



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DE LOS  
DIENTES INCLUIDOS**

**T E S I S**

Que para obtener el título de

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A N:**

**ROSALINDA OROPEZA DE LA CRUZ**

**ADRIANA ESPERANZA CHAZARO CASTILLO**



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.

TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DE LOS  
DIENTES INCLUIDOS

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

CAPITULO I

GENERALIDADES

- a) Definición
- b) Etología
- c) Frecuencia

CAPITULO II

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA ELIMINACION  
DEL DIENTE INCLUIDO

- a) Indicaciones
- b) Contraindicaciones

CAPITULO III

PATOGENIA

CAPITULO IV

ACCIDENTES PRODUCIDOS POR LOS DIENTES INCLUIDOS

CAPITULO V

RECEPCION DEL PACIENTE

- a) Historia Clínica
- b) Preoperatorio

CAPITULO VI

ANESTESIA

- a) Técnica
- b) Complicaciones producidas por los anestésicos

## CAPITULO VII

### TRATAMIENTO DE LOS DIENTES INCLUIDOS (Generalidades)

- a) Dierisis
- b) Separación de colgajo
- c) Osteotomía y Odontosección
- d) Avulsión
- e) Tratamiento de la cavidad
- f) Sinierisis

## CAPITULO VIII

### TRATAMIENTO ESPECIFICO DE LOS DIENTES INCLUIDOS

- a) Terceros molares inferiores
- b) Caninos superiores
- c) Terceros molares superiores
- d) Dientes supernumerarios

## CAPITULO IX

### POSTOPERATORIO

## CAPITULO X

### COMPLICACIONES DE DIENTES INCLUIDOS

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

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

A través del tiempo la odontología ha ido modificando su orientación puramente técnica para darle más importancia a los problemas biológicos, uno de los cuales sería la inclusión dentaria, que no se apega a un patrón establecido ya que son de diversas formas y tamaños, pueden ser afectados de uno a veintiún dientes. También varían considerablemente en el grado de inclusión, algunos presentan erupción parcial mientras que otros se encuentran por completo retenidos dentro del hueso.

Se han presentado muchos casos en que los dientes incluídos permanecen en estado inactivo dentro de los maxilares hasta después de la pérdida de los dientes adyacentes y repentinamente comienzan a hacer erupción provocando inflamación y dolor, pudiendo causar problemas leves o graves a la larga, desde una periodontitis hasta una gran destrucción ósea. Se debe hacer un estudio minucioso para saber si el tratamiento quirúrgico es necesario desde el punto de vista patológico o fisiológico por lo que es importante tener una historia clínica lo más completa posible para saber si el paciente goza de buena salud y llevar a cabo la intervención quirúrgica en caso de que sea necesaria, ya que esta es un reto desde los puntos de vista diagnóstico, anestésico y quirúrgico, y no puede compararse con ningún problema sencillo sea cual sea la especialidad quirúrgica. Sin embargo, los datos recopilados en esta tesis son totalmente en favor de la eliminación -

precoz y correcta del diente incluido, patológico y potencialmente patológico, ya que es un procedimiento preventivo para evitar pérdidas de tiempo en una vida productiva debido a dolor, sufrimiento, infección grave, pérdida de dientes de todo un maxilar o fracmento de éste.

No se puede valorar en dinero la sensación de bienestar que acompaña a una sonrisa atractiva y presencia de estructuras bucales sanas. Por lo que pensamos que la extracción de dientes incluidos se reditúa con creces a lo largo de la vida de un paciente si pensamos en el sinúmero de problemas que puede provocar la conservación de dichos dientes.

## CAPITULO I

### A) DEFINICION.

El diente incluido es aquel que no ha erupcionado en posición funcional normal durante el tiempo previsto para su aparición. La erupción puede ser impedida por tejidos blandos o duros adyacentes, estructuras superyacentes como dientes, huesos o tejidos blandos densos.

Se considera que un plazo de dos años después del momento previsto para la erupción normal está dentro de límites normales. Por la cierta confusión que existe en los términos que refieren el grado de inclusión dental y sus causas, se nombran algunas definiciones para poder distinguirlas:

- a) Inclusión Parcial.- Diente cuya erupción es incompleta; clínicamente el diente es visible, pero a menudo está en posición anormal y siempre se halla cubierto por tejido blando o hueso en cantidades variables.
- b) Inclusión Osea Completa.- El diente está totalmente encerrado en el hueso de los maxilares.
- c) Inclusión Osea Parcial.- El diente está parcialmente cubierto por hueso. El diente puede ser una inclusión completa de tejido blando y parcialmente cubierto por hueso.
- d) Inclusión Potencial.- Un diente no erupcionado que conserva el potencial para erupcionar pero

probablemente ocupará al salir posición y función anormales por la obstrucción de otro diente, a menos de realizarse una intervención quirúrgica, es considerado como una inclusión potencial.

## B) ETIOLOGIA

Se consideran diferentes causas por las que se presenta la inclusión dental, por lo que la etiología es más teórica que real.

En la mayoría de los casos se toman en cuenta tres diferentes teorías:

- 1) Teoría Ortodóntica.- Debido que el crecimiento normal de los maxilares y el movimiento de los dientes son en dirección anterior, cualquier interferencia con tal desarrollo causará la inclusión de los dientes. El hueso denso suele provocar el retraso dental anterior y muchas afecciones patológicas provocan una condensación del tejido óseo.

Las infecciones agudas, fiebres, trauma severo y mal oclusión, así como la inflamación local de la membrana periodontal pueden aumentar la densidad ósea; la respiración bucal constante también conduce a la contracción de las arcadas, por lo tanto, los dientes que hacen erupción al final carecen de espacio. En ocasiones, la pérdida prematura de los dientes deciduos pueden provocar falta de desarrollo del maxilar y mala posición de los dientes permanentes, o ambos, lo que da como resultado una inclusión.



- 2) Teoría Filogénica.- La naturaleza trata de eliminar lo que no se emplea y nuestra civilización, - con sus hábitos nutricionales cambiantes ha casi eliminado la necesidad humana por maxilares grandes y fuertes. Como resultado de esta función - alterada, el tamaño del maxilar y la mándíbula - ha disminuído, como resultado de esto, se obser- van varios casos del tercer molar que ocupa una posición anormal, se encuentra mal formado y pue- de considerarse como un órgano que no tiene motivo ni función. Además, suele faltar por motivos congénitos.
- 3) Teoría Mendeliana.- Esta teoría dice que la he- rencia puede ser un factor etiológico importante en las inclusiones, tal como es la transmisión - de maxilares pequeños de un padre y dientes grandes de la madre o viceversa.

### C) FRECUENCIA.

En los estudios realizados en los últimos años se - ha encontrado que cualquiera de los dientes temporarios, permanentes o supernumerarios pueden quedar retenidos en los maxilares. Los resultados obtenidos han tenido ciertas variaciones por lo que hay diferentes órdenes de frecuencia; esto es debido a causas congénitas, al tipo de alimentación, raza, sexo, etc.

A continuación nombramos tres opiniones de diferen- tes Autores:

1) Dachi y Howell dicen que el orden de frecuencia es:

Terceros Molares Maxilares  
Terceros Molares Mandibulares  
Caninos Maxilares  
Premolares  
Dientes Supernumerarios.

2) Carlos Piedrahita señala que la frecuencia es:

Tercer Molar Mandibular  
Tercer Molar Maxilar  
Canino Maxilar  
Segundo Premolar Mandibular  
Segundo Premolar Maxilar

3) Cryer dice que el orden de frecuencia es:

Tercer Molar Mandibular  
Canino Maxilar  
Tercer Molar Maxilar  
Segundo Premolar Mandibular  
Segundo Premolar Maxilar.

CAPITULO II

"INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA  
ELIMINACION DE DIENTES INCLUIDOS"

Para llevar a cabo una intervención quirúrgica de un diente incluído es importante hacer un estudio minucioso tanto radiográfico como clínico ya que puede ser un riesgo para la salud del paciente cuando existe poca tolerancia para la cirugía ó provoque una complicación postoperatoria mayor del problema que puede ocasionar el diente incluído.

A) INDICACIONES.

- a) Cuando existe discrepancia entre el tamaño y el número de dientes y el tamaño de los maxilares donde se alojan estas estructuras, siendo imposible realizar otros tratamientos como Ortodoncia o Transplante del diente.
- b) Falta de espacio para la erupción normal de los dientes incluídos de todos tipos especialmente los terceros molares ya que sólo menos del cinco por cien de adultos jóvenes con dentadura completa natural tienen espacio suficiente para la erupción total de los terceros molares, tomando en cuenta también a los caninos superiores ya que son los últimos que erupcionan en el maxilar.
- c) Durante un tratamiento ortodóntico la eliminación de dientes permanentes no erupcionados está indicada cuando el Ortodoncista considera que la extracción podrá facilitar el tratamiento completo del paciente.

- d) Con frecuencia un diente incluído favorece la retención de alimentos y la aparición de caries en el diente adyacente.
- e) Cuando el diente incluído pueda destruir el so--  
porte óseo del diente funcional inmediatamente -  
adyacente a él.
- f) La extracción temprana de terceros molares in---  
cluídos mejora el pronóstico de los segundos mo-  
lares porque en los jóvenes los defectos óseos -  
creados por la eliminación quirúrgica de dientes  
se llenan en forma rápida y más completa que en-  
pacientes más viejos.
- g) Cuando se encuentran dientes incluídos sintomáti-  
cos en pacientes aparentemente edéntulos, se re-  
comienda eliminarlos antes de construir la denta-  
dura.
- h) En presencia de un quiste que afette el diente -  
incluído y no haya probabilidad de que éste erup-  
cione en posición normal está indicada la estrac-  
ción.
- i) En dientes parcialmente incluídos que presenten-  
infecciones repetidas relacionadas con quistes -  
odontógenos.
- j) En caries y resorción tanto interna como externa  
de un diente incluído son indicaciones para su -  
extracción.
- k) En presencia de dolores en la Articulación Tempo-  
ro Mandibular, oído, cuello, arcada dental opues-  
ta del mismo lado y cefalgias ocasionales pueden  
desaparecer después de la eliminación de dientes

incluidos; sin embargo dicha eliminación es un paso positivo que a menudo resuelve casos inexplicables de dolor de cabeza indefinido.

- l) Cuando se prevé la necesidad de radiar los maxilares como parte de un tratamiento de tumores de cuello y cabeza, se recomienda extraer los dientes incluidos porque son puntos de recepción de la radiación para evitar una ostioradionecrosis.
- m) Cuando el cirujano Dentista determina que el diente incluido no realizará ninguna función útil en la cavidad bucal, el diente debe ser eliminado.

#### B) CONTRAINDICACIONES.

- a) Si la extracción de un diente incluido asintomático puede llevar a la pérdida de dientes adyacentes, el diente no debe tocarse.
- b) En pacientes con enfermedades cardiovasculares graves ó antecedentes de infarto grave ó reciente del miocardio no deben ser sometidos a las tensiones de una intervención quirúrgica si ésta puede evitarse.
- c) Cuando se descubre un diente incluido asintomático, totalmente unido al hueso, en un paciente de cierta edad con pocas probabilidades de formación de quiste y en el cual no se prevé la necesidad en el futuro de construir una prótesis, el diente incluido puede quedar en el maxilar haciendo exámenes radiográficos a intervalos regulares.

### CAPITULO III

#### P A T O G E N I A

Los dientes incluidos, no erupcionados o en mal posición, pueden ser extraídos en presencia de infección, como resorción patológica de los dientes adyacentes y estructura ósea bloqueada, pudiendo desarrollar quistes, tumores, dolor, fracturas, desplazamiento del diente y destrucción ósea.

El diagnóstico y tratamiento dependen del tipo de diente incluido; cada caso debe de ser examinado en busca de un estado patológico existente o potencial y de la participación del parodonto.

#### DIENTES SUPERNUMERARIOS

La inclusión de dientes no suele provocar trastornos periodontales debido a su posición lejos de los demás dientes y a su número generalmente muy reducido.

#### PREMOLARES

Estos aunque en número muy reducido pueden afectar al parodonto. El trastorno más común es una formación de bolsas parodontales por la comunicación con la cavidad bucal; éstas se encuentran en la unión cemento-adamantina del diente incluido. favoreciendo la infección que puede propagarse y destruir el parodonto de los dientes vecinos causando una degeneración del parodonto y pérdida permanente adyacente.

### CANINOS SUPERIORES

Por lo general éstos dientes se encuentran incluidos entre las raíces del primer premolar y del incisivo lateral que ocupan una posición mesioangular, causando los mismos problemas que los premolares incluidos; aunque las variaciones en la posición, angulación e inclinación de los caninos requiere de un tratamiento diferente.

### TERCEROS MORALES SUPERIORES

Se observa una destrucción del parodonto en la cara distal del segundo molar. Esta destrucción puede provocar la formación de bolsas parodontales y resorción radicular con la pérdida consiguiente del segundo molar. La formación de bolsas parodontales también, puede acarrear lesiones intraóseas con la participación probable de la bifurcación radicular.

### TERCEROS MORALES INFERIORES

La inclusión del tercer molar inferior es la causa más frecuente de trastornos periodontales; cuando se encuentran parcialmente erupcionados pueden tener bolsas periodontales de más de 12 mm. de profundidad. Estos se infectan fácilmente debido a la presencia de placa bacteriana o alimentos retenidos lo cual favorece la destrucción paradontal en la cara distal del segundo molar con la aparición, consecuente de lesiones intraóseas y pericoronitis, que serán causa de trismus -

muscular con dolor y difusión debidos al proceso inflamatorio.

En presencia de un diente incluído es posible que se produzca un quiste dentígero pudiendo ser que este encierre un odontoma compuesto complejo, o se relacione con un diente supernumerario, presentándose éste -- con mayor frecuencia en la zona de terceros molares inferiores y caninos superiores, ya que son los dientes que tienen mayor grado de inclusión.

El quiste dentígero tiene la capacidad potencial de transformarse en una lesión agresiva y presentar expansión del hueso con una notable asimetría facial, -- gran desplazamiento de los dientes, resorción intensa de los dientes adyacentes y dolor. En el caso de un tercer molar inferior incluído la lesión quística puede producir el ahuecamiento de toda la rama ascendente hasta la apófisis coronoides y cóndilo, así como la expansión de la lámina cortical debido a la presión que ejerce, provocando que el tercer molar llegue a quedar comprimido contra el borde inferior de la mandíbula.

En el caso de un quiste de un canino superior, suele haber expansión del segmento anterior del maxilar y superficialmente puede parecer una sinusitis aguda.

Quistes dentígeros.- Los quistes dentígeros están constituidos por una bolsa de tejido conjuntivo-epitelial, encontrándose en su interior la corona de un diente que se encuentra incluído o un diente supernumerario; por lo que se dice que todo diente incluído es un quiste dentígero en potencia.



