANTE, PARA INCLUIR EL PRIMER MOLAR, Y SEPARANDO EL GRAN COLGAJO BUCALMENTE. SE AFIRMA QUE ESTE COLGAJO ES MÁS FÁCIL DE SUTURAR, QUE ES MENOS DOLOROSO EN EL PERÍODO POSOPERATORIO Y QUE EXISTE MENOS DISTORSIÓN AL CURAR. OTRA VARIACIÓN ES COLOCAR LA INCISIÓN VERTICAL OBLICUA MESIAL AL SEGUNDO MOLAR, EN VEZ DE MESIAL AL TERCER MOLAR.

EL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO SE ELEVA CUIDADOSA-



MENTE CON UNA CURETA EMPEZANDO EN LA INCISIÓN VERTICAL, DONDE EL PERIOSTIO NO ESTÁ UNIDO AL HUESO. EL INSTRUMENTO SE MUEVE HACIA ATRÁS Y HACIA EL REBORDE ALVEOLAR.

CUANDO EL SITIO OPERATORIO ESTÁ AMPLIAMENTE - EXPUESTO, SE COLOCA UN SEPARADOR APROPIADO BAJO EL COLGAJO Y SE MANTIENE CONTRA EL HUESO. LA ODONTOSECCIÓN - SE INICIA EN FORMA VERTICAL, PARALELA A LA RAÍZ DISTAL DEL SEGUNDO MULAR Y JUSTO DETRÁS DE ELLA.

LA INCISIÓN TENDRÁ LA MISMA LONGITUD QUE LA ANCHURA DEL CINCEL O DOBLE O TRIPLE, DEPENDIENDO DE LA PROFUNDIDAD NECESARIA PARA LLEGAR BAJO LA CORONA DE ES MALTE DEL DIENTE IMPACTADO, SEGÚN SE HAYA OBSERVADO EN LA RADIOGRAFÍA PREOPERATORIA.

SE VOLTEA ENTONCES EL CINCEL PARA QUE QUEDE - CON EL FRENTE HACIA ATRÁS, SE COLOCA EN EL FONDO DEL - PRIMER CORTE, Y SE DIRIGE LIGERAMENTE HACIA LA CRESTA - ALVEOLAR. LA MAYOR PARTE DE LA PLACA BUCAL SE EXTIRPARÁ EN UNA PIEZA, LO QUE ES ACONSEJABLE.

SE HACEN OTROS CORTES HORIZONTALES, SEGÚN SEA NECESARIO PARA EXPONER LA CORONA.

EN UN MAXILAR INFERIOR ANCHO, CON PLACA CORTICAL PESADA, EL DIENTE IMPACTADO PUEDE EXPONERSE AÚN MÁS ANGULANDO UN BORDE DEL CINCEL HACIA EL DIENTE, AL HACER UN CORTE HORIZONTAL PARA CREAR UNA "ZANJA" EN EL TEJIDO ESPONJOSO, ENTRE EL DIENTE Y LA PLACA CORTICAL.

SE REVISAN DOS PUNTOS CON LA CURETA PEQUEÑA.

EL HUESO SOBRE LA SUPERFICIE DISTAL O SUPE--

RIOR DE LA IMPACCIÓN DEBERÁ ELIMINARSE, A MANERA DE PODER EXTRAER LA CORONA DESPUÉS DE DIVIDIR. EL HUESO EN LA UNIÓN DE LOS CORTES HORIZONTAL Y VERTICAL, DEBERÁ EXTIRPARSE LO SUFICIENTE PARA PERMITIR QUE LA CURETA ENTRE EN EL TEJIDO ESPONJOSO BAJO LA CORONA IMPACTADA. SI ALGUNO DE ESTOS DOS PUNTOS DE REVISIÓN RESULTA INSATISFACTORIO, SE EXTIRPA AÚN MÁS HUESO. ENTONCES SE SELECCIONA EL DIENTE. SE COLOCA UN NUEVO CINCEL EN EL SURCO BUCAL, SE DIRIGE DISTALMENTE HACIA EL CUELLO ANATÓMICO DISTAL DEL DIENTE Y SE GOLPEA CON FUERZA. ESTE GOLPE DEBERÁ SER UN GOLPE SECO. EL DIENTE FRECUENTEMENTE SE DIVIDIRÁ AL PRIMER INTENTO. LA PORCIÓN DISTAL SECCIONADA DE LA CORONA SE LEVANTA DE LA HERIDA.

SE COLOCA UN ELEVADOR EN PUNTA DE LANZA, BIANGULADO, BAJO LA CORONA Y SE HACE MOVIMIENTO HACIA ARRIBA. EL BORDE PRINCIPAL (SUPERIOR) UN POCO DISTALMENTE HACIA EL DIENTE. EL MANGO DEL INSTRUMENTO SE MUEVE EN PLANO VERTICAL RECTO. EN ESTE MOMENTO NO SE HACE NOTAR.

CUANDO EL DIENTE SE MUEVA, ESTARÁ FORZADO A MOVERSE EN ARCO. CUANDO SE HAYA MOVIDO HACIA ARRIBA Y DISTALMENTE HASTA UN PUNTO EN QUE EL INSTRUMENTO NO PUEDA YA MANTENER CONTACTO CON ÉL, SE HACE ROTAR AQUÉL DE MANERA QUE EL BORDE INFERIOR TERMINE LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE. LA ROTACIÓN TEMPRANA, A VECES FRACTURARÁ LA RAÍZ Y PUEDE HACER PELIGRAR EL SEGUNDO MOLAR.

