

397
207



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

**TRATAMIENTO QUIRURGICO DE
TERCEROS MOLARES RETENIDOS**

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presentan:

Ricardo Ríos Rodríguez

y

Eduardo Guzmán Rodríguez

México, D. F.

Ciudad Universitaria 1986



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E.

INTRODUCCION.

CAPITULO I TERCEROS MOLARES INCLUIDOS O RETENIDOS.

1).- Definición

2).- Etiología.

CAPITULO II ANATOMIA DE LOS MAXILARES.

1).- Maxilar Superior.

2).- Maxilar Inferior.

CAPITULO III HISTORIA CLINICA.

CAPITULO IV ESTUDIOS PREOPERATORIOS.

1).- Historia clínica.

2).- Estudio radiografico

CAPITULO V CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS O RETENIDOS DE ACUERDO A SU POSICION.

1).- Posición del tercer molar superior.

2).- Posición del tercer molar inferior.

CAPITULO VI INSTRUMENTAL.

CAPITULO VII ANESTESIA.

CAPITULO VIII TECNICA PARA EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES DE ACUERDO A SU POSICION.

1).- Extracción del tercer molar superior.

2).- Extracción del tercer molar inferior.

CAPITULO IX SUTURA.

CAPITULO X CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

CAPITULO XI COMPLICACIONES

CONCLUSION.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION:

En la incidencia de dientes incluidos juega un papel importante la falta de crecimiento del maxilar y la mandíbula, la causa de esta reducción puede ser la falta de estímulos, esta falta de estímulos ha sido -- provocada por la dieta moderna. A raíz del descubrimiento del fuego. el hombre lo empleó entre otras cosas, para ablandar sus alimentos, dando-- como consecuencia este cambio la paulatina falta de desarrollo de los -- maxilares.

Se han encontrado craneos en los que hay hasta cuatro molares, actualmente la mayoría no da cabida a un tercer molar, dando como resultado los terceros molares incluidos o retenidos. La eliminación de los dientes impactados constituye un capítulo muy importante en la práctica de la odontología.

THOMA propone el término "Odontectomía" para nombrar la eliminación de los dientes retenidos. Este es un procedimiento que requiere -- una gran habilidad técnica y un claro raciocinio.

Los problemas que se asocian a dichas técnicas, requieren un cuidado absoluto hacia el paciente, una terapéutica antibiótica, anestesia. balance nutritivo, juicio quirúrgico y habilidad, que es lo más precioso para enfrentarnos a la cirugía del tercer molar: este tipo de intervenciones pertenece únicamente a la cirugía oral y nunca ha entrado a formar parte de los límites de las especialidades quirúrgicas, lo cual es un hecho que realiza positivamente la importancia de las intervenciones odontológicas.

En el ejercicio de la cirugía oral debe recordarse que la cavidad oral no es sola, sino que forma parte de un organismo y en la época actual es más cierto. La gran cantidad de descubrimientos conseguidos por nuestros colegas médicos en el campo del diagnóstico y la terapéutica, han permitido que los cirujanos orales puedan tratar muchas enfermedades más que en épocas pasadas.

Es necesario, en los cirujanos dentistas un profundo conocimiento tanto de los procesos patológicos básicos como de la valoración de los resultados que sus tratamientos puedan tener, sobre el paciente y su enfermedad.

El dentista deberá valorar el estado general de salud del enfermo, y determinar cuando deberá utilizarse anestesia local o general, deberá decidir cuando el paciente deberá ser tratado en régimen ambulatorio y cuando deberá ser hospitalizado.

Para poder conseguir todo ello, se necesita reunir la suficiente información que le permita lograr sus objetivos en forma adecuada y practicándolo de acuerdo a su criterio y ante todo con una verdadera ética profesional. Teniendo presente que se trata de un paciente el cual viene a depositar toda su confianza en nuestras manos con el fin de darle salud.

Por todo esto, considero que es importante el contenido del presente trabajo, ya que en él trato las principales técnicas de extracción y tratamiento de los terceros molares retenidos, para el mejor desarrollo del trabajo del profesional como del estudiante.

CAPITULO I.