Los quistes dentígeros se deben a trastornos mecánicos en la erupción dentaria que actúan sobre el - saco pericoronario. Este órgano al no seguir las leyes de involución del germen dentario, no se destruye y desaparece, sino que, irritado y traumatizado, como resultado del trabajo de erupción, produce un líquido entre este saco y la corona del diente. Al aumento - de cantidad y tensión de este líquido segregado por - las células del epitelio externo del órgano del esmalte y del que forma por trasudación se debe al crecimiento del proceso.

Anatomía Patológica.- El líquido quístico presenta grandes variaciones respecto al color amarillo cetrino con mayor frecuencia y tinte hemático o lechoso.

En los quistes dentígeros se encuentran cristales de colestrina.

El líquido quístico contiene seroalbúmina, seroglobulina, agua, células en diferente estado de degeneración y leucocitos.

Estos quistes toman asiento en el maxilar y en la mandíbula, siendo mayor su frecuencia en la mandíbula, debido a su anatomía y a que es más factible -- que el tercer molar inferior se encuentre incluido -- por la falta de espacio entre el segundo molar y la rama de la mandíbula.

Desarrollo del quiste dentígero.- Su evolución es hacia la tabla externa en el maxilar a excepción - del canino cuya evolución es casi siempre palatina. -

La evolución depende del asiento primitivo del diente retenido, porque en el curso de su evolución es empujado centrífugamente y desviado hacia lugares insospechados. En la mandíbula la evolución del quiste por lo general se presenta a expensas de las dos tablas. El tercer molar origina quistes, los que en su mayoría hacen su expansión hacia la rama ascendente rechazando la tabla externa por debajo del macetero y llegando en algunas ocasiones hasta el cóndilo y apófisis coronoides.

El volumen de estos procesos es variable, desde el pequeño quiste pericoronario del tamaño de un haba, hasta el enorme quiste del tamaño de una nuez o de un huevo de gallina.

La expansión y crecimiento de los quistes dentígeros se manifiestan sobre los dientes vecinos produciendo desviaciones en los dientes abriéndose éstos en abanico, así como rarefacciones del cemento de los dientes que encuentran en su camino y modificaciones pulpares.

Sintomatología.- Los quistes dentígeros tienen un primer período intermaxilar y otro período de exteriorización.

Su marcha y evolución es lenta; por lo general no se presentan síntomas dolorosos, pasando inadvertidos durante varios años.

En algunas ocasiones pueden presentarse fenómenos dolorosos, teniendo la misma intensidad que la produci

da por los dientes retenidos, otras veces la característica desviación de los dientes en abanico llamando la atención del paciente y de sus familiares. Los síntomas dolorosos manifiestos e intensos son muy raros principalmente cuando el quiste es aún estéril. Sin embargo, neuralgias, cefaleas y dolores de distinto tipo pueden presentarse en algunas ocasiones a pesar del volumen extraordinario que puedan alcanzar éstos quistes; lo que más llama la atención al paciente es la deformación de los rasgos faciales. Los surcos anatómicos desaparecen, la asimetría facial es manifiesta, la bóveda palatina puede estar descendida; en algunos casos hay exoftalmia por producción del globo ocular y en otras ocasiones hay dificultades serias en la deglución'

Si el quiste se infecta la sintomatología cambia bruscamente los dolores se hacen intensos, se irradian en distintas direcciones, el estado general del paciente está perturbado; hay fiebre, disnea, halitosis, pulso elevado.

La supuración se abre camino por fístulas intra o extraorales, por las que emana un pus fétido y característico.

Al introducir una sonda en la fístula se encuentra tejido blando aterciopelado de la bolsa quística y se puede percibir la dureza característica del diente incluido. En algunas ocasiones se ha llegado a encontrar caries de distintos grados en el --

diente incluido.

Diagnóstico.- Un detalle de interés que abre luz en el diagnóstico de éstos quistes es al diente originador del proceso que siempre falta en la arcada, encontrando además persistencia del temporario. Puede - sin embargo, que la arcada esté completa, en este caso el quiste es originado por un diente supernumerario.

Para describir el diente causante de éste quiste además de los síntomas clínicos, es indispensable la -- radiografía para conocer el volúmen del proceso, la relación con los órganos vecinos, el estado de éstos órganos y la colocación del diente incluido, consiguiéndose ésta con cierta perfección con tomas extraorales, oclusales, para ver exactamente los contornos del --- quiste y la presencia del diente con su corona dentro de la bolsa quística, la cual está siempre rodeada por la condensación ósea característica.

Tratamiento.- El tratamiento de los quistes dentígeros debe de ser quirúrgico: Extirpación de la bolsa quística y extracción del diente incluido, esta extracción reglada por normas quirúrgicas especiales y - su indicación depende del interés de conservar un - diente que más tarde puede erupcionar normalmente o -- ser llevado a su sitio por métodos mecánicos y ortodóncicos.

En caso de conservación del diente se desprenderá con cuidado la bolsa quística de su cuello con espátu-

las finas. La intervención quirúrgica de los quistes, cualquiera que sea su tamaño y situación debe siempre ser realizada por la vía vestibular ya sea en el maxilar o la mandíbula.

Algunos casos de excepción pueden ser intervenidos por vía palatina: En los quistes del conducto palatino anterior; los quistes a desarrollo palatino, - que han respetado la arcada y la tabla externa.

Ya anestesiada la zona a intervenir, se realiza la incisión adecuada, se levanta el colgajo, se hace la osteotomía retirando posteriormente el hueso vestibular con pinzas gubias llegando a la bolsa quística - seccionándola y vaciando su contenido por aspiración o por medio de gasas apareciendo la corona del diente incluido.

Si es necesario se hace la odontosección del diente a nivel de su cuello evitando presiones en el hueso vecino por que es labil a fracturarse. Eliminada la corona con un elevador recto se extrae la raiz.

En caso de que no sea necesario realizar la odontosección del diente será extraído por medio de elevador y/o forceps.

Si los dientes vecinos fueron afectados se procede a realizar el tratamiento adecuado a cada uno.

Se hace el tratamiento de la cavidad cureteando - el hueso para evitar dejar algún resto, se le liman --

los bordes y se lava a presión con suero fisiológico, se vuelve el colgajo a su posición primitiva se practican varios puntos de sutura.

Como tratamiento postoperatorio el paciente debe permanecer semi sentado descansando con varias almohadas colocadas detrás de la cabeza. Debe llevar dieta líquida dos días posteriores a la intervención, administrándosele un correcto tratamiento con antibióticos.

CAPITULO IV

"ACCIDENTES PRODUCIDOS POR LOS DIENTES INCLUIDOS"

Los dientes incluidos pueden llegar a causar accidentes de diferente magnitud pudiendo éstos provocar o no molestias al paciente. Para su estudio se clasifican en:

1.- ACCIDENTES MECANICOS.

Los dientes incluidos al actuar mecánicamente sobre los dientes vecinos. pueden afectar la integridad del maxilar.

- a) Trastornos sobre la colocación normal de los dientes. Un diente incluido al tratar de hacer erupción produce desviaciones en la dirección de los dientes vecinos y aún trastornos a distancia.
- b) Trastornos sobre la integridad anatómica del diente. La constante presión que ejerce el diente incluido sobre el o los dientes adyacentes, puede causar alteraciones en el cemento, en la dentina e inclusive en la pulpa de los dientes, pudiendo causar problemas parodontales de diferente intensidad e importancia.
- c) Trastornos Protéticos. En pacientes supuestamente edéntulos portadores de aparatos de pró

tesis, la existencia de un diente incluido provoca cierto desajuste en su prótesis y en consecuencia, inflamación de la encía y molestias al paciente debido al trabajo de erupción de ese diente llegando a cambiar la estructura ósea de esa zona del maxilar.

## 2.- ACCIDENTES NERVIOSOS.

Los accidentes nerviosos producidos por dientes incluidos son bastante frecuentes. La presión que el diente ejerce sobre los dientes vecinos, sobre sus nervios o sobre troncos mayores, es posible origine algias de intensidad, tipo y duración variables.

La presión que ejerce un tercer molar incluido sobre el nervio dentario inferior, puede ocasionar trastornos nerviosos de toda índole, así como también los caninos pueden provocar ataques epilépticos y trastornos mentales.

## 3.- ACCIDENTES TUMORALES.

Los dientes incluidos pueden llegar a originar tumores odontogénicos, también llamados quistes dentígeros o queratoquistes, los que pueden infectarse y dar procesos supurativos de gravedad variable, capaces de transformarse en osteítis y osteomielitis.

El saco pericoronario permanece adherido al cuello del diente en la porción distal o mesial al -



abrigo de las presiones que puedan resorberlo. Perderán sólo su hemisferio posterior o el anterior y durante un tiempo conservan su integridad, cerrados y sin adquirir contacto con el medio bucal; pero cuando ocurre una solución de continuidad entre el molar y la encía, la infección del saco pericoronario inicia su transformación en tejido de granulación, que a su vez genera procesos muy parecidos a los de la pericoronitis (osteítis locales, procesos ganglionares, procesos infecciosos a distancia) actuando como infección focal.

#### 4.- ACCIDENTES INFECCIOSOS.

La periocoronitis es la lesión inicial. Se origina en la época de erupción de un tercer molar. Su comienzo puede ser brusco cuando se instala a nivel del capuchón que cubre el molar incluido y sin anuncio previo un proceso inflamatorio con signos característicos: dolor, tumor, rubor y calor.

El comienzo insidioso de la pericoronitis está caracterizado por la aparición de dolores, generalmente leves; ligeros procesos inflamatorios que duran dos o tres días, trismus muy poco acentuados: entre el capuchón y el molar en erupción brotan unas gotas de pus y sangre y el proceso remite hacia un nuevo fenómeno inflamatorio.

## CAPITULO V

### RECEPCION DEL PACIENTE.

#### a) Historia Clínica.

La elaboración de la Historia Clínica se lleva a ca-  
bo con el fin de obtener los antecedentes del paciente -  
para permitir al Cirujano Dentista conocerlo mejor y re-  
copilar datos importantes para el diagnóstico clínico.

El conocimiento de los procesos patológicos que pue-  
dan presentarse en la cavidad bucal son muy importantes,  
por lo que se requiere un examen minucioso.

Es de gran importancia que el Cirujano Dentista, -  
cree un ambiente en el que el paciente pueda enfocar sus  
problemas con facilidad y sin temor; debe tratarse al pa-  
ciente de manera informal aunque profesional, controlan-  
do la conversación, pidiendo oportunamente al paciente -  
que se dirija al problema real, haciendo esto con pregun-  
tas lo más concretas posible.

Consideramos que la mejor forma de recopilar datos-  
del paciente no es haciéndole directamente, sino por me-  
dio de un cuestionario; ya que de esta manera, el pacien-  
te tiene la ventaja de pensar y considerar mejor sus an-  
tecedentes médicos; los datos así obtenidos serán tanto-  
mas precisos, cuando se hallen mas alejados de un perfo-  
do de interrogación tenso y rápido.

### HISTORIA DENTAL.

Nombre:

Edad:

Dirección:

Sexo:

Nombre del Dentista anterior:

¿Padece usted dolor de dientes?:

¿Se le incrusta alimento entre los dientes?:

¿Sangran sus encías cuando se cepilla los dientes?:

¿Rechina los dientes durante la noche?:

¿Padece dolor en los oídos o cerca de ellos?:

¿Alguna vez ha recibido tratamiento periodontal (piorrea)?:

¿Alguna vez ha recibido instrucciones adecuadas sobre el  
aseo adecuado de sus dientes en casa?:

¿Tiene zonas dolorosas o protuberancias en su boca?:

¿Desea conservar sus dientes?:

Fecha aproximada de su última visita al Dentista:

### HISTORIA CLINICA.

Nombre:

Dirección:

Edad:

Sexo:

Fecha aproximada de la última visita al médico:

¿Padece en este momento gripe o molestias en la garganta?:

¿Ha experimentado sangrado excesivo de alguna herida o ex-  
tracción?:

¿Le ha dicho algún médico que padece problemas cardiacos?:

¿Se le hinchan con frecuencia los tobillos?:

¿Con facilidad padece problemas respiratorios o falta de -  
aire?:

¿Se desmaya fácilmente?:

¿Se agota con facilidad?:

¿Tiene problemas estomacales?:

¿Le ha dicho alguna vez un médico que padece de los riñones o de la vejiga?:

¿Se levanta durante la noche para orinar?:

¿Padece diarrea con frecuencia?:

¿De niño guardaba cama durante períodos prolongados?:

¿Recientemente ha subido o bajado de peso?:

¿En este momento se encuentra tomando algún medicamento?:

Medicamento \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_

¿Es usted alérgico a algún medicamento?:

¿Cual?:

Diga si ha padecido	Si	No
Asma		Presión Alta
Fiebre Reumática		Anemia
Pulmonía		Diabetes
Tuberculosis		Problemas Renales
Problemas Cardíacos		Alergias
Nerviosismo		.

Lesiones u operaciones

Tratamiento

Hospital

Irradiación previa de cuello o cabeza

Mujeres

¿Está embarazada?:

#### b) Preoperatorio.

Es importante realizar todos los esfuerzos para conservar un alto nivel de asepsia tanto en el consultorio - como en la cavidad bucal; aunque esto último es difícil - debido a que ésta es el habitat natural de muchos tipos -

de bacterias. Cada paciente, no obstante, debe ser protegido de toda contaminación bacteriana y viral en todo momento.

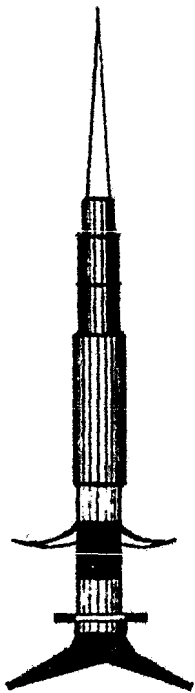
La cirugía dental implica una asepsia rigurosa, importante para evitar complicaciones de infección postoperatorias. Para lograr esto el cirujano y sus colaboradores deberán vestirse adecuadamente con pijama, botas, cubreboca y gorro quirúrgicos.

Se debe realizar un lavado de manos y antebrazos -- con el fin de desinfectarlos, cepillando éstos durante 10 minutos, con cepillo adecuado, de la punta de los dedos hacia abajo, poniendo énfasis en surcos de flexión y espacios interdigitales. Las sustancias utilizadas para este lavado con aquéllas que proporcionan una acción bactericida como el Isodine, espuma y Gomufen, terminando con la aplicación de alcohol si fuera necesario. Posteriormente no se podrá tocar ningún objeto no esterilizado.

Una vez en el quirófano, se ponen las batas y los guantes. La enfermera seleccionará el instrumental que sea necesario para el caso.

