

67
202



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIENTES RETENIDOS

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
GUADALUPE COSIO CORONADO

MEXICO, D. F.,

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DIENTES RETENIDOS

- I. Definición y Etiología.
 - 1.- Factores Locales
 - A. Razones embriológicas
 - 2.- Factores Generales o Sistemáticos.

- II. Consideraciones Generales
 - 1.- Elementos anatómicos de consideración en relación - con maxilar y mandíbula.
 - A. Huesos del maxilar
 - B. Huesos de la mandíbula
 - C. Irrigación.
 - D. Inervación.

- III. Técnicas de anestesia
 - A. Anestesia Local
 - a) Bloqueo del nervio dentario inferior y lingual
 - b) Bloqueo del nervio mentoniano e incisivo
 - c) Infiltración maxilar.

 - B. Anestesia General
 - a) Por inhalación
 - b) Endovenosa

IV. Clasificación de los dientes retenidos.

V. Problemas que ocasionan los dientes retenidos.

1. Accidentes mecánicos
2. Accidentes infecciosos
3. Accidentes nerviosos
4. Accidentes tumorales

VI. Indicaciones y Contraindicaciones

VII. Tratamiento

1. Preoperatorio

- a) Historia clínica
- b) Instrumental
- c) Preparación del paciente

2. Transoperatorio

- a) Anestesia
- b) Posición idónea del paciente
- c) Técnica quirúrgica
- d) Accidentes transoperatorios que pueden prolongar una cirugía.

3. Postoperatorio

- a) Instrucciones para el paciente

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

Siempre hay algo que nos inquieta o interesa saber, por lo que tenemos la necesidad de satisfacer estas inquietudes y que mejor manera que hacer una investigación.

En mi caso personal, siempre he tenido especial interés por la cirugía bucal, que es la parte de la práctica dental relacionada con el diagnóstico, tratamiento quirúrgico y complementario de las enfermedades, lesiones y malformaciones de la cavidad bucal, así como de la región maxilo-facial.

Razón por la cual decidí elaborar mi tesis profesional, sobre dientes retenidos, lo cual considero como un problema de gran incidencia.

Tratando de aprender lo mayor posible, ya que considero que siempre debe existir en nosotros un deseo de superación, para poder realizar con éxito el desempeño de nuestra profesión. Teniendo presente que en la práctica de la cirugía bucal, como en la práctica general, detrás de cada diente existe un paciente.

C A P I T U L O I

DIENTES RETENIDOS

Definición.

Cuando los dientes no toman sus posiciones normales y funcionales dentro de la arcada dentaria se les considera incluidos, retenidos, atrapados o impactados. También se denominan dientes retenidos a aquellos cuya erupción es parcial o totalmente obstruida por hueso o por otros dientes, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

La retención dentaria se puede presentar en dos formas:

1. Cuando el diente está totalmente rodeado por tejido óseo (retención intraósea).
2. Cuando el diente está cubierto por la mucosa gingival (retención subgingival).

Etiología.

La explicación de la incidencia de dientes retenidos que parece más lógica es la reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares. Esto da por resultado maxilares demasiado pequeños para acomodar los terceros molares. En apoyo de ésta teoría observamos la ausencia congénita de terceros molares superiores o inferiores a la presencia de terceros molares rudimentarios en su lu-

gar.

Nodine señala que por lo menos desde hace doscientos años se ha creído a la civilización responsable de la disminución o falta total de estímulo que excite un desarrollo adecuado de los maxilares; - un desarrollo que provea de suficiente espacio para una erupción - normal de todos los dientes. Este estímulo perdido es la fuerza - necesaria para la masticación del alimento duro, con el consiguiente choque. La dieta moderna no requiere un esfuerzo en la masticación, y esto, es la causa de la falta de estímulo de crecimiento de los maxilares y la razón por la que el hombre moderno tiene - dientes retenidos.

El problema de las retenciones dentarias es más que todo un problema de tipo mecánico, porque el diente que va hacer erupción y aparecer en la arcada dentaria, como sus congéneres ya erupcionados, encuentra en su trayecto un obstáculo el cual impide su normal erupción, por lo que se encuentra impedida mecánicamente por este obstáculo.

Otro problema de tipo mecánico, es en base a una discrepancia disposicional entre la suma de la anchura de los dientes y el -- tamaño del maxilar.

Las razones por las que no hace erupción un diente las pode-

mos clasificar de la siguiente manera:

1. Factores Locales.

A. Razones embriológicas. - La ubicación de un gérmen dentario en sitio muy alejado al de normal erupción; el diente originado por tal gérmen esta imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar y es considerado como un problema mecánico.

El gérmen dentario puede encontrarse en su sitio, pero en una angulación tal que al calcificarse el diente y empezar hacer erupción, la corona toma contacto con un diente vecino, retenido o erupcionado; este contacto constituye una fijación del diente en erupción. Sus raíces se constituyen, pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un eje que le permita una normal erupción.

B. Obstáculos Mecánicos. - Como ya dijimos anteriormente las causas más importantes de la retención dentaria son los obstáculos mecánicos los cuales vamos a dividir de la siguiente manera:

1. Falta de espacio. El trastorno de la erupción dentaria por falta de espacio se debe a que los terceros -

molares y el canino superior son los últimos en hacer erupción. El germen dentario del tercer molar inferior debe desarrollarse entre una pared inextensible - (cara distal del segundo molar) y la rama montante - de la mandíbula; el canino superior tiene su germen, situado en lo más elevado de la fosa canina. Completada la calcificación del diente y en maxilares de reducida dimensión no tiene lugar para ocupar su sitio - normal en la arcada, ya que el incisivo lateral y el - premolar ya erupcionados se lo impiden.

2. Hueso de una condensación tal que no pueda ser vencido por la fuerza de la erupción. Como en la enostosis que es una neoformación localizada que brota en el interior de los maxilares. - Suele desarrollarse a expensas de la superficie cortical interna o de las trabéculas óseas. En la anemia ictero hemolítica familiar (anemia eritroblástica), la estructura ósea está sumamente aumentada de grosor.
- 3.- Los impedimentos que se oponen a una normal erupción; un órgano dentario, dientes vencidos que por extracción prematura del temporario han acercado sus coronas cerrando el espacio y por tal motivo constituyen un obs-

táculo mecánico. La retención de temporarios que por algún motivo persisten y ocupan el espacio del diente retenido. También las retenciones secundarias constituyen un impedimento de erupción, como es el caso de los molares temporarios, los segundos por lo general llegan a sufrir un proceso de inclusión en el maxilar debido a la presión de los dientes permanentes vecinos que lo vuelven a introducir dentro del hueso de donde provenía.

4.- Elementos patológicos.- Como son los dientes supernumerarios que se originan por una sobreactividad de la lámina dentaria, que da lugar a la producción de nuevos brotes del órgano del esmalte. Es muy común encontrar dientes supernumerarios en los incisivos centrales, los cuales llegan a ser causa mecánica de retención de los dientes permanentes. Una vez brotados se observan fácilmente causando mala oclusión y cuando no han erupcionado se observan diastemas entre los dientes cercanos.

A menudo los dientes supernumerarios están fusionados y forman un odontoma; en otras ocasiones están asociados con la formación de un quiste.

Los odontomas también constituyen un impedimento -
mécánico de la erupción dentaria. Este tumor afec-
ta la parte mesenquimatosa del diente y está forma-
do por tejidos dentarios calcificados. En la vecin-
dad del odontoma suelen encontrarse dientes reteni-
dos.

En la mayor parte de los odontomas existen uno o -
varios dientes retenidos, los cuales indudablemente -
se han visto imposibilitados de erupcionar a causa de
la tumoración. (cit. 1).

Factores Generales o Sistemáticos.

Dentro de estos factores están todos los que pueden interferir en el desarrollo del niño, tales como:

- A. El raquitismo.- Que afecta el desarrollo del rostro y el de la mandíbula maxilar. A causa de la blandura del hueso - (por una perturbación de la calcificación ósea) se producen deformidades cefálicas y de los maxilares.

El raquitismo es un trastorno nutricional de la primera y - segunda infancia por falta de utilización del Calcio y del Fósforo Sanguíneos a consecuencia de carencia de vitamina D - que proviene de los rayos ultravioleta del sol.

Vitáminas antirráquíticas.- La vitamina D₃ que se presenta en materias vegetales y la D₂ en materias animales, ambas son transformadas a partir de su provitamina, en su forma activa que es la vitamina D.

Estos pacientes presentan maxilar estrecho con bóveda palatina elevada y mala oclusión, la mandíbula es corta y retraída con curvatura angular en la región canina; la dentición es retardada y por el tamaño del maxilar y la mandíbula se presentan retenciones dentarias.

- B. Disóstosis Cleidocraneal. - Enfermedad de etiología desconocida. Es un trastorno en la osificación de los huesos craneales, que no afecta a la base del cráneo, hay ausencia completa o parcial de las clavículas, recambio dentario tardío, dientes permanentes retenidos y dientes supernumerarios. El maxilar se encuentra retraído y presenta pseudoprotusión de la mandíbula.
- C. Oxicefalia. - Llamada cabeza cónica, porque la parte superior de la cabeza es puntiaguda, se cree que es por un precoz cierre de las suturas coronal y sagital. El maxilar está subdesarrollado (retracción) con senos rudimentarios, el paladar es muy elevado y con gran frecuencia fisurado, la mandíbula está normal pero da la impresión de estar en protusión, respiran por la boca, la arcada superior es estrecha y presentan moloclusión con dientes retenidos en el maxilar.
- D. Progeria. - El niño presenta envejecimiento prematuro, además presenta infantilismo y enanismo, su aspecto facial es de un anciano. Se cree que es un síndrome pluriglandular motivado por una alteración en la nutrición originada por una infección sanguínea y la necrosis por isquemia de la hipófisis. Los dientes son de excesivo tamaño con relación a los maxilares, el paladar es arqueado; presentan moloclusión con dientes irregulares.

D. Acronodoplasia. - Es una enfermedad congénita hereditaria del crecimiento óseo, en el que afecta la formación del hueso - cartilaginoso. Hay suspensión del crecimiento epifisiario por lo que se produce una forma de enanismo. Presenta micrognathia superior, paladar plano o inclinado y pseudoprotucción de la mandíbula.

E. Paladar Fisurado. - Es la falta de unión de los dos procesos palatinos. Se observa a menudo en la disostosis craneofacial, oxicefalia y osteogénesis imperfecta. El maxilar se encuentra distendido, los procesos palatinos no están unidos y siguen sin desarrollarse.

C A P I T U L O I I

Elementos anatómicos de consideración en relación con el maxilar y la mandíbula.

a) Huesos del maxilar

El maxilar es un hueso par, tiene forma cuadrangular, siendo algo aplanado de afuera o dentro. Presenta dos caras, cuatro bordes, cuatro ángulos y una cavidad o seno maxilar.

Cara interna.- Aquí vamos a encontrar la apófisis palatina que tiene forma cuadrangular, esta apófisis tiene -- una cara superior que forma parte del piso de las fosas nasales y otra inferior la cual forma parte de la bóveda palatina, en donde encontramos pequeños orificios vasculares. El borde externo de la apófisis está unido al resto del maxilar y su borde interno se articula con el mismo borde de la apófisis palatina del maxilar opuesto.

El borde opuesto, hacia su parte anterior, se articula con el otro maxilar formando la espina nasal anterior. El -- borde anterior de la apófisis forma parte del orificio anterior de las fosas nasales. El borde posterior se articula con el palatino en su parte horizontal. Entre la articulación de los dos maxilares atrás de la espina nasal -

anterior se forma el conducto palatino anterior por el -
cual pasan el nervio esfenopalatino interno y una rama -
de la arteria esfenopalatina.

La apófisis palatina divide la cara interna del ma-
xilar en dos: Inferior. -Forma parte de la bóveda palati-
na.

Superior. -Presenta atrás diversas rugosidades en -
las que se articula la rama vertical del palatino y más -
adelante está el orificio del seno maxilar y por delante -
está el canal cuyo borde anterior está limitado por la --
apófisis ascendente del maxilar. Esta apófisis en su --
cara interna y en su parte inferior tiene la cresta turbi-
nal inferior que se articula con el cornete inferior; y por
encima de esta se encuentra la cresta turbinal superior -
que se articula con el cornete medio.

El seno maxilar es una gran cavidad en forma de -
pirámide cuadrangular. En el cráneo articulado se encu-
entra muy disminuido por la interposición de las masas -
laterales del etmoides por arriba, el cornete inferior por
abajo, el unguis por delante y la rama vertical del pala-
tino por detrás.

Cara Externa. - En su parte anterior por arriba de la -
implantación de los incisivos encontramos la foseta mirti-
forme, limitada posteriormente por la giba canina, atrás
y arriba de esta giba hay una saliente llamada apófisis -
piramidal la cual presenta una base que se une con el -
resto del hueso y un vértice truncado que se articula con
el molar, tres caras y tres bordes.

La cara superior es plana, forma parte del piso de
la órbita y lleva un canal anteroposterior llamado conduc-
to suborbitario por donde sale el nervio suborbitario. En
la cara anterior se abre el agujero suborbitario y entre -
la giba canina y dicho agujero encontramos la fosa canina.
De la pared inferior del canal suborbitario salen los con-
ductos dentarios anteriores que van a los alveolos de los
incisivos y del canino: son los conductos por donde sa--
len los nervios dentarios anteriores. La cara posterior -
de la apófisis piramidal es convexa y corresponde a la -
tubercidad del maxilar por dentro y por fuera a la fosa
cigomática, además se ven orificios llamados agujeros --
dentarios posteriores por donde pasan los nervios denta---
rios posteriores y las arterias alveolares,

Los tres bordes de la apófisis piramidal, -el inferior

forma la parte superior de la hendidura vestibulocigomática; el anterior forma la parte interna e inferior del borde de la órbita; y el posterior se une a la mayor del esfenoides formando la hendidura esfenomaxilar.

les que se observan en el maxilar.

Borde anterior. - Abajo se ven la parte anterior de la apófisis palatina y la fosa nasal anterior, más arriba una escotadura - que con la del lado opuesto forma el orificio anterior de las fosas nasales y más arriba el borde anterior de la rama ascendente.

Borde posterior. - Forma la tuberosidad del maxilar. Su parte superior forma la pared anterior de la fosa pterigomaxilar y - en su porción más alta recibe a la apófisis orbitaria del palatino. En su parte baja se articula con la apófisis pterigoides, esta articulación forma el conducto palatino posterior.

Borde superior. - Forma el límite interno de la pared inferior de la órbita y se articula con el unguis, con el etmoides y con la apófisis orbitaria del palatino.

Borde inferior. - Presenta los alvéolos dentarios con su vértice perforado para dar paso al paquete vasculo nervioso de los dientes. Los alvéolos están separados por tabiques óseos llamados

apófisis interdientarias.

Ángulos. - El maxilar presenta cuatro ángulos, dos superiores y dos inferiores. En el ángulo anterosuperior destaca la apófisis ascendente del maxilar, de dirección vertical e inclinada hacia atrás. Su extremidad superior se articula con la apófisis orbitaria interna del frontal. La cara interna de esta apófisis forma parte de la pared externa de las fosas nasales, mientras su cara externa forma la cresta lagrimal anterior. Sus bordes se articulan, el anterior con los huesos propios de la nariz y el posterior con el unguis.

Estructura. - Las partes formadas por tejido esponjoso son: La parte anterior de la apófisis palatina, la base de la apófisis ascendente y el borde alveolar, todo el hueso restante esta formado por tejido compacto.

Osificación. - La osificación del maxilar se origina por cinco centros que aparecen al final del segundo mes de vida fetal,

1. El externo o molar
2. El orbitonasal
3. El anteroinferior o nasal
4. Interno inferior o palatino.

5. Formado por la pieza incisiva situada entre los centros nasales y delante del palatino.

b) Huesos de la Mandíbula

Esta formada por un solo hueso y la podemos considerar dividida en un cuerpo y dos ramas.

Cuerpo. - Tiene una forma de herradura y cuya concavidad esta vuelta hacia atrás. Se observan del cuerpo dos caras y dos bordes.

Cara anterior. - En la línea media observamos una cresta llamada sínfisis mentoniana, su parte inferior es más saliente y se llama eminencia mentoniana. Hacia atrás y afuera de la cresta se encuentra el agujero mentoniano por donde salen el nervio y los vasos mentonianos y más atrás una línea saliente que va hacia abajo y adelante; se llama línea oblicua externa.

Cara posterior. - Cerca de la línea media está la apófisis geni que son cuatro tuberculos, dos superiores que sirven de inserción a los musculos genioglosos y dos inferiores - a los geniohiodeos. Partiendo del borde anterior de la rama vertical hay una saliente que es la línea oblicua interna o miliohioidea donde se inserta el musculo miliohioideo,

Por fuera de la apófisis geni y por encima de la línea oblicua se ve la foseta sublingual que alija la glandula sublingual y más afuera y abajo de la línea oblicua está la foseta submaxilar en donde se alija la glándula submaxilar.

Bordes. - El borde inferior es romo y redondeado, tiene dos fosetas llamadas digástricas, una a cada lado de la línea media, en donde se inserta el músculo digástrico. El borde superior presenta los alvéolos dentarios separados por las apófisis interdientarias, donde se insertan los ligamentos coronarios de los dientes.

Ramas. - Son dos la derecha e izquierda, donde forma cuadrangular. Tienen dos caras y cuatro bordes.

Cara externa. - En su parte inferior hay rugosidades para la inserción del músculo masetero.

Cara interna. - En la parte media encontramos un agujero llamado orificio superior del conducto dentario; por el se introducen los nervios y vasos dentarios inferiores. Una saliente que es la espina de Spix en donde se inserta el ligamento esfenomaxilar. En el cuerpo del hueso se forma el canal milohioideo; en donde se alojan el nervio y

los vasos maxilohioides. En la parte inferior y posterior se inserta el músculo pterigoideo interno.

Bordes. - El anterior se encuentra en forma de canal -- cuyos bordes son divergentes al nivel del borde alveolar, formando la hendidura vestibulo cigomática. El borde posterior recibe el nombre de borde parotídeo, por sus relaciones con la glándula parótida. El borde superior posee la escotadura sigmoidea, situada entre la apófisis coronoides por delante y el cóndilo de la mandíbula por detrás. La primera es de forma triangular, con vértice superior, sobre el cual se inserta el músculo temporal. La escotadura sigmoidea comunica la región masetérica con la fosa cigomática, dejando paso a los nervios y vasos masetéricos. El cóndilo se articula con la cavidad glenoidea del temporal. Se une al resto del hueso mediante el cuello del cóndilo, en cuya cara interna se inserta el músculo pterigoideo externo.

IRRIGACION DEL MAXILAR Y LA MANDIBULA

Ramos de la Carótida Externa.

Arteria Lingual. - Se origina por encima de la tiroidea superior. Esta cubierta por el hiogloso por lo que está en relación con el nervio hipogloso mayor, que junto con el borde posterior del -

milohiideo y el tendón intermedio del digástrico limitan el -
triángulo de Pirogoff.

Ramos colaterales.- De la arteria lingual emanan diversos -
ramos; la arteria hiodea que sigue el borde superior del hi-
odea y se anastomosa en la línea media con la del lado opues-
to. La arteria dorsal de la lengua, corre hacia arriba hasta
la mucosa de la lengua, donde irriga las papilas caliciformes,
también produce ramos que terminan en la mucosa epiglótica -
y en el pilar interno del velo del paladar. La arteria sublin-
gual de ramos para la glándula sublingual y para el frenillo -
de la lengua y por último la arteria ranina que irriga la muco-
sa de la lengua en la porción que esta por delante de la V lin-
gual.

Arteria facial.- Su origen esta arriba de la arteria lingual.
Corre dentro del digástrico y del estilo hiodeo. Contornea la -
glándula submaxilar originando la curva supraglándular. Una
vez que llega al borde inferior de masetero, de donde se diri-
ge a la comisura de los labios produciendo la curva facial.
Llega al surco nasogeniano que recorre hasta el ángulo del --
ojo donde se anastomosa con la arteria nasal y la oftálmica.

Ramos colaterales.- Arteria palatina inferior, suministra ra-
mos al estilo hiodeo y al estilogloso, se adosa a la pared de la

farínge, llega a la amígdala y velo del paladar. Arteria submaxilar, irriga a la glándula submaxilar. Arteria submentoniana, irriga la mandíbula y emite ramos a la glándula submaxilar, al milohiideo, al digástrico y termina en el mentón donde se anastomosa con la dentaria inferior. Arteria masetérica, irriga al masetero. Las coronarias superior e inferior, nacen al nivel de la comisura labial e irrigan al labio superior y al inferior, se anastomosan con las del lado opuesto; emitiendo en su terminación la arteria del subtabique.

Arteria Maxilar Interna.- Nace a nivel del cuello del cónsilo. Rodea el Pterigofdeo externo y se deliza entre este músculo y el temporal, penetrando en la fosa pterigomaxilar donde termina a favor de la arteria esfenopalatina.

Ramos colaterales.- Se distinguen ramas ascendentes, descendentes, anteriores y posteriores.

Ascendentes.- Arteria temporal profunda media, nace de un tronco común de la maseterina, va hacia arriba entre el pterigofdeo externo y el temporal en cuya cara profunda se distribuye. Arteria temporal profunda anterior, nace en el mismo tronco que la bucal, alcanza la cara profunda del temporal.

Descendentes.- Arteria dentaria inferior, se origina a la altura

del cuello del cóndilo, penetra en el conducto dentario hasta salir por el agujero mentaniano y termina en las partes blandas del mentón, en su trayecto produce ramas como la pterigofdea para el pterigofdeo interno, la milohiodea para el milohiideo; las ramas dentarias alcanzan el ápice de los dientes, corren por su conducto apical y van a distribuirse en la pulpa dentaria; la rama incisiva que irriga los incisivos y el canino. Arteria bucal, se une al nervio bucal y llega al bucinador donde termina. Arteria palatina superior va a lo largo del conducto palatino posterior y llega al conducto palatino anterior donde se anastomosa con la esfenopalatina, emitiendo antes ramas que irrigan la mucosa gingival y palatina.

Anteriores.- Arteria alveolar que va a la tuberosidad del maxilar donde se divide en tres ramos que penetran en los conductos dentales posteriores y terminan en los molares. Arteria Infraorbitaria, se introduce en el conducto infraorbitario hasta salir por el agujero suborbitario e irriga el párpado inferior, la parte anterior de la mejilla y el labio superior, en su trayecto emite la rama orbitaria, ramos mucosos y una rama dentaria anterior dando ramas a los incisivos superiores.

Rama terminal.- Recibe el nombre de esfenopalatina que se introduce en las fosas nasales, donde se divide en una rama

interna que desciende al conducto palatino anterior y lo recorre hasta la bóveda palatina y se anastomosa con la palatina superior; y una rama externa que se ramifica en los tres cornetes y los tres meatos auditivos.

INERVACION DEL MAXILAR Y LA MANDIBULA

Esta inervación va a estar dada principalmente por el Trigémino que es el V par craneal, siendo sensitivo y motor. Se compone de tres ramas que son:

1. Oftálmica
2. Maxilar superior
3. Maxilar inferior

El maxilar superior es sensitivo y tiene ramas colaterales que son:

1. Ramo meníngeo medio
2. Ramo orbitario
3. Nervio esfenopalatino
4. Ramos dentarios posteriores
5. Nervio dentario medio
6. Ramo dentario anterior

El maxilar inferior es motor y sensitivo y se divide en:

1. Nervio temporo-bucal
2. Nervio Temporal profundo medio

3. Nervio temporo masetérico
4. Nervio del pterigoídeo interno
5. Nervio aurículo temporal
6. Nervio dentario inferior
7. Nervio lingual

El nervio facial es el VII par craneal. Es un nervio sensitivo y motor.

Sus fibras sensitivas van a la mucosa lingual y ganglios submaxilar y sublingual.

El IX par que es el glossofaríngeo y también es sensitivo y motor. Algunos de los músculos de la lengua están inervados por sus fibras motrices y sus fibras sensitivas inervan el tercio superior de la mucosa lingual.

Por último tenemos al XII par craneal que es el hipogloso el cual es motor e inerva a los músculos de la lengua

C A P I T U L O I I I

ANESTESIA LOCAL

Anestesia Local.

Los anestésicos locales son los que más se utilizan en la práctica odontológica y los vamos a definir como compuestos químicos que tienen la propiedad de bloquear temporalmente la transmisión de un estímulo doloroso desde el área bucal hasta el sistema nervioso central.

Con excepción de la cocaína, todos los anestésicos empleados en odontología generalmente son sintéticos y desde el punto de vista químico pueden clasificarse en:

Compuestos de tipo éster, tales como la procaína y la mayoría de los cuales derivan del ácido paraaminobenzoico.

Compuestos de tipo no éster, como la lidocaína y la mepivacaína. Este grupo contiene un enlace amida.

Clorhidrato de Procaína, U.S.P.

La procaína (clorhidrato de 2-dimetilaminoetil 4-aminobenzoato), es una sustancia sólida, cristalina, blanca, inodora, soluble en agua. Tiene un punto de fusión de 154°C. Es uno de los anestésicos menos tóxico y cuando se emplea en bajas concentraciones, se

estruye rápidamente por el plasma y el hígado. Posee propiedades vasodilatadoras que facilitan una rápida absorción en el torrente circulatorio. Se aplica generalmente para fines dentales al 2% con o sin adrenalina.

Clorhidrato de Lidocaína

La lidocaína (clorhidrato de α -dietilamino-2, 6 acetoxilidida), es un polvo blanco, cristalino y soluble en agua. Su punto de fusión es de 69°C. Su potencial anestésico es el doble que el de la procaína. La duración anestésica es mayor en un volumen y concentración igual a la procaína. Es más tóxica que la procaína. La lidocaína es hidrolizada en el plasma y detoxificada en el hígado. Se ha comercializado en soluciones al 2% con concentraciones variables de vasoconstrictor.

Clorhidrato de Mepivacaína

La mepivacaína (clorhidrato de 1-metil-2, 6 pipercoloxilidida), es un sólido blanco, cristalino, inodoro y soluble en agua. Tiene un punto de fusión de 261°C. Es un anestésico más potente que la procaína y semejante a la lidocaína en cuanto a potencia, período de latencia y duración de su acción. Se ha comercializado en soluciones al 2% con vasoconstrictor y de 3% sin vasoconstrictor.

Mecanismo de acción de los anestésicos.

destruye rápidamente por el plasma y el hígado. Posee propiedades vasodilatadoras que facilitan una rápida absorción en el torrente circulatorio. Se aplica generalmente para fines dentales al 2% con o - in adrenalina.

Clorhidrato de Lidocaína

La lidocaína (clorhidrato de α -dietilamino-2, 6 acetoxilidida), es un polvo blanco, cristalino y soluble en agua. Su punto de fusión es de 69°C. Su potencial anestésico es el doble que el de la procaína. La duración anestésica es mayor en un volumen y concentración igual a la procaína. Es más tóxica que la procaína. La lidocaína es hidrolizada en el plasma y detoxificada en el hígado. Se ha comercializado en soluciones al 2% con concentraciones variables de vasoconstrictor.

Clorhidrato de Mepivacaína

La mepivacaína (clorhidrato de 1-metil-2, 6 pipercoloxilidida), es un sólido blanco, cristalino, inodoro y soluble en agua. Tiene un punto de fusión de 261°C. Es un anestésico más potente que la procaína y semejante a la lidocaína en cuanto a potencia, período de latencia y duración de su acción. Se ha comercializado en soluciones al 2% con vasoconstrictor y de 3% sin vasoconstrictor.

Mecanismo de acción de los anestésicos.

El anestésico local disminuye la conducción a lo largo del --
ervio de los impulsos producidos por estímulos dolorosos. Según
a el tipo y tamaño de las fibras nerviosas afectadas, habrá una -
sminución de la conducción de otros impulsos.

La propagación de los impulsos a lo largo del axón implica -
a despolarización temporal de su membrana polarizada y se obser
: aumento del umbral necesario para producir la excitación; dismi-
ción progresiva en la amplitud del potencial de acción y modera-
ón de la velocidad de conducción hasta el cese total de la propaga
ón de los impulsos.

Los anestésicos empleados son en forma de sales básicas, al-
loides solubles en agua. Esto tiene por objeto, mantener la esta-
lidad del agente y permitir el transporte extracelular de forma que
tre en contacto con las fibras nerviosas. Si el agente anestésico-
e inyecta en una zona muy vascularizada o incluso en el interior -
e un vaso sanguíneo, queda rápidamente absorbido, aunque esto pue
e producir un aumento de la toxicidad general de la droga debido al
úbito aumento de la concentración en la circulación sanguínea.

Mientras que el anestésico actúa sobre las fibras nerviosas, -
tros tejidos del organismo actúan sobre el anestésico para volverlo
activo y eliminarlo. La mayoría de los anestésicos locales contie

Los vasoconstrictores que aumentan la duración de la acción, así como la profundidad de los anestésicos. Los vasoconstrictores más utilizados son la adrenalina y la epinefrina.

Anestésicos Tópicos.

Son agentes que cuando se aplican en la superficie de la mucosa bucal, producen la anestesia de las terminaciones nerviosas, aliviando de esta forma los pequeños estímulos dolorosos superficiales. Los anestésicos tópicos son muy útiles para disminuir el dolor de la inyección cuando se aplican a la mucosa antes de insertar la aguja.

Técnicas de Anestesia Local.

Casi todas las intervenciones operatorias en odontología se llevan a cabo bajo anestesia local. Esto se consigue mediante las técnicas de infiltración o de bloqueo nervioso.

Las técnicas de infiltración afectan a los extremos terminales del nervio mediante una inyección subcutánea o subperióstica.

La anestesia por bloqueo nervioso es una con mayor frecuencia en las intervenciones dentales extensas tales como extracciones múltiples, alveoloplastias, trabajos restauradores extensos, así como para la extracción de dientes mandibulares.

BLOQUEOS DE LOS NERVIOS DENTAL INFERIOR Y LENGUAS.

El bloqueo de estos nervios se considera como el bloqueo --
ervioso más importante, porque proporciona una anestesia total -
e todos los dientes de la mitad de la mandíbula, una parte de encia
ucal, la piel y la mucosa del labio inferior así como la piel de la
arquilla. Anatómicamente estos nervios están muy relacionados en
l foramen mandibular y se anestesian simultáneamente con una sola
nyección.

Normalmente esto se consigue con una técnica intraoral de la
iguiente forma: Con la boca del enfermo muy abierta, el dedo ín-
ice del operador colocado sobre el borde oblicuo externo de la man-
íbula y se continúa hacia atrás hasta la rama ascendente, alcanzan-
lo su mayor profundidad. En este punto el dedo esta en línea di-
ecta con el foramen mandibular. La aguja se inserta en el inte-
ior de los tejidos en un punto que coincide con el centro de la uña
del dedo índice, en la depresión pterigotemporal. El ángulo de pene-
ración se toma desde el área premolar del lado opuesto. La aguja
se introduce hasta que entra en contacto con el hueso, entonces se
retira aproximadamente 1 mm y se deposita la solución.

BLOQUEO DEL NERVIO BUCAL.

Este nervio se bloqueará cuando se desee obtener una anestesia
de la membrana mucosa de la región bucal en la zona de los mola-

es, así como en la extracción de los terceros molares. El método consiste en poner la inyección en el pliegue mucobucal por la parte distal del último molar, bloqueando así, las ramas terminales del nervio.

BLOQUEO DE LOS NERVIOS MENTONIANO E INCISIVO.

Estos bloqueos producen la anestesia de las estructuras inervadas por las ramas terminales del nervio dental inferior, cuando este se divide en los nervios mentoniano e incisivo al salir del agujero mentoniano. El nervio mentoniano inerva al labio y los tejidos blandos, desde el primer molar hasta la línea media. El nervio incisivo inerva las estructuras óseas y las pulpas de los premolares, canino e incisivo.

La anestesia se logra insertando la aguja en el pliegue mucobucal por delante del apice del segundo premolar. Se imprime una dirección anterior, medial e inferior a la aguja, hundiéndola hacia el agujero mentoniano e inyectando lentamente la solución.

INFILTRACION MAXILAR

La infiltración se acompaña de éxito con mucha más frecuencia cuando se trata de la extracción de dientes maxilares, esto es debido a dos factores:

1. El hueso maxilar es muy poroso y la solución anestésica se puede difundir a través de él muy fácilmente alcanzando las -

terminaciones nerviosas sin dificultad.

2. El bloqueo del nervio maxilar es mucho más difícil de conseguir en comparación con el nervio mandibular.

Para anestesiar los dientes maxilares se procede de la manera siguiente: la aguja se introduce directamente en el pliegue mucobucal en la zona que esta al mismo nivel de los ápices de los dientes que deben anesteciarse. Se deposita la solución anestésica y se produce un efecto anestésico en pocos minutos. Si se desea extraer algún diente, se anestésiarán también los nervios palatinos, en este caso será suficiente depositar unas gotas de solución anestésica en los tejidos del paladar blando, en el área que se haya de extraer.

Los nervios que se afectan en estas inyecciones son: para los dientes, las divisiones terminales de los nervios alveolares superiores anterior medio y posterior; para los tejidos blandos del paladar, el nervio palatino anterior en la zona molar o premolar y el nasopalatino en la zona de caninos e incisivos.

ANESTESIA GENERAL

Anestesia General.

La anestesia general es la pérdida de la sensibilidad y la con-

cia, siendo reversible esta acción. Es de gran importancia dentro de la odontología ya que en algunas ocasiones no se puede atender al paciente con anestesia local como es el caso de pacientes nerviosos, niños rebeldes, retrasados mentales, procesos operatorios múltiples.

Para la administración de los anestésicos generales, estudiaremos la farmacología de los más empleados.

OXIDO NITROSO

El empleo del óxido nitroso se remota al principio de la anestesia general y permanece hasta hoy en día como uno de los menos tóxicos. Es un gas inflamable, que se administra por inhalación y tiene un olor dulce no irritante, es de rápida inducción y de placentero restablecimiento. No es tóxico mientras se administre por lo menos con el 20% de oxígeno, no se combina químicamente con ningún tejido del cuerpo.

El óxido nitroso produce la anestesia debido a su gran solubilidad en el plasma sanguíneo. La depresión del sistema nervioso central es su principal acción farmacológica. No causa cambio apreciable en la frecuencia cardíaca, no altera el volumen ni la concentración de la sangre.

El óxido nitroso disminuye la sensibilidad de las zonas bucal,

al, y laríngeo traqueal. Para odontología operatoria lo vamos a
r en una mezcla de 50-50. La frecuencia de náuseas y vómitos
pués de la anestesia con óxido son algo frecuentes.

ER.

El éter es un anestésico excelente, tan potente que se puede -
var al paciente a todos los planos de la anestesia. Para obtener
ajación muscular adecuada se emplean pequeños volúmenes de --
r. Es irritante para las vías respiratorias y con frecuencia es-
mula la secreción bronquial y la secreción salival durante las fa-
s de inducción y recuperación. En el corazón y pulmón disminuye
fuerza contráctil, pero este efecto es contrareestado por la activi-
d nerviosa simpática, el gasto y la frecuencia cardíaca se elevan
eramente. El éter causa vasoconstricción renal, disminuye la fil-
ción glomerular y la circulación plásmica renal, aumenta la frac-
in de filtración y la resorción tubular de agua, se cree que esto es
r aumento de la secreción de hormona antidiurética. Además en -
plasma hay aumento de hidrocortizona, tiroxina y noradrenalina.

El éter se absorbe casi instantáneamente por el epitelio pulmo-
r y se secreta una parte por el mismo sitio y otra parte por orina
sudor. Durante la recuperación aparecen náuseas y vómitos.

LOTANO,

Es un anestésico de fácil y moderada inducción y de rápida recuperación. Se administra por inhalación y no es inflamable, su olor no es irritante. En los pacientes con asma o bronquitis crónica proporciona buenos resultados. Su poder es el suficiente para cualquier intervención quirúrgica, sin embargo tiene el inconveniente que produce una depresión cardiovascular profunda. Disminuye la permeabilidad de la larínge y no estimula las secreciones de las vías respiratorias. La recuperación de la conciencia no es tan rápida y suele acompañarse de escalofríos de origen neurológico.

ICLOPROPANO .

Es un gas incoloro con olor no desagradable, es inflamable y explosivo. Es un anestésico muy potente. Suele emplearse en circuito cerrado de respiración con absorción de bióxido de carbono, es de rápida inducción. El gasto cardíaco no disminuye hasta que se alcanza un plano profundo de anestesia, el gasto cardíaco es normal. Al recuperar la conciencia son frecuentes las náuseas y vómitos acompañados de cefaleas.

PENTOTAL.

Es un barbitúrico intravenoso, la inyección intravenosa normalmente es de una solución al 2.5% y produce una inducción rápida y tranquila junto con niveles sanguíneos altos y una marcada depresión cardíaca y respiratoria. Para ser efectivo se debe emplear para --

profundizar con un suplemento analgésico del tipo de la procaína -
ministrada localmente o por anestesia general con óxido nitroso.

TECNICAS DE ANESTESIA.

La preparación del paciente debe comenzar on la noche anterior
la operación en que se iniciará la medicación preanestésica ade--
ada. La selección del agente anestésico la realizará el anestesi-o
go, una vez conocidas las necesidades del paciente teniendo en --
enta el estado de sus sistemas cardiovascular, pulmonar y meta-
lico.

La vía acostumbrada para el odontólogo es la nasotraqueal, -
esto que facilita al cirujano el acceso a la cavidad oral; no obs-
nte puede estar contraindicada cuando exista obstrucción nasal o
iendo el enfermo experimente tendencia a las hemorragias.

La Anestesia Nasotraqueal

Consiste en colocar un catéter de goma o plástico en la tra--
rea a través de la glotis mediante un laringoscopio conectándose la
onda con el aparato de anestesia, este procedimiento se realiza --
na vez inducida la anestesia y con la ayuda de un relajante muscu-
r. Para evitar la fuga de gases respiratorios hacia el exterior -
e recurre al taponamiento faríngeo.

anestesia general por inhalación.

Para la anestesia general por inhalación se requiere: una fuente de oxígeno, medio de eliminación de bióxido de carbono, aparato para medir los anestésicos y un vaporizador que cambie los líquidos en volátiles.

Métodos para producir la Anestesia General por Inhalación.

Método Abierto

Consiste en hacer gotear el anestésico sobre una mascarrilla metélica cubierta con gasa, en la que existe libre acceso de aire con poca acumulación de bióxido de carbono, se puede complementar inyectando oxígeno por medio de un tubo que viene de un tanque, el tubo pasa por debajo de la mascarrilla.

Método Semlabierto.

Requiere un aparato de anestesia con tanques para los gases anestésicos y para el oxígeno una máscara hermética y una bolsa de hule donde el paciente inspira, existen válvulas de manera que todo el volúmen expirado va a la atmósfera y no hay reinhalación.

Método Semicerrado.

Consiste en el empleo de una máscara comunicada con una bolsa que sirve de reserborio como en el método anterior, pero al no existir válvulas durante la expiración parte de los gases va al exterior y parte a la bolsa de reinspiración de manera que el paciente -

pira una mezcla gaseosa mixta.

todo Cerrado.

Es el método de elección que exige el empleo de aparatos especiales que constan de una máscara como en los procedimientos anteriores, una bolsa de reinspiración, un dispositivo para introducir oxígeno y anestésicos, medidores de corriente. Pero en este caso el sistema está completamente cerrado y el paciente reinhala siempre los vapores y gases anestésicos, pero no el bióxido de carbono que es absorbido por cal sodada que es una mezcla de hidróxido de calcio y sodio.

ANESTESIA INTRAVENOSA.

Los agentes anestésicos intravenosos, cuando se utilizan de forma apropiada, ofrecen muchas ventajas. Se dice que el agente ideal debe reunir cuatro requisitos: 1) gran seguridad de empleo; 2) rápida inducción; 3) mantenimiento satisfactorio; 4) rápida recuperación.

Técnica de anestesia,

Se sienta al paciente, y una vez que se encuentra cómodo se invita a que recline la cabeza hacia adelante y se coloca el inhalador nasal de forma que cuelgue suavemente sobre el pecho. Se elige la vena adecuada, bien el dorso de la mano o del espacio cubital anterior y se coloca un torniquete centralmente al área de in-

cción. Una vez desinfectada la zona de punsión manteniendo el
tebrazo sujeto con la mano, entonces se deposita 2 cm³ de barbi-
rico para probar si existe alguna reacción desagradable a la dro-
, a continuación se inyectan de 2 a 4 cm³. Cuando se ha comple-
do lá inducción, la mandíbula queda lo suficientemente relajada --
mo para poder colocar un abrebocas, desviando la lengua hacia -
rás provocando una obstrucción. La pieza nasal está ya fijada -
ertemente y al paciente se le administra oxígeno al 100%, este se
uede continuar dando paso o diluirlo con oxído nitroso, si la inter-
ención dura más de 10 minutos.

Una vez que se ha introducido el abrebocas, se succiona la --
ral suavemente y se coloca una pequeña esponja oval que actúa - -
omo un tabique orofaríngeo. Esta esponja actúa como una barrera
ue evita la penetración de sangre, mocos o detritus en la farínge e
ncluso en la traquea, también ayuda a mantener la lengua en una -
orción posterlor aumentando de esta forma el paso de aire a vías -
espiratorias, desde luego la esponja se cambiará con frecuencia du-
ante la intervención.

C A P I T U L O I V

CLASIFICACION DE LOS DIENTES RETENIDOS

La clasificación de los dientes retenidos por su orden de incidencia la podemos enunciar como a continuación se menciona en la siguiente tabla:

- . Tercer molar inferior
- . Tercer molar superior
- . Canino superior
- . Premolares inferiores
- . Canino inferior
- . Premolares superiores
- . Central superior
- . Central inferior

Ya que el tercer molar inferior, el tercer molar superior y el canino superior, son los más frecuentes en cuanto a su incidencia, se expondrá a continuación su clasificación.

Clasificación de los Terceros Molares Inferiores Retenidos.

Los terceros molares inferiores los podemos clasificar de tres maneras diferentes:

- 1. Posición del tercer molar en relación con su eje longitudinal:
 - a) Retención Vertical-El molar puede estar total o parcialmente cubierto por hueso y su eje mayor es paralelo al eje mayor

del segundo y primer molar.

- b). Retención Horizontal. - El eje mayor del tercer molar es perpendicular a los ejes del segundo y primer molar.
- c) Retención Mesioangular. - El eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje de este diente un ángulo de grado variable.
- d) Retención distoangular. - El tercer molar tiene su eje dirigido hacia la rama montante; por lo tanto, la corona ocupa dentro de esa rama una posición variable.
- e) Retención Invertida. - El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior de la mandíbula y sus raíces hacia la cavidad bucal.
- f) Retención Bucoangular. - Su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados el segundo y primer molar. La corona del tercer molar está hacia bucal.
- g) Retención Linguangular. - El eje del molar es perpendicular al plano en que están orientados los molares anteriores, - pero la corona del retenido está dirigida hacia lingual.

II. Ubicación del tercer molar en la arcada,

- a). Normal. - El tercer molar sigue la forma oval de la arcada.
- b) Desviación Bucal. - El molar está dirigido hacia afuera - del óvalo de la arcada.
- c) Desviación Lingual. - La desviación del molar tiene lugar hacia el lado lingual de la arcada.
- d) Desviación Bucolingual. - El molar dirigido hacia el lado bucal y su cara oclusal desviada hacia la lengua.

Relación del Molar con la Rama Ascendente.

CLASE I Hay suficiente espacio entre la rama y el lado distal del segundo molar, para la acomodación del -- diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE II El espacio entre la rama y el extremo distal del segundo molar es menor que el diámetro mesio--distal de la corona del tercer molar.

CLASE III Todo o casi todo el tercer molar está localizado en la rama ascendente.

PROFUNDIDAD RELATIVA AL TERCER MOLAR EN EL HUESO.

Posición A. La porción más alta del diente está al nivel de - la línea oclusal o sobre de ella,

Posición B. La porción más alta del diente está por debajo --
del plano oclusal, pero por encima de la línea --
del segundo molar.

Posición C. La porción más alta del diente está por debajo de
la línea cervical del segundo molar.

Clasificación de los Terceros Molares Superiores Retenidos.

- **Profundidad Relativa de los Terceros Molares en el Hueso.**

Clase A. La porción inferior de la corona del tercer molar
está al nivel del plano oclusal del segundo molar.

Clase B. La porción inferior de la corona del tercer molar
superior está entre el plano oclusal del segundo -
molar y la línea cervical.

Clase C. La porción inferior de la corona del tercer molar
está en la línea cervical del segundo molar o so--
bre ella.

- **Relación del Tercer Molar con el Eje Longitudinal del Segundo
Molar,**

- | | |
|-----------------|---------------------|
| a) Vertical | e) Invertida |
| b) Horizontal | f) Vestibuloangular |
| c) Mesioangular | g) Linguangular |
| d) Distoangular | |

Estas retenciones son iguales que las de los terceros molares superiores.

Relación del Tercer Molar con el Seno Maxilar.

- A. Aproximación Sinusal (A.S.) no hay hueso o hay una pequeña lámina de hueso, entre el tercer molar y el seno maxilar, conocida como aproximación del seno maxilar.
- B. No hay aproximación sinusal (N.A.S.) hay 2mm ó más de hueso, entre el tercer molar y el seno maxilar.

Clasificación de los Caninos Superiores Retenidos.

- Clase I Caninos retenidos en el paladar; horizontal, vertical y semivertical.
- Clase II Caninos retenidos en la superficie vestibular; horizontal, vertical, semivertical.
- Clase III Caninos retenidos a la vez en palatino y vestibular; ejemplo: la corona está en el paladar y la raíz pasa entre las raíces de los dientes adyacentes terminando en ángulo agudo sobre la superficie vestibular del maxilar.
- Clase IV Caninos retenidos localizados en la apófisis alveolar entre el incisivo y el primer premolar en po-

sición vertical.

Clase V Caninos retenidos en un maxilar desdentado.

C A P I T U L O V

PROBLEMAS QUE OCASIONAN LOS DIENTES RETENIDOS

Todos los dientes retenidos causan trastornos de índole diversa, aunque en ocasiones pasan inadvertidos sin causar molestia alguna al paciente portador. Los accidentes que causan los dientes retenidos pueden clasificarse de la forma siguiente:

Accidentes mecánicos.

Los dientes retenidos actúan sobre los dientes vecinos, producen trastornos en su colocación normal y en su integridad anatómica.

- a) Trastornos en la colocación normal. - Cuando el diente retenido trata de erupcionar ejerce presión en los dientes vecinos produciendo desviaciones en dichos dientes, y aún a distancia como es el caso de los terceros molares inferiores que con frecuencia desvían de su ubicación en la mandíbula a los caninos e incisivos, produciendo un entrecruzamiento de dientes o apiñamiento.
- b) Trastornos sobre la integridad anatómica del diente. - La constante presión que ejerce el diente retenido o su saco pericoronario en el diente vecino, causa alteraciones en el cemento, dentina y en ocasiones en la pulpa dentaria.

Accidentes infecciosos.

Están dados en los dientes retenidos por la infección de su saco pericoronario y esto sucede cuando aumenta la virulencia microbiana y disminuyen las defensas del organismo, y por otra parte es necesario que se establezca una vía de entrada como:

- a) Cuando hace erupción el diente retenido, su saco se abre y se pone en contacto con el medio bucal.
- b) Por medio de una complicación apical o parodontal del diente vecino.
- c) Por vía hemática.

La infección del saco dentario se traduce por procesos tales como: Presencia de inflamación local, con dolores, aumento de temperatura local, absceso o fistula, consiguiente de osteítis y osteomielitis, adenoflemones.

3) Accidentes nerviosos.

Este tipo de accidentes son muy frecuentes y se deben a la presión que ejercen los dientes retenidos sobre los nervios de los dientes vecinos o sobre los troncos mayores produciendo neuralgias, siendo la más común la del trigémico, debida a la presión que ejerce el tercer molar en sus diversas formas de

retención, sobre el nervio dentario inferior.

Accidentes tumorales.

Los tumores que se originan a causa de los dientes retenidos son los quistes dentígeros que están constituidos por una bolsa conjuntivo-epitelial, en cuyo interior se encuentra la corona de un diente. Estos quistes se desarrollan en dientes que quedan retenidos en los maxilares o dientes supernumerarios. Los quistes se presentan en ambos maxilares pero son más frecuentes en la mandíbula que en el maxilar, esto es de acuerdo a la frecuencia de retención, por lo que los dientes más afectados con un quiste dentígero son el tercer molar inferior y el canino superior.

La expansión y crecimiento de los quistes se manifiesta sobre los dientes vecinos, produciendo desviaciones en los dientes haciendo que se habrán en forma de abanico, además causas rarefacciones del cemento de los dientes que se encuentran cerca y necrosis pulpar.

Los quistes dentígeros por lo general no presentan aintomatología, sin embargo pueden presentarse cefaleas, neuralgias y dolores de distinto tipo.

Para el diagnóstico necesitamos una radiografía que nos -

va a mostrar, los contornos del quiste y la presencia del diente con la corona dentro de la bolsa quística. Su tratamiento es quirúrgico extirpando la bolsa quística y la extracción del diente retenido.

C A P I T U L O VI

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Existen varias razones para la extracción de los dientes retenidos como es la presencia de infecciones, de dolor, presencia de quiste o de un tumor, por consideraciones ortodóncicas, por periodonaritis o pericoronitis y por profilaxia.

Infecciones.

Tales como es el caso de abscesos alveolares crónicos o agudos, osteítis, osteomielitis, adenoflemones.

Dolor

Puede ser ligero y localizado en el área inmediata del diente retenido, igual al típico dolor de muelas, o puede ser grave y aún agudísimo e incluir todos los dientes superiores e inferiores, en el lado afectado el oído y la zona posauricular, cualquier parte atravesada por el nervio trigémino, puede presentar dolor y puede ser una neuralgia intermitente facial que simula un tic doloroso.

Presencia de un quiste o tumor.

Como en el caso de un quiste dentífero ya antes mencionado y la presencia de tumores odontogénicos.

4) Consideraciones ortodóncicas.

Algunos ortodóncistas, particularmente los que practican la extracción de bicúspides, recomiendan la eliminación de los terceros molares. Creen que la presión de un tercer molar retenido es un factor importante en la posición de los dientes y por ello la extracción de los cuatro molares en edades - - comprendidas entre los 15 y 19 años es bastante recomendada por lo ortodoncistas.

5) Pericoronitis.

Es la infección oral más frecuente. Se localiza en los tejidos blandos que rodean la corona de un molar parcialmente erupcionado o incluido. El colgajo mucoso que cubre parte de la corona da lugar a la formación de una bolsa en el interior - de la cual se acumulan bacterias y detritus, frecuentemente -- predominan los bacilos fusiformes y espirilos. Los tejidos se encuentran enrojecidos, edematosos y extremadamente dolorosos, con ligeros procesos inflamatorios que duran dos o tres días, - entre el molar y el capuchón brotan unas gotas de sangre con - pus. El paciente se queja de dificultad para comer y tragar, - con frecuencia tiene escalofríos, fiebre, malestar general, consti - pación y halitosis. Los ganglios linfáticos submaxilares y cervi - cales están endurecidos y dolorosos.

Profilaxis

Es con el fin de evitar la pericoronitis, que como ya se vió anteriormente presenta un cuadro clínico molesto al paciente.

Contraindicaciones.

Contraindicaciones para la extracción de caninos; cuando el canino puede ser llevado a posición normal por procedimientos quirúrgicos o combinación de cirugía y ortodoncia. A edad temprana no deberá ser extraído.

Cuando algunos jóvenes tienen que perder todos sus dientes para llevar dentaduras completas, no deberán perder sus terceros molares superiores que no han erupcionado, ya que la erupción de estos dientes ayudará a formar la tuberosidad. La dentadura se hace sobre los dientes no brotados, de manera que puedan extraerse los dientes más adelante cuando aparezcan bajo la mucosa.

En un individuo mayor muchas veces es conveniente no hacer la extracción cuando la pieza retenida no haya causado molestias.

C A P I T U L O VII

TRATAMIENTO

PREOPERATORIO.

Historia Clínica.

El instrumento de diagnóstico más útil para el cirujano dentista es una buena historia clínica. La cual vamos a elaborar en una hoja en blanco, en la que podemos hacer las anotaciones necesarias. Para el interrogatorio nos podemos guiar en formatos impresos, - para asegurarnos de no omitir ningún dato. Lo que si es conveniente es tener un odontograma impreso, para anotar lo referente al - exámen bucal. La elaboración de esta historia clínica debe ser un proceso ordenado siguiendo siempre una misma secuela, para no -- confundirnos.

La historia clínica se divide:

- a) Ficha de identificación
- b) Ficha de exploración
- c) Diagnóstico
- d) Pronóstico
- e) Plan de Tratamiento
- f) Tratamiento
- g) Evolución
- h) Observaciones

Ficha de identificación.

Esta ficha se compone de los siguientes datos:

Nombre completo:	Sexo:
Edad:	Fecha y lugar de nacimiento:
Estado Civil:	Ocupación:
Domicilio Particular y Teléfono:	Domicilio Oficial y Teléfono:
Fecha en que se realizó la historia clínica:	

Ficha de exploración.

En esta ficha se anotarán datos que el paciente nos refiera y datos que obtengamos nosotros por medio del interrogatorio, de la observación o ya sea por la exploración, que hacemos desde que el paciente llega al consultorio; Observamos su estatura, peso, color de ojos y de su piel, reacciones, su forma de hablar, signos de nerviosismo, ansiedad, depresión, -- forma de respirar.

Una vez que iniciamos la plática con él paciente debemos preguntarle el motivo de la consulta, los síntomas del padecimiento, aparición, duración, si ha tomado algún medicamento.

De la cabeza, debemos ver si presenta; asimetrías, agrandamiento o deformidad del cráneo, presencia de lesiones o de cicatrices en el cuero cabelludo, De la cara debemos observar

expresión facial, lesiones cutáneas, asimetrías, hipertroñas, parostésias. Del cuello debemos tomar en cuenta los cambios de color, textura y contorno de la piel.

Deben palparse las glándulas salivales y de los ganglios linfáticos; es decir glándulas submaxilar y sublingual, parótida, así como las cadenas ganglionares, la cervical, submandibular, submentonera y esternomastoidea.

Cavidad bucal: Deben observarse cada uno de los tejidos que la integran, como son los labios, mucosa labial, mucosa bucal, pliegues mucobucuales, paladar, orofaringe, lengua, piso de boca, encías, dientes, cierre de la boca, movimientos funcionales de las articulaciones temporomandibulares.

Antecedentes patológicos familiares.

Estos datos comprenden: edad, salud y causa del fallecimiento de padres, hermanos, esposa e hijos, incluyendo infecciones contagiosas, enfermedades hereditarias.

Antecedentes patológicos personales.

Esta parte consta de las enfermedades anteriores del paciente como son: principales infecciones y enfermedades que ha padecido, si es alérgico a algo, intervenciones y heridas anteriores, ingresos en hospitales o clínicas. Antecedentes patológicos que tengan relación

su padecimiento actual.

Precedentes personales no patológicos.

Se preguntará al paciente sobre: Sus hábitos nutricionales para ver si su alimentación es buena en calida y cantidad, hábitos de higiene, cada cuando se baña, cada cuando se cambia la ropa, tipo habitación, cuántas recámaras tiene, cuantos duermen en cada cámara, si tienen ventilación las recámaras, con que servicios cuenta la casa, cuántos viven en la casa.

Hábitos o costumbres como son: El tomar té o café, tabaquismo, alcoholismo, adición hacia alguna droga.

Revisión de los aparatos y sistemas orgánicos.

A través de este descubriremos las alteraciones del paciente, e en muchas ocasiones no sabe que las tiene y las preguntas son:

APARATO CARDIOVASCULAR

- a) Palpitaciones
- b) Dolor precordial (sensación de presión en el interior del pecho con irradiaciones hacia el brazo izquierdo).
- c) Cefaléas (dolores de cabeza) frecuentes.
- d) Mareos
- e) Disneas (dificultad de respirar) de esfuerzo y de reposo.
- f) Edema de tobillos

- g) **Lipotímias** (desmayos)
- h) **Oliguria ortostática** (ganas de orinar al acostarse y que cesan al ponerse de -- pie.)
- i) **Fragilidad capilar**
- j) **Tensión arterial y pulso.**

APARATO RENAL

- a) **Poliúria** (necesidad frecuente de orinar)
- b) **Nictúria** (necesidad de orinar durante la noche)
- c) **Edema palpebral** (hinchazón de los párpados)
- d) **Piúria** (Presencia de pús en la orina)
- e) **Disuria** (dolor al orinar)
- f) **Hematuria** (presencia de sangre en la -- orina)

APARATO DIGESTIVO

- a) **Molestias en la región hepática** o antecedentes de lesiones o enfermedades hepáticas
- b) **Anorexia** (pérdida de apetito)
- c) **Polfagia** (necesidad constante de comer)
- d) **Dispepsia** (dificultad en la digestión)
- e) **Disfagia** (dificultad al tragar)
- f) **Meteorismos** (gases).
- h) **Dolor de estómago** frecuente

- h) Estreñimiento o diarreas frecuentes.
- i) Náuseas o vómitos frecuentes.

SISTEMA NERVIOSO

- a) Sueño
- b) Parestésias (sensación de adormecimiento o cosquilleo en una zona del cuerpo, provocada por la lesión de alguna rama nerviosa)
- c) Parálisis
- d) Temblor
- e) Irritabilidad
- f) Antecedentes de convulsiones tipo epilepsia o corea.
- g) Problemas emocionales, principalmente durante el tiempo en que el paciente se someta al tratamiento.

APARATO RESPIRATORIO

- a) Tos frecuente (de que tipo)
- b) Expectoraciones frecuentes
- c) Epistaxis (hemorragias nasales) frecuentes
- d) Cianosis (falta de oxigenación en la sangre)
- e) Disneas, que pueden ser por causas nerviosas, urémicas, por tabaquismo, asmáticas digestivas, etc.

APARATO GENITAL

- a) Alteraciones observadas por el paciente o

alguna enfermedad padecida.

- b) Interrogar sobre los estados fisiológicos de Menstruación. -A que edad fue su menarca (primera menstruación), ritmo, - volúmen, dismenorrea (dolores menstruales conocidos como cólicos), leucorrea - (presencia de moco blanquecino en el flujo menstrual), hace cuántos días terminó o si es en el momento de la consulta -- está menstruando.

Embarazo. - Si esta embarazada, si presenta anomalías, tiempo del embarazo, deberá interrogar sobre los embarazos anteriores: complicaciones durante ellos, peso de las criaturas al nacer, abortos o amenaza - de ellos no provocados, abortos - provocados, anomalías en el actual;

Lactancia: Sólo necesitamos saber si en el momento de la consulta la paciente está amamantando algún niño.

Menopausia. - Esto es importante debido a los - cambios hormonales que trae como consecuencia y lo susceptible que - se tornan las personas en los inicios de esta.

SISTEMA ENDOCRINO

El principal padecimiento que vamos a encontrar es la diabetes y acerca de la cual preguntaremos:

- a) **Polifagia.**
b) **Pérdida de peso**

- c) Polidípsia (sed constante)
- d) Poliúria
- e) Antecedentes de diabetes familiares
- f) En el caso de tratarse de una mujer, - cuántos embarazos, presencia de abortos no provocados, peso de los hijos al nacer (dado que niños que pesan más de -- cuatro kilos al nacer, hacen sospechar de diabetes).

EN BOCA DEBEMOS BUSCAR:

- a) Microangiopatías (degeneración en las paredes de los pequeños vasos que se encuentran en encías).
- b) Movilidad dentaria
- c) Aliento cetónico (olor a manzanas pasadas)
- d) Macroglosia (agrandamiento de la lengua)
- e) Encías edematosas y sangrantes.
- f) Presencia de bolsas paradontales
- g) Resorción de las crestas alveolares.

uebas de laboratorio.

Este tipo de pruebas se requieren para confirmar o aclarar dudas respecto a la salud del paciente; o bien en caso de que tengamos que recurrir a la cirugía en el tratamiento que se haya pensado realizar las pruebas de laboratorio que se solicitan son:

- a) Química sanguínea

- b) Biometría hemática
- c) General de orina
- d) Curva de tolerancia a la glucosa
- e) Tiempo de sangrado
- f) Tiempo de coagulación
- g) Tiempo de protombina

Estudio radiográfico.

Es aconsejable tomarle a nuestro paciente un estudio radiográfico ya que así obtendremos datos que no podemos observar por medio de la inspección, la palpación o percusión y que nos ayudarán a llevar a cabo un buen diagnóstico, para trazar un tratamiento adecuado.

Estas radiografías pueden ser:

- A) **Intraorales**
 - 1) **Periapicales**
 - 2) **Oclusales**
 - 3) **De aleta mordible**
- B) **Extraorales**
 - 1) **Panorámicas**
 - 2) **Laterales**
 - 3) **Para cefalometría**
- c) **Diagnóstico**

Después de haber hecho un estudio minucioso

de nuestro paciente tendremos que llegar a un diagnóstico, el cual anotaremos en la hoja clínica.

D) Pronóstico

Cuando tengamos la certeza de la etiología del padecimiento de nuestro paciente y formado nuestro diagnóstico, también tenemos que dar un pronóstico de la enfermedad; -- para saber el grado de éxito o fracaso que vamos a obtener en el tratamiento que se va a efectuar y se lo tenemos que comunicar al paciente.

E) Plan de tratamiento

Una vez hecho el diagnóstico y pronóstico, - podemos hacer nuestro plan de tratamiento, el cual será desde la premedicación al paciente, el momento de la operación y hasta la medicación y analgesia después de la intervención.

F) Tratamiento

Se va a llevar a cabo siguiendo el plan de - tratamiento que se haya trazado y anotado -

lo que hagamos al paciente para recordar todo y como se efectuó.

G) Evolución.

Se irá anotando como vaya respondiendo el paciente al tratamiento que se este siguiendo.

H) Observaciones

Se anotarán cosas de importancia como son los medicamentos que está tomando durante el tratamiento que vayamos a efectuar; el nombre del médico que lo atiende; tipo de sangre.

Instrumental quirúrgico.

Para la extracción de dientes retenidos vamos a utilizar el siguiente instrumental:

- 1) Jeringa y aguja para anestesia
- 2) Pinzas de curación y espejo
- 3) Mango de bisturí del # 5 y hojas de bisturí
- 4) Tijeras
- 5) Pinzas de disección
- 6) Legra, periostótomos, espátulas romas
- 7) Separadores de Farabeu

- 8) Escoplos y martillo
- 9) Alveolotomo
- 10) Fresas quirúrgicas
- 11) Limas para hueso
- 12) Pinza hemostática
- 13) Curetas
- 14) Elevadores y Forcepa
- 15) Agujas curvas
- 16) Portagujas
- 17) Cánula para aspiración

aterial necesario para la extracción de dientes retenidos:

- 1) Anestesia
- 2) Gasas estériles
- 3) Algodón estéril
- 4) Seda para sutura
- 5) Suero fisiológico o agua bidestilada

reparación del paciente.

En algunas ocasiones habrá necesidad de darle una previa medicación del paciente y esto va en relación con su nerviosismo, intranquilidad, lo que los hace anestésicorresistentes.

Esta medicación va a ser por medio de sedantes que nos facilitarán la operación o ejecución del tratamiento y se administrarán la

oche anterior a la cita y una hora antes de esta, para llevar a -
abo con éxito nuestro tratamiento.

TRANSOPERATORIO

Es la operación propiamente dicha y en este caso es la extrac-
ción del diente retenido. Este empieza desde el momento en el que
se anestesia al paciente.

Posición idónea del paciente.

Si la pieza retenida por extraer se encuentra en el maxilar,
debemos colocar el respaldo del sillón en un ángulo de 45° , la cabez
a ligeramente inclinada hacia atrás de modo que la arcada superior
forme un ángulo de 90° con el eje del tronco.

La arcada superior de nuestro paciente debe encontrarse a la -
altura de nuestros hombros; de esta manera tendremos buena visibili-
dad y se podrán realizar mejor y fácil las manobras necesarias.

Si la pieza retenida se encuentra en la mandíbula, debemos co-
locar el sillón hacia atrás formando un ángulo de 45° para permitir-
nos trabajar detrás del sillón.

Técnicas Quirúrgicas.

El principio básico para la extracción de los dientes retenidos
es seguir una técnica.

nica Quirúrgica para la Extracción de Terceros Molares Inferio-
Retenidos.

La extracción de terceros molares inferiores retenidos es un procedimiento quirúrgico complicado que incluye los tejidos blandos, músculos y parte del hueso. La zona de operación es muy restringida y de difícil acceso: está muy vascularizada e inundada constantemente por saliva, lo que hace necesario el uso continuo del aparato de aspiración.

- 1) Se va a poner anestesia troncular.
- 2) La incisión para el colgajo se hace en la zona retromolar en el centro de la cresta alveolar, continuándose por el cuello del segundo molar y el primero, esto es festoneando la encía por vestibular de aquí se hace una incisión hacia abajo hasta llegar al ápice del primer premolar. La incisión debe tener apoyo óseo.
- 3) Se levanta el colgajo con un periostótomo, separándolo cuidadosamente, levantando junto con este el periostio.
- 4) Si el diente está completamente cubierto por hueso, hay que quitarlo por medio de fresas, se tiene que remover suficiente el hueso tanto en vestibular ---

como en distal, para crear una pequeña cavidad.

- 5) Es aconsejable el seccionamiento del diente con -
fresas, para facilitar su extirpación.
- 6) Se hace la extracción por medio de elevadores -
óforceps, según se necesite.
- 7) Se elimina el saco folicular, con una cucharilla -
para hueso.
- 8) Se hace la regularización de bordes, con una lima
para hueso.
- 9) Se irriga con agua bidestilada o suero fisiológico
para eliminar las esquirlas óseas que hayan queda
do sueltas en el alveólo y para eliminar la sangre
y ver si se ha dejado bién el alveólo.
- 10) Se espera a que se llene el alveólo de sangrey se
satura, generalmente con seda.

Técnica Quirúrgica para la Extracción de Terceros Molares Superio- res Retenidos.

Los molares superiores no se desvían con tanta frecuencia como los inferiores y molestan menos para erupcionar, pero a veces se --
hace necesario extraerlos quirúrgicamente. En este caso hay que --

Proceder con especial precaución por la proximidad del seno maxilar -
su posición junto al extremo de la apófisis alveolar.

- 1) Se va anestesiar, vestibular y palatino
- 2) La incisión se hace atrás de la tuberosidad, desde la porción más distal de la tuberosidad hacia adelante, hasta llegar al punto medio de la superficie distal - del segundo molar, se continúa la incisión por vestibular, alrededor del cuello del segundo molar, hasta el espacio proximal entre el primero y el segundo - molar y después hacia el fondo de surco mucoves-
tibular.
- 3) Se levanta el colgajo con el periostótomo, lo cual da acceso adecuado al hueso. El colgajo se debe levantar junto con el periostio.
- 4) El hueso que cubre a los terceros molares superiores, no es muy denso, pudiendo ser fácilmente extirpado con escoplos o alveolotomos para exponer -
así la corona.
- 5) Se hace el seccionamiento del diente con fresas, -
lo cual nos va a facilitar la extracción.

- 6) Se hace la extracción con un elevador, el cual se coloca por debajo de la corona y al nivel del punto más alto labrado de la ventana ósea; hay que cuidar que la presión sea hacia vestibular y distal. Esto es para evitar que el diente sea forzado al seno maxilar.
- 7) Se elimina el saco folicular, con una cucharilla para hueso.
- 8) Se hace la regularización de bordes o el llamado de las paredes con una lima para hueso.
- 9) Se lava con suero fisiológico o agua bidestilada.
- 10) Se espera a que se llene de sangre el alveólo y se satura sobre la tuberosidad y en el espacio interproximal, con seda.

Técnica Quirúrgica para la Extracción del Canino Superior Retenido.

El promedio de caninos retenidos presenta mayores dificultades que los terceros molares inferiores retenidos.

- 1) Se coloca anestesia palatina y vestibular.
- 2) Se hace la incisión siguiendo el contorno de los dientes, abarcando desde la cara distal del primer

molar derecho a la cara distal del primer molar izquierdo.

- 3) Se desprende la fibromucosa palatina con leguas.
- 4) Se pinza, retrae y secciona el paquete v_ásculo nervioso que sale del agujero palatino anterior.
- 5) Se hacen de 4 a 8 trepanos en el hueso y se irriga con agua o suero fisiológico.
- 6) Hay que quitar la ventana ósea dejando descubierto el canino y lo seccionamos.
- 7) Primero se levanta la corona del diente con un botador.
- 8) Por medio de tracción se lleva la raíz a la ventana ósea.
- 9) Se elimina el saco folicular para evitar que se forme posteriormente un quiste. Para la eliminación del saco se usa una cureta o cucharilla para hueso, se reseca y se hace una regularización de bordes.
- 10) Se espera que el alveólo se llene de sangre y se vuelve el colgajo a su sitio inicial por medio de -

una gasa humeda, se presiona un poco de la parte superior, para que no quede aire entre el hueso y la mucosa (esto se conoce como planchado).

- 11) Se coloca en el paladar uno o más gasa según sea necesario para mantener el colgajo en su sitio. Cuando se cree que el colgajo no se va a mantener en su sitio por este medio se elaborará antes de la cirugía una placa de acrílico, que nos ayudará a conservar el colgajo en su sitio adecuado.

Si el paladar es demasiado curvo se colocará una placa hecha de acrílico la cual mantendrá el colgajo en su sitio, esta placa se elabora antes de la intervención.

Accidentes transoperatorios que pueden prolongar una cirugía.

Con respecto a los terceros molares inferiores retenidos lo que pueden prolongar la técnica operatorio es lo siguiente:

- 1) Curvatura anormal de las raíces.
- 2) Hiper cementosis.
- 3) Proximidad del conducto dentario.
- 4) Gran densidad ósea, especialmente en los pacientes mayores.
- 5) A veces las coronas de los dientes retenidos en los

pacientes ancianos, son parcialmente reabsorbidas por actividad osteoclásica y la superficie erosionada se llena después con hueso por la actividad osteoclásica, el resultado es una anquilosis entre -- diente y hueso.

- 6) Acceso difícil al campo operatorio causado por:
- a) Músculo orbicular de los labios pequeños.
 - b) Incapacidad para abrir bien la boca.
 - c) Lengua grande e incontrolable.

Con respecto al tercer molar superior retenido lo que puede prolongar la cirugía es:

- 1. Proximidad del seno maxilar
- 2. Ubicación del tercer molar en parte dentro de las raíces del segundo molar e inmediatamente encima de ella.
- 3. Fusión del molar con las raíces del segundo.
- 4. Curvatura radicular anormal.
- 5. Hípercementosis.
- 6. Proximidad al hueso cigomático del maxilar.
- 7. Densidad ósea extremada, especialmente en pacientes mayores.

8. Dificultad de acceso al sitio operatorio a causa:
del músculo orbicular de los labios o incapacidad
para abrir la boca ampliamente.

Los factores que pueden complicar la extracción de los caninos superiores retenidos.

En razón de la proximidad de la corona o raíz de los caninos retenidos a los dientes adyacentes, hay mucho peligro de lesionarlos. También afectan las estructuras vitales en el área de la intervención.

En gran porcentaje de estas retenciones la porción radicular está separada del seno maxilar y cavidad nasal por una delgada pared de hueso y en algunas ocasiones solamente por el epitelio ciliado que reviste, por esta razón con bastante frecuencia se han producido perforaciones en el seno maxilar.

Muchas de las raíces de los caninos retenidos tienen una pronunciada curvatura en el tercio apical en la mayoría de los casos en ángulo recto.

POSOPERATORIO

Instrucciones para el paciente.

1. Si hay hemorragia aplíquese presión firme en el alveólo con una gasa, manteniéndola firme sobre este, mordiéndola. Si una gasa no produce presión fuerte al morder, se colocarán dos gasas. Cuando esta mojada se reemplazará por otra, --- hasta que la hemorragia se detenga.
2. Se recetará antibiótico, siendo el de elección la penicilina. Se prescribirá en dosis adecuadas durante 4 o 7 días después de la intervención.
3. También es aconsejable prescribir antiinflamatorios.
4. El dolor que se presenta después de la extracción del diente retenido es tan intenso, que se deberán recetar analgésicos.
5. Se debe informar al paciente sobre la posibilidad de edema y equinosis (moretón), debidos a la constitución individual del paciente y las propensiones a las tumefacciones, así como la extensión del trauma causado con la intervención, por lo que se le recomendarán bolsas de hielo, en las primeras horas.
6. Se les indicará que no podrán comer alimentos que contengan grasas, picante o condimentos.

Se debe de lavar los dientes con cuidado de no lastimarse la -
herida y usar antiséptico.

Se citará al paciente a las 72 horas para revisarlo.

Se citará al paciente ocho días después de la intervención para
retirarle los puntos.

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

- I. La extracción de los dientes retenidos, debe hacerse con el menor traumatismo posible y las menores molestias posope_ratorias, por lo que debemos tener en cuenta los principios básicos de la exodoncia, esto es: acceso adecuado y empleo de fuerzas controladas.

- II. Antes de realizar la intervención debemos elaborar un plan de tratamiento, el cual estará basado en el diagnóstico. También debemos planear la técnica quirúrgica que se va a efectuar, así como el instrumental que vamos a utilizar.

- III. Hay ciertos dientes que tienen mayor predisposición a quedar retenidos, tal es el caso de los caninos y molares.

- IV. Los dientes retenidos tienen que ser extraídos de lo contrario causarían diversos problemas.

- V. Para poder realizar un buen diagnóstico y posteriormente - llevar a cabo con éxito nuestro tratamiento, es necesario contar con una historia clínica completa y bien elaborada, sin pasar ningún dato por alto, ya que esto nos podría causar - problemas.

- VI. Hay que tener presente que si no se tiene cuidado al llevar

a cabo cualquier técnica quirúrgica en la extracción de algún diente retenido, podemos provocar serias lesiones tanto en la vecindad de los dientes retenidos, como en la cavidad bucal. Estas lesiones van desde la fractura o luxación de dientes vecinos, hasta la fractura de la rama ascendente, la penetración al seno maxilar, seno nasal o al piso de boca.

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

1. CIRUGIA BUCAL
Guillermo A. Ries Centeno
Editorial "El Atenso"
Octava Edición.
2. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
Gustavo O. Kruger
Editorial "Interamericana"
Cuarta Edición.
3. CIRUGIA BUCAL
W. Harry Archer
Editorial "Mundi"
Segunda Edición.
4. TRATADO DE CIRUGIA ORAL
Welter C. Guralnick
Editorial "Salvat, S. A."
Segunda Edición.
5. CIRUGIA BUCAL PRACTICA
Daniel E. Waite
Compañía Editorial "Continental, S. A."
Primera Edición.

6. ANATOMIA HUMANA TOMO I TOMO II

Fernando Quiroz

Editorial "Porrúa, S. A."

Décima Sexta Edición.

7. TEORIA Y PRACTICA DE ANESTESIA

Roberto D. Dripps

James E. Eckenhoff

Leroy D. Vandam

Editorial "Interamericana"

Cuarta Edición.

8. ANESTESIA ODONTOLOGICA

Niels Bjorn Jorgensen

Jess Hayden Jr.

Editorial "Interamericana"

Cuarta Edición.

9. APUNTES INERITOS

C. D. Manuel G. Bravo