TERCEROS MOLARES RETENIDOS.-

1.- DEFINICIÓN.

Se entiendepór dientes retenidos o impactados a aquellos que-- una vez llegado la época normal de erupción queden dentro de los maxila-- res o de la mandíbula o bien en sus tejidos blandos y que han conservado íntegro su saco PERICORONARIO fisiológico.

2.- ETIOLOGIA.

Los terceros molares tanto superiores como inferiores, son su-- ceptibles de ser clasificados de acuerdo a un fin quirúrgico:

Estos molares se retienen con mayor frecuencia en el maxilar - inferior que en el superior. La retención del molar puede ser intraosea-- o submucosa, en este último caso, puede estar total o parcialmente rete-- nido.

Los agentes etiológicos son variados, pero los que se presen-- tan en un mayor número de veces y de mayor importancia son:

Falta de espacio

Estorbo mecánico de piezas

Enfermedades endocrinas

Tumores odontológicos

Quistes

Mucosa extremadamente fibrosa.

CAPITULO II.-

ANATOMIA DE LOS MAXILARES.-

OSTEOLOGIA.

1.- Maxilar superior. Es un hueso par que forma parte de los huesos de la cara, es de forma cuadrangular aplanada de adelante hacia atras por lo cual tiene dos caras, una interna y una externa. cuatro bordes: anterior, posterior, superior e inferior.

Cara interna.- En su cuarta parte inferior tiene una saliente horizontal llamada apófisis palatina. la cual presenta, una cara superior lisa que forma parte del piso de las fosas nasales y una cara inferior rugosa que forma parte de la bóveda palatina: su borde externo se une al resto del maxilar en tanto que el interno muy rugoso se adelgaza hacia atras y se articula con el mismo borde de la apofisis palatina del maxilar opuesto.

Este borde en su parte anterior termina en prolongación en forma de semi-espina. lo cual al articularse con la del otro maxilar forma la espina nasal anterior. El borde anterior de la apófisis palatina-- que es cóncava por arriba forma parte del orificio anterior de las fosas nasales; su borde posterior se articula con la horizontal del palatino.

Por detrás de la espina nasal anterior en su borde interno-- existe un surco que con el otro maxilar forma el conducto palatino anterior por el cual pasa el nervio esfenopalatino.

La cara interna del maxilar superior esta dividida en dos porciones, por la apófisis palatina.

La inferior forma parte de la bóveda palatina, la superior se articula con la rama vertical del palatino mas adelante de esta apófisis se encuentra el seno maxilar o antro de Highmore; delante de este orificio está el canal nasalcuyo borde anterior se encuentra limitado por la apófisis ascendente del maxilar superior.

La cara externa es una prte anterior presenta la fcseta mirtiliforme, donde se inserta el musculo del mismo nombre, la cual esta limitada posteriormente por la eminencia o giba canina, detrás y arriba está la apófisis piramidal; la cara superior de ésta apófisis forma parte del piso de la orbita, lleva un canal en su parte anteroposterior y penetra en la pared con el nombre de conducto suborbital.

La fosa canina está entre el agujero suborbitario y la giba canina.

La cara posterior de la apófisis piramidal, es convexa y corresponde por dentro de la tuberosidad del maxilar y por fuera la fosa cigomatica, tiene diversos canales y orificios llamados agujeros dentarios posteriores por donde salen y pasan los nervios dentarios posteriores y las arterias alveolares.

Bordes de la apófisis piramidal. El inferior vuelto hacia abajo forma la parte superior de la pre-endidura vestibulo cigomatica. El anterior forma la parte interna e inferior del borde de la órbita. El posterior corresponde con el ala mayor del esfenoides formando entre ambas la endidura esfenomaxilar.

Borde anterior: presenta abajo la parte anterior de la apófisis palatina con la espina nasal anterior y esta el orificio anterior de las fosas nasales y mas arriba el borde anterior de la apofisis ascendente.

Borde posterior: es grueso y redondeado. constituye la tuberosidad del maxilar. su parte superior lisa forma la pared anterior de la fosa pterigomaxilar. en su parte inferior el borde lleva rugosidades. Se articula con la apófisis piramidal del palatino y con el borde anterior de la apófisis pterigoideas. formando el conducto palatino posterior por donde pasa el nervio palatino anterior.