- 1) 1 x 4 : Espejo, pinzas de curación, jeringa, botador recto.
- 2) Mango de bisturí Núm. 3 Bard Parker
- 3) Hojas para bisturí Núm. 12 y 15
- 4) Separador de Farabeu
- 5) Elevador de periostio o legra
- 6) Pinzas de Halstod (mosquito)
- 7) Pinzas de Kelly (para retirar un diente extraído)
- 8) Pinzas de Allies (para tumores)
- 9) Portaagujas

- 10) Pinzas de Adson o Pinzas de disección.
- 11) Tijeras finas y de Mayo (punto de sutura).
- 12) Cánula de aspiración.
- 13) Fresas quirúrgicas de alta y baja velocidad.
- 14) Escoplo y martillo para levantar ventana ósea.
- 15) Pieza de alta velocidad.
- 16) Motor de baja velocidad.
- 17) Jeringa desechable 10 o 20 cm.
- 18) Cucharillas quirúrgicas.
- 19) Lima para hueso.
- 20) Alveolotomo.
- 21) Sierra de Gigli.
- 22) Sierra de Stryker.
- 23) Gasas.
- 24) Suero fisiológico.
- 25) Sutura de seda 3-0. catgut 3-0.



c



a



b

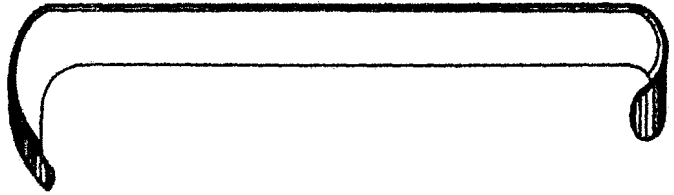


d

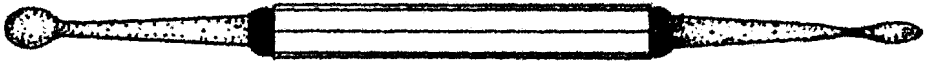
①



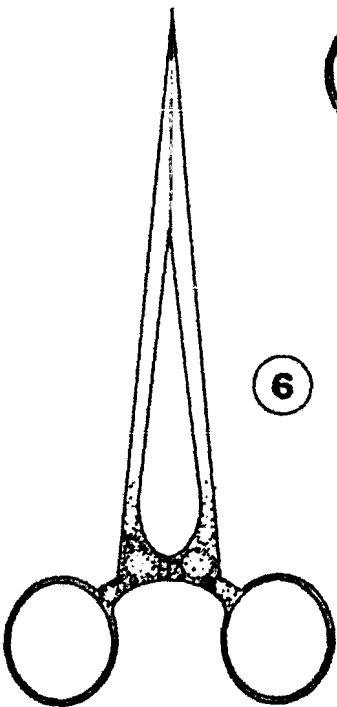
23



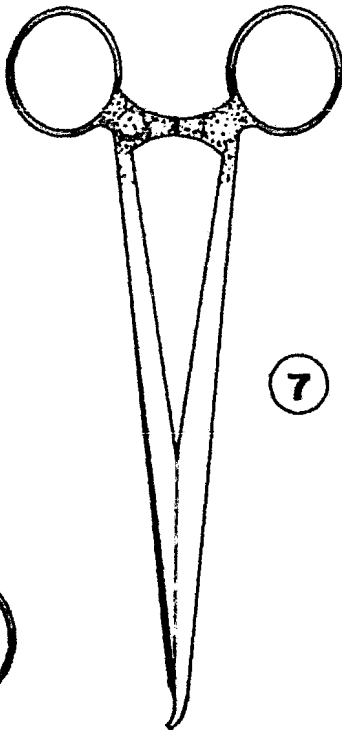
4



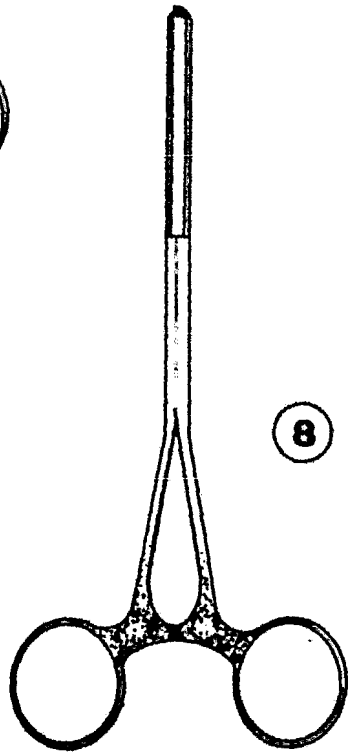
5



6

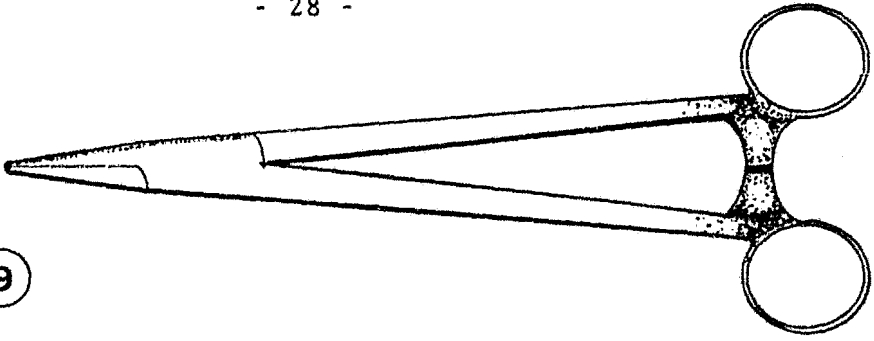


7



8

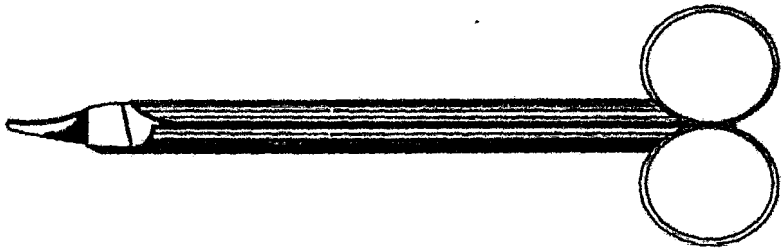
9



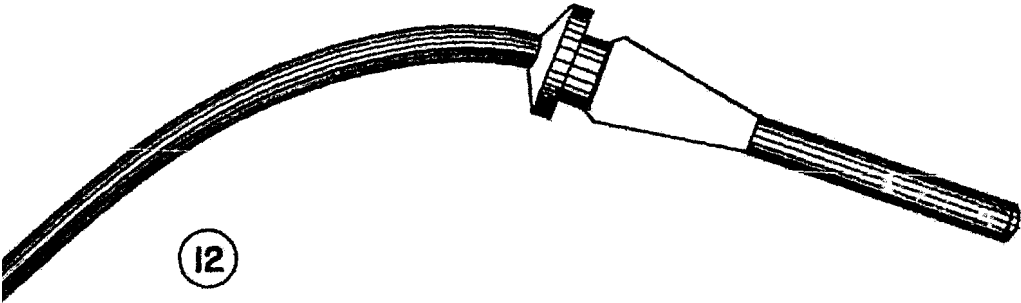
10



11

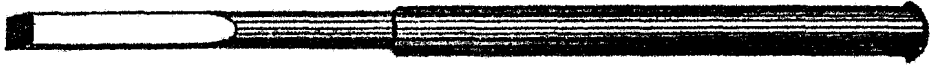


12

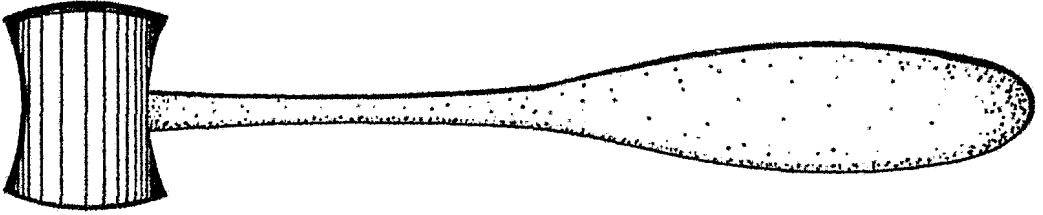




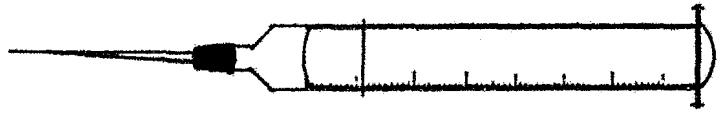
13



14



14



17



18



19

## CAPITULO VI

### ANESTESIA.

La anestesia local es la supresión por medios terapéuticos de la sensibilidad de una región del organismo; en nuestro caso, de una zona de la cavidad bucal, permaneciendo la conciencia del paciente intacta. Sólo anula la transmisión del dolor a los centros superiores al ponerse en contacto con las terminaciones nerviosas periféricas.

Así pues, es preciso recordar que distintas zonas de la cavidad bucal están bajo el dominio del quinto par craneal (trigémino) con sus tres ramas; el oftálmico, el maxilar superior y el mandibular, siendo los dos últimos donde existe una mayor recepción de los estímulos dolorosos.

La premedicación con sedantes, además de la anestesia local, hacen que muchos procedimientos puedan realizarse con destreza, aunque es imposible saber cuál será el efecto de un sedante tomado por vía oral, horas antes de la cirugía; por lo tanto, se aconseja la administración intravenosa de medicación pre-operatoria para observar su efecto sobre el sistema nervioso central, lo cual elimina el peligro potencial de sobre dosis.

#### a) TECNICA.

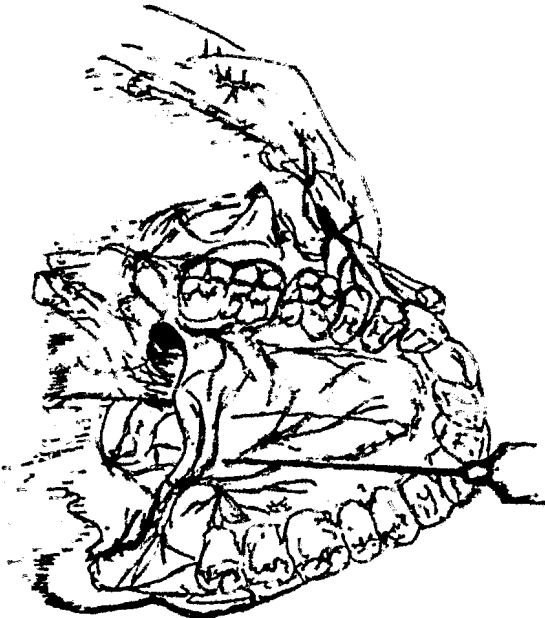
Para lograr un bloqueo completo de la zona por intervenir se debe usar la técnica adecuada para cada región.

##### 1) Tercer Molar Superior.

Se debe bloquear el nervio palatino anterior para -

lograr la anestesia del mucoperiostio palatino hasta la región de los caninos y desde la línea media hasta la cresta gingival del lado anestesiado. Se punza en el fondo del saco a nivel de la raíz distal del segundo molar, una vez atravesada la mucosa bucal, el hueso y el businador, se depositan algunas gotas de anestesia y se avanza, en un ángulo de 45 grados respecto al plano oclusal de los molares superiores, procurando con esto llegar a los orificios dentarios superiores y a nivel de estos se deposita la solución.

Es una guía importante llevar la aguja siempre en contacto con el hueso; ello evita punzar órganos anatómicos importantes, tales como la arteria maxilar interna, el flexo venoso pterigoideo, la bolsa adiposa de Bichat o el músculo pterigoideo externo; estas contingencias pueden producirse al llevar la aguja más de dos centímetros atrás y arriba de los orificios dentarios.-- La punción de los vasos origina hematomas de consideración.



**NERVIO PALATINO.**

2) Canino Superior.

a) Nervio nasopalatino.

Es una de las mayores ramas nasales posterosuperiores, corre hacia abajo y adelante a lo largo del tabique nasal; atraviesa el conducto palatino anterior y da ramas a la porción más anterior del paladar y a la encía que rodea los incisivos superiores. Para anestesiarse este nervio se debe insertar la aguja a un lado de la papila incisiva, dirigiéndola hacia arriba y hacia el conducto palatino anterior, logrando con esto anestesiarse el tercio anterior del paladar de canino a canino.



**NERVIO NASOPALATINO.**

b) Nervio infraorbitario.

El nervio infraorbitario es continuación del nervio maxilar superior. Este se introduce en la órbita a través de la hendidura esfenomaxilar y corre en el piso de la misma, primero en el surco y luego en el canal infra-

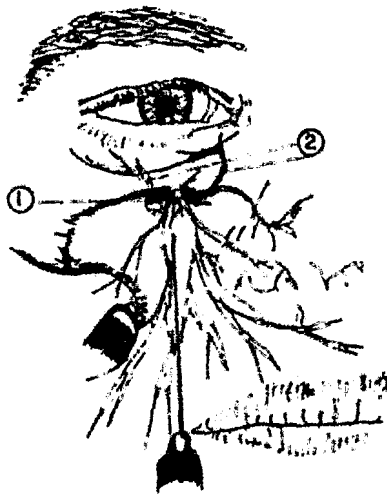
orbitario para luego aparecer en el agujero infraorbitario y distribuirse por la piel del párpado inferior, la porción lateral de la nariz y el labio superior, así como la mucosa del vestíbulo nasal.

Para localizar el agujero infraorbitario se pide al paciente mirar al frente y se traza una línea imaginaria que va de la pupila del ojo hacia la superficie suborbitaria del maxilar, la cual presenta una concavidad marcada; se palpa con el dedo medio la porción media del borde inferior de la órbita y luego se desciende cuidadosamente un centímetro aproximadamente por debajo de este punto. Por lo general, se puede palpar el paquete vasculonervioso que sale por el agujero infraorbitario, manteniendo el dedo medio en el mismo lugar, se levanta con el pulgar y el índice el labio superior y con la otra mano se introduce la aguja en el repliegue superior del vestíbulo oral, dirigiéndola hacia el punto en el cual se ha mantenido el dedo medio.

Las zonas y estructuras que se anestesian con esta técnica son: incisivos, canino, premolares. tejidos blandos que los cubren, labio superior, porciones del lado de la nariz, párpado inferior del lado anestesiado y en ocasiones los molares superiores y sus estructuras de soporte vestibular.

## NERVIO INFRAORBITARIO

- 1.- N. infraorbitario.
- 2.- Ramas palpebrales inferiores.



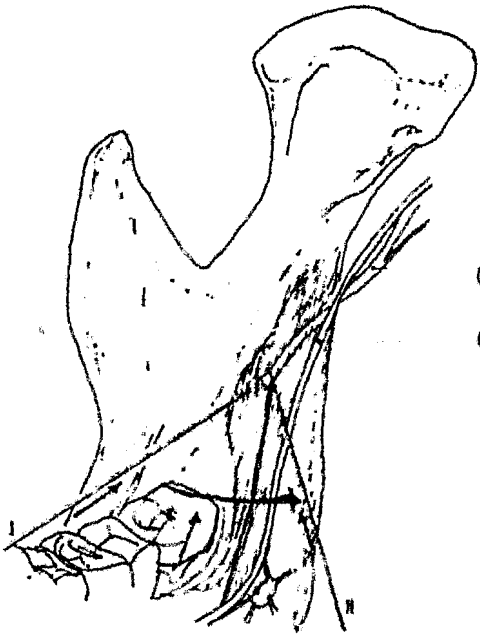
### 3) Tercer Molar Inferior.

a) Este nervio se desprende del nervio maxilar inferior cuando éste se divide inmediatamente por debajo del agujero oval y se dirige hacia abajo, primero por dentro del músculo pterigoideo externo y luego por fuera del músculo pterigoideo medio, entre éste y la rama del maxilar inferior. El nervio entra en el orificio del conducto dentario que está situado más o menos en el punto medio de la rama y corre en el canal -

del mismo nombre hasta el nivel del incisivo mesial - donde se divide dando ramas para los dientes y encía- de la mandíbula.

Para anestesiar el nervio maxilar inferior se pal- pa con el dedo índice la rama del maxilar inferior -- hasta encontrar el punto de mayor profundidad de cur- vatura. La jeringa debe colocarse entre los premola- res del lado opuesto, dirigiendo la aguja paralela al plano oclusal hacia la rama ascendente; la insertada- se dirige en la superficie interna de la rama hasta - alcanzar la pared posterior del surco mandibular. Si el paciente mantiene la boca bien abierta se obtendrá mayor seguridad en el bloqueo. En caso de que sea ne- cesario bloquear el nervio lingual, se deja una peque- ña cantidad de solución a la mitad del camino de in- -serción.

Para anestesiar el nervio bucal, se inserta la -- aguja en el fondo del saco frente al segundo molar, - dirigiéndola hacia atrás en dirección paralela al pla- no oclusal, hasta un punto frente al tercer molar, de- positando la anestesia sobre la mandíbula. Quedan -- también anestesiados con esta técnica, el nervio den- tario inferior y los dientes inferiores del mismo la- do.



**NERVIO ALVEOLAR INFERIOR.**

①

②

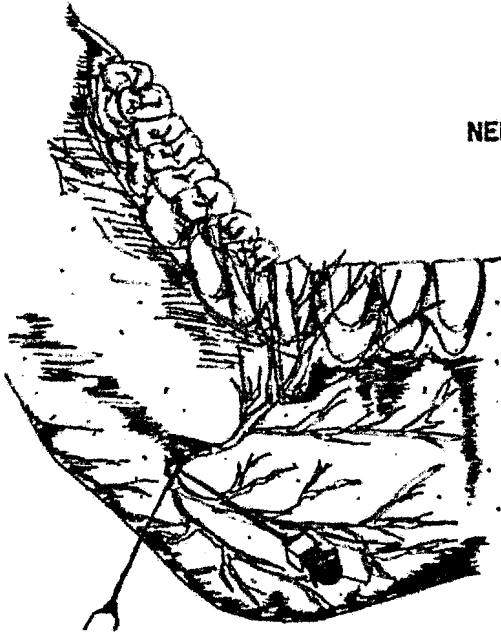
1.-Nervio alveolar inferior.

2.-Nervio lingual.

**b) Nervio Mentoniano.**

Se origina en el conducto dentario inferior a partir del nervio alveolar inferior y sale a través del agujero mentoniano a la altura del premolar distal, inerva la piel y mucosa del labio inferior y la piel de la mandíbula. El Foramen Mentoniano se encuentra en el repliegue inferior del vestíbulo por dentro del labio inferior e inmediatamente por detrás del primer premolar; con el dedo índice izquierdo se palpa el paquete vásculo nervioso a su salida del agujero mentoniano; el dedo se deja allí ejerciendo presión moderada mientras la aguja se introduce en este punto hasta que esté en la cercanía del paquete vásculo nervioso - dejando allí el anestésico.





NERVIO MENTONIANO.

b).- COMPLICACIONES POSTANESTESICAS.

Durante o después de la aplicación de la anestesia local o regional, pueden ocurrir una serie de accidentes y complicaciones clasificados como mediatos e inmediatos.

1) Accidentes inmediatos.

Estos pueden ser provocados por lastimar un nervio y provocar dolor de distinta índole, intensidad, localización, radiación y persistencia.

Esto se puede deber a inyecciones con agujas desafiladas que desgarran los tejidos, a la introducción demasiado rápida de las soluciones anestésicas.

a) Lipotimia, Sincope. Este puede ser causado

por miedo o por la adrenalina de la solución anestésica; esto último ocurre con frecuencia durante la aplicación de la anestesia o algunos minutos después. El paciente presenta palidez, taquicardia, sudor frío, nariz afilada, respiración rápida. De este estado puede recuperarse en pocos minutos o entrar en un cuadro más serio: El síncope.

b) Hematoma.- Es producido por la punción de un vaso sanguíneo dando origen a un derrame de intensidad variable sobre la región inyectada. El derrame sanguíneo es instantáneo y tarda varios días para su recuperación a menos que se presente infección del hematoma.

c) Isquemia de la piel de la cara.- Esta es causada por la penetración de la solución anestésica como adrenalina en la luz de una vena provocando sobre la piel del paciente zonas de intensa palidez debidas a isquemia de esta región.

## 2) Accidentes Mediatos.

a) Aparecen después de la inyección del dentario inferior y se deben al desgarramiento del nervio por agujas con rebabas. Puede ocurrir que la anestesia se prolongue por días, semanas y aún meses. No hay tratamiento más eficaz para esta complicación que el tiempo; cuando el nervio se regenera después de un tiempo variable, se recupera la sensibilidad.

b) Infección por falta de asepsia de las agujas. La inyección séptica, a nivel de la espina de Spix puede ocasionar abscesos acompañados de fiebres,

trismus y dolor. Esto se trata con calor, antibióticos y abertura quirúrgica de los abscesos.

c) Dolor.- Las inyecciones subperiostícas suelen acompañarse de dolor que persiste algunos días. Lo mismo sucede con la anestesia en los músculos; - la lesión de los troncos nerviosos por la punta de la aguja, origina por su parte neuritis persistentes.

## CAPITULO VII

### TRATAMIENTO DE LOS DIENTES INCLUIDOS

Algunos dientes incluidos pueden ser llevados a su lugar en la arcada por procedimientos ortodónticos. Este tratamiento corresponde a la Ortodoncia Quirúrgica.

Solo se considera en este capítulo el tratamiento quirúrgico de los dientes incluidos, es decir su extracción.

La extracción de un diente incluido consiste esencialmente en un problema mecánico. Es la búsqueda por medios mecánicos e instrumentales del diente incluido y su eliminación del interior del hueso donde se localiza, aplicando los principios de la extracción o colgajo y el método de la extracción por seccionamiento. Tales métodos constituyen la denominada extracción quirúrgica de los dientes incluidos.

Si alguna vez se ha pensado que los dientes retenidos no producen trastornos evidentes, ahora se sabe que la extracción del diente antes de la aparición de los trastornos que puede ocasionar, es la conducta inteligente que debe aplicarse.

#### a) DIERESIS.

Para realizar una correcta incisión y como resultado una buena cicatrización, se aconseja mantener tensa la mucosa o encía con los dedos de la mano iz-

quiera, apartando al mismo tiempo los labios. La hoja del bisturí debe llegar a tomar contacto con el hueso seccionando con esto el periostio, haciendo esto de una sola intención.

Lo que limita una incisión, es una porción de fibromucosa o mucoperiostio denominado colgajo.

Un fracaso muy frecuente en las extracciones de dientes incluidos es la falta de exposición, lo queda una mala visión. Los tejidos no cicatrizan de un extremo a otro, sino en todas las direcciones; -- por lo que el ser conservador no siempre resulta la mejor técnica.

Es necesario que el colgajo tenga una base lo suficientemente ancha para proveer una buena irrigación y evitar trastornos nutritivos y necrosis. Es de vital importancia tener presente el recorrido de los vasos para que no sean seccionados y se originen hemorragias de consideración.

La incisión debe hacerse de tal modo que al volver a adaptar el colgajo a su sitio, la línea de incisión repose sobre hueso sano e íntegro, de suerte que los puntos de sutura descansen sobre el plano óseo para evitar que se desprendan y se abra nuevamente la incisión y el colgajo se sumerja en la cavidad ósea realizada, provocando trastornos en la cicatrización.

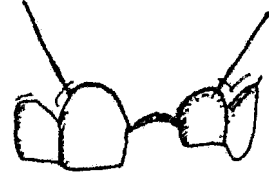
Tipos de incisión más usados son:



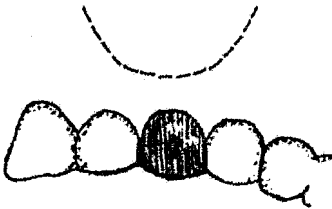
Semi neumann



Neumann



Trapezoidal



Semilunar



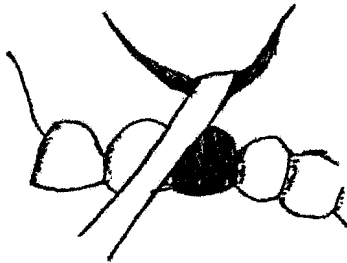
Festoneado

b) DESPRENDIMIENTO DE COLGAJO.

Los instrumentos que se recomiendan para el levantamiento del colgajo son los siguientes: legra para periostio, espátula para cera # 7, espátula de Woodson # 1, elevador para periostio # 9 v cureta de Molt # 4.

El desprendimiento del colgajo debe realizarse en toda la extensión necesaria, apoyándose decididamente contra el hueso. Para comenzar el desprendimiento se utiliza la porción afilada del elevador e inmediatamente se coloca el instrumento de tal forma, que la convexidad del elevador se encuentre contra el colgajo. Debe utilizarse el instrumento más grande, apropiado a la situación, y los movimientos deberán ser suaves para

evitar desgarramientos del tejido. No debe levantarse excesivamente el colgajo, ni hacer tracción brusca con la mano; posteriormente la relajación del colgajo, cuando se afloja el retractor, permitirá el retorno de sangre y nutrimento general a los tejidos. Esto es necesario cuando la intervención es prolongada.



Desprendimiento de colgajo.

c) OSTEOTOMIA Y ODONTOSECCION.

La osteotomía es la fase de la operación que consiste en abrir el hueso. La osteotomía es la ex-tracción del hueso que cubre al diente incluido: esto se realiza con escoplo, pinzas gubias, martillo y --fresas.

Osteotomía con escoplo y martillo.- Cuando - el hueso está adelgazando por procesos patológicos, -

el escoplo puede ser usado por presión manual. En tal caso, siempre tomado de la misma manera y con el apoyo de los dedos anular y meñique sobre las partes vecinas, se lleva el escoplo tangencialmente al hueso tratando de introducirlo a su interior. Sucesivas maniobras de esta clase determinarán una perforación que se agranda por nuevas presiones del escoplo o con una pinza gubia, las que se pueden utilizar también para la resección de hueso, sobrante del borde alveolar o de puntos óseos que quedan después de las extracciones.

En caso de no presentarse ninguna patología -- que llegue a afectar la estructura ósea, la osteotomía requiere aparte del escoplo, el martillo para poder llevarla a cabo; éste se toma con la mano derecha y actúa sobre el extremo del escoplo con golpes secos pero efectivos. Es preferible un golpe con resultados prácticos que una sucesión de éstos sin otro resultado que molestar al paciente.

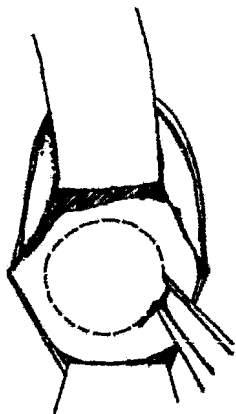
La pinza gubia posee un mecanismo que le permite abrirse espontáneamente después de cerrada -- con la mano del operador, funcionando como una cizalla o un sacabocados y es cortante por la punta de sus ramas; una de ellas se introduce dentro de la cavidad ósea y la otra se coloca sobre la superficie. Se cierra la pinza y el hueso circunscrito por las ramas es eliminado y así sucesivamente hasta donde requiera la osteotomía.

Osteotomía con Fresas.- La fresa es un instrumento muy útil para practicar la osteotomía; evita

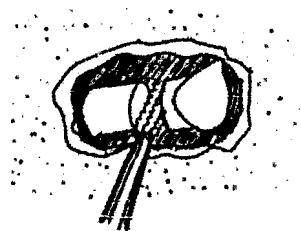


el desagradable golpe del escoplo. Actúa asimismo eliminando el hueso en su totalidad o bien realiza perforaciones vecinas entre sí sobre la tabla ósea, levantando posteriormente con un escoplo el hueso - limitado por las perforaciones; en el orificio se - introducen las pinzas gubias para eliminar el hueso necesario.

La fresa debe actuar siempre bajo un chorro de agua esterilizada o suero fisiológico, proyectado - con una jeringa de goma o de vidrio para evitar re- calentamiento de hueso, que podría acarrear lesio- nes o secuestros.



**Ostectomia.**



**Odontoseccion**

Odontosección.- La odontosección es la intervención quirúrgica del diente incluido mediante el cual se secciona el diente, ya sea éste unirradicular o - multirradicular.

Indicaciones para la Odontosección.

- a) Raíces con cementosis.
- b) Raíces ampliamente divergentes de molares superiores o inferiores.
- c) Raíces convergentes de molares superiores o inferiores que estén arqueadas hacia afuera desde el cuello hasta la mitad de su largo, donde se curvan una hacia la otra y se tocan en el ápice; así una porción de hueso es encerrada entre las raíces.
- d) Dientes con ápices en ángulo perpendicular - al eje largo del diente.
- e) Cuando la cortical es gruesa y densa por vestibular y hay exostosis multilobular en el - maxilar o en la mandíbula.
- f) Mandíbula delgada en la que se requiere fuerza excesiva para luxar los dientes. Esto puede provocar fractura mandibular.
- g) Raíces anquilosadas (se encuentran en personas ancianas y muy rara vez).
- h) Cuando el diente esté en posición horizontal y no se pueda llevar a cabo la avulsión pormedio de botadores o forceps.

Ventajas de la Odontosección.

- a) Reducción del diente incluido para facilitar

su extracción.

- b) Menor peligro de caer en una comunicación bucosinusal o dañar el paquete vasculonervioso en la mandíbula.
- c) Menor posibilidad de fractura del maxilar o mandíbula.
- d) Menor probabilidad de desgarrar áreas extensas de hueso cortical esponjoso durante la exodoncia.

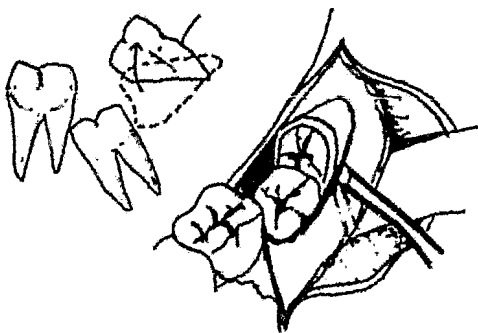
En la división dentaria de una raíz o más, para separarla se corta la corona con fresa de fisura, teniendo cuidado de dejar a la vista una porción de la (s) raíz, y así poder hacer su extracción con elevadores y pinzas para extracción, evitando con esto -- una mayor eliminación ósea.

Una vez realizada la osteotomía y en caso necesario la odontosección, hay que considerar el objetivo primordial de la intervención, que es la eliminación del diente incluido. Esta parte de la intervención exige criterio, habilidad y fineza para no traumatizar o luxar los dientes vecinos o fracturar paredes alveolares.

La operación consiste en eliminar un cuerpo duro inextensible (el diente). Esta maniobra sólo puede realizarse con palancas que apoyadas en el hueso vecino más sólido y más protegido (el hueso del lado interno) elevan el diente, siguiendo la brecha ósea creada. Esto exige extraordinario esfuerzo amén de compresiones que la palanca tendrá que ejercer sobre las porciones óseas cercanas. Para facilitar la eliminación de este cuerpo inextensible, deben tomarse en cuenta estas dos formas: o se aumenta ampliamente la ventana ósea ó se disminuye volumen del diente. El primer procedimiento exige el sacrificio de tejido óseo; ya que para extraer un diente incluido sin traumatismo, es necesario extirpar una cantidad considerable de hueso. El segundo procedimiento es sencillo y rápido, siendo éste la odontosección. Se corta el diente en el número de fragmentos que sean necesarios, extrayendo sus partes por separado, y a expensas de los espacios creados por las partes desalojadas, se acompleta la eliminación de los fragmentos restantes; esto se hace con elevadores y forceps. Existen algunos casos en que el diente está dirigido en un sentido próximo al vertical, en los que la sección no es aplica-

ble; en tal posición se crea un espacio con fresas alrededor de la corona del diente. Y siempre que ésta no se encuentre enclaustrada puede ser extraído con un elevador recto, introducido entre la cara del diente incluído que mire a la línea media y a la pared ósea contigua; con movimientos de rotación se introduce el instrumento con lo que se consigue imprimir al diente cierto grado de luxación.

La extracción, en tales casos, se termina tomando el diente a nivel de su cuello (en los casos accesibles) con un fórceps y ejerciendo suaves movimientos de rotación y tracción en dirección del eje del diente. Dificultades a estos movimientos significan dilaceración; hay que ser en estas circunstancias, muy hábiles en el esfuerzo empleado, por los peligros de fractura de un ápice dilacerado cuya eliminación es muy difícil.



**Extracción propiamente dicha.**

e) Tratamiento de la Cavidad.

Ya extraído el diente incluido, debe inspeccionarse cuidadosamente la cavidad ósea y extraer - las esquirlas de hueso o de diente que puedan quedar y eliminar el saco pericoronario, que se observa normalmente como una línea radiolúcida que rodea a la corona del diente; puede en algunas ocasiones - (la mayoría a nivel del tercer molar) comunicar -- con el medio bucal e infectarse. Además, restos -- epiteliales pueden modificar su estructura y adquirir características tumorales. Los procesos patológicos reciben distintos nombres, pero en síntesis -- prevalece tejido de granulacion. Una vez infectado el saco pericoronario debe ser considerado un elemento de infeccion focal.

Los bordes óseos agudos y prominentes deben ser alisados con limas para hueso; posteriormente se debe irrigar a presion con suero fisiológico para asegurar que no quede ningún resto óseo, pericoronario o dental.

Algunas operaciones requieren de un tratamiento particular de la cavidad ósea, porque el hueso está afectado o porque la índole de la operacion así lo exige, para evitar dolores o hemorragias postoperatorias. Este tratamiento se realiza colocando dentro de la cavidad ósea: a) medicamentos, b) gasas con medicamentos, c) y/o drenaje.

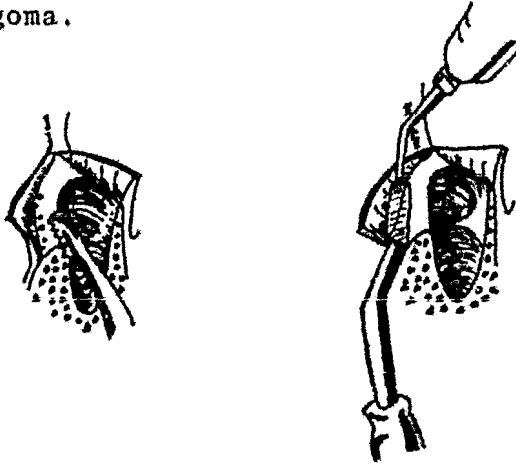
a) Medicamentos.- Se emplean distintas preparaciones indicadas para el tratamiento de las alveolitis, los cementos quirúrgicos, los lavados de los alveolos o cavidades con soluciones anestésicas o anti

sépticos, sustancias tales como: vaselina boricada, pastas de distintas fórmulas y vacunas.

b) Gasas con medicamentos.- La gasa sola o impregnada con yodoformo, fenol alcanforado, bálsamo del Perú, etc..

Estos son utilizados para taponar cavidades - postextracción o cavidades de quistes y tumores, para evitar la entrada de microorganismos y prevenir hemorragia y dolor.

c) Drenaje.- En algunos casos se requiere la comunicación al medio externo para drenar el exudado que se forma en la cavidad durante su recuperación. Esta comunicación se realiza con drenes - de gasa o de goma.



Tratamiento de la cavidad.

f) SINERISIS.

La finalidad de la sutura es reunir los tejidos separados por la insición siendo indispensable - en cirugía general, en cirugía bucal no solo la aconsejamos en grandes incisiones; sino hasta para reunir los bordes gingivales tras una simple extracción dentaria.

Técnica de sutura.- Manejo de las agujas; sólo en raras ocasiones se toma la aguja con la mano, ya que para tal cometido se usa un portaagujas.

Cuando se toma con la mano se sostiene la aguja fuertemente entre la cara palmar del dedo pulgar y los dedos índice y medio. De acuerdo con el tipo de agujas, cóncavas según sus caras y sus bordes, la forma de tomar la aguja varía.

En cirugía bucal se acostumbra iniciar la sutura en la cara palatina o lingual del maxilar o mandíbula y terminarla en la cara vestibular. En las incisiones situadas en una sola cara, la aguja debe ser dirigida desde lo más complicado a lo más simple: esto es, de distal a mesial.

Manejo del portaagujas.- El portaagujas curvo se maneja con la mano derecha, cómodamente aplicado en el hueco de la mano y dirigido por el pulgar por un lado y los tres últimos de los dedos en el lado opuesto; el índice apoyado contra el instrumento, sirve de guía.

Este instrumento toma la aguja aproximadamente en el centro de su arco; la aguja debe de estar enhe-



brada antes de iniciar la maniobra.

La aguja perfora la fibromucosa, asoma entre los labios de la herida y tras perforar nuevamente la fibromucosa, esta vez del colgajo opuesto, aparece en la superficie. En este momento el portaagujas abandona la aguja de su lugar de toma y vuelve a asirla, ya del otro lado, tracciona para ayudarla a pasar y le hace describir el último tramo de su recorrido.

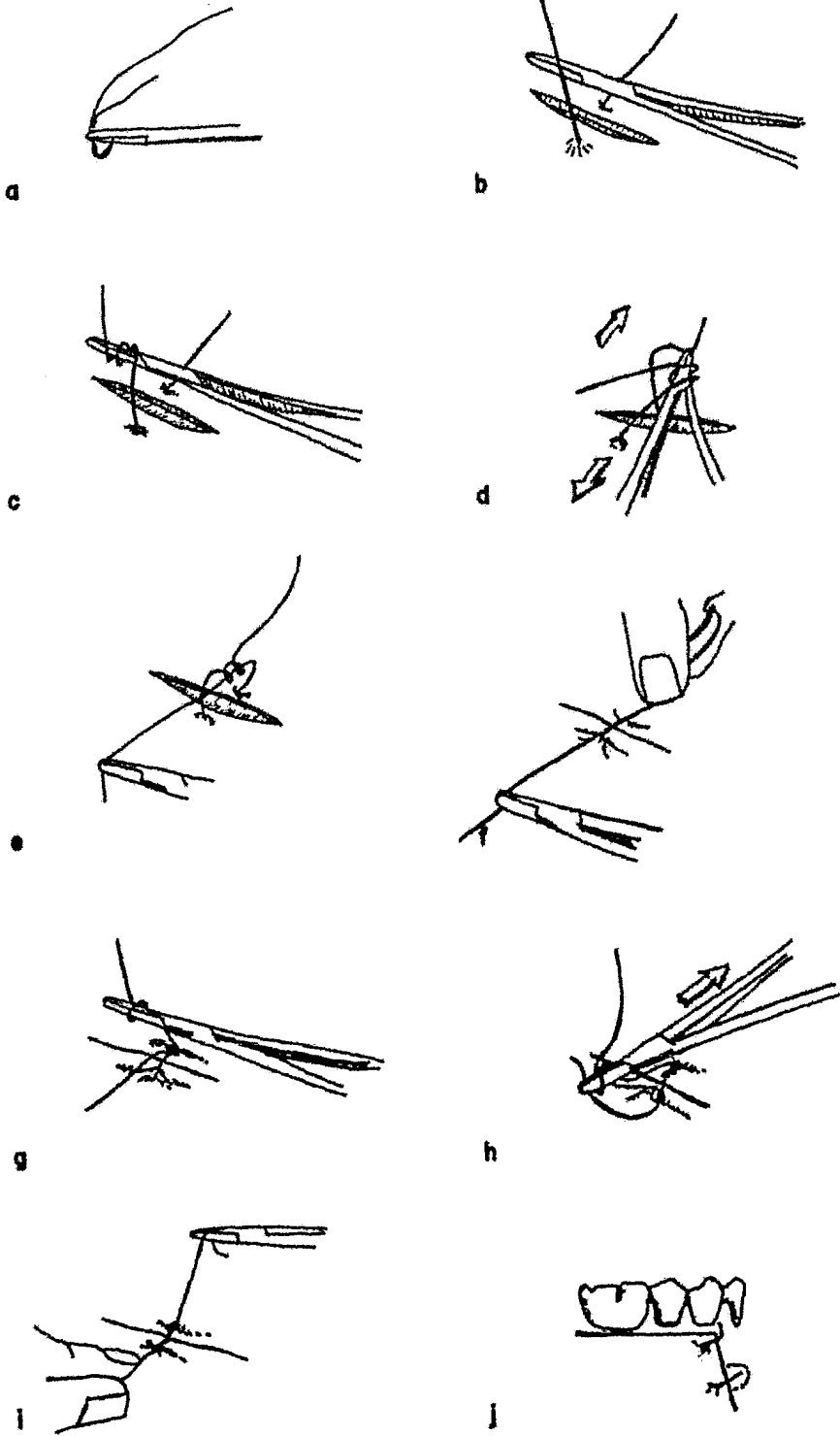
Este procedimiento no siempre es aplicable en la cavidad bucal. Por dificultades inherentes al sitio donde se realiza la operación, la maniobra debe efectuarse en dos tiempos. En el primero la aguja atraviesa el colgajo palatino y aparece entre los labios de la incisión, de allí la toma el portaagujas por el extremo emergente, y le hace terminar su recorrido; el portaagujas vuelve a tomar la aguja y le hace recorrer un nuevo trayecto introduciéndola entre los labios de la herida; ella perfora el colgajo de adentro a afuera y es extraída por el portaagujas.

Sutura con puntos separados.- Método de mayor uso en cirugía bucal, que consiste en realizar puntos independientes uno del otro a una distancia aproximadamente de 0.5 cm. del borde de la incisión. La aguja recorre su trayecto y aparece en el colgajo bucal a una misma distancia del borde libre y frente a la perforación lingual. Se retira la aguja y el hilo recorre todo el trayecto que necesita hasta quedar tenso; se toman ambas extremidades, se

afrontan los labios de la incisión y se anuda el hilo; cada punto estará colocado a una distancia aproximada de un centímetro.

Preparación de nudos.- Se pasa el hilo por los labios de la herida; una vez hecho esto, el hilo se toma con los dedos índice y pulgar de la mano iz---quierda; se apoya en el portaagujas y se hace dar - al hilo dos vueltas completas alrededor del extremo del portaagujas. Se entreabre ligeramente el ins--trumento, y se toma entre sus mordientes al cabo libre. Se tracciona el portaagujas de manera que las dos vueltas de hilo se deslicen hacia adelante y -- que al cabo libre pase entre ellas. Se ajusta a nivel de la herida y se tiene realizada la primera -- parte del nudo. Para completar el nudo, se realiza la maniobra en sentido inverso y se ajusta el nudo.

Proceso de sutura.



## CAPITULO VIII

### TRATAMIENTO ESPECIFICO DE LOS DIENTES INCLUIDOS

#### TERCEROS MOLARES INFERIORES

Para el diagnóstico del tercer molar incluído se deberá estudiar la corona, raíces, hueso de soporte y conducto dentario inferior. La corona se observa en relación con el capuchón de esmalte, pulpa, superficie oclusal y desplazamiento vestibular.

Los terceros molares se clasifican según su posición y profundidad.

1.- Relación del molar con la rama ascendente del maxilar inferior.

Clase I.- Cuando existe suficiente espacio entre la rama ascendente y el aspecto distal del segundo molar para dar cabida a todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase II.- Cuando el espacio entre la rama ascendente y el aspecto distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase III. Cuando toda ó la mayor parte del tercer molar se encuentra dentro de la rama ascendente.

2.- Posición del tercer molar con relación al eje mayor del segundo molar.

a).- Posición vertical sin desviación: El tercer molar está alineado detrás del segundo molar sin desviaciones en sentido vestibular o lingual y con su cara mesial libre de hueso; el lado distal puede estar cubierto por hueso a nivel del cuello del tercer molar, cubrir su cara distal o continuar hacia oclusal, cubriendo el molar por completo.

b).- Posición vertical con desviación bucal: El tercer molar está dirigido hacia afuera, el hueso puede cubrir parcial o totalmente al molar.

c).- Posición vertical con desviación lingual: El molar se presenta dirigido hacia lingual, su cara oclusal puede estar mirando completamente hacia la lengua y sus raíces hacia la tabla externa, clasificándose como posición linguoangular. El molar puede estar cubierto parcial o totalmente por hueso.

d).- Posición vertical con desviación buco lingual: El molar está dirigido hacia la tabla externa (vestibular) y su cara oclusal hacia lingual; clínicamente el molar se presenta completamente cubierto por mucosa estando en retención intraósea total o parcial, en caso de ser parcial puede asomar la cúspide-

mesiobucal.

e).- Posición mesioangular sin desviación:

El eje mayor del tercer molar forma con el segundo molar un ángulo agudo abierto hacia abajo. Sus caras vestibular y lingual coinciden con los planos homónimos de los molares anteriores y la cara mesial así como las demás pueden estar parcial o totalmente cubiertas por hueso, la mucosa puede cubrir todas las caras del molar o dejar la cara oclusal libre.

f).- Posición mesioangular con desviación-vestibular: Se encuentra dirigido hacia vestibular, el lado mesial puede estar visible, el lado distal puede estar cubierto por hueso hasta su cuello o cubrir la cara distal continuándose en grado variable con el hueso oclusal. Clínicamente puede estar cubierto total o parcialmente por mucosa.

g).- Posición mesioangular con desviación-lingual: La cara oclusal está dirigida hacia lingual estando la cúspide mesiobucal del tercer molar colocada aproximadamente a nivel del centro de la cara distal del segundo molar; el plano lingual de los molares vecinos corta al tercero a nivel de su tercio lingual. El hueso puede dejar libre la cara mesial o cubrirlo totalmente aunque es muy raro que esto último se presente. Clínicamente se presenta cubierto por mucosa.

h).- Posición mesioangular con desviación bucolingual: Estos molares están dirigidos de atrás - adelante, de abajo arriba y de fuera adentro, su cara oclusal está desviada hacia el lado lingual.

Clinicamente se presentan totalmente cubiertos por la mucosa o alguna cúspide queda al descubierto.

i).- Posición horizontal sin desviación: Situado horizontalmente en la mandíbula, su eje mayor forma con el segundo molar un ángulo abierto hacia abajo y atrás, la cara vestibular y lingual no sobrepasan los planos homónimos de los molares vecinos; la cara mesial aunque en muy raras ocasiones es accesible; esto depende en la altura en que se encuentra la cara mesial ya sea por debajo de la línea cervical del segundo molar o por encima de ésta.

j).- Posición horizontal con desviación bucal; El tercer molar está dirigido hacia el lado vestibular y parte de la corona del tercer molar se superpone a un segmento de la corona del segundo molar; su cara mesial puede estar libre de hueso homónimo. Está por lo general debajo del plano cervical de los molares vecinos.

En un molar más profundamente colocado, presenta su cara distal por debajo del plano oclusal de los molares vecinos y su cara mesial también cubierta por hueso y próxima a nivel o por debajo de

los ápices del segundo molar.

k).- Posición horizontal con desviación lingual: El tercer molar forma con el segundo el ángulo que le corresponde, su cara oclusal desviada hacia lingual, si la cara mesial está libre de hueso homónimo será accesible, de lo contrario será inaccesible.

l).- Posición horizontal con desviación bucolingual: El molar está dirigido hacia el lado vestibular y su cara oclusal desviada al lado lingual. Por lo general se observa en ángulo recto entre el tercer molar y el segundo; la cara mesial libre de hueso aunque en la mayoría de los casos es inaccesible.

m).- Posición distoangular sin desviación: El eje mayor del tercer molar forma un ángulo abierto hacia atrás y arriba con el eje mayor del segundo molar, estando la corona del tercero dirigida hacia la rama ascendente. En caso de ser accesible la cara mesial del molar el hueso distal cubre la cara distal; pero si no es accesible el molar, estará cubierto por hueso siendo esto el anclaje o retención del molar.

n).- Posición distoangular con desviación vestibular: Estos molares presentan una doble incli-



nación: una hacia distal, desviándose al mismo tiempo hacia vestibular, estando sus ápices aproximadamente en la línea curva que une los ápices del primer molar con el segundo; puede ser accesible la cara mesial o encontrarse en retención intraósea total.

ñ).- Posición distoangular con desviación lingual: Presenta su angulación correspondiente y su eje mayor desviado hacia lingual.

La cara mesial y oclusal del tercer molar - pueden estar cubiertas parcial o totalmente por hueso.

o).- Posición linguoangular: Estos molares presentan su eje mayor dirigido de afuera adentro estando su cara oclusal vertical, dirigida hacia lingual, por lo general sus raíces no están bien formadas y son cubiertos totalmente por hueso.

p).- Posición bucoangular: Su eje mayor horizontal dirigido de adentro afuera, su cara oclusal hacia vestibular. Generalmente se encuentran en retención intraósea total, sus raíces no se forman completamente.

q).- Posición paranormal, ectópica, heterotópica: Los molares en este caso se pueden encontrar en cualquier sitio de la mandíbula, cerca del cóndilo de la apófisis coronoides o cerca del ángulo. En la mayoría de los casos se presentan con procesos patológicos.

Estos molares están totalmente cubiertos por hueso.



Mesio angular



disto angular



Horizontal



Vertical



Vestibulo angular



Lingulo angular



invertido

Clasificación 3os. molares inferiores incluidos.

### TECNICA QUIRURGICA BASICA

#### a) INCISION.

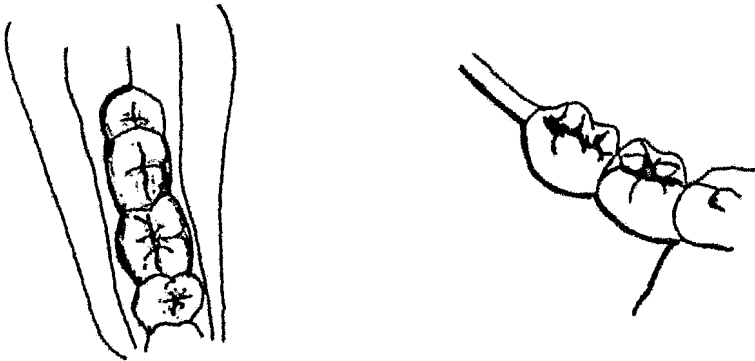
La incisión ideal para la extracción del tercer molar inferior que cumple con los preceptos quiúrgicos, es la incisión tipo Newman, con un bisturí de Parker, Se inicia la incisión en la parte más

alta de la cresta distal, por detrás de la cara distal del segundo molar, con un trazo enérgico hasta percibir la sensación de hueso de la cara dentaria. La longitud de la incisión será de acuerdo con el tipo de retención del tercer molar; estos detalles se obtendrán en examen radiográfico.

Al llegar a la cara distal del segundo molar contornea su cuello y continúa después festoneando la encía en su adaptación al cuello del segundo y primer molares, en tanto que su profundidad llega también hasta el hueso y secciona en su penetración los ligamentos correspondientes; esta incisión se detiene en el espacio interdentario del primer molar y segundo premolar.

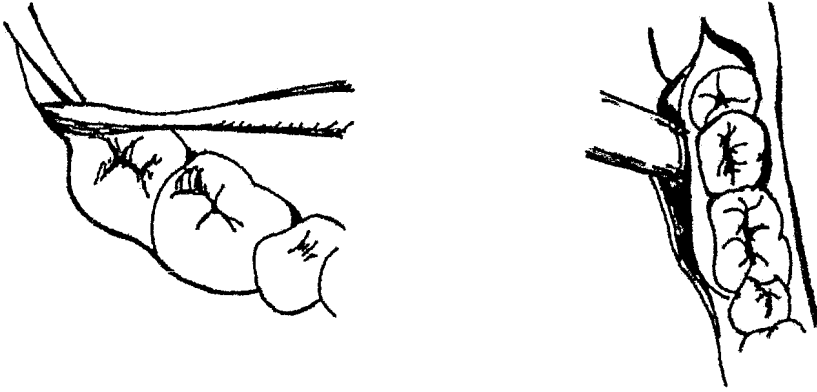
En los casos de ausencia del segundo molar la incisión se realiza sobre la cresta alveolar, se detiene en el centro de la cara distal del primer molar y prosigue hacia el cuello de este diente, contorneándolo. En caso de ausencia de todos los dientes de la arcada, la incisión corre por el borde hasta aproximadamente 2 cm. del límite mesial del molar retenido, y puede eventualmente prolongarse hacia la cara vestibular del maxilar.

**Incision.**



**b).- DESPRENDIMIENTO DE COLGAJO.**

Una vez realizada la incisión se introduce el periostotomo en la brecha quirúrgica de mesial a distal hasta tocar hueso, apoyándose en él, realizando suaves movimientos de lateralidad y de giro -- del instrumento, se desprende el labio bucal de la incisión en toda su extensión. Desprendiendo el colgajo se mantiene con el periostotomo.



Desprendimiento de colgajo.

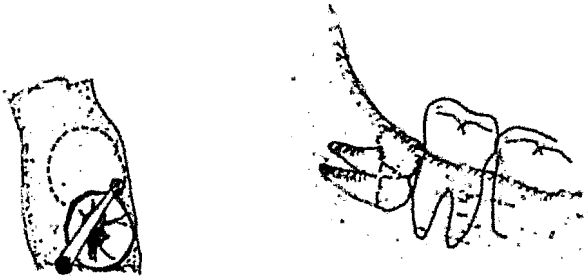
c).- OSTECTOMIA.

Su objetivo principal es resecar la cantidad necesaria de hueso como para tener acceso al molar y disminuir la resistencia. Esto simplifica un problema que de otra manera sería altamente traumatizante.

Hay dos tipos de ostectomía: la de acceso que se refiere a la remoción de hueso necesario para llegar instrumentalmente a la cara mesial inaccesible.

La ostectomía para la extracción está regu

lada por la consistencia y cantidad del hueso pericoronario, la posición del molar, sus desviaciones, la forma de su corona y disposición de sus raíces.



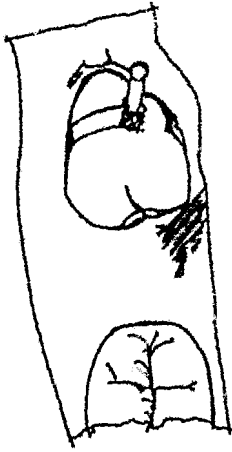
**Ostectomia .**

**d).- OPERACION PROPIAMENTE DICHA.**

Con un elevador No. 2 de Winter se hace palanca con punto de apoyo sobre el borde óseo mesial o mesio-bucal, elevando y dirigiendo el molar hacia distal y hacia arriba. Para anular los factores de resistencia que se puedan presentar debido a la anatomía o posición del molar, se recurre a la odontosección, evitando de esta manera el traumatismo de las estructuras vecinas.

La odontosección con fresa en la división- según el eje menor, se realiza a nivel del cuello del molar bajo un chorro de suero fisiológico para evitar el recalentamiento del molar.

La dirección que debe darse al corte del - molar debe permitir que la parte distal de la corona- del molar seccionado sea mayor que la parte mesial, - para poder extraer las partes seccionadas más fácil- mente.



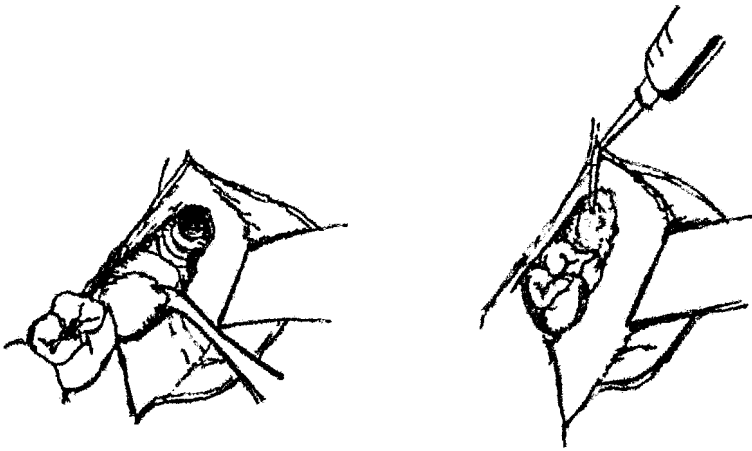
Odontosección.



Extracción propiamente dicha.

e).- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD.

El último paso quirúrgico es la eliminación del saco pericoronario con pinzas de Kocher o con pinzas gubias desprendiéndolo del hueso con una cucharilla; posteriormente con una legra se raspa la cavidad ósea, y con suero fisiológico se lava a presión para evitar que quede algún resto de hueso.



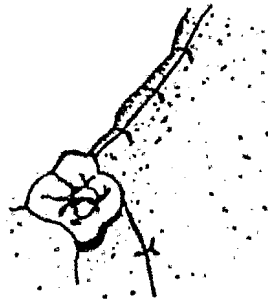
Tratamiento de la cavidad.

f).- SUTURA.

Esta se realiza con aguja curva e hilo seda o nylon. En la mayoría de las suturas de este tipo de colgajo, se hacen puntos aislados para afianzar al colgajo, atravesando con la aguja los extremos para en---



frentar los labios del colgajo logrando así la unión del espacio interdentario, se toma la porción lingual de la encía; después de un recorrido en sentido inverso se anuda el hilo sobre la cara bucal del maxilar.



**Sutura.**

### CANINO SUPERIOR.

Posiciones que presentan con mayor frecuencia los caninos superiores.

- 1.- En el paladar, con la corona situada en lingual del incisivo lateral y la raíz extendida hacia atrás paralela a las --

raíces del premolar.

- 2.- La corona hacia lingual del incisivo--  
central y la raíz hacia atrás, paralel-  
la a las raíces de los premolares ex--  
tendiéndose a vestibular.
- 3.- La corona se encuentra en la zona palal-  
tina y el cuerpo de la raíz sobre la -  
superficie vestibular.
- 4.- La corona sobre la cara vestibular y -  
la raíz hacia lingual de las raíces de  
los premolares.
- 5.- Todo el canino colocado sobre la superl-  
ficie vestibular.
- 6.- Canino retenido en bocas desdentadas.
- 7.- Retención bilateral sobre el paladar o  
sobre vestibular.

#### CLASIFICACION.

Clase I.- Canino superior retenido localizl-  
ado en el paladar.

- a).- Horizontal.
- b).- Vertical.

c).- Semivertical.

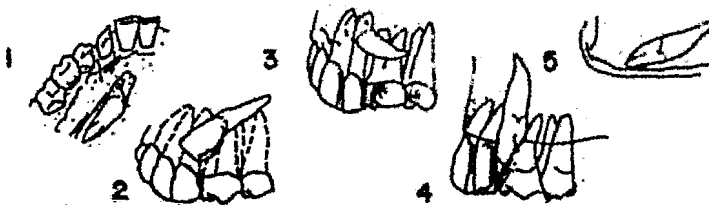
Clase II.- Canino superior localizado en la superficie vestibular.

- a).- Horizontal.
- b).- Vertical.
- c).- Semivertical.

Clase III.- Canino superior localizado en palatino y vestibular; en este caso puede presentarse la corona en el paladar y la raíz pasa entre las raíces de los dientes adyacentes, terminando en ángulo agudo sobre la superficie vestibular.

Clase IV.- Canino localizado en la apofisis alveolar entre el incisivo y el primer premolar.

Clase V.- Canino localizado en un espacio interdental desdentado.



Clasificación de caninos superiores incluidos.

## TECNICA QUIRURGICA

### A).- INCISION.-

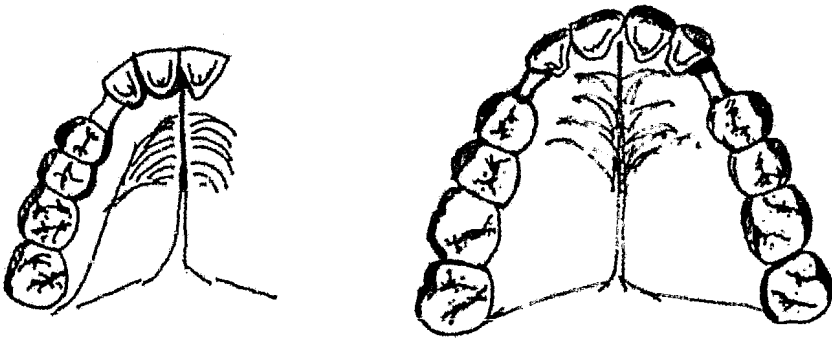
Existen diferentes tipos de incision para la extracci3n de los caninos superiores incluidos, dependiendo de su posici3n ya sea 3sta vestibular o palatina. La extensi3n de la incisi3n est3 dada por la posici3n del canino incluido, c3spide y 3pice son los extremos por fuera de los cuales se traza la incisi3n.

#### Incisi3n Palatina.-

Con un bistur3 Bard-Parker N3m. 15 se insin3a entre los dientes y la enc3a llegando a hueso, dirigido perpendicularmente a la b3veda palatina, esto se hace de la cara Distal del segundo premolar o la cara Distal del primer molar, extendi3ndose a continuaci3n en sentido anterior hasta los incisivos centrales, incisivo lateral, premolares o molares del lado opuesto; si existe el espacio del canino en la arcada se contornea el premolar, siguiendo la incisi3n en la cresta, festoneando posteriormente a la zona de seada.

Otra forma de incisi3n en la b3veda palatina es: con un bistur3 Bard Parker No.15 se seccionan los tejidos palatinos festoneando los dientes desde mesial del incisivo central hasta distal del segundo-

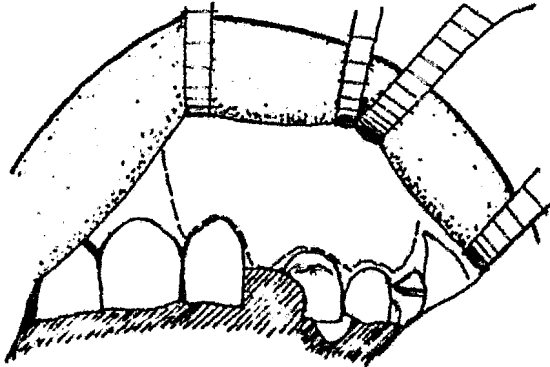
premolar; después se hace una incisión longitudinal por el centro del paladar de cuatro centímetros aproximadamente, partiendo de la cresta de la papila interdental entre los incisivos centrales. Esta incisión atraviesa el conducto nasopalatino, por lo que se produce hemorragia que se controla oprimiendo el conducto con una gasa durante pocos minutos o introduciendo gasa iodoformada en el conducto.



Incision palatina .

### Incisión Vestibular.

Los tipos de incisiones que se pueden emplear en este caso son: la incisión en arco (Partsh) - y la incisión hasta el borde libre (Newman).

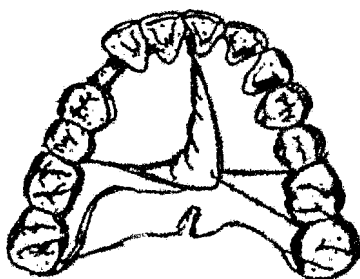


Incision vestibular.

### B).- SEPARACION DEL COLGAJO.-

Se separa el colgajo mucoso del paladar duro por medio de un periostotomo, hasta que la estructura ósea esté completamente expuesta; para inmovilizar el colgajo se pasa un hilo de sutura por fibromucosa y se anuda el hilo al molar del lado opuesto.

En caso de ser el colgajo vestibular se puede separar con el separador de Farabeuf.



Separacion de colgajo.

### C).- OSTEOTOMIA.-

El principal obstaculo en la extracción del canino retenido está en su corona y no en su raíz; la osteotomía debe descubrir toda la corona, principalmente a nivel de la cúspide del canino y en su anchura al mayor diámetro de la corona. Según sea la inclinación del canino se hará mayor o menor sacrificio de hueso a nivel de su parte radicular, aunque generalmente es suficiente descubrir el tercio cervical de la raíz.

Con una fresa para hueso se hacen orificios en el hueso a distancia de 3 mm. uno de otro al rededor de la corona del canino incluido, teniendo cuidado de no lastimar dientes adyacentes a él, en caso de estar cercanos al diente incluido. Posteriormente se unen los orificios con fresa o escoplo y martillo retirando después el hueso que cubre la corona. En caso de necesitar mayor visibilidad, se hace más grande el orificio con fresa siempre y cuando no se lesionen los dientes vecinos; si esto sucediera se puede aumentar la abertura del lado opuesto a la corona o se secciona ésta con fresa.

Se debe irrigar el hueso con suero fisiológico, el empleo de fresas de carburo o tungsteno facilitan la operación.

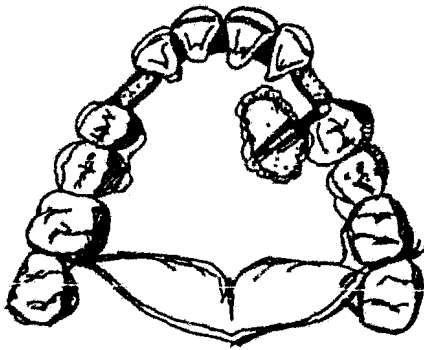


**Ostectomia.**



D).- ODONTOSECCION.-

La odontosección se hace con fresa de fisura de carburo, el corte es a nivel del cuello del canino dejando a la vista parte de la raíz, para evitar destruir más hueso y facilitar su extracción. La fresa debe estar dirigida perpendicularmente al eje mayor del diente; en caso de no ser accesible la región cervical, el corte se hará a nivel de su corona.



**Odontoseccion.**

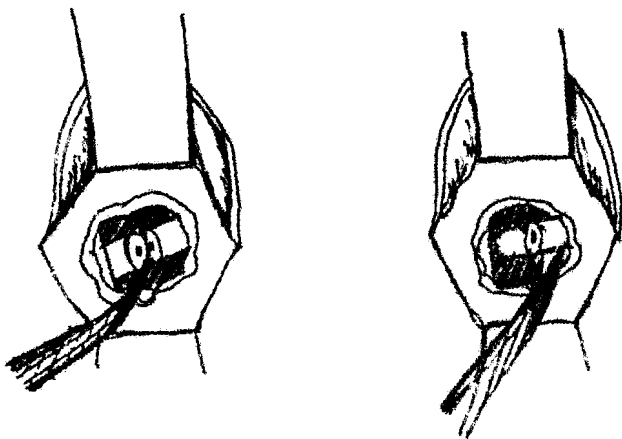
E).- OPERACION PROPIAMENTE DICHA.-

La extracción se realiza con palancas que apoyadas en el hueso sólido elevan el diente siguien

do la brecha ósea creada. En caso de que el diente - esté colocado en posición casi vertical y la corona - no se encuentre enclaustrada, será extraído con un - elevador recto introducido entre la cara del incluido que mire a la línea media y la pared ósea contigua, - con movimientos de rotación. Se introduce el instru- mento para luxar el diente. la extracción se termina- tomando el diente a nivel de su cuello (en casos acce- sibles) con un forceps para premolares superiores, -- con suaves movimientos de rotación y tracción en di- rección del eje del diente.

En caso de no ser accesible este método por la posición del diente, se hace la odontosección, sec- cionando el diente en el número de fragmentos que sea necesario y se extraen sus partes por separado. Sec- cionado el diente, se introduce un elevador en el es- pacio creado con la fresa, con movimientos rotatorios - para separar raíz y corona; luego se aplica el eleva- dor a nivel de la cúspide del canino, dirigiendo la co- rona en dirección al ápice; eliminada la corona, la - raíz se puede luxar introduciendo el elevador entre - la pared radicular que mira a la línea media hueso ad- yacente, dirigiendo la raíz hacia abajo y a la línea- media. También se puede hacer un orificio con fresa- redonda en la bóveda ósea que llegue hasta la raíz e- introduciendo por éste un elevador, llevando la raíz- hacia adelante; en caso de presentar dilaceración ra- dicular el canino, se secciona la raíz facilitando -- así su extracción.

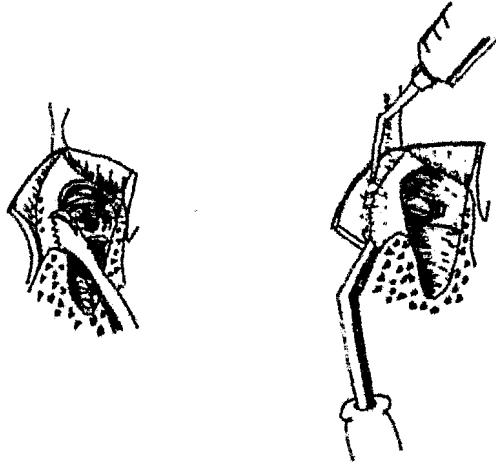
**Operacion propiamente dicha.**



**F).- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA.-**

Se limpia perfectamente la cavidad ósea, retirando el saco pericoronario, se eliminan los óseos prominentes, se lava a presión con suero fisiológico, utilizando jeringa hipodérmica.

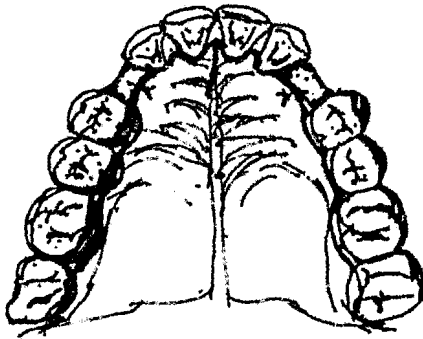
**Tratamiento de la cavidad.**



**G).- SUTURA.-**

Se lleva el colgajo a su lugar adosándolo perfectamente a la bóveda palatina y cuidando que la zona de las papilas esté bien colocada; los puntos de sutura pueden ser de un punto a cuatro o cinco, según el tamaño del colgajo. Ya suturado, se coloca una gasa comprimiendo y manteniendo la fibromucosa adosada al hueso.

**Sutura .**



**Terceros molares superiores.**

La extracción del tercer molar superior incluido del hueso que lo aprisiona será de acuerdo con la posición en que se encuentra, esto se analizará -- por medio de un estudio radiográfico minucioso antes de la operación.

Clasificación de los terceros molares superiores incluidos de acuerdo con su profundidad.

Clase A

La porción inferior de la corona del tercer molar superior incluido está a nivel del plano oclusal del segundo molar.

#### Clase B

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

#### Clase C

La porción inferior de la corona del tercer molar superior incluido está en la línea cervical del segundo molar o por sobre ella.

Posición de acuerdo con el eje longitudinal del diente incluido en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

#### Posición Vertical.

El eje mayor del tercer molar superior es - paralelo al eje del segundo molar, el diente puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso.

#### Posición Mesioangular.

El eje mayor del tercer molar está dirigido hacia adelante, su raíz se acerca a la apófisis pterigoides; son frecuentes las caries en la cara Distal en la raíz o corona del segundo molar superior.

#### Posición Distoangular.

El eje del tercer molar está dirigido -- hacia la tuberosidad del maxilar, su cara oclusal se encuentra hacia la apófisis pterigoides con la que -- puede estar en contacto.

#### Posición Horizontal.

El molar está dirigido hacia el carrillo, - pudiendo hacer contacto su cara oclusal en esa zona - o también se puede dirigir hacia la bóveda palatina o presentarse horizontal y paralela a la arcada, con su cara oclusal hacia Mesial o Distal, pudiendo asociar en la bóveda.

#### Posición Paranormal.

El molar incluido puede presentarse en - - cualquier posición que no sea ninguna de las anteriores.



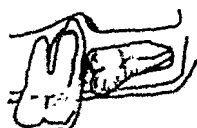
Mesio angular



Disto angular



Vertical



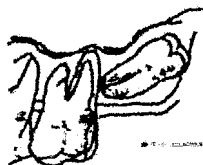
Horizontal



Vestibulo angular



Linguo angular



Invertido

**Clasificación 3os. molares superiores incluidos.**

### TECNICA QUIRURGICA.

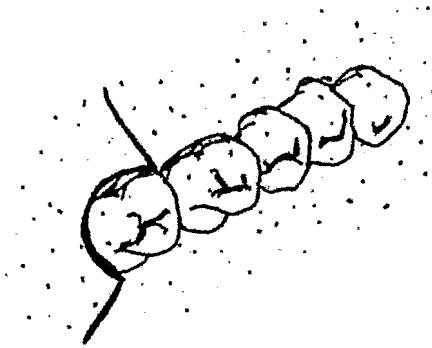
#### a).- Incisión.

Esta se realiza desde atrás de la tuberosidad en el surco hamular, con bisturí Bard-Parker (--- hoja # 12)

La mucosa que recubre la tuberosidad es incidida, desde la porción más distal de la tuberosidad hacia adelante hasta que llega al punto medio de la superficie distal del segundo molar superior.



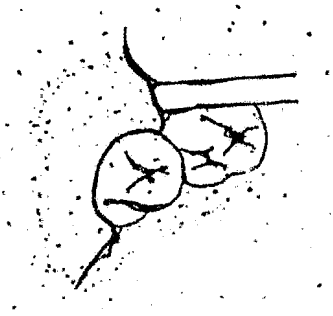
Se continúa la incisión por vestibular alrededor del cuello del segundo molar, hasta el espacio proximal entre el primer y el segundo molares, y después hacia el fondo de surco mucovestibular en ángulo de 45°, para esto último se utilizará hoja de bisturí Bard-Parker No. 15.



**Incision 3er. molar superior.**

b).- Desprendimiento de colgajo.

El desprendimiento de colgajo se lleva a cabo con un periostotomo con suaves movimientos de lateralidad de mesial a distal, sosteniéndolo con un separador, lo cual da acceso adecuado al hueso.

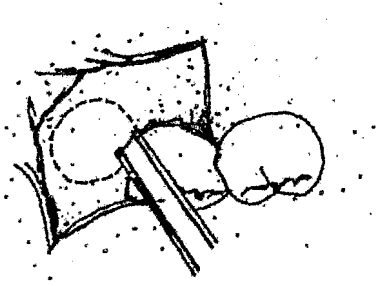


**Desprendimiento de colgado.**

**c).- Osteotomía.**

El hueso que cubre al tercer molar superior incluido, generalmente no es denso, pudiendo extirparlo fácilmente con escoplo y martillo o pinzas - gubias para exponer la corona del diente. En la -- operación de este molar hay que tener cuidado de no presionar y empujar por inadvertencia al diente dentro del seno maxilar o fosa pterigomaxilar; por esta causa la técnica de seccionamiento no es aplicable - para la extracción de terceros molares incluidos.

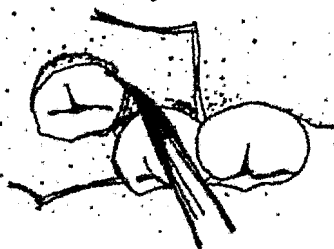
### Ostectomia .



d).- Extracción propiamente dicha.

Cuando se ha logrado obtener suficiente es pacio entre el ecuador del diente incluido y el hueso se penetra la punta del elevador entre la cara mesial del tercer molar y la cara distal del segundo molar, - por debajo de la corona, cerca del borde gingival, en el ángulo mesiovestibular; el diente incluido se levanta de su lecho por medio de elevadores. Los más útiles para esta operación son Tos Mille 73 para superior izquierdo y 74 para superior derecho.

Se coloca la punta del elevador debajo de la corona, a la altura del cuello del diente, siendo el hueso el punto de apoyo, haciendo presión hacia vestibular y distal, evitando de esta manera mandar al diente incluido hacia seno maxilar o fosa pterigomaxilar.

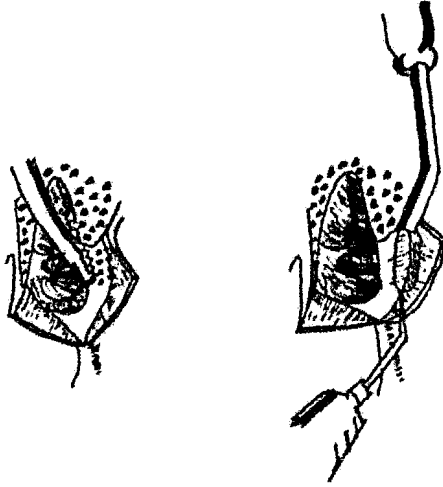


**Extracción propiamente dicha.**

**e).- Tratamiento de la cavidad.**

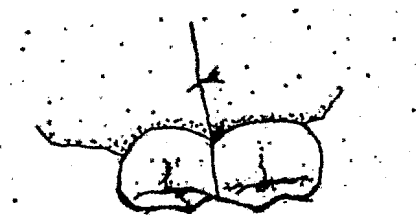
Se debe extraer el saco pericoronario y hacer un buen legrado de la cavidad ósea. limar los bordes cortantes con lima para hueso e irrigar a presión con suero fisiológico para evitar que queden restos del saco pericoronario o de hueso.

**Tratamiento de la cavidad.**



**f).- Sutura.**

Llevar el colgajo a su lugar y suturar con uno o dos puntos, según sea necesario.



**Sutura**

## DIENTES SUPERNUMERARIOS.-

Los dientes supernumerarios provenientes de una desviación embriológica del listón dentario, --existen en gran número. Suelen ir acompañados de un odontoma o de un quíste dentífero.

Aunque es muy común encontrar los dientes-supernumerarios en cualquier área del reborde alveolar, se localizan más comúnmente en la línea media del maxilar, y en el lado palatino con relación a los incisivos permanentes (mesio-dens). Su forma es variable: por lo general tienen aspecto pririforme o la de un pequeño canino temporario. Poseen un pequeño -saco pericoronario, origen de un posible quíste dentífero.

Los dientes supernumerarios siguen el mismo camino que los demás dientes incluidos de esta serie y deben ser extraídos. Uno de los comportamientos más frecuentes de los supernumerarios es su actuación a modo de cuña o dique, que impide la erupción de los dientes permanentes.

### Técnica Quirúrgica.

a).- Se inicia la intervención con una --- incisión marginal palatina.

b).- Desprendimiento de colgajo,

Se disecciona un colgajo mucoperiostico y se libera la corona y el cuello del diente supernumerario con cuidado suficiente para no lesionar las piezas definitivas, especialmente si es área apical.

c).- Odontosección.

Si el diente supernumerario está invertido o colocado entre los incisivos, es mejor seccionarlo a nivel de cuello, extrayendo cada una de las dos partes por separado, como en el caso de los caninos incluidos.

d).- Extracción propiamente dicha.

Cuando el diente supernumerario es pequeño y está bien colocado, se extrae con botador.

En el caso de los premolares supernumerarios incluidos, son difíciles de extraer por la presencia de hueso y estructuras vitales, como el contenido del agujero mentoniano en el lado bucal, glándulas salivales y estructuras neurovasculares en el lado lingual.

e).- Tratamiento de la cavidad.

Se extrae el saco pericoronario, se lima la cavidad con una lima para hueso para evitar que queden esquirlas óseas, y se lava a presión con suero

fisiológico.

f).- Sutura.

Se vuelve el colgajo a su lugar planchándolo para evitar la formación de coagulos que causan inflamación postoperatoria.

Se sutura con puntos aislados interdenta--les.



## CAPITULO IX

### POSTOPERATORIO

Se entiende por postoperatorio el conjunto de medidas, precauciones y técnicas que se realizan después de la operación, con el objeto de mantener -- los fines logrados por la intervención, reparar los -- daños que surjan con motivo del acto quirúrgico y colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud.

Una vez terminada la operación, debe advertirse al paciente que es casi seguro que tendrá dolor probablemente intenso durante seis u ocho horas después de la extracción, al cabo de las cuales la intensidad del dolor irá disminuyendo. Es necesario administrar analgésicos especialmente de tipo narcótico, durante las primeras 24 horas posteriores a la intervención.

Otro método que puede ser útil para disminuir el dolor postoperatorio es recomendar al paciente empezar a tomar el analgésico prescrito, por lo menos una hora antes de que pase el efecto anestésico local.

Se deben anticipar al paciente los signos de posibles complicaciones postoperatorias como: inflamación de la zona intervenida, dolor, hemorragia, -

cicatrización tardía de las heridas, infección, sensibilidad a las drogas o alergia.

Al paciente se le darán por escrito y en forma clara, las indicaciones postoperatorias respecto a medidas físicas y alimentación.

Primer día:

Compresas de agua fría o hielo en el lugar de la cirugía, dieta líquida, no comer alimentos grasosos, irritantes (chile), ni carne de puerco, no tomar leche, tomar jugo de naranja, papaya, limonada -- etc.

Dormir con la cabeza en alto (con dos almohadas), tomar los medicamentos a la hora señalada.

Segundo día:

Compresas de agua caliente por lo menos 5-min. cada hora, dieta blanda, no comer alimentos grasosos, irritantes, ni carne de puerco; no tomar leche tomar jugos de frutas, comer gelatina. Si puede masticar comer pollo, carne asada, ensalada de verduras, dormir con la cabeza en alto (dos almohadas), con una gasa limpiar con cuidado la zona de la cirugía y con una jeringa hipodérmica lavar a presión con agua hervida para evitar que queden restos de alimento, tomar los medicamentos a la hora señalada.

Dependiendo del estado de salud que se observe 8 días después de la intervención, se retirarán puntos de sutura.

El tratamiento postoperatorio será aplicado en cualquier tipo de cirugía de dientes incluidos.

## CAPÍTULO X

### COMPLICACIONES DE DIENTES INCLUIDOS

El proceso inflamatorio es la fase inicial y necesaria de la cicatrización de las heridas: la rotura de las vías vasculares y linfáticas que drenan el área quirúrgica, forma parte del traumatismo que implica la eliminación del diente. La tumefacción es debida a una eliminación insuficiente de líquido linfático, destrucción celular y acumulación de extracelulares y en la mayoría de los casos a la diapedesis de los elementos sanguíneos a través de las paredes intactas de los vasos. El edema va en aumento durante las 24 a 36 horas posteriores a la intervención.

Es conveniente el empleo de agentes físicos para mejorar y modificar las heridas en la cavidad bucal; éstos son el calor y el frío.

El frío evita la congestión y el dolor postoperatorio, previene los hematomas, hemorragias, disminuye y delimita los edemas postoperatorios; por estas razones se aconseja frotar con hielo o toallas mojadas en agua helada colocadas sobre la cara, frente al sitio de la intervención. El frío se usa por periodos de 15 minutos, seguidos por intervalos iguales de descanso durante el primer día.

El calor dilata los capilares, permitiendo así un intercambio de los materiales tóxicos que se acumulan, como también un aporte adecuado de nutrientes a los tejidos.

La dificultad para abrir y cerrar la boca después de la intervención, causa molestias al paciente. Después de las 10 o 12 horas que ha disminuido el dolor agudo del traumatismo, el edema y la hinchazón provocados por la cirugía inhiben todavía el funcionamiento normal de los músculos y el trismo persiste; en caso de que la intervención sea difícil y prolongada, el edema irá en aumento durante 30 a 36 horas. La resolución de la hinchazón y el edema, si no están complicados por hemorragia postoperatoria, hematoma o infección, necesitan de 30 a 36 horas a partir del momento en que la hinchazón ha alcanzado su punto máximo.

Los puntos de sutura se retiran de 4 a 5 días después de la operación y para entonces la mandíbula habrá recuperado casi por completo el movimiento que tenía antes de la intervención.

Si esto no se observa después de 5 días, persistiendo el trismo que solo permite una abertura mínima de la boca, deberá practicarse una exploración en busca de quimosis y signos de hematoma de resolución lenta con sensibilidad dolorosa que va aumentando.

do en la región operada, fiebre y otras manifestaciones de infección postoperatorias. A veces los pacientes que padecían ya antes de una disfunción miofacial menor, presentan una exacerbación de sus síntomas después de abrir demasiado la boca o de mantenerla abierta por mucho tiempo durante la operación.

En caso de presentarse una hemorragia postoperatoria, se colocarán compresas de gasa en la región operada, ejerciendo presión de mordida por lo menos durante 20 minutos; si persiste la hemorragia, el paciente debe colocarse una compresa como la anterior durante una hora más. Si a pesar de esto continúa la hemorragia, se visitará otra vez al Cirujano-Dentista, para que le aplique presión adecuada con compresas absorbentes de gasa. En caso de que empiecen a formarse coágulos exofíticos sobre el lado vestibular de la encía, será necesario abrir la herida para examinar tanto los sitios operados como la superficie mucosa del colgajo, en busca de desgarraduras y hemorragia; también debe hacerse una inspección minuciosa de los tejidos en lingual y finalmente del hueso a nivel de la base del alveolo.

En los casos poco frecuentes de pacientes con hemofilia, trombocitopenia u otros trastornos sanguíneos, deberán cambiarse las compresas de gasa cada hora durante el día; también debe recetarse al paciente vitamina "K" 24 horas antes de la interven-

ción dos veces al día y durante los dos días posteriores a la operación.

La osteitis alveolar se presenta principalmente en la mandíbula, aumentando su frecuencia en -- proporción directa con la dificultad y la duración -- del procedimiento quirúrgico; aunque su frecuencia -- disminuye cuando se hace cirugía no traumática, buena hemostasia, irrigación con solución salina fisiológica o se evita la contaminación por medio de técnicas de esterilización. Cuando la osteitis alveolar sigue presentándose, generalmente el paciente se manifiesta y diagnostica de la siguiente manera: Entre el tercer y cuarto días después de la operación, el paciente informa de cierto malestar que es intenso el primer día, menor los dos días siguientes y muy intenso al cuarto día. Señala también la caída del coágulo sanguíneo del alveolo. El coágulo formado y organizado al ser eliminado prematuramente, expuso el proceso alveolar y sus terminaciones nerviosas a los restos de comida y saliva, provocando una sensación dolorosa.

El Cirujano Dentista debe confirmar el -- diagnóstico presuntivo de osteitis alveolar, quitando las suturas y moviendo con cuidado el colgajo mucoperiosteico y observar el interior del alveolo, confirmando que en lugar de contener un coágulo el alveolo está vacío, o bien, que el coágulo es friable y de color amarillo o blanquecino. La irrigación del alveo-

lo que se aplica en ese momento, elimina los restos del coágulo sanguíneo necrótico, lo cual puede producir dolor durante unos cuantos minutos. El lavado a presión con suero fisiológico, tiende a descubrir el hueso alveolar expuesto. Si después quedan todavía algunos residuos del coágulo sanguíneo, se hará un raspado activo para eliminar los restos del coágulo necrótico y residuos de comida y pus, lavando posteriormente con suero fisiológico. Después de la irrigación puede colocarse en el alveolo un apósito impregnado de eugenol, según sea el umbral al dolor y la reacción del paciente a la primera curación; vuelve a cambiarse la curación uno o dos días después, disminuyendo así el dolor al tercer o cuarto día; después se deja al apósito en el alveolo unos días más, antes de quitarlo.

Otra forma de tratar la osteitis alveolar, consiste en usar una mezcla de solución del Wonder-Pack, con la que se empapa el apósito antes mencionado y se coloca en el alveolo durante siete a diez días, debiendo disminuir con ellos el dolor, en el término de tres a cuatro días.



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

Consideramos que para llevar a cabo con verdadero éxito profesional una cirugía de dientes incluidos, es de vital importancia tener los suficientes conocimientos anatómicos, anestésicos y radiográficos, unidos al tratamiento adecuado de las patologías que pueda llegar a ocasionar la intervención quirúrgica de los mismos.

Como resultado de las investigaciones llevadas a cabo, concluimos que es importante realizar la cirugía de dientes incluidos, antes de presentarse alguna alteración, evitando así trastornos patológicos que pueden llegar a ocasionar una gran destrucción ósea y afectar considerablemente la salud del paciente. En tales condiciones será menos traumática la cirugía y el tiempo de la intervención más corto.

Es de suma importancia hacer un estudio lo más completo posible al paciente. La historia clínica debe estructurarse con preguntas concretas, elaboradas de suerte que el paciente nos proporcione todos los datos necesarios para valorar su salud general.

En caso de presentarse alguna enfermedad de tipo cardiovascular, diabetes, epilepsia o cualquier otra enfermedad que pudiera ocasionar problemas al paciente por la intervención, deberán hacer

se los estudios médicos necesarios, para que sea con trolado por el especialista, antes de la interven-- ción. De ser necesario, ésta se llevará a cabo en - el hospital, estando el médico presente, por si hu- biera alguna complicación.

Se debe prevenir al paciente de los trastornos postoperatorios que pueden surgir; ya que la inter-- vención puede ser muy traumática. El objeto de lo - anterior es que el paciente tome conciencia de las - complicaciones que pueden presentarse si no sigue -- las instrucciones postoperatorias, indispensables pa - ra lograr resultados satisfactorios de la interven-- ción.

El tipo de incisión que se realice debe ser ele gida con cuidado y correctamente para obtener una -- buena visión de la zona a intervenir y evitar desg - rramientos del tejido mucoperiódstico, de tal forma - que al regresar éste a su lugar quede en su posición anterior, logrando así una buena cicatrización.

Consideramos que la odontosección es necesaria - en la eliminación de dientes incluídos, para evitar la destrucción innecesaria de hueso y la lesión de - estructuras adyacentes.

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

- BRIN J.E.H y W. WINTHER      ATLAS DE CIRUGIA ORAL,  
Ed. Salvat, S.A. 1977.
- CLINICAS ODONTOLOGICAS      EL DIENTE IMPACTADO Y SUS  
DE NORTEAMERICA            COMPLICACIONES.  
Ed. Interamericana, Vol.3  
1979
- ERIKSSON EJNAR                MANUAL ILUSTRADO DE ANES-  
TESIA LOCAL  
Ed. Astra Suecia, 1978.
- HORRY ARCHER W.               CIRUGIA BUCAL  
Ed. Mundi, Tomo I, 2a.Edic.
- KRUYER GUSTAVO O.            TRATADO DE CIRUGIA BUCAL,  
Ed. Interamericana, 4a. Edic.
- RIOS CENTENO GUILLERMO A.    CIRUGIA BUCAL.  
Ed. El Ateneo, Octava Edic.  
Buenos Aires, 1980.
- WAITE DANIEL E.                CIRUGIA BUCAL PRACTICA.  
Ed. Continental, 1978.