FRECUENTEMENTE, EL DIENTE SE MOVERÁ HACIA ARRIBA LO SUFICIENTEMENTE LEJOS PARA NO TOCAR EL SEGUNDO MOLAR, PERO NO ROTARÁ DISTALMENTE.

AHORA ESTÁ EN POSICIÓN VERTICAL, SEPARADO DEL SEGUNDO MOLAR LO SUFICIENTE PARA PERDER LA VENTAJA MECÁNICA.

NICA DEL ELEVADOR COLOCADO ENTRE LOS DIENTES. UN ELEVADOR WINTER LARGO (NÚMERO 14), COLOCADO EN LA BIFURCACIÓN DE LA RAÍZ, CON LA PLACA CORTICAL BUCAL USADA COMO PUNTO DE APOYO, ELEVARÁ ESTE DIENTE Y LO SACARÁ DE LA HERIDA.

LOS FRAGMENTOS ÓSEOS SE LEVANTAN DE LA HERIDA CON UNA CURETA PEQUEÑA. SE CONCEDE ATENCIÓN ESPECIAL A LAS ASTILLAS ALOJADAS BAJO EL COLGAJO EN BUCAL AL SEGUNDO MOLAR. LOS RESTOS DE TEJIDOS BLANDOS EN EL ALVEOLO SE EXTRAEN CUIDADOSAMENTE POR DISECCIÓN ROMA O CORTANTE. SE EVITA RASPAR FUERTEMENTE EN LAS PROFUNDIDADES DE LA HERIDA EN DONDE YACEN EL NERVI<sup>O</sup> DENTAL INFERIOR Y VASOS CORRESPONDIENTES. LOS BORDES DE LA HERIDA ÓSEA SE ALISAN CON LA CURETA. SE COLOCA UN PEQUEÑO FRAGMENTO DE UNA TABLETA SULFONAMIDA EN LA HERIDA SI EL INTERROGATORIO PREOPERATORIO INDICÓ QUE EL PACIENTE NO PRESENTABA SENSIBILIDAD A DICHO MEDICAMENTO.

SE COLOCA UNA SUTURA SOBRE EL ALVEOLO DEL LADO LINGUAL AL BUCAL. SE USA UNA AGUJA CORTANTE REDONDA DE 12,5 MM, Y SEDA 3-0, AUNQUE EL CATGUT No. 3-0 NO TIENE QUE QUITARSE. GENERALMENTE ES SUFICIENTE UN PUNTO DE SUTURA. EL CORTE VERTICAL CASI NUNCA SE CIERRA, NO SE COLOCA DRENAJE. SE COLOCA UNA COMPRESA DE GASA SOBRE EL ÁREA.

#### EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICIÓN HORIZONTAL.

LA POSICIÓN HORIZONTAL SITUADA A BAJO NIVEL OCLUSAL REQUIERE UN CORTE ÓSEO VERTICAL PROFUNDO, QUE FRECUENTEMENTE SE EXTIENDE CASI HASTA EL NIVEL DE LA

## PUNTA DEL SEGUNDO MOLAR.

LOS CORTES HORIZONTALES DEBERÁN SER SUFICIENTES PARA EXPONER EL CUELLO ANATÓMICO DEL DIENTE. LA DESCRIPCIÓN CLÁSICA DE LA EXTRACCIÓN DE ESE DIENTE INCLUYE UNA DIVISIÓN EN EL CUELLO ANATÓMICO PARA SEPARAR LA CORONA DE LA RAÍZ. ÉSTO PUEDE LOGRARSE CON UN CINCEL AFILADO. SIN EMBARGO, LA FRESA ES ESPECIALMENTE EFICAZ PARA ESTE PROCEDIMIENTO, SIEMPRE QUE EXISTEN DISPONIBLES FRESA Y PIEZA DE MANO ESTÉRILES.

UN MÉTODO DE ALTERNATIVA COMPRENDE COLOCAR UN CINCEL EN EL SURCO BUCAL, DIRIGIÉNDOLO HACIA ATRÁS Y HACIA ARRIBA Y TAN POCO LINGUALMENTE COMO LO PERMITA EL ACCESO. LA PORCIÓN DISTAL DE LA CORONA PUEDE DIVIDIRSE Y ELIMINARSE. SE COLOCA ENTONCES EL CINCEL EN EL MISMO SITIO DIRIGIDO HACIA ATRÁS Y HACIA ABAJO. ÉSTO DIVIDIRÁ LA PORCIÓN MESIAL (INFERIOR) DE LA CORONA, QUE NO PUEDE EXTRAERSE EN ESE MOMENTO. SI LOS ÁNGULOS DE LAS SECCIONES HAN SIDO LO SUFICIENTEMENTE ANCHOS, PUEDE EXISTIR SUFICIENTE ESPACIO PARA EXTRAER LA IMPACCIÓN, SIEMPRE QUE SE HAYA ELIMINADO SUFICIENTE HUESO SOBRE LA CRESTA DEL REBORDE. SE DIRIGE ENTONCES LA ATENCIÓN A ESA ÁREA. SI SE LLEVA A CABO TODA LA OSISECCIÓN ANTES DE INTENTAR SECCIONAR, EL DIENTE PUEDE AFLOJARSE LIGERAMENTE, Y UN DIENTE FLOJO EN SU LECHO, ES DIFÍCIL DE DIVIDIR. SE SECCIONA EN CUANTO SE LOGRA ACCESO A LA CORONA, INCLUSO SI LAS PARTES NO PUEDEN RETIRARSE, Y DESPUÉS SE LLEVA A CABO LA ODONTOSECCIÓN.

PUEDE HACERSE OTRA DIVISIÓN EN DIRECCIÓN CASI VERTICAL (HACIA ABAJO) EN ESE MOMENTO.

LA SUPERFICIE DE LA DENTINA EXPUESTA, PUEDE -

DIVIDIRSE MÁS FACILMENTE QUE EL ESMALTE, Y SI SE EXPONE LA CÁMARA PULPAR, ES AÚN MÁS FÁCIL OBTENER UNA DIVISIÓN.

SE EXTRAEN LOS DIVERSOS FRAGMENTOS DENTALES - SUPERFICIALES. SI EL CORTE ÓSEO VERTICAL SE HA HECHO - LO SUFICIENTEMENTE PROFUNDO PARA LOGRAR EL ACCESO DEL ELEVADOR, Y SE HA ELIMINADO SUFICIENTE HUESO DE LA CRESTA ALVEOLAR, LA PORCIÓN RADICULAR PUEDE EXTRAERSE CON ELEVADOR N.º 14, SECCIONANDO O NO, AÚN MÁS LA RAÍZ. NO DEBERÁ USARSE PRESIÓN FUERTE. DEBE SEGUIRSE SECCIONANDO EL DIENTE O EL HUESO HASTA PODER RETIRAR LA IMPACCIÓN CON RELATIVA FACILIDAD. LA PORCIÓN MESIAL DE LA CORONA SE EXTRAER EN ÚLTIMO LUGAR.

SE EFECTÚA CIERRE PRIMARIO, DESPUÉS DE HACER CUIDADOSO DESBRIDAMIENTO.

#### EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INCLUIDO EN POSICIÓN DISTO ANGULAR.

ES DIFÍCIL DE EXTRAER PORQUE SU MASA QUEDA EN LA RAMA VERTICAL. LA CORONA DE LA IMPACCIÓN ESTÁ SITUADA LEJOS DEL SEGUNDO MOLAR, LO QUE HACE QUE NO HAYA VENTAJA MECÁNICA PARA EL ELEVADOR.

SE ELEVA UN COLGAJO, MUCOPERIÓSTICO AMPLIO, Y SE HACEN LOS CORTES ÓSEOS CORRIENTES VERTICAL Y HORIZONTAL. SE SECCIONA EL DIENTE EN DIRECCIÓN VERTICAL.

SEGÚN LA CURVATURA DE LAS RAÍCES, LA MASA MESIAL DEL DIENTE SE MUEVE PRIMERO HACIA ARRIBA MEDIANTE EL ELEVADOR EN PUNTA DE LANZA, COLOCANDO EN EL LADO MESIAL DEL DIENTE, O CON EL ELEVADOR N.º 14 COLOCADO EN

EL ÁREA DE BIFURCACIÓN. A VECES LA PORCIÓN DISTAL DE LA CORONA SECCIONADA PUEDE DISECARSE AFUERA DEL HUESO EN PRIMER LUGAR. EL DIENTE ENTONCES SE HACE ROTAR DISTALMENTE EN EL ESPACIO CREADO. FRECUENTEMENTE ES ÚTIL SECCIONAR LA CORONA DESDE LA RAÍZ EN LA IMPACCIÓN DISTO ANGULAR, EXTRAER LA CORONA, DIVIDIR LA RAÍZ EN CASOS -- FACTIBLES, Y EXTRAER LAS PORCIONES RADICULARES SEPARADAS.

EN LAS OPERACIONES PARA EXTRAER IMPACCIONES -- INFERIORES, DEBERÁN OBSERVARSE VARIOS FACTORES DE CAUTELA.

LA FUERZA APLICADA CON ELEVADORES DEBERÁ SER SIEMPRE FUERZA CONTROLADA, ASÍ COMO MÍNIMA.

EN ALGUNAS SITUACIONES ESPECIALES SERÁ NECESARIO USAR FUERZA MAYOR QUE LA NORMAL, ESPECIALMENTE AL FORZAR UN ELEVADOR ENTRE LOS DIENTES COLOCADOS MUY CERCA UNO DEL OTRO. CIERTOS OPERADORES USAN MÁS FUERZA -- QUE OTROS. SIN EMBARGO, ES MEJOR HACER SECCIONES MÚLTIPLES DEL DIENTE Y EXTRAER LOS BLOQUES ÓSEOS ANTES DE TRATAR DE ELEVAR EL DIENTE.

MUCHAS IMPACCIONES BIEN PREPARADAS, INCLUSO A BAJO NIVEL, PODRÁN EXTRAERSE CON UNA CURETA PEQUEÑA EN VEZ DE CON ELEVADOR PESADO.

EL HUESO QUE HA RESULTADO EXCESIVAMENTE TRAUMATIZADO DEBERÁ EXTRAERSE CON CINCEL AFILADO O FRESA -- DESPUÉS DE HABER EXTRAÍDO EL DIENTE.

EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICIÓN INVERTIDA.

LA TÉCNICA A EMPLEARSE PARA LA EXTRACCIÓN VARÍA DE ACUERDO CON LA PROFUNDIDAD DEL MOLAR EN EL HUESO Y SU ACCESIBILIDAD A LA CARA MESIAL.

LOS MOLARES RELATIVAMENTE SUPERFICIALES SE EXTRAEN PREVIA RESECCIÓN DEL HUESO QUE CUBRE LA CAPA MÁS CERCANA AL BORDE ALVEOLAR, QUE ES LA DISTAL. LA ODONTOSECCIÓN SE REALIZA CON UNA FRESA DE FISURA, SEGÚN EL EJE MAYOR DEL DIENTE, Y DIVIDIENDO A ÉSTE EN DOS ELEMENTOS. SEGÚN LA POSICIÓN DEL MOLAR, SE PUEDE EXTRAER PRIMERO LA RAÍZ O LA CORONA, Y A EXPENSAS DEL ESPACIO CREADO, SE ELIMINA LA PORCIÓN QUE QUEDA.

LOS MOLARES PROFUNDAMENTE UBICADOS, CONSTITUYEN UN SERIO PROBLEMA QUIRÚRGICO.

UNA EXTENSA OSTEOTOMÍA Y UNA CUIDADOSA ODONTOSECCIÓN DEL MOLAR, ADEMÁS DE UNA JUICIOSA Y BIEN ESTUDIADA CONDUCTA, SE PUEDEN EMPLEAR CON LOS DISTINTOS TIPOS DE ELEVADORES.

## TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

1. TRATAMIENTO LOCAL POSTOPERATORIO
2. FISIOTERAPIA POSTOPERATORIA
3. CUIDADOS DE LA HERIDA
4. EXTRACCIÓN DE LOS PUNTOS DE SUTURA
5. TRATAMIENTO GENERAL DEL PACIENTE
6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN OPERADO
7. INSTRUCCIONES PARA LOS PACIENTES
8. COMPLICACIONES DE LA OPERACIÓN.

### TRATAMIENTO LOCAL POSTOPERATORIO.

HIGIENE DE LA CAVIDAD BUCAL. TERMINADA LA OPERACIÓN, SE LAVA PROLIJAMENTE LA SANGRE QUE PUDO HABERSE DEPOSITADO SOBRE LA CARA DEL PACIENTE, CON UNA GASA MOJADA EN AGUA OXIGENADA.

LA CAVIDAD BUCAL SERÁ IRRIGADA CON UNA SOLUCIÓN TIBIA DEL MISMO MEDICAMENTO QUE ELIMINARÁ SANGRE, SALIVA, RESTOS QUE EVENTUALMENTE PUEDEN DEPOSITARSE EN LOS SURCOS VESTIBULARES, DEBAJO DE LA LENGUA EN LA BÓVEDA PALATINA Y EN LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS.

ESTOS ELEMENTOS EXTRAÑOS ENTRAN EN PUTREFACCIÓN Y COLABORAN EN EL AUMENTO DE LA RIQUEZA DE FLORA MICROBIANA BUCAL.

### FISIOTERAPIA POSTOPERATORIA.

SE REFIERE AL EMPLEO DEL CALOR, FRÍO, IRRADIA



CIONES ULTRAVIOLETA.

FRÍO. LO ACONSEJAMOS BAJO LA FORMA DE BOLSAS DE HIELO O TOALLAS AFELPADAS MOJADAS CON AGUA HELADA, -- QUE SE COLOCAN SOBRE LA CARA, FRENTE AL SITIO DE LA INTERVENCIÓN.

EL PAPEL DEL FRÍO ES MÚLTIPLE; EVITA LA CONGESTIÓN Y EL DOLOR POSTOPERATORIO, PREVIENE LOS HEMATOMAS Y LAS HEMORRAGIAS, DISMINUYE Y CONCRETA LOS EDEMAS POSTOPERATORIOS.

EL FRÍO SE USA POR PERÍODOS DE QUINCE MINUTOS SEGUIDOS DE UN PERÍODO DE DESCANSO DE OTROS QUINCE MINUTOS.

ESTA TERAPÉUTICA SÓLO SE APLICA EN LOS TRES -- PRIMEROS DÍAS SIGUIENTES A LA OPERACIÓN.

PROLONGADA POR MÁS TIEMPO, SU ACCIÓN ES INÚTIL CUANDO NO PERJUDICIAL.

LA ACCIÓN DEL FRÍO PUEDE SER COMPLEMENTADA CON EL EMPLEO DE UNA SOLUCIÓN DE SULFATO DE MAGNESIA (100 -- GRAMOS EN MEDIO LITRO DE AGUA); ESTA SOLUCIÓN SE USA -- FRÍA EN LUGAR DEL AGUA, EMPAPANDO UNA PEQUEÑA TOALLA Y -- APLICÁNDOLA EN EL LUGAR INDICADO; RESTO DE LA SOLUCIÓN -- SE GUARDA EN LA NEVERA, PARA MANTENERLA REFRIGERADA.

CALOR. LO EMPLEAMOS CON EL OBJETO DE "MADU-- RAR" LOS PROCESOS FLOGÍSTICOS Y AYUDAR A LA FORMACIÓN DE PUS; DESPUÉS DEL TERCER DÍA, PUEDE APLICARSE PARA DISMI-- NUÍR LAS ALVEOLALGIAS Y DOLORES POSTOPERATORIOS.

RAYOS ULTRAVIOLETA. NO TENEMOS EXPERIENCIA --

SOBRE ESTA TERAPEÚTICA.

### CUIDADOS DE LA HERIDA.

LA NATURALEZA NO ES SABIA, PROVEE LAS CONDI--  
CIONES SUFICIENTES PARA LA FORMACIÓN DEL COÁGULO Y LA  
PROTECCIÓN DE LA HERIDA OPERATORIA.

EN TÉRMINOS GENERALES, UN ALVÉOLO QUE SANGRA  
Y SE LLENA CON UN COÁGULO, TIENE LA MEJOR DEFENSA CON--  
TRA LA INFECCIÓN Y LOS DOLORES.

DESPÚES DEL SEGUNDO DÍA, LA HERIDA, SERÁ SUA--  
VEMENTE IRRIGADA CON SUERO FISIOLÓGICO TIBIO O CON UNA  
SOLUCIÓN ALCOHÓLICA DE FENOL ALCANFORADO. SI HAY QUE -  
EXTRAER PUNTOS DE SUTURA, ESTO SE HARÁ AL CUARTO O QUIN--  
TO DÍA.

### EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA:

AL CUARTO O QUINTO DÍA, SE EXTRAEN LOS PUNTOS  
DE SUTURA.

LA TÉCNICA ES LA SIGUIENTE: SE PASA SOBRE EL  
HILO A EXTRAERSE, UN ALGODÓN MOJADO EN TINTURA DE YODO  
O DE MERTIOLATO, CON EL OBJETO DE ESTERILIZAR LA PARTE  
DEL HILO QUE ESTANDO EN LA CAVIDAD BUCAL, SE ENCUENTRA -  
INFECTADO.

SE TOMA CON PINZA DE DISECCIÓN O PINZA DE AL--  
GODÓN, UN EXTREMO DEL NUDO QUE EMERGE SOBRE LOS LABIOS  
DE LA HERIDA Y SE TRACCIONA EL HILO, COMO PARA PERMITIR  
OBTENER UN TROZO DE ÉSTE POR DEBAJO DEL NUDO PARA PODER  
CORTARLO A ESTE NIVEL.

CON UNA TIJERA TOMADA CON LA MANO DERECHA, SE CORTA EL HILO. LA MANO IZQUIERDA SIGUE TRACCIONANDO EL HILO O LO VUELVE A TOMAR PRÓXIMO AL PUNTO QUE EMERGE -- POR EL EXTREMO OPUESTO AL DE LA SECCIÓN Y LOS TRACCIONA PARA EXTRAERLO DEL INTERIOR DE LOS TEJIDOS. ES IMPOR-- TANTE PROCURAR QUE LA MENOR CANTIDAD DE HILO INFECTADO PASE POR EL INTERIOR DE LOS TEJIDOS; LAS RAZONES SON -- OBIAS.

DE ESTA MANERA, SE ELIMINAN TODOS LOS PUNTOS DE SUTURA, PROCURANDO NO LASTIMAR LA ENCÍA, NI ENTREA-- BRIR LOS LABIOS DE LA HERIDA.

#### TRATAMIENTO GENERAL DEL PACIENTE.

DICHO TRATAMIENTO SE REFIERE AL MANTENIMIENTO DEL PULSO, DE LA TENSIÓN ARTERIAL, DE LOS EMUNTORIOS, -- DE LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE, DEL TRATAMIENTO GENE-- RAL DE LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

#### ALIMENTACION DEL RECIEN OPERADO.

EL TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE NECESITA Y QUE -- PUEDE TOMAR EL PACIENTE, POR LA CIRCUNSTANCIA DE UNA -- OPERACIÓN EN LA BOCA ES: LA PRIMER COMIDA LA HARÁ SEIS HORAS DESPUÉS DE OPERADO; CONSISTIRÁ EN UNA TAZA DE TÉ CON LECHE TIBIA; SEIS HORAS DESPUÉS TENDRÁ UNA DIETA -- MÁS COMPLETA.

#### INSTRUCCIONES PARA LOS PACIENTES.

ANTES DE DESPEDIR AL PACIENTE, DEBEN DARSELE

INSTRUCCIONES PRECISAS RESPECTO AL CUIDADO QUE HA DE TENER EN SU DOMICILIO, TRATAMIENTO POSTOPERATORIO, ENJUAGATORIOS, ALIMENTACIÓN, TRATAMIENTO MÉDICO (ANTIBIÓTICOS, QUIMITERÁPICOS, CORTICOIDES).

ESTAS INSTRUCCIONES PUEDEN DARSE ESCRITAS, PARA EVITARLE DUDAS.

#### INSTRUCCIONES PARA LOS PACIENTES:

1. CUANDO LLEGUE A SU CASA, DESPUÉS DE LA OPERACIÓN, LE CONVIENE GUARDAR REPOSO POR ALGUNAS HORAS CON LA CABEZA EN ALTO.

2. COLOCAR UNA BOLSA DE HIELO EN LA CARA, SOBRE LA REGIÓN OPERADA, DURANTE QUINCE MINUTOS Y QUINCE MINUTOS DE DESCANSO, POR EL TÉRMINO DE VARIAS HORAS.

3. NO REALIZAR NINGUNA CLASE DE ENJUAGATORIOS, AL MENOS QUE SE HUBIERA PRESCRITO LO CONTRARIO, POR EL TÉRMINO DE TRES HORAS. SI SE HUBIERA DEJADO EN LA BOCA GASA PROTECTORA, RETIRARLA AL CABO DE UNA HORA.

4. DESPUÉS DE TRANSCURRIDAS LAS TRES HORAS, REALIZAR ENJUAGATORIOS TIBIOS, CON UNA SOLUCIÓN DE AGUA Y SAL. ESTOS ENJUAGATORIOS SE REPETIRÁN CADA DOS HORAS.

5. EN CASO DE SENTIR DOLOR, TOMAR UNA TABLETA DEL MEDICAMENTO INDICADO. SE PUEDE REPETIR ESTA TABLETA CADA DOS HORAS, SI EL DOLOR NO CESA.

6. SI TUVIERA SALIDA DE SANGRE MAYOR QUE LO NORMAL, EL PACIENTE PUEDE REALIZAR UN TAPONAMIENTO DE URGENCIA, COLOCANDO SOBRE LA HERIDA UN TROZO APRECIABLE DE GASA ESTERILIZADA, SOBRE LA CUAL SE DEBERÁ MORDER DURANTE TREINTA MINUTOS.

7. LA ALIMENTACIÓN EN LAS PRIMERAS 6 HRS. DE

BERÁ SER LÍQUIDA. DESPUÉS DE ESTAS HORAS, PUEDE TENER -  
LA ALIMENTACIÓN MÁS COMPLETA.

## COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

1. LOCALES
2. GENERALES.

### LOCALES.

- A) HEMORRAGIA
- B) HEMATOMA
- C) INFECCIÓN
- D) DOLOR.

### GENERALES.

- A) SHOCK
- B) INFECCIÓN
- C) SEPTICEMIA
- D) BACTEREMIA.

A) HEMORRAGIA. APARECE INTEMPESTIVA E INME-  
DIATAMENTE A LA OPERACIÓN, HEMORRAGIA PRIMARIA O UN TIEM-  
PO DESPUÉS HEMORRAGIA SECUNDARIA.

HEMORRAGIA PRIMARIA. EL TRATAMIENTO DE LA HE-  
MORRAGIA PRIMARIA EN CIRUGÍA BUCAL, SE REALIZA POR DOS -  
PROCEDIMIENTOS. UNO, INSTRUMENTAL, QUE TIENE SU APLICA-  
CIÓN EN LA LIGADURA O EN EL APLASTAMIENTO DEL VASO QUE  
SANGRA; LA LIGADURA TIENE ESCASAS APLICACIONES COMO YA  
FUÉ DICHO; EL APLASTAMIENTO SE PRACTICA COMPRIMIENDO -  
BRUSCA Y TRAUMÁTICAMENTE EL VASO ÓSEO SANGRANTE CON UN

INSTRUMENTO ROMO. EL OTRO PROCEDIMIENTO ACTÚA MECÁNICA MENTE Y SE LOGRA POR EL TAPONAMIENTO Y LA COMPRESIÓN, - QUE SE REALIZA CON UN TROZO DE GASA. GENERALMENTE, VOLVIENDO EL COLGAJO A SU SITIO Y SUTURANDO, LA HEMORRAGIA CESA, POR COMPLEXIÓN DE LA CAVIDAD ÓSEA, POR LA SANGRE QUE AL COAGULARSE OBTURA LOS VASOS ÓSEOS SANGRANTES. A EXPENSAS DE ESTE COÁGULO SE REALIZA EL PROCESO DE OSIFICACIÓN.

SI LA HEMORRAGIA NO CEDE Y CONTINÚA BROTANDO SANGRE ENTRE LOS LABIOS DE LA HERIDA, EN UN TIEMPO Y EN CANTIDAD DESUSADOS, HABRÁ QUE LLENAR LA CAVIDAD QUIRÚRGICA CON UNA MECHA DE GASA, QUE DEBE REUNIR CIERTAS CONDICIONES PARA ESTE OBJETO: PARA AUMENTAR SU ACCIÓN HEMOSTÁTICA, LA GASA PUEDE SER IMPREGNADA EN LOS MEDICAMENTOS INDICADOS: TROMBINA, TROMBOPLASTINA, ADRENALINA, PERCLORURO DE HIERRO; PARA EVITAR QUE LA GASA SE ADHIERA A LA CAVIDAD ÓSEA, PUEDE SER IMPREGNADA PREVIAMENTE CON VASELINA (GASA VASELINADA).

EXISTEN CIERTAS GASAS QUE TIENE PROPIEDADES ESTÍPTICAS, COMO EL CLAUDEN O STRIPNON.

EL TAPONAMIENTO QUE SE REALIZA DESPUÉS DE LAS OPERACIONES DE LOS QUISTES DE LOS MAXILARES Y DE LOS TUMORES, TIENEN POR OBJETO EN PRIMER TÉRMINO, EVITAR HEMORRAGIA.

HEMORRAGIA SECUNDARIA. APARECE ALGUNAS HORAS O ALGUNOS DÍAS DESPUÉS DE LA OPERACIÓN; PUEDE OBEDECER A LA CAÍDA DEL COÁGULO LUEGO DE UN ESFUERZO DEL PACIENTE O POR HABER CESADO LA ACCIÓN VASOCONSTRICTORA DE LA ANESTESIA. A ESTOS FACTORES LOCALES PUEDE AGREGARSE -- UNA CAUSA GENERAL QUE FAVOREZCA LA HEMORRAGIA. ESTAS -

HEMORRAGIAS ADQUIEREN CARACTERÍSTICA E INTENSIDAD VARIABLES.

EL TRATAMIENTO DE TAL ACCIDENTE, SE REALIZA -  
POR MÉTODOS LOCALES Y MÉTODOS GENERALES.

MÉTODOS LOCALES. SE LAVA LA REGIÓN QUE SANGRA  
CON UN CHORRO DE AGUA CALIENTE O SE HACE PRACTICAR AL PA  
CIENTE UN ENJUAGATORIO DE SU BOCA PARA RETIRAR LOS RES--  
TOS DEL COAGULO Y LA SANGRE, QUE DIFICULTA LA VISIÓN Y -  
LA INDIVIDUALIZACIÓN DEL PUNTO SANGRANTE.

INVESTIGANDO EL LUGAR POR DONDE MANA LA SAN--  
GRE, LA HEMOSTASIS SE REALIZA POR TAPONAMIENTO A PRESIÓN  
CON GASA.

ENCIMA DE LA HERIDA Y COMPRIMIENDO SUS BORDES,  
SE DEPOSITA UN TROZO GRANDE DE GASA SECA, LA CUAL SE --  
MANTIENE CON LOS DEDOS O, MEJOR AÚN, BAJO LA PRESIÓN --  
MASTICATORIA.

ESTA PRESIÓN DEBE MANTENERSE, POR LO MENOS, DU  
RANTE MEDIA HORA, TRANSCURRIDA LA CUAL, SE RETIRA CON SU  
MA PRECAUCIÓN LA GASA SECA QUE HACE COMPRESIÓN.

EN CASO DE PERSISTENCIA, SE INSISTE CON LA --  
COMPRESIÓN O SE ADMINISTRAN LOS TRATAMIENTOS GENERALES.

EN MUCHAS OCASIONES, NO ES FÁCIL REALIZAR CÓ-  
MODAMENTE LAS MANIOBRAS PARA COHIBIR UNA HEMORRAGIA POR  
QUE EL PACIENTE ESTÁ DOLORIDO O EL MISMO ACTO OCASIONA  
DOLOR. EN TALES CASOS, SERÁ UTILÍSIMO REALIZAR UNA PE-  
QUEÑA ANESTESIA LOCAL, A NIVEL DEL LUGAR DONDE SE LOCA-  
LIZA LA HEMORRAGIA.

ADÉMÁS DE LAS VENTAJAS QUE SE OBTIENEN POR EL PODER VASOCONSTRICTOR DEL LÍQUIDO ANESTÉSICO, EL EMPLEO DE ESTE PROCEDIMIENTO PERMITIRÁ REALIZAR CON COMODIDAD, LAS MANIOBRAS Y AL FINAL PASAR UN HILO DE SUTURA PARA APROXIMAR LOS LABIOS DE LA HERIDA SANGRANTE, CON COLOCACIÓN O NO DE SPONGOSTAN, AXYCEL O PLACENTA EN EL INTERIOR DE LA CAVIDAD ÓSEA.

MÉTODOS GENERALES. SEGÚN LA CANTIDAD DE SANGRE PERDIDA, SERÁ EL ESTADO DEL PACIENTE. EN GENERAL, LAS HEMORRAGIAS EN CIRUGÍA BUCAL NO SON MORTALES, AUNQUE CONOCEMOS ALGUNAS ALARMANTES.

SE MEJORARÁ EL ESTADO GENERAL (PULSO, TENSIÓN, CORAZÓN), ADMINISTRANDO TÓNICOS CARDIACOS Y SE TRATARÁ DE REEMPLAZAR LA SANGRE PERDIDA POR LA INYECCIÓN DE SUERO GLUCOSADO, TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y MEDICAMENTOS COAGULANTES.

B) HEMATOMA. LA ENCÍA QUE CUBRE LA REGIÓN OPERATORIA SE PONE TURGENTE Y DOLOROSA. LAS REGIONES VECINAS ACOMPAÑAN LA TUMEFACCIÓN SANGUÍNEA Y TODO ADQUIERE UN ASPECTO INFLAMATORIO.

EL HEMATOMA PUEDE LLEGAR A SUPURAR, DÁNDO EN ESTAS OCASIONES REPERCUSIÓN GANGLIONAR, ESCALOFRÍOS Y FIEBRE.

LA CONDUCTA EN SEMEJANTES CASOS, DEBE SER EXPECTANTE. DESPUÉS DE UN TIEMPO VARIABLE Y CON SUMA LENTITUD, EL HEMATOMA SE REABSORBE; CUANDO SUPURA, SE TRATA COMO UN ABSCESO, INCIDIÉNDOLO A BISTURÍ.

ALGUNAS VECES PUEDE INTENTARSE DISMINUIR LA



TENSIÓN ABORVIENDO CON UNA JERINGA LA SANGRE, TODAVÍA -  
LÍQUIDA, DEL HEMATOMA. EL HEMATOMA PUEDE ORIGINARSE --  
TAMBIÉN POR DESGARRE O RUPTURA DE UN VASO.

c) INFECCION. A PESAR DE LAS CONDICIONES --  
SÉPTICAS DEL CAMPO OPERATORIO, LA INFECCIÓN, ES COMÚN.

PUEDE SOBREVENIR A RAÍZ DE UNA OPERACIÓN, FLE-  
MONES, ABSCESOS, CELULITIS Y AÚN PROCESOS DE MAYOR INTEN-  
SIDAD E IMPORTANCIA, TALES COMO EL FLEMÓN CIRCUNSCRIPTO  
O EL FLEMÓN DIFUSO DEL SUELO DE LA BOCA, MUY GRAVES EN -  
ÉPOCA PREPENICLÍNICA.

EL PROCESO INFECCIOSOS POSTOPERATORIO MÁS CO-  
MÚN, ES LA ALVEOLITIS, SU PATOGENIA, MARCHA CLÍNICA Y -  
TRATAMIENTO, ASÍ COMO EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES  
POSTOPERATORIAS, SERÁN CONSIDERADOS OPORTUNAMENTE.

d) DOLOR. EL DOLOR POSTOPERATORIO MÁS COMÚN  
QUE SE PRESENTA A CAUSA DEL TRATAMIENTO OPERATORIO, DE-  
BE SER CALMADO POR MEDICAMENTOS PRECONIZADOS PARA TAL -  
OBJETO: ANTIPIRINA, PIRAMIDÓN; EXCEPCIONALMENTE MORFI-  
NA.

EL FRÍO COLOCADO A INTERVALOS SOBRE LA REGIÓN  
OPERADA, CALMA EN LAS PRIMERAS HORAS LOS DOLORÉS POSTOPE-  
RATORIOS. CUANDO SEA NECESARIO PUEDEEN ADMINISTRARSE --  
LOS ANALGÉSICOS.

#### COMPLICACIONES GENERALES.

a) SHOCK. ES LA COMPLICACIÓN MÁS INMEDIATA -

QUE PUEDE PRESENTARSE. SUELE SER DEBIDO A LA ANESTESIA O TRATARSE DE UN SHOCK QUIRÚRGICO.

EL PRIMERO, ES EL MÁS FRECUENTE, CUANDO NO SE TRATA DEL SHOCK NEUROGÉNICO; EL SHOCK QUIRÚRGICO, POR LA INTERVENCIÓN MISMA, ES RARO EN NUESTRA ESPECIALIDAD.

POR LO COMÚN SE TRATA DE LIPOTIMIAS DE INTENSIDAD VARIABLE, ORIGINADAS, EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS, POR EL MIEDO A LA OPERACIÓN.

EL CUADRO ES CLÁSICO: EL PACIENTE EMPIEZA A EMPALIDECER, SU FRENTE SE CUBRE DE GOTAS DE SUDOR, LA RESPIRACIÓN SE HACE ANSIOSA, LOS OJOS MIRAN HACIA UN PUNTO FIJO, LA NARÍZ SE TORNA AFILADA, EL PULSO DISMINUYE DE FRECUENCIA. ESTA SITUACIÓN SE MANTIENE POR BREVES MINUTOS.

EL TRATAMIENTO DE ESTA LIPOTIMIA, SE REALIZA - DE LA SIGUIENTE MANERA: SE SUSPENDE LA INTERVENCIÓN; - SE COLOCA AL PACIENTE HORIZONTALMENTE, CON LA CABEZA -- MÁS BAJA QUE EL CUERPO, PARA COMBATIR LA ANEMIA CEREBRAL; ES ÚTIL LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO AL 100%, CON LA CARETA PARA LA ANESTESIA GENERAL O DIRECTAMENTE CON UNA GOMA SI NO SE TIENE AQUEL ELEMENTO. SE INYECTARÁ POR VÍA INTRANUSCULAR VASOCONSTRICTORES DEL TIPO DE LA METEDRINA, VERITOL U OTROS SINTÉTICOS DERIVADOS DE LA EFEDRINA.

B) INFECCIÓN. SEPTICEMIA, BACTEREMIA. LA EXTRACCIÓN DENTARIA O LA ELIMINACIÓN DE FOCOS SÉPTICOS, PUEDE SER SEGUIDA DEL PASO DE MICROORGANISMOS A LA SANGRE.

ESTA COMPLICACIÓN TIENE IMPORTANCIA EN LOS -

CARDIACOS Y REUMÁTICOS PORQUE PUEDEN ORIGINARSE ENDOCARDITIS BACTERIÉMICAS GRAVES.

A LOS PACIENTES CON LESIONES REUMÁTICAS O CARDÍACAS ES MENESTER ADMINISTRAR PENICILINA A GRANDES DÓ-  
SIS, ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.

## BIBLIOGRAFIA

CLINICA PROPEDEUTICA MEDICA. DR. LUIS MARTÍNEZ CERVANTES.

MANUAL DE FARMACOLOGIA. DR. G. KUSCHINSKY Y DR. LULLMANN.

CIRUGIA BUCAL. DR. RIES CENTENO.

CIRUGIA BUCAL. DR. GUSTAV O. KRUGER.

REVISTA DE LA SOCIEDAD ODONTOLÓGICA. DR. CARLOS MONSALVE MUÑOZ.

REVISTA INTERNACIONAL DENTAL JOURNAL.