Borde superior: forma el limite interno de la pared inferior de la órbita y se articula por delante con el unguis después con el etmoides y con la apófisis orbitaria del palatino.

Borde inferior o Borde alveolar: presenta cavidades o alveolos dentarios donde se alojan las raices dentarias su apice o vertice perforado de paso a su correspondiente paquete vasculonervioso del diente. --- separados por tabiques oseos y constituyen las apófisis interdientarias.

Estructura: formada por tejido esponjoso y compacto las partes que estan constituidas por tejido esponjoso son la parte anterior de la apófisis palatina, la base de la apófisis ascendente y el borde alveolar mientras que el resto del hueso está constituido por tejido compacto.

2.- Maxilar inferior: está formado por un cuerpo y dos ramas. El cuerpo tiene forma de herradura y la concavidad tiene vuelta hacia -- atrás. se distingue en esta, dos caras y dos bordes.

Cara anterior.- Encontramos en la línea media una cresta vertical que resulta de la unión de las dos mitades del hueso llamada sínfisis mentoniana abajo en la misma dirección encontramos la eminencia mentoniana. hacia afuera y atrás de la cresta se encuentran el orificio mentoniano por donde salen los nervios y vasos del mismo nombre. Más atrás aún. se observa una saliente dirigida abajo y adelante que parte del borde anterior de la rama ascendente y termina en el borde inferior del hueso llamada línea oblicua externa donde se insertan los siguientes músculos. el triangular de los labios. el cuadrado de la barba y el cuatáneo del cuello.

Cara posterior.- Presenta cerca de la línea media cuatro tubérculos llamados apófisis geni. en los dos superiores se insertan los músculos geniogloso y en los dos inferiores los genihiodeos .

Partiendo del borde anterior de la rama ascendente se encuentra una saliente llamada línea oblicua interna o milohioides. donde se inserta el músculo milohioides; se encuentra también. la foseta sublingual. que aloja a la glándula sublingual.

Más afuera aún. por debajo de la línea oblicua interna y en la proximidad del borde inferior se localiza otra foseta más grande llamada foseta submaxilar que aloja a la glándula submaxilar.

Borde inferior.- Es romo y redondeado. se observa en esta dos depresiones o fosetas digástricas. una a cada lado de la línea media en donde se inserta el músculo digástrico.

Borde superior o borde alveolar.- Presenta una serie de cavidades o alveolos dentarios. Los anteriores son simples y los posteriores están compuestos de varias cavidades y todos ellos se hayan separados entre si por apófisis interdientarias, donde se insertan los ligamentos interdentarios de los dientes.

Rames.- Son dos, derecha e izquierda, son aplanadas transversalmente y de forma cuadrangular, tienen por consiguiente dos caras y cuatro bordes.

Cara Interna.- Es la parte media hacia la mitad de la línea diagonal que va del condilo hasta el borde alveolar, se encuentra un agujero amplio llamado conducto dentario por donde se introducen los nervios o vasos inferiores.

El borde anteroposterior de este orificio está formado por una saliente llamada espina de epix sobre la cual se inserta el ligamento esfenomaxilar. En la parte posteroinferior de la cara interna presenta una serie de rugosidades bien marcadas que sirven de inserción al músculo pterigoideo interno.

Borde anterior.- Esta dirigido de abajo adelante se haya en forme de caña, sus bordes divergentes se separan a nivel del borde alveolar continuadas sobre las caras internas y externas con las líneas oblicuas correspondientes; este borde forma el lado externo de la hendidura vestibulo cigomatica.

Borde posterior.- Liso y oblicuo recibe el nombre de borde parotido por sus relaciones con la glándula parótida.

Borde Superior.

Posee una escotadura amplia llamada sigmoidea situada entre dos grandes salientes: La apófisis coronoides -- por delante y el condilo del maxilar inferior por detras.

La apófisis coronoides de forma triangular con vértice superior sobre la cual se inserta el músculo temporal.

El condilo es de forma elipsoidal aplanado de delante hacia atras. convexo en las dos direcciones de sus ejes el mayor dirigido oblicuamente hacia adelante y afuera: se articula con la cavidad glenoidea al temporal. se une al resto del hueso por el cuello del condilo.

En su cara interna presenta una depresión rugosa-- donde se inserta el músculo terigoideo externo. La escotadura sigmoidea vuelta hacia arriba comunica la región masetórica con la fosa cigomática. dejando paso a los nervios y vasos arteriales.

Borde Inferior.-

Se continua con el borde inferior del cuerpo. por detras al unirse el borde posterior forma el ángulo de la -- mandibula o gónion.

ESTRUCTURA.

Esta formada de tejido esponjoso cubierto por una capa de tejido compacto, adelgazándose a nivel del cóndilo. Y la cara externa de la rama del maxilar brinda inserción al masetero, excepto en la porción superior y posterior que queda en contacto con la parótida.

CAPITULO III.

HISTORIA CLINICA.

Cuando el paciente se presenta por vez primera y por lo regular antes que el médico lo observe, se acopian algunos datos personales-útiles de la índole de:

Edad, sexo, raza, talla, peso, presión arterial, temperatura-- y frecuencia del pulso, que se convierten en los primeros pasos para estudiar al enfermo y el problema de salud que presenta. Viene en seguida el interrogatorio por el médico y la elaboración de la historia clínica.

El interrogatorio o historia, la segunda parte de la hoja --- clínica del paciente, es en realidad, una biografía médica susciente de la vida del enfermo, en la que se da atención especial a trastornos fisicos, dificultades personales, caracteres hereditarios, hábitos y medio.

La historia clínica, es la narración de los acontecimientos -- relativos al estado en que se encuentra la salud de una persona. Esta -- narración debe ser hecha siguiendo un orden cronológico estricto.

La historia clínica debe comprender únicamente los datos que - hayan sido recogidos, sin hacer la menor interpretación de los mismos.

En efecto la historia clínica tiene por objeto hacer un relato fiel de los datos que sean encontrados y no la interpretación que haga el relator de dichos hechos.

Se trata, en efecto, de que el lector de la historia forme --- por sí mismo, su propio juicio, de acuerdo con los datos que le son proporcionados.

La historia clínica deberá contener los siguientes datos:

NOMBRE.- Es el dato que nos reportará definitivamente la iden-

tificación del individuo a interrogar.

EDAD. - Ciertas enfermedades se producen en edades especiales - por ejemplo cáncer, el cual es más frecuente en la etapa madura del individuo.

SEXO. - Ciertas enfermedades tienden a ser más frecuentes en -- determinado sexo o son propias del mismo.

EMPLEO. - Puede dar un aspecto importante al motivo por el cual se ha determinado una consulta, ya que existen enfermedades las cuales - son propias de determinados hábitos ocupacionales, por ejemplo: costureras, zapateros, etc., pueden presentar abrasión dental, mineros, plomeros y radiólogos pueden presentar anomalías propias del contacto con elementos minerales que trabajan o bien recibir radiaciones que pueden llegar a provocar algún tipo de tumoración o malformación.

PROCEDENCIA. = En este aspecto la importancia del lugar de nacimiento o los sitios donde el paciente a residido puede ser un dato importante para el diagnóstico, como ejemplo se cita a la fluorosis dental en la cual en determinadas ciudades suele presentarse, como en: México, - Zacatecas, Durango y Aguascalientes, presentan una mayor fluoración en el agua comparativamente con otras ciudades provocando el cuadro denominado fluorosis dental o esmalte moteado.

DOMICILIO. - Dato que significa la localización del paciente.

ANTECEDENTES. -

HEREDITARIOS Y FAMILIARES. - Sobre enfermedades que incluyan - a: padre, madre, hermanas, hermanos, esposa e hijos - edad y estado o -- edad al morir y causa de la muerte. Diabetes, hipertensión, tuberculo---

sis. enfermedades nerviosas. enfermedades mentales. cáncer. cardiopatías. asma. alergias. fiebre del heno.

PERSONALES NO PATOLOGICOS.-

1).- Estado matrimonial: Duracion salud del cónyuge. compatibilidad. número de hijos. edad de los mismos. adaptación al matrimonio y a los hijos.

2).- Hábitos: alcohol (uso y cantidad) tabaco. sedantes y ---- otros medicamentos: hábito de sueño.

3).- Antecedentes sociales: describir las condiciones de vida.- que incluyen habitación. educación. puesto que se ocupa en la sociedad - ingresos y problemas económicos especiales (sobre todo durante la enfermedad actual).

4).- Ocupación y medio: trabajo actual y pasado. exposición a -- peligros de trabajo. satisfacción emocional y económica. lugares en que - ha vivido y que ha visitado.

PERSONALES PATOLOGICOS.-

1).- Enfermedades desde la infancia en orden cronológico.

2).- Escarlatina. corea. reumatismo. neumonía.

3).- Lesiones.

4).- Operaciones y hospitalizaciones.

5).- En mujeres. interrogar número de gestaciones y abortos.

6).- Alergias e hipersensibilidad a medicamentos.

PADECIMIENTO ACTUAL.- En orden cronológico. hágase la des---- cripción de cada síntoma relacionado con la enfermedad actual: cada síntoma debe describirse en cuanto a tiempo y modo de comienzo. duración e -

intensidad. Se interrogará cuidadosamente la relación que guarden los -- síntomas con alimentos, trabajos, esfuerzo muscular, excitación inges--- tión de medicamentos u otros factores. Deberán investigarse tratamientos seguidos por el enfermo, en los que se incluirán medicamentos, médico y- hospital, y curso de la enfermedad.

APARATOS Y SISTEMAS. -

1).- Cabeza: Cefalalgias (duración, intensidad, carácter, sitio, etc.)

2).- Ojos: Vista diplopiá, enfermedades inflamatorias, fotofobia, dolor, visión borrosa, lagrimeo, pérdida de la agudeza visual.

3).- Oídos: Audición, otalgia, otorrea, tinnitus, infecciones.

4).- Nariz, garganta y boca: Amigdalitis, secreción nasal crónica, obstrucción nasal crónica, epistaxis, sentido del olfato, hemorragia gingival, sentido del gusto, úlceras, faringoamigdalitis recurrente, ronquera, problemas de los senos paranasales.

5).- Aparato respiratorio.-: Tos, expectoración (volumen y carácter) hemoptisis, dolor, fecha de la última radiografía, asma, resfriados frecuentes, fiebre, sudación nocturna.

6).- Aparato cardiovascular: Disnea, ortopnea, fatiga, dolor-- retrosternal, palpitaciones, necesidad de ponerse en cuclillas, presión arterial alta; hormigueos, desvanecimientos, calambres, en las piernas, edema, claudicación, varices, pies fríos o de color azul. Fármacos: Ni-- troglicerina, digital, diuréticos.

7).- Aparato gastrointestinal: Dieta corriente, apetito, alimen- tos que se apetecen, alimentos que disgustan, náuseas, vómitos, hematesis.

ción, presión arterial.

2.- Inspección general:

a).- Postura.

b).- Físico, estado nutricional, edad aparente.

c).- Gravedad y carácter agudo de la enfermedad.

d).- Estado emocional en relación con la enfermedad:

3).- Piel: Tez, textura, turgencia, pigmentación, erupciones, lesiones, ictericia, palidez.

4).- Cabeza: Cráneo y cuero cabelludo: configuración, cicatrices.

5).- Ojos:

a).- Párpados: Edema, ptosis, retardo en los movimientos, anchura de hendiduras palpebrales.

b).- Escleróticas: Ictericia, hemorragia.

c).- Conjuntiva: Palidez, congestión, petequias.

d).- Córnea: Cicatrices, úlceras, arco senil.

e).- Pupilas: Tamaño, forma, igualdad, reacción a la luz y a la acomodación.

f).- Vista: Agudeza visual, campos visuales por confrontación-convergencia.

g).- Estudio oftalmoscópico: Papilas ópticas, vasos retinianos, exudado, hemorragia.

6.- Oído:

a).- Oído externo: Tofos.

b).- Oído interno: Examen otoscópico, secreción, tímpano, perforaciones.

c).- Agudeza auditiva (tic tac del reloj) escuchando a cm); -- conducción aérea y ósea.

7.- Nariz: Forma. desviación o perforación del tabique, corne-

disfagia. melena. diarrea. estreñimiento. laxantes. color y forma de las heces. ictericia. dolor o cólico abdominales. hemorroides. evacuaciones intestinales.

8).- Aparato Genitourinario: Polaquiuria. nicturia. disuria. hematuria. incontinencia. oliguria. escurrimiento de orina titubeo para comenzar a orinar. modificación en el calibre y la fuerza del chorro de orina. polidipsia. orina turbia. retención urinaria. expulsión de cálculos. Enfermedades venéreas por síntomas. duración y clase de tratamiento. Hábitos sexuales: potencia.

9).- Historia menstrual: Menarquía. intervalos entre las menstruaciones. regularidad. duración. volumen de la catamenia. fecha del -- último período menstrual. dismenorrea. menorragia. hemorragia irregular. síntomas de menopausia. flujo vaginal. prurito.

10).- Aspecto metabólico: Peso normal. aumento ó pérdida de -- peso. distribución del pelo. crecimiento y desarrollo normales.

11).- Sistema neuromuscular: Disartría. parestesias. paresia y parálisis. desvanecimientos. inconsciencia. adormecimientos. convulsiones. zumbido de oídos. pérdida de la audición. vértigo y vahídos. afasia y -- otros trastornos del habla. dificultades de la memoria. crisis de amne-- sia. adormecimiento peribucal. ataxia. (torpeza. tambaleos. incoordinación.) trastornos vesicales (incontinencia. micción urgente. polaquiuria); Interrogatorio acerca de pares craneales: I a XII.

12).- Aspectos psiquiátricos: Estabilidad o inestabilidad em-- cionales. historia de nefexmedades mentales. "colapso nervioso". tensiones ambientales. defectos de memoria.

EXPLORACION FISICA.-

1.- Signos vitales: Peso. talla. temperatura. pulso. respira:--

tes, congestión, secreción, pólipos.

8).- Boca y garganta:

a).- Labios: Simetría, cianosis, queilitis, herpes, hiperqueratosis o úlceras, pigmentación.

b).- Faringe y amígdalas.

c).- Mucosas y encías: Palidez, úlceras, pigmentación.

d).- Lengua: Color. atrofia de las papilas, úlceras, desviación, palpación.

e).- Dientes: Caries, piezas faltantes, restauraciones dentales.

9.- Cuello;

a).- Vasos sanguíneos: Congestión de venas, investigar si hay pulsaciones normales y anormales, cicatrices, thrill, ruidos auscultables, graduación del pulso carotídeo.

b).- Tiroides: Aumentado de volumen, nodular, ruido apreciable por auscultación.

c).- Tráquea: Posición, en la línea media o desviación, tiro traqueal.

d).- Ganglios Linfáticos: Cervicales anteriores y posteriores-preauriculares y retroauriculares, supraclaviculares.

e).- Glándulas salivales: Aumento de volumen de parótidas, submaxilares.

10.- Tórax y pulmones:

a).- Inspección general: Contorno, simetría, expansión, igualdad de la expansión, frecuencia y ritmo, uso de músculos accesorios.

b).- Palpación: Frémito táctil.

c).- Percusión: Resonancia, matidez, comparación de áreas simétricas, nivel del diafragma y movimientos del mismo.

d).- Auscultación; Carácter e intensidad de los ruidos respiratorios, duración comparativa de inspiración y espiración, estertores, - frotos, ruidos anormales.

e).- Inspección del esputo.

11.- Corazón:

a).- Inspección: Choque de la punta, pulsaciones anormales.

b).- Palpación: Sitio de choque de la punta; thrill sitio y -- cronometración; frecuencia, ritmo, volumen, igualdad y deficiencia del - pulso; choque o empuje precordial- sitio y grado.

c).- Percusión: Anchura de la matidez mediastínica, bordes de- recho e izquierdo del corazón.

d).- Auscultación: Ruidos cardiacos - intensidad, primer ruido, segundo ruido, en focos aórtico y pulmonar, carácter del ritmo cardíaco: - soplos - sitios de intensidad máxima, duración, intensidad (grados 1 a 6), relación cronológica con el ciclo cardíaco, transmisión: efecto de esfuer- zo o cambio de posición sobre el soplo; frote.

12.- Mamas:

a).- Inspección (en posición sentada): Forma, volumen, simetría pezones, úlceras, secreción, pigmentación, retracción de pezones o piel.

b).- Palpación (posición supina colocando una almohada debajo- del hombro homolateral): Investigación de masas, dolor a la palpación, - secreción, adenopatía axilar.

13.- Abdomen:

a).- Inspección: Contorno, cicatrices, venas dilatadas, nevos- aráneos, peristaltismo visible, cambios de color del ombligo, masas.

b) - Palpación: Espasmo muscular, consistencia de la pared ab- dominal, rigidez, dolor a la palpación superficial y profunda, tumora- ciones: sitio, aumento de volumen o dolor a la palpación del hígado, ba- zó, riñones, vejiga; pulso aórtico.

c).- Percusión: Timpanismo, matidez, cambiante, onda líquida,--
volumen del hígado, matidez esplénica.

d).- Auscultación: Carácter y frecuencia de los ruidos intesti-
nales.

e).- Hernias: Crural, inguinal - describir completamente. Exami-
nar el calibre del anillo inguinal externo y la resistencia del conducto
inguinal.

f).- Ganglios linfáticos; Aumento de volumen.--

14.- GENITALES:

a).- Va-ron: Secreción, lesiones y cicatrices en pene, atrofia
o masas testiculares, hidrocele, nevos, varicocele.

b).- Mujer (debe hacerse con un interno, un residente o un ---
miembro del personal): Ina-pección de genitales, cuello uterino; explora-
ción bimanual de útero y anexos para estimar sitio, forma, volumen, dolor
a la palpación y masas; exploración rectovaginal; investigación de cisto-
cele y rectocele.

15.- EXTREMIIDADES:

a).- Superiores: Manos - color y humedad de las palmas, uñas, -
dedos hipocráticos, cianosis del lecho ungueal: tumefacción o deformidad-
de las articulaciones de hombro o codo: nevos, temblor, atrofia, paráli-
sis, estabilidad ligamentosa, pulso radial y cubital.

b).- Inferiores: Movilidad o deformidad de articulaciones, co-
lor, y temperatura de los pies, pulsaciones de las arterias femoral, po-
pítea, pedis y tibial posterior (0+ a 4+): edema, varices, nevos, esta-
bilidad ligamentosa.

16.- Dorsal y región: Movilidad, curvaturas, dolor en ángulo --
costo vertebral a la percusión, postura, marcha.

17.- Sistema nervioso:

a).- Marcha, postura, movimientos anormales, aspecto facial, - estremecimientos y fasciculaciones musculares, Anomalías de la forma de cabeza, desigualdades en el desarrollo de cabeza y extremidades, lesiones cutáneas (hemangiomas, neurofibromas, manchas en café con leche.).

b).- Aparato motor: Exploración sistemática para buscar debilidad.

c).- Sistema sensitivo: Sensaciones de dolor, tacto y vibración, sentido de posición; distribución de dermatomas, distribución de nervios periféricos, distribución de sudación.

d).- Pruebas de función cerebelosa:

1).- De equilibrio.

2).- De otra índole.

e).- Reflejos tendinosos profundos, reflejos superficiales, reflejos patológicos.

f).- Investigación de la función de pares craneales, incluyendo campos visuales y fondo de los ojos.

g).- Estado mental: Orientación, memoria, afasia, estereognosia,

18.- Exploración rectal:

a).- Inspección: Masas, hemorroides, secreción.

b).- Palpación: Tono del esfínter, grietas, próstata, masas, -- carácter de las heces.

c).- Proctoscopia: Según esta indicada.

Los datos obtenidos por interrogatorio se anotan y se suplementan por exploración física y algunos estudios de laboratorio. Todo lo obtenido se anota, estudia, valora e interpreta. Se pesan las posibilidades, