



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TERCEROS MOLARES
INCLUIDOS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A N:

**DAVID SERVIN CARRILLO
FELIPE V. MADRID ROSALES**

MEXICO, D. F.

1983



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.

I N D I C E

DEDICATORIAS

INTRODUCCION

CAPITULO I

ANATOMIA DE LA REGION DE EL TERCER MOLAR INFERIOR

RAMA ASCENDENTE

MUSCULOS MASTICADORES

MASETERO

TEMPORAL

PTERIGOIDEO INTERNO

PTERIGOIDEO EXTERNO

NERVIOS QUE INERVAN LA REGION

- . NERVIO MASETERICO
- . NERVIO TEMPORAL PROFUNDO
- . NERVIO BUCAL LARGO O BUCCINADOR
- . NERVIO LINGUAL
- . NERVIO PTERIGOIDEO EXTERNO
- . NERVIO ALVEOLAR INFERIOR O DENTARIO INFERIOR

CAPITULO II

CLASIFICACION EN CUANTO A SU POSICION DEL TERCER MOLAR
INFERIOR

CAUSAS LOCALES

CAUSAS GENERALES

RETENCION VERTICAL

RETENCION HORIZONTAL

RETENCION MESIOANGULAR

RETENCION DISTOANGULAR

RETENCION INVERTIDA

RETENCION BUCOANGULAR

RETENCION LINGOANGULAR

UBICACION DEL MOLAR INFERIOR EN LA ARCADA

RELACION DEL MOLAR RETENIDO EN RELACION CON EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE

- CLASE I
- CLASE II
- CLASE III

PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO

- PORCION I
- PORCION II
- PORCION III

CAPITULO III

TRATAMIENTO PREOPERATORIO

MEDIDAS GENERALES

MEDIDAS LOCALES

CAPITULO IV

EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

- POSICION VERTICAL
- POSICION MESIO ANGULAR
- POSICION DISTO ANGULAR
- POSICION HORIZONTAL
- POSICION LINGUO ANGULAR
- POSICION BUCAL
- POSICION INVERTIDA

CAPITULO V

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

CAPITULO VI

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

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

El trabajo que presentamos se ha realizado con el fin de hacer notar la importancia que tiene el efectuar la extracción de los terceros molares inferiores retenidos, ya que dicho proceso requiere de conocer un poco más sobre dicho problema que tan comunmente se presenta en el consultorio.

Esta tesis de terceros molares retenidos, es una muestra más de la atrofia y la tendencia que tienen estas piezas dentarias a desaparecer de una correcta oclusión fisiológica, ya que la mayoría de los problemas que en este trabajo se mencionan son ocasionadas por una erupción, problemática del tercer molar.

Así como la mención de aspectos de patología, aunamos al caso de la patología general casos de cirugía de terceros molares inferiores que deberán ser tratados con plenos conocimientos médicos y técnicos que implican la resolución eficiente de una intervención. Así como los conocimientos anatómicos, fisiológicos y condiciones particulares de la clínica que se presenten y nos abligan a individualizar cada caso que presenten.

Tomando en cuenta que el ser humano es sensible, que le afecta la agresión física y emocional, dependiendo del cirujano dentista.

Así como de su libre albedrío, precisión y exactitud con que realiza la cirugía, de esta manera reduciré al mínimo las complicaciones orgánicas y emocionales del paciente dental.

CAPITULO I

RAMA ASCENDENTE DE LA MANDIBULA

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

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

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

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

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

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

Caudal y dorsal al surco milohioideo, la cara interna es rugosa y proporciona inserción al músculo pterigoideo interno.

El borde superior de la rama es cóncavo y forma la escotadu-

ra mandibular. Esta se haya limitada por delante por la apófisis coronóidea, en la que se inserta el músculo temporal. La apófisis condilea limita la escotadura y por detrás comprende la cabeza y cuello de la mandíbula.

El condilo está cubierto por fibrocartilago, indirectamente con el temporal para formar la articulación temporomandibular. El eje mayor del condilo está dirigido hacia adentro o un poco hacia atrás.

El extremo del condilo mandibular puede ser apreciado en vivo.

El cuello da origen al ligamento lateral por fuera, presta inserción al músculo pterigoideo interno por delante.

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

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

El borde posterior es grueso y redondeado. Está íntimamente relacionado con la glándula parotida.

La apófisis coronóideas es fina de forma triangular y puede variar bastante en forma y tamaño. En su borde anterior encontramos que es convexo y se continúa con el borde anterior de rama, el borde posterior encontramos que es cóncavo, se forma el límite anterior de la escotadura sigmoidea. Estas dos caras, interna y externa, presentan una arista que se inicia cerca del vértice de la apófisis y se dirige hacia abajo y hacia adelante hasta la parte interna del último molar. Dividida esta arista y el borde ante-

rior se observa una región triangular profunda que presenta una inserción al músculo temporal y algunas fibras del buccinador.

MUSCULOS MASTICADORES

MASETERO

Aparece cubierto por la denominada eponeurosis masetérica. Es un músculo cuadrilátero, grueso, que tiene su origen en el borde inferior y cara interna del arco cigomático y se inserta en la cara externa de la rama del maxilar.

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

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

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

Las tres porciones del músculo se juntan por delante y se insertan en la cara externa de la rama de la mandíbula. Algunas de las fibras profundas llegan a la apófisis coronoides.

RELACIONES

Cubre la rama del maxilar y tendón del temporal, está cubierta por la arteria transversal de la cara y el conducto de Stenon, el facial. La parte anterior de la parótida, el músculo cutáneo y la piel.

INERVACION

El nervio masetero es una rama del tronco anterior del nervio maxilar, llega hasta la cara profunda del músculo pasando precisamente por la escotadura del maxilar.

ACCION

El masetero es un poderoso elevador de la mandíbula, es palpable al apretar los dientes.

El masetero interviene en la oclusión de incisivos y molares. Durante la masticación se desarrolla una actividad considerable en todas las porciones del masetero; el músculo colabora activamente en el movimiento. Las fibras profundas del masetero son a veces en la retracción de la mandíbula, se activan al alternar la apertura máxima de la boca. Cuando la boca se abre contra resistencia, las fibras profundas muestran su actividad, pero probablemente esta actividad se deriva del pterigoideo externo.

TEMPORAL

Es un músculo en forma de abanico que ocupa la fosa homonea, se origina en la superficie de la fosa caudal de la línea del temporal inferior y la cara profunda de la aponeurosis temporal, los orígenes craneales y sponeuróticos confieren al músculo una disposición bipenniforme. El tendón de inserción pasa por el arco cigomático y se inserta en la apófisis coronoides.

La sponeurosis del temporal tiene una misma forma de la fosa temporal, por arriba se inserta en la línea curva inferior del temporal, por abajo el borde superior del arco cigomático, unidas por

arriba se dividen en dos hojas, la hoja superficial que se inserta en el labio externo del arco cigomático, y la profunda se pierde en la cara interna de este hueso.

RELACIONES

Está cubierta por la aponeurosis del temporal, cubre a los huesos, nervios y vasos profundos.

INERVACION

Ramas temporales profundas del tronco anterior del nervio maxilar.

ACCION

El temporal eleva al maxilar inferior. Su acción se haya relacionada con la rapidez más que con la potencia, las fibras posteriores desplazan al cóndilo de la mandíbula hacia atrás desde el tubérculo articular de la fosa del maxilar durante el cierre de la boca.

Los laterales se relacionan también con los movimientos de la mandíbula.

PTERIGOIDEO INTERNO

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

RELACIONES

Por dentro, faringe y perisfalino externo, maxilar inferior, vasos y nervios dentarios.

INERVACION

Una rama del nervio dentario.

ACCION

Actua como sinérgico del masetero para elevar la mandibula. Los pterigoideos internos y externos en una función conjunta, conducen al maxilar inferior hacia adelante. El papel del pterigoideo interno en los movimientos de lateralidad ha sido denegado.

PTERIGOIDEO EXTERNO

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

RELACIONES

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

INERVACIONES

Es una rama del tronco del nervio maxilar que puede originarse en el masetero o en el nervio bucal.

ACCION

Es propulsor de la mandibula; además cuando la boca se haya abierta evita el desplazamiento hacia atras del menisco articular y el cóndilo de la mandibula.

NERVIOS QUE INERVAN LA REGION

NERVIDO MASETERO

Este nervio tiene una trayectoria hacia afuera del masetero y atraviesa por encima del pterigoideo y la escotadura del maxilar inferior, por la que pasa la arteria maseterica, muy próxima de su nacimiento se localiza el arco cigomático. Este nervio está inervando la articulación temporomandibular.

NERVIDO TEMPORAL PROFUNDO

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

El temporal profundo es generalmente proporcionado por el nervio bucal.

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

NERVIDO BUCAL O BUCCINADOR

Este nervio pasa entre las dos porciones del pterigoideo externo y alcanza su cara superficial, se introduce en la cara inferior del temporal y emerge por debajo de la cara anterior del masetero, tiene ramificaciones en la superficie del buccinador y forma el plexo anastomótico con las ramas bucales del nervio facial. Inerva la piel de la mejilla a la altura de este músculo, proporcio-

nando ramas permanentes que inervan la mucosa de la boca y parte de las encías que corresponden a esta misma área.

NERVIO LINGUAL

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

NERVIO PTERIGOIDEO EXTERNO

Este nervio es una rama delgada que se introduce en el ganglio ótico y al cabo de una corta trayectoria penetra en la cara profunda del músculo. Está formado por dos pequeñas ramificaciones que se unen al ganglio ótico y se describen como ramas del ganglio ótico. Éstas mismas pasan a través del ganglio sin interrupción.

NERVIO ALVEOLAR INFERIOR O DENTARIO INFERIOR

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

Sus uniones y sus ramificaciones son las siguientes:

- a) Nervio maxilar
- b) Ramas dentales
- c) Rama incisiva
- d) Nervio dentario

C A P I T U L O I I

CLASIFICACION EN CUANTO A SU POSICION DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Una vez estudiada la anatomía del maxilar inferior, músculos que la cubren e inervación, trataremos una de las irregularidades más frecuentes que se presentan en este molar inferior y por lo tanto imprescindible su conocimiento para el dentista general, pues gracias a este conocimiento se podrá llevar a cabo su tratamiento.

Según las estadísticas Berthan - Ciezynske, la frecuencia del tercer molar inferior retenido es de un 35%, siendo la pieza dentaria incluida con más frecuencia a comparación de las demás piezas dentarias.

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

Esta retención puede presentarse en dos formas:

1. Retención intraosea; cuando el diente esté completamente cubierto por tejido óseo.
2. Retención subgingival; cuando el diente esté cubierto por mucosa gingival.

Dentro de las causas de retención tenemos locales y generales:

CAUSAS LOCALES

La posición irregular de los dientes adyacentes, el germen del tercer molar debe desarrollarse entre una pared inextensible, la cara distal del segundo molar y la rama ascendente de la mandíbula; por lo tanto si algún diente supernumerario o la desviación del segundo molar por la presión mesial de algún

diente con giroversión, se opone a la normal erupción del tercer molar; éste adoptará una posición anormal por falta de espacio.

La dirección anormal del germen dentario según Radach, nos dice que los factores etiológicos de las inclusiones son exclusivamente de carácter embriológico. Nos dice que la inclusión por trastornos de relaciones afines que normalmente existen entre el folículo dentario y la cresta alveolar, durante las diversas fases de la evolución.

Los cambios de la evolución que sufren estas estructuras, se producen como consecuencia de alteraciones de la forma del tejido óseo y que hace desplazar al folículo dentario.

Permanencia excesiva de los dientes de primera dentición.

Una membrana mucosa muy densa debida a la inflamación crónica.

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

Los elementos patológicos pueden aparecer a la normal erupción dentaria: quistes dentígenos, tumores odontogénicos.

Cambios inflamatorios en el hueso por infección y abscesos.

CAUSAS GENERALES

Dentro de las causas generales tenemos que hay prenatales y posnatales.

Causas prenatales: consideramos como la herencia, sífilis, desnutrición y tuberculosis.

Causas posnatales: son aquellas que pueden influir en el desarrollo del niño y consideramos las siguientes: enfermedades ligadas al metabolismo como el raquitismo, enfermedad endocrina, poco desarrollo de la mandíbula y todavía podemos considerar causas raras; es decir que no presenta muy a menudo como es la disostosis del cráneo facial.

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

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

El tercer molar se puede encontrar en el maxilar inferior en distintas formas:

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

RETENCION VERTICAL

El tercer molar en este tipo de retención puede estar total o parcialmente cubierto por hueso, la característica reside en que su

eje mayor es sensible para el eje mayor del segundo molar y el primero.

RETENCION HORIZONTAL

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

RETENCION MESIONAGULAR

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

RETENCION DISTOANGULAR

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

RETENCION INVERTIDA

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

RETENCION BUCOANGULAR

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

RETENCION LINGUANGULAR

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

UBICACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR EN LA ARCADA; DESVIACIONES

El tercer molar puede presentar cuatro tipos de desviaciones en relación a la arcada:

- a) Normal - Sin desviación; el tercer molar sigue la forma oval de la arcada.
- b) Desviación bucal - El molar está dirigido hacia afuera del óvulo de la arcada.
- c) Desviación bucal - El molar está dirigido hacia el lado bucal de la cara.
- d) Desviación bucal - El molar está dirigido hacia el lado bucal y su cara oclusal desviada hacia la lengua.

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

El tercer molar puede quedar, con respecto a la rama ascendente del maxilar, una relación variable. Pelly y Gregory han clasificado en tres clases, las que están en relación directa con el acto quirúrgico.

CLASE I

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

CLASE II

En la segunda clase, el espacio que existe entre el borde anterior de la rama de la mandíbula y la cara distal del segundo molar es menor que el diametro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE III

En ésta, toda la mayor parte del molar se encuentra ubicada en la rama.

PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO

Consideramos la profundidad del tercer molar en el hueso, es decir la relación de la altura entre la cara trituyente del segundo, existen tres porciones que son las siguientes:

PORCION I

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

PORCION II

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

PORCION III

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

C A P I T U L O I I I

TRATAMIENTO PREOPERATORIO

El conjunto de circunstancias bajo las cuales se efectúa una intervención quirúrgica, obrará como un factor determinante en el éxito de ésta, (por lo tanto deberá presentarse particular a los cuidados) al rodear al paciente de las mejores condiciones para la feliz realización de este acto y su evolución favorable.

Estos cuidados podemos clasificarlos en dos grupos: uno que corresponde propiamente al paciente, a su estado general, condiciones físicas y preparación de la región sobre la cual se actuará, y el otro al medio en que tendrá que desarrollarse la intervención. Al primer grupo de atenciones suministradas al paciente, se acostumbra llamarlo cuidados preoperatorios y al segundo lo llamamos condicionalismo quirúrgico.

Los cuidados preoperatorios en realidad comienzan en el momento mismo en que tenemos el primer contacto con el paciente; el estudio y exploración de este para hacer un diagnóstico que clasifique su padecimiento dentro de la patología quirúrgica; es el primer paso proporcionado a la seguridad del paciente. Pero no basta con hacer un buen diagnóstico e intuir un tratamiento quirúrgico, es necesario también llevar al paciente al campo operatorio en las mejores condiciones posibles de estado general, modificando todo desequilibrio que pudiera ser causa de una contraindicación. Estos cuidados pueden ser de índole general, sistemáticos y los propios de cada especialidad, destinados a facilitar y dar seguridad a la propia intervención.

Para fines quirúrgicos la exploración y el estudio sistemático de los aparatos respiratorio y cardiovascular. Estos dos aparatos tienen gran relación entre sí y su equilibrio funcional es de sumo interés, principalmente lo que se refiere a problemas de anestesia.

Se acostumbra investigar la presión sistólica (máxima) y la diastólica (mínima). la diferencia entre ellas nos da la presión del pulso o diferencial.

Las cifras para el valor de la presión arterial varían según la edad.

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

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

Las mucosas pueden ser lavadas con suero fisiológico para remover materias extrañas, pero por ningún motivo se emplearán tinturas o soluciones cáusticas que esfacelen el epitelio.

En algunas ocasiones es necesario aplicar aparatos que permitan realizar determinadas técnicas, como en el caso de ingertos de mandíbula en el que será indispensable interdentalomaxilar para fijar la mandíbula.

Las medidas preoperatorias pueden clasificarse en medidas generales y locales.

MEDIDAS GENERALES

Como la historia clínica y estudios de laboratorio.

MEDIDAS LOCALES

Como estudio de gabinete.

La historia clínica se hace por dos métodos:

METODO DIRECTO

Se hace interrogando a la persona interesada.

METODO INDIRECTO

Cuando la persona interesada está incapacitada para contestar las preguntas que se le formulen; por ejemplo un niño, estado comatoso, enfermedades mentales, etc. el interrogatorio se hará con el paciente más cercano.

MEDIDAS GENERALES

HISTORIA CLINICA

Historia clínica es un conducto de registro científico cuyas cualidades son:

1. Exactitud
2. Técnica adecuada de redacción.
3. Fuente de conducta y material de investigación.
4. Técnicas estadísticas simples y fáciles de aprender.

REGISTRO DE LA HISTORIA CLINICA

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

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

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

NORMAS GENERALES DE REDACCION

El estilo aconsejable para redactar una historia clínica debe tener sus cualidades del buen lenguaje científico; precisión, claridad, concisión y sencillez. Además ha de ser narrativo, vívido y ricamente descriptivo. El lector de una historia clínica debe darse cuenta de todos los detalles, como si hubiera estado en el mismo cuarto de exploración.

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

La estructura y el orden general de la historia clínica son bastantes sencillos:

- Datos de investigación
- Antecedentes pertinentes
 1. Antecedentes Heredo Familiares
 2. Antecedentes Personales no Patológicos
 3. Antecedentes Personales Patológicos
 4. Antecedentes Gineco - Obstetricos (cuando se trata de paciente femenino).
 5. Antecedentes Quirúrgicos
 6. Antecedentes Traumáticos

7. Antecedentes Transfucionales

8. Antecedentes Alérgicos

- Padecimiento Actual
- Datos de Exploración Clínica y de Laboratorio
- Datos de Gabinete y Signos Vitales
- Diagnóstico
- Terapéutica
- Pronóstico

DATOS DEL PACIENTE O FICHA DE IDENTIFICACION

Incluye: Nombre del paciente, edad, sexo, lugar de nacimiento, lugar de residencia, estado civil, teléfono y fecha de estudio.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

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

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

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

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Aquí se informarán las enfermedades más importantes que ha sufrido durante toda su vida como son: fiebres eruptivas, como son:

sarampión, rubeola, escarlatina, varicela, etc., gastroenteritis, faringoamigdalitis y bronquitis de repetición. Así mismo se preguntan padecimientos sufridos en la actualidad como son: asma bronquial, epilepsia, diabetes mellitus, tuberculosis, sífilis, hipertención arterial, hemofilia y fiebre reumática.

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS

Marca, antecedentes gineco - obstetricos como el inicio de vida sexual, abortos, cesáreas, fecha de última menstruación, ritmo y alteración de ella misma.

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

Operaciones realizadas durante toda la vida del paciente.

ANTECEDENTES TRAUMATICOS

En esta parte del interrogatorio preguntamos antecedentes importantes que hayan ocasionado fractura de cualquier parte del organismo.

ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

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

ANTECEDENTES ALERGICOS

Investigaremos de hipersensibilidad a los medicamentos, alimentos, agentes químicos y físicos principalmente.

PADECIMIENTO ACTUAL

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

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

Es útil conocer cuál fue o es para el enfermo la causa aparente de su estado. Nos daremos cuenta si el padecimiento es agudo, subagudo, subcrónico o crónico, además recaídas y recidivas.

DATOS DE EXPLORACION CLINICA

Primeramente interrogamos aparatos y sistemas empezando con el más relacionado con el padecimiento actual, por ejemplo: si la afección está en boca, el primer aparato es el digestivo, posteriormente respiratorio y cardiovascular, genitourinario, sistema nervioso, sistema musculoesquelético y órganos de los sentidos. Dentro de este inciso se preguntará al paciente si durante su enfermedad recibió un tratamiento médico y odontológico.

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

Inspección local: vamos a explorar cabeza que comprende cráneo y cara, cuello, torax anterior y posterior, abdomen, genitales, miembros superiores e inferiores.

DATOS DE LABORATORIO

Estos nos ayudarán en forma complementaria para precisar el diagnóstico.

DATOS DE GABINETE

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

SIGNOS VITALES

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

DIAGNOSTICO

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

TERAPEUTICA

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

PRONOSTICO

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

ESTUDIOS DE LABORATORIO

El laboratorio es un importante auxiliar en este capítulo, ya que proporciona datos valiosos para lograr la mejor disposición preparatoria.

Entre las pruebas que rutinariamente pueden hacerse, se encuentran estudios químicos, físicos e histológicos del tejido hemático y estudio físico y químico de la orina.

La sangre es el elemento más importante de la economía, cualquier alteración de ella revela un estado de enfermedad fácilmente identificable por la modificación observada en la estructura.

La sangre está constituida en un sistema especial, encargado de llevarla hasta los distintos órganos para efectuar el intercambio de los elementos necesarios para la vida de los tejidos. Su color es rojo claro en las arterias y rojo oscuro en las venas. Su densidad en México es de 1.056 a 1.063 en la mujer, y varía entre 1.053 y 1.060, su P.H. es debilmente alcalino, y debido a los carbonatos que contiene puede admitir alguno de estos ácidos sin alterarse.

El peso de la sangre contenida en un individuo, es aproximadamente de $1/13$ a $1/16$ de peso total del cuerpo, pero en el recién nacido puede llegar hasta $1/19$ de superficie corporal.

La sangre está formada por elementos figurados y un vehículo líquido llamado plasma.

ALTERACIONES PATOLOGICAS EN LOS EXAMENES DE LABORATORIO

ERITROCITOS

Su disminución ocasiona anemias: hiperocrónica, hipocrónica, macrocítica, microcítica y ferropénica.

Estas células las encontramos deshidratadas por hemoconcentración, en el shock hipovolémico, insuficiencia respiratoria, hidronefrosis, cáncer hepático primitivo, tumores ováricos y leucemia mieloides crónica.

HEMOGLOBINA

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

HEMATOCRITICO

Lo encontramos alto en la disminución del volumen plasmático por pérdidas acuosas importantes, como la hidratación primitiva o secundaria, en el shock, en las quemaduras, etc. y disminuido en todas las anemias.

RETICULOCITOS

Se observa aumentado en las anemias hemorrágicas y hemolíticas, tras la administración de hierro con estado ferropénico, de hierro vit. B 12 o ácido fólico. Disminuye su número en anemias aplásticas.

LEUCOCITOS

Se encuentran aumentados en la leucocitosis fisiológica (embarazo posterior a ejercicios musculares prolongados, emociones intensivas y por calor excesivo), leucocitosis infecciosas en odontología (estomatitis, escorbuto, estreptococia, septicemia, empíemas y carcinomas), leucocitos no infecciosos o asépticos (dolor intenso, posthemorrágicas, convulsiones, vómitos, hipertensia, en la

anestesia y en el shock postoperatorio, etc.

En las variedades de los glóbulos blancos (neutrófilos, eosinófilos, basófilos, linfocitos y monocitos). En el paciente odontológico la linfocitosis debe hacerse en una enfermedad viral de vías respiratorias altas, en cambio suele encontrarse la leucocitosis neutrofílica en casos de abscesos alveolares agudos, pericoronitis o gingivostomatitis ulcerosa necrótica. La leucocitosis que acompaña a la mononucleosis infecciosa poco común, en la fórmula blanca suele mencionarse como linfocitosis atípicas; de encontrarse esinofilia importante, puede pensarse en un fenómeno alérgico, infección parasitaria y linfoma de tipo de enfermedad de Hodgkin.

TIEMPO DE SANGRADO

Se encuentra agrandado en las diatesis hemorrágicas de tipo trombopático (púrpura, trombocitopenia, fulminante, leucemia aguda, mieloma múltiple, en las insuficiencias hepáticas y en la anfibrinogenemia).

TIEMPO DE COAGULACION

Se encuentra alargado en alguna de las alteraciones plasmáticas de la hemocoagulación, en los síndromes poranticoagulantes y en las coagulopatías por consumo (hemofilia, deficiencia de vitamina k, insuficiencia hepática grave, en shock anafiléctico y la administración terapéutica de heparina, dicumarol).

ANTIESTREPTOLICINA

Un título alto de este factor es significado de una infección estreptocócica debido a estreptococos beta hemolíticos del grupo se-

rológico A de Lancefield, en fiebre reumática y glomeronefritis aguda, etc.

QUIMICA SANGUINEA

Glucosa aumentada en la diabetes mellitus, diabetes extrainsulares (diabetes insípida), infarto del miocardio, insuficiencia hepática, pancreatitis aguda, etc. La tenemos disminuida en los esfuerzos musculares agotadores, insuficiencia suprarrenal, en hipotiroidismo, padecimientos digestivos, en el tratamiento insulínico (dosificación excesiva) y glucosuria renal.

UREA

Alta en glomerulonefritis aguda, insuficiencia cardiaca congestiva, en el shock en coma diabético, infecciones y hemorragias digestivas.

UREATININA

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

PROTEINAS

Al encontrarse proteinuria en un paciente odontológico debe repetirse el estudio varias veces al día a distintas horas, si la proteinuria persiste, el paciente debe acudir al médico quien habrá de valorar estos resultados.

ORINA

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

En odontología la alteración más importante será la presencia de glucos y sangre en este líquido, exigen un tratamiento previo.

MEDIDAS LOCALES

a) ESTUDIOS DE GABINETE

La radiografía es el registro fotográfico de una imagen producida por los rayos X que pasan a través de un objeto y llegan a una película. El Cirujano Dentista utiliza este registro fotográfico para estudiar los tejidos de la boca y ayudarse así en el diagnóstico.

Radiografía intraoral. Comprende tres distintos tipos de examen:

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

TECNICA PARA TOMA DE RADIOGRAFIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR

RADIOGRAFIA INTRABRAL

El paciente deberá estar sentado en el sillón cuyo respaldo quedará perpendicular al suelo. La cabeza ligeramente inclinada hacia atrás, de manera que la línea oclusal del maxilar inferior se encuentra horizontal.

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

La posición del cono debe estar colocado perpendicular a la película, el ángulo vertical correcto es de 90° al rayo principal, debe estar dirigido al centro de la película aproximadamente a nivel del espacio interdentario entre segundo y tercer molar.

RADIOGRAFIA OCLUSAL

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

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

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

La radiografía oclusal dará la ubicación del tercer molar retenido en su relación bucolingual, la cantidad de hueso existente del lado bucal y lingual, la relación de la rama ascendente y la direc-

ción anteroposterior del molar.

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

RADIOGRAFIA EXTRAORAL

Pueden existir ciertas condiciones que impidan o dificulten la colocación de la película intraoral, (trismus, procesos inflamatorios, intolerancia del paciente) en estos casos está indicada la radiografía extraoral, a pesar de que los detalles de precisión de esta última nunca lograrán los efectos y la exactitud de la intraoral.

La colocación del paciente será con el respaldo verticalmente. La cabeza debe estar ligeramente inclinada hacia un ángulo de 20° a 30° respecto al eje central hacia el lado a radiografiar.

La película radiográfica extraoral se guarda dentro del chasis con pantalla reforzada, el chasis se coloca con el eje mayor vertical apoyado sobre la cara, del lado a radiografiarse, tomando amplio contacto con la región de la rama ascendente y del borde inferior del maxilar. La radiografía debe estar paralela al plano vertical de la rama ascendente, el paciente sostiene el chasis con las siguientes distancias.

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

CAPITULO IV

EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

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

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

Consiste en eliminar un cubo del diente que está dentro de otro cubo que es el hueso.

Para realizar tal operación consideramos que ambos cubos son completamente inexistentes. Es posible llegar hasta el hueso que aloja el molar, resecar o eliminar las porciones óseas que lo cubren y lo aborden al diente, empleando palancas para eliminarlo del cubo continente.

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

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

INCISION

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

El tipo común es angular, una de sus ramas se traza desde el centro de la cara distal del segundo molar y se extiende hacia atrás; su largo varía con el tipo de retención, la otra rama se inicia con el mismo punto de la cara distal o en la porción distal del borde gingival y se dirige hacia abajo, adelante y afuera, en una extensión aproximada de un centímetro, esta segunda rama de la incisión es necesaria para no lacerar el tejido gingival, en el acto de la aplicación de los elevadores.

Es recomendable realizar la incisión como se menciona anteriormente.

OSTEOTOMIA

La eliminación del hueso puede realizarse con los instrumentos de Winter; osicectores según la técnica de Winter o escoplos y fresas según otros procedimientos.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

La eliminación del molar retenido una vez practicada la osteotomía, se relize con palancas apropiadas que tomen puntos de apoyo en las estructuras óseas vecinas y en la cara distal del segundo molar.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

Algunas operaciones requieren de un tratamiento particular de la cavidad osea, ya que así lo exige para evitar hemorragias o dolores postoperatorios.

SUTURA

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

POSICION VERTICAL

El tercer molar inferior retenido puede estar colocado en distintas formas con respecto a la curvatura de la arcada normal sin desviación, desviación bucal, desviación lingual, desviación bucolingual de acuerdo con la radiografía, la cara mesial puede ser accesible, tenemos cuatro puntos principales como lo son los subtipos consiguientes de acuerdo con la accesibilidad de la cara mesial.

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

I. SIN DESVIACION CARA MESIAL ACCESIBLE

INCISION

En este tipo de retención, Winter emplea la incisión que se extiende, sobre la cara oclusal del molar retenido desde el borde

mesial del festón gingival, llegando en sentido distal algunos milímetros por debajo del borde óseo distal a resecar, en el caso, en el caso de valerse de la cara bucal para aplicar el elevador, se realiza una incisión coincidente al borde bucotriturante de la corona del tercer molar y se extiende hacia distal en la misma porción que la incisión.

Con el objeto de proteger el festón gingival de los traumatismos operatorios, se realiza una pequeña incisión perpendicular que se traza sobre la lengüeta mesial del molar retenido, posteriormente el colgajo es separado con un periostotomo.

OSTEOTOMIA

El movimiento en el tercer molar retenido debe efectuarse para abordar el alveolo donde está alojado como ya se ha dicho, puede ser traducido gráficamente en un arco de círculo, es decir, la corona del molar ha de ser dirigida hacia la rama ascendente del maxilar.

Por lo tanto el hueso que existe por el lado distal en contacto del tercer molar retenido en posición vertical, debe ser eliminado para que el diente pueda desarrollar este arco en círculo.

El hueso se elimina con osteótomos, en caso de existir esta posición o porción ósea distal que estamos considerando, un proceso patológico tal como los focos de la osteítis, granuloma posterior o el saco denterio 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 reseca está indicada en la forma radicular, la relación del borde superior de la estructura con la bifurcación de las raíces y las distancias en que el diente puede ser dirigido, fuera del alveolo hacia distal y hacia arriba por la aplicación del elevador en la superficie mesiobucal.

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

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

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

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

ELECCION DEL ELEVADOR

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

MOVIMIENTOS EN EL ELEVADOR

Aplicando elevador en el espacio interdentario, en perfecto contacto con la parte plana de la hoja con la cara mesial del

molar se inicia el movimiento que va a elevar el diente, para que el objeto haga girar el mango del instrumento en el sentido de las manecillas del reloj para operar en el lado derecho; a la inversa de los movimientos de las manecillas del reloj para el lado izquierdo.

En esta función el instrumento actúa como una palanca de primer género, con este movimiento hasta distal, el molar se eleva y se desplace hacia distal en la misma porción o proporción que fue girado, un nuevo movimiento 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 se aplica la hoja a un nivel más bajo y se vuelve a repetir el movimiento a distal.

Luxando el molar, éste puede ser extraído del alveolo con pinzas de extracción o con el mismo elevador.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA

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

El tipo de fresas recomendable para resacar el hueso distal es la número 560. Cabene ha ideado un tipo de contándolas y adaptándolas.

Las fresas redondas de tuxteno, realizan fácilmente la osteotomía.

INCISION

La incisión es muy útil para todo tipo de retención, pero la incisión que se indica un centímetro por detrás de la cara distal del segundo molar llega a esta cara y se prolonga hacia adelante, contorneando el cuello de los dientes hasta el primer premolar, permite un amplio colgajo y una mejor visibilidad de acceso por otra parte del colgajo, no es seccionado verticalmente ni traumatizado y descansa sobre hueso sano.

OSTEOTOMIA

Separando los labios de la incisión y apartándolos del carrillo y la lengua, se coloca la fresa sobre el espacio del borde distal e reseca, la fresa se introduce según el espacio que ella misma consiga, entre la cara distal del tercer molar y la porción osea distal, realizando tanta osteotomía como requiera la extensión del hueso y la disposición radicular, se trata de materializar los pasos técnicos.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Uso de elevadores y pinzas de exodoncia; mencionaremos el uso del elevador recto, éste se introduce en el espacio radicular se mueve alrededor de su eje distal, descansando el borde inferior de su hoja sobre la estructura osea entre el espacio del segundo y el tercer molar, y la porción osea distal por el mismo mecanismo de su acción y arriba puede ser también apoyado sobre

la cara distal del segundo molar, dirigido el instrumento hacia adelante, la hoja del instrumento entonces desplaza al molar hacia atrás. El segundo molar usado como punto de apoyo, ha de reunir las condiciones ya mencionadas como son la integridad de la corona, solidez radicular, etc.

II. SIN DESVIACION CARA MESIAL INACCESIBLE

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

INCISION

La incisión de Winter está gráficamente demostrada, es una incisión de dos ramas: bucal trazada en la lengüeta interdientaria bucal, similar a la rama bucal de la otra incisión; otra rama distal, trazada sobre el ángulo buco oclusal del molar retenido, la incisión es muy útil.

OSTEOTOMIA

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

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

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

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA

OSTEOTOMIA

El objeto de la intervención es eliminar suficientemente cantidad de hueso como para vencer las resistencias mecánicas del molar implantado en hueso, puede presentarse en su cara triturante totalmente cubierta por hueso y la preparación de una vía de acceso a la mesial, para aplicar el elevador puede ser aplicada la fresa (redonda # 6 a # 8) montada en ángulo. Se realiza sobre la tabla osea a eliminarse, una serie de perforaciones que llegan profundamente hasta el molar retenido, uniéndose los orificios con ligeros golpes de escoplos a una fresa de fisura fina # 557.

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

Resección osea distal, con una fresa de fisura # 560 se realiza la osteotomía en el lado distal del tercer molar, llegando hasta la altura del cuello del diente, la técnica es la misma descrita para el tipo de retención con el objeto de la resección distal que es para permitir a este nivel, el suficiente espacio para poder desplazar hacia distal el órgano dentario.

Resección osea mesial; el objeto de esta resección es obtener el espacio suficiente para colocar la hoja de un elevador, se realiza con una fresa de bola montada en una pieza de

mano, hay que tratar de realizar la osteotomía mesial a expensas del hueso vecino molar a extraerse, dejando intacto en lo posible el hueso que cubre el segundo molar por el lado distal y bucal.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Se emplean los elevadores de Winter números 1, 2, 3 ó elevadores de hoja fina. El instrumento penetra en una angulación de 45 grados con respecto al eje del molar, el elevador se abre camino en la vía osea creando por la osteotomía mesial y va al encuentro de la cara mesial del tercer molar, llegando a ésta y con apoyo en el borde oseo y en la cara distal del segundo molar, se trata de luxar el diente hacia distal, con pequeños movimientos de torción del instrumento hacia mesial y hacia distal; esta luxación hasta distal está condicionada por la forma radicular, luxando el molar se elimina del alveolo con un elevador de Winter # 10, la aplicación bucal, haciendo palanca con el elevador de hoja fina, colocando entre el lado bucal de la corona la corona del molar y la cara osea externa, si no hubiera la posibilidad de introducir estos instrumentos a nivel de la cara bucal se practica con una fresa de muesca y orificio entre la parte media del hueso bucal; esta nueva vía facilita la comunicación del elevador y la extracción del molar.

III. AUSENCIA DE DIENTES VECINOS

Los dientes vecinos pueden estar ausentes o por falta del segundo molar solamente; en el primer caso generalmente el molar retenido produce inflamaciones, es frecuente que desdentados totales, porta-

dores de prótesis sientan molestias originadas por los terceros molares retenidos, por lo tanto su eliminación es necesaria.

El tercer molar puede presentarse de varios modos, la retención puede ser parcial o totalmente intraosea o subgingival, la técnica para la extracción debe ser o estar girada por los mismos principios señalados, es necesario eliminar suficientemente la cantidad de hueso como para poder llegar hasta la cara mesial y aplicar allí los elevadores.

INCISION

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

OSTEOTOMIA

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

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Los elevadores para este tipo de retención son los mismos números 11, 12 ó 13 (L o R) de Winter, se introduce la hoja del elevador entre la cara mesial del molar y la pared mesial del alveolo, cuando el instrumento está colocado sobre la cara mesial con punto de apoyo en el borde osoo mesial y con la cual se logra elevar el molar hacia arriba y hacia distal.

En las presentaciones de la cara mesial inaccesible debe ampliarse el método de odontosección con fresas, según su eje menor y la extracción de cada parte por separado.

POSICION MESIO ANGULAR

En este tipo de intervención quirúrgica se aunan dos problemas que hay que resolver.

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

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

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

En muchas ocasiones aún eliminado el hueso distal, se opone el trazo del arco, la extracción se ve dificultada e impedida por el contacto de las cúspides mesio bucal y mesiolingual del tercer molar, realizan sobre la cara distal de la corona del segundo molar o en la superficie distal de la raíz por debajo de la línea cervical.

I. SIN DESVIACION CARA MESIAL ACCESIBLE O INACCESIBLE

INCISION

En los casos en que no necesita aplicar elevadores en la cara mesial, se practica una incisión de parte de la cara distal del molar retenido, extendiéndose en sentido distal en una distancia de

un centímetro. En el supuesto caso de utilizar los elevadores sobre la cara mesial, efectuamos una incisión sobre el borde bucal del molar retenido. Es indispensable trazar una incisión bucal desde el borde de la encía, hacia abajo y ligeramente adelante, con el fin de evitar un traumatismo y lesionar el rodete gingival interdentario.

OSTEOTOMIA

Usamos un osteótomo # 2R y 2 L, para eliminar el triángulo óseo distal, apoyando el borde comrtante del cincel en la superficie a reseca y bajo presión manual se elimina, a pequeños trozos, todo el hueso que sea necesario.

La cantidad de hueso que se va a eliminar, está indicada por el grado de versión del molar y por la forma radicular.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Para elegir el elevador que se utilizará, debemos tomar en consideración algunos puntos, como son: la forma y tamaño del espacio interdentario existente entre la cara mesial del tercer molar, la cara distal del segundo y el borde superior del interceptum. Así pues tenemos que: espacios interdentarios pequeños exigen una hoja del elevador de escasas dimensiones y un espacio grande necesita un elevador de hoja ancha.

La introducción del elevador es entre el espacio interdentario, dirigido hacia abajo y en sentido lingual, funcionando en esta primera acción como cuña. Para que el elevador llegue y ocupe el espacio, se deben hacer ligeros movimientos giratorios del mango.

La parte plana de la hoja del elevador, se aplica contra la cara mesial del primer molar; su borde inferior sobre el borde superior del espacio interproximal. De acuerdo con la disposición y forma radicular, dirigimos el mango del instrumento en sentido mesial, al mismo tiempo que graduamos la fuerza necesaria para elevar el molar. La abulsión del órgano dentario retenido se efectúa una vez colocando el molar verticalmente y vencida el área de contacto entre el segundo y tercer molar, con una pinza para molares inferiores o con el mismo elevador.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA

OSTEOTOMIA

El uso de la fresa en este tipo de retención.- La técnica en cuanto a su empleo varía un tanto con la retención vertical.

Con una fresa redonda # 4, 5 u 8, colocada en ángulo recto se practican algunos pequeños orificios en el hueso que deben llegar hasta el molar retenido. Nos valdremos del tacto para percibir la sensación necesaria que nos de la presencia de la pieza dentaria retenida. La porción ósea limitada entre los puntos perforados por la fresa y el tercer molar, se elimina con un golpe de escoplo. Este instrumento lo colocamos con su bicel dirigido hacia distal, tratando de insinuarlo entre la cara distal del molar y el hueso a resecar. Con un golpe de escoplo elevamos esta porción ósea distal.

La cantidad de hueso a resecar está de acuerdo con el grado de inclinación del molar, la forma y disposición de sus raíces y el contacto con el molar anterior. Con una fresa de figura # 560 eliminamos el hueso distal.

EXTRACCIÓN: PROPIAMENTE DICHA

La técnica de la extracción propiamente dicha se ha señalado en el estudio de la técnica de Winter.

POSICIÓN DISTO ANGULAR

No es frecuente encontrar el tercer molar inferior en esta posición, cuando se presenta, las técnicas para su extracción son más laboriosas.

Los problemas para su extracción, residen precisamente en su posición, ya que para ser extraído debe dirigirse en sentido distal, es decir, hacia la rama ascendente en la cantidad de hueso que hay que eliminar para vencer el contacto del tercer molar con esta rama.

La extracción del molar retenido aislado, es por medio de procedimientos semejantes a la retención vertical, con diferencias lógicas que la posición disto angular origina en la técnica.

La técnica de Winter es aplicable en este tipo de retención, ya que el molar en distoversión se encuentra anclado al maxilar y cubierto por hueso por superficies distal y triturante, razones por las cuales, su eliminación es sumamente difícil a presión manual. Todo esto, aunamos a que los elevadores son de difícil aplicación y cuando se consigue ubicarlos y luxar el molar, éste se dirige siguiendo la curvatura radicular hacia la rama montante, en donde tiene tendencia a enclavarse. Por lo tanto, son más recomendables las técnicas de osteotomía a escoplo y sobre todo la odontosección que, dividiendo el molar facilita notablemente la extracción.

INCISION

Si el molar está parcialmente erupcionado, puede efectuarse el mismo tipo ya señalado en los otros tipos de retenciones.

En retenciones profundas y complejas, es muy recomendable la incisión angular.

OSTEOTOMIA

Utilizamos el osteótomo # 1 ó 3 (R o L) para llegar hasta la porción ósea que cubre la cara triturante y distal del molar retenido. El hueso que cubre la cara triturante es resecaado con los osteótomos nums. 3, 5 u 11 (R o L). Sobre el hueso de la cara oclusal el osteótomo # 5 realiza orificios, con lo que se logra descubrir la cara del diente retenido. El hueso de la cara bucal debe ser también eliminado en cantidad suficiente, como para permitir la colocación de los elevadores dentales para extraer el molar.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Como existe suficiente espacio entre la corona del segundo molar y la del tercero, es decir, un ancho espacio interdentario, puede emplearse el elevador # 9. Este instrumento se aplica sobre la cara mesial, cerca del borde bucal e introduciendo el elevador como si fuera una cuña, entre el molar y el hueso, se logra elevar el molar. Si la cantidad de hueso distal resecaado no es suficiente, deberá practicarse una mayor osteotomia. El elevador se coloca nuevamente en el mismo punto y con la misma acción de cuña, el molar se desvía hacia arriba y atrás.

EXTRACCION POR OSTECTOMIA A FRESA

INCISION

La extracción del tercer molar en distoversión generalmente exige el sacrificio de una cantidad considerable de hueso.

Debe de realizarse una incisión larga que nos permita un colgajo amplio que descubra perfectamente el campo operatorio, existiendo o no el segundo molar, esta incisión parte de 2 cm. por detrás de la cara interna del maxilar.

Cuando llegue la incisión a la cara distal del segundo, rodea esta cara y la bucal, y desde la lengüeta interdientaria entre el segundo y primer molar se dirige hacia abajo, afuera y adelante. Se separan los labios de la incisión y se mantienen los colgajos para permitir una perfecta visión del hueso a resecar.

OSTECTOMIA DISTAL

Esta se lleva a cabo con un escoplo recto, al mismo tiempo del hueso que cubre la cara oclusal del molar retenido. La cantidad de hueso que se reseca por el lado distal, debe ser toda la existente entre una perpendicular trazada desde el punto más distal del molar retenido y la cara mesial del molar. Podemos aumentar el nicho óseo que el escoplo ha hecho, con una fresa redonda.

OSTECTOMIA MESIAL

Para resecar el hueso se cubre la cara mesial de la corona y el tercio superior de la raíz del tercer molar, nos valemos de una fresa redonda # 6 ó 7, es decir, eliminamos el tabique interdentario. Procediendo de esta manera; se suprime toda resistencia ósea

que se oponga a la extracción y se disminuyen los riesgos de una fractura dentaria o del maxilar por exceso de fuerza ejercida en el acto de aplicación de los elevadores.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Utilizando los elevadores de Linter, como el # 12, es introducido entre la cara bucal del molar y el hueso bucal, intentando moverlo. Lo mismo se hace en distal y en lingual.

Estas sucesivas aplicaciones, luxan el diente retenico, cuya elevación se completa con un elevador fino colocado en el lado distal, entre la cara oclusal y el hueso. Girando el mango del instrumento hacia adelante, se eleva el molar cuya extracción se completa con un elevador # 10 de aplicación bucal.

SUTURA

Dos o tres puntos de sutura cierran la herida, cubriendo, dentro de lo que permita la extensión del tejido gingival, la incisión abarcada hasta el segundo molar.

POSICION HORIZONTAL

Para este tipo de retención puede aplicarse las mismas técnicas realizadas en posición mesio angular. De éstas, los métodos de odontosección disminuyen el esfuerzo operatorio y los riesgos postoperatorios son mínimos.

I. CARA MESIAL ACCESIBLE

INCISION

Sigue los mismos principios enunciados para los otros tipos de retenciones.

OSTEOTOMIA

Llevaremos a cabo una incisión del hueso, muy semejante a la empleada en la retención mesio angular, con osteótomos # 2 y 4 (R o L) para eliminar la cantidad de hueso distal que sea necesaria.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

El elevador que utilizaremos, estará acorde a la forma y tamaño del espacio mesial. El instrumento, se introducirá entre la cara mesial y el borde oseo y el molar es desplazado hacia arriba y en sentido distal.

Conforme se consiga ir aumentando el tamaño del espacio, puede irse aumentando gradualmente el tamaño de los elevadores. La dirección y fuerza que se ejerce sobre el elevador, está en relación con la forma y posición de las raíces.

II. CARA MESIAL INACCESIBLE

En estos casos, la superficie mesial es más baja que el borde superior de la oseoestructura y el acceso a la cara mesial solo se consigue con la incisión del hueso.

OSTEOTOMIA DISTAL

La resección osea correspondiente a la superficie distal, se realiza como lo indicamos en la técnica anterior. En el caso de que el molar se encuentre en completa retención intraosea, la osteotomía se realiza con osteótomo # 5 (R o L) con el cual practicamos un orificio en la cubierta osea.

OSTEOTOMIA BUCAL

Con los osteótomos # 6 u 11 (R o L), eliminamos el hueso de la cara bucal para así permitir la entrada del elevador hasta la cara mesial.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

En el espacio que se ha creado con el osteótomo, introducimos un elevador # 2 y lo aplicamos sobre la cara mesial del molar. Se dirige el mango del instrumento hacia abajo, con lo cual el molar se desplaza hacia arriba y hacia distal. Conforme el espacio se ensancha con el movimiento del molar, podemos colocar en forma sucesiva, elevadores de hojas mayores, hasta que se consiga elevar el molar.

III. EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA

Para la resección de la estructura ósea que cubre el molar, nos valemos tanto del escoplo como de la fresa.

Esta técnica es muy semejante a las estudiadas en los otros tipos de retención. Es muy importante que, al llevar a cabo este método de abulsión, debemos eliminar más hueso que la técnica de Winter. Esto debido a que, como se ha dicho, es necesario que el molar retenido trace un arco, cuyo centro se localiza cerca del ápice, el cual mediante las sucesivas aplicaciones de los elevadores, se desplaza senciblemente hacia mesial, lo que nos implica la resistencia a eliminar el molar, de los factores estudiados en la retención mesio angular: hueso distal y punto de contacto mesial. Por lo tanto hay que disminuir la resistencia, lo cual logramos

sólo con una mayor ostentomía distal, que nos evita problemas posteriores.

INCISION

Para este tipo de retención es necesario que el corte abarque hasta la superficie bucal inclusive del segundo molar.

OSTEOTOMIA

Para la resección del hueso distal utilizamos una fresa redonda # 5 ó 6, en caso de que la cara mesial no sea accesible, realizamos la osteotomía a fresa en la cara bucal para permitir la ampliación del elevador.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

No son muy indispensables un elevador de Winter # 2 ó un elevador recto. Cualquiera de estos instrumentos se coloca entre la cara mesial del molar y el borde oseo y se dirige el molar hacia arriba y hacia distal.

SUTURA

Eliminando el molar, se cubre el alveolo con el colgajo, el cual mantenemos con dos o tres puntos de sutura.

POSICION LINGUO ANGULAR

Cuando se presenta en esta posición, su cara oclusal está dirigida con un grado de inclinación variable, hacia la table lingual del maxilar.

INCISION

La rama anteroposterior de la incisión debe trazarse al mismo nivel que la tabla interna del hueso, mientras que la rama vertical separa la encía que cubre el molar retenido de la cara distal del segundo molar, continuándose hacia afuera, adelante y abajo, como los cortes ya estudiados.

OSTEOTOMIA

Se reseca el hueso que cubre la cara superior y la cara triturante. Con un osteótomo # 12 u 11, eliminamos el hueso de la cara lingual y los osisectores # 2, 3 ó 5 nos sirven para escindir el hueso que cubre la cara superior.

También podemos realizar la osteotomía con esculplo o fresa redonda # 8 preferentemente.

Es indispensable que la osteotomía sea amplia para los abordajes que necesitamos hacer, ya que estos molares y sobre todo los que poseen raíces deformadas, tienden a rodar en el interior de la cavidad alveolar y es muy difícil elevarlos. Es imprescindible que la osteotomía se complete con la odontosección.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Entre la cara mesial y el hueso introducimos un elevador # 2 ó 7 y tratamos de elevar el molar hacia arriba y atrás.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA

Con una fresa # 6 u 8 se elimina el hueso, siguiendo las técnicas ya estudiadas. El hueso de la tabla lingual se elimina con una fresa de figura # 650, también puede hacerse con la fresa redonda.

Para realizar esto, es importante tener el máximo cuidado en separar el colgajo de la cara lingual para no lesionarlo con el instrumento.

POSICION BUCAL

No es muy frecuente localizar terceros molares en esta posición y cuando se presentan lo hacen casi siempre con la cara triturante dirigida hacia la mejilla. La extracción del tercer molar inferior en posición bucal sigue los principios ya mencionados. La sección del órgano dentario podemos realizarla en el sentido de su eje menor, dividiéndolo con una fresa de fisura de mesial a distal, para simplificar el problema.

POSICION INVERTIDA

La profundidad del molar en el hueso y su accesibilidad a la cara mesial, nos da la pauta a seguir con la técnica que emplearemos para lograr la extracción del tercer molar inferior retenido en posición invertida.

Cuando los molares se localizan relativamente superficiales, se logran extraer con solo realizar la resección de la cara distal, que es la más próxima al borde alveolar.

La odontosección la efectuamos con una fresa de fisura, según el eje mayor del diente y dividiéndolo en dos segmentos.

Según la localización y posición del molar, puede extraerse primero la raíz o la corona ya a expensas del espacio creado, se elimina la porción que queda.

Los molares que se localizan más profundamente constituyen un serio problema para su extracción.

Una osteotomía amplia y cuidadosa sección del molar, además de una serie de precauciones, nos ayudarán a emplear los elevadores ya mencionados en ordenada conducta para la abulsión del molar retenido.

C A P I T U L O V

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

A cada paciente debe dársele instrucciones escritas como a continuación se indica.

Después de la intervención quirúrgica se requiere un tratamiento local y general para prevenir posible infección o para controlar la infección ya presente.

La limpieza en la boca y dientes y la atención de los detalles que siguen, son absolutamente necesarios para lograr dicho fin. Siguiendo las instrucciones evitará complicaciones postoperatorias y le dará mayor comodidad apresurando su restablecimiento.

HEMORRAGIA

Se le indicará al paciente que sostenga una gasa con firmeza entre los maxilares sobre el lugar de la operación durante media hora después de la intervención. Enjuagatorios muy vigorosos estimularán la hemorragia si se usan antes de que el coágulo esté formado. Si hay hemorragia pequeña, mantenga un buche de solución fisiológica caliente en la boca, hasta que se enfríe a la temperatura del cuerpo; vuélvase a llenar otra vez la boca con solución fisiológica caliente y repetir el procedimiento hasta unos 500 c.c. de solución.

Entre tanto, colóquese sobre el área afectada una compresa con hielo o agua fría, el tiempo suficiente en el cual no se produzca un dolor muscular, aproximadamente 13 min. con intervalos de una hora.

Cubrir con una gasa o algodón el área de la hemorragia y morderlo finalmente por un lapso de 20 min. Una vez transcurrido este procedimiento, retirar la gasa o algodón y si persiste la hemorragia repetir cuantas veces sea necesario, hasta conseguir parar el sangrado totalmente.

Después de los procedimientos quirúrgicos realizados en la boca los tejidos han sido colocados en su sitio y suturados. Estas suturas son necesarias para una buena cicatrización y para controlar las hemorragias.

Por lo general, se previene la hemorragia dentro de la cavidad bucal, pero continúa por un tiempo debajo de los tejidos y da lugar a hinchazón de los tejidos blandos de la cara. Esta hinchazón es seguida de una decoloración, siendo éste el resultado postoperatorio perfectamente normal y no preocupar al paciente.

La coloración purpúrea es la misma que se observa en los hematomas de otras partes del organismo. El color purpúreo se transforma en amarillo verdoso, amarillo y después adquiere su color normal. La decoloración se extenderá entre las capas de los tejidos a medida que las capas musculares en sus movimientos, se extiendan los elementos sanguíneos que causan la decoloración, para ayudar a que desaparezca la decoloración debe aplicarse en la cara cualquier forma, ya sea por medio de lámparas, mentas eléctricas, botellas de agua caliente, etc.

DOLOR.— Se puede esperar algún dolor postoperatorio en la cavidad bucal, presentándose fuertes dolores en el maxilar, la cara o los oídos entre dos días y dos semanas después de la operación.

El dolor va acompañado de halitosis. En la mayoría de los casos esto indica que el coágulo sanguíneo se ha descompuesto, exponiendo las paredes osas del alveolo.

TUMEFACCIÓN Y RIGIDEZ.- La inflamación de los tejidos blandos faciales puede deberse a hemorragias dentro de tejidos bucales. Su causa puede ser la invasión de los tejidos por los líquidos y elementos sanguíneos relacionados con la cicatrización o eliminación de la infección. Para disminuir la inflamación postoperatoria, inmediatamente colocar sobre la cara durante poco tiempo, una bolsa de hielo o toallas de agua helada solamente durante el primer día.

El día siguiente de la operación, aplíquese calor sobre la cara de cualquier manera conveniente. Por lo menos debe aplicarse calor durante cuatro horas diarias. Para prevenir la rigidez y estimular la circulación, masticar con vigor y tan amenudo como nos sea posible, goma de mascar mientras persistan la rigidez y tumefacción.

HIGIENE BUCAL.- Una escrupulosa higiene bucal es esencial; para acelerar la cicatrización, es recomendable para el paciente que se enjuague durante el día cuatro o cinco veces con solución de oxícloroseña sódico en agua tibia, esto acelerará la cicatrización y eliminará el dolor y gusto desagradable. También se recomendará que quite con cuidado la película blanca de la encía con un hisopo de algodón o una gasa colocada alrededor de un dedo limpio y sumergido en una solución antiséptica, frotándose las encías y limpiando los dientes con dentrífico evitando la zona operada.

DIETA.- Evitar durante algunos días alimentos y carnes difíciles de masticar. Comer bastante fruta y beber diariamente de ocho a diez vasos de agua, jugo de frutas y otros líquidos, complementar la dieta en cada comida tomando dos cápsulas multivitaminicas inmediatamente después de cada comida. Estas cápsulas contienen vitaminas B y C necesarias para la reparación tisular.

CAPITULO VI

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

ASEPSIA

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

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

ANTISEPSIA

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

MECANICO.- Es el medio más común de asepsia que consiste en tallados, cepillados y lavados. Este último es el más común, existiendo variantes según sea lo que se vaya a lavar.

- a) Lavado de instrumental; será con detergentes y cepillo de cerdas de preferencia bastante duras.
- b) Lavado de manos.
- c) Lavado de la región que se va a intervenir; como el campo operatorio el cual será con sustancias antisépticas, cepillo de cerdas suaves o gasas. Se utilizan gasas para tener íntegro el tejido por que si se irrita tendrá repercu-

sión a la hora de incisar o suturar para la hora de la cicatrización. Se lava con gasas o cerdas suaves pero enérgicamente y con esto no se provoca irritación.

- d) Lavado de tejidos o por instrumentos no estériles o mordeduras de animales, en los cuales se tendrá que usar detergente o sustancias antisépticas o bien una mezcla de ambas y se emplean cepillos de raíz de cerdas duras, el lavado tendrá que ser en forma enérgica para eliminar todo posible foco de infección en esta zona.
- e) Lavado propiamente quirúrgico.

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

- a) Flameado.- No es muy recomendado porque distorsiona los instrumentos, o sea que con el tiempo se les quita el filo. También como están en el medio ambiente, vuelven los microorganismos cuando se enfrían. Esterilizan sólo la zona que se flamea.
- b) Ebullición.- El inconveniente es el tiempo y hay materias que no se destruyen.
- c) Calor seco.- Se ha observado que la temperatura apropiada sea más o menos de resultados algo favorables, sean de 160 a 180 grados centígrados durante 40 a 60 minutos.

El horno de agua caliente sirve para esterilizar, su-
biendo la temperatura a 160 grados durante un tiempo estipulado y durante una hora se deja apogado secando el instrumental ya frío.
- d) Calor húmedo.- Es el más generalizado de los métodos.

e) Vapor a presión.- Este medio es considerado como ideal para esterilizar, pues dicho vapor circula por todos lados atravesando las moléculas de los gérmenes destruyéndolas. La temperatura a la que por lo general funciona es de 120 grados centígrados a una presión de una atmósfera o un kilogramo por centímetro cuadrado durante 15 o 30 minutos. El aparato que nos permite este método es el autoclave que esteriliza instrumentos, ropa, campo quirúrgico, compresas quirúrgicas, algodón, material refractario y material plástico..

QUÍMICOS.- Para lograr la esterilización por este medio, se utilizan drogas con sustancias a las que se les da el nombre de antisépticos y que impiden el desarrollo del microorganismo. Lo ideal de los antisépticos es el que detenga el crecimiento y actividad de los gérmenes y que estimule las células para que activen su defensa natural, los medios químicos se van a emplear en la esterilización de material de sutura, instrumental cortante, material refractario, plásticos para campo operatorio, campos lesionados y lavado quirúrgico.

Alcohol: Se emplea para antisepsia de las manos del cirujano y para conservar cierto material.

Yoduro de yodo: En cirugía bucal su empleo no es muy extenso porque este antiséptico tiene propiedades irritantes y la mucosa no soporta su acción. La aplicación para la antisepsia en el punto de punsion de la aguja en las distintas anestesis en partes iguales con alcohol se utiliza para limpiar los capuchones del tercer molar y el sitio donde va a aplicarse la punsion.

BIOLOGICOS.- Son los antibióticos que se van a usar cuando el proceso ya está instalado. Agentes intracorporales y extracorporales.

El antibiótico destructor de la vida, término que comprende todas las sustancias antimicrobianas que se derivan de las bacterias de mohos y hongos como la penicilina natural, la lizocina o de productos químicos sintéticos, según sean activos contra muchos o pocos grupos de gérmenes se dividen en: amplio, mediano y reducido espectro.

CONCLUSIONES

El tratamiento quirúrgico de los terceros molares, con problemas de erupción, implica siempre riesgos, como todos los de cualquier tratamiento en el que se use un bisturí, por lo tanto el cirujano dentista tiene la obligación de conocer las técnicas que para el efecto existen, el uso del instrumental que se maneja, para llevar a cabo con éxito la labor de mejoramiento de la salud de la cavidad oral.

Para extraer estas piezas en forma indolora, con el menor traumatismo posible y las menores molestias postoperatorias, debemos apegarnos firmemente a los principios básicos de la exodoncia que son: acceso adecuado, camino sin impedimentos y empleo de fuerzas controladas.

Apoyándose a estos principios se evitarán las desagradables secuencias traumáticas que algunos pacientes han experimentado en el pasado y contribuirán a un mejor entendimiento con el paciente.

Existen varias técnicas para la extracción de los terceros molares con sus respectivas indicaciones y contraindicaciones y una infinidad de instrumentos adecuados al problema que se le presente, o en un momento dado atendiendo a un amplio criterio odontológico cambiar la técnica o instrumental, o hacer una conjunción de todas ellas, para llevar a feliz término el problema que se le haya presentado con el menor traumatismo posible y con la certeza de haber extraído por medios científicos una pieza dentaria y no haberla arrancado por la fuerza.

BIBLIOGRAFIA

- | | | |
|--------------------------------|--|---|
| ARCHER, HARRY W. | CIRUGIA BUCAL | PARADAY ED. MUNDI, S.A.
C.I.F. ILLS. TOMO I. |
| GURALNID WALTER C. | TRATADO DE CIRUGIA
ORAL | ED. SALVAT, 1971 |
| KRULER, GUSTAV D. | TRATADO DE CIRUGIA
BUCAL | R.F. INTERAMERICANA, 1978 |
| MASON Y RINTEL | TRATADO PRE Y POST-
OPERATORIO | |
| QUIROZ GUTIERREZ
FERNANDO | TRATADO DE ANATOMIA
HUMANA | TOMO I, MEXICO, ED. PU-
RRUPA, S.A., 1962 |
| RIES CENTENO GUI-
LLERMO A. | CIRUGIA BUCAL | ARGENTINA, ED. EL ATENEO
1960 ILL. |
| UDIDES VILLARREAL | APUNTES DE CLINICA
PROPEDEUTICA QUI-
RURGICA | TOMO I, MEXICO, MENDE O,
1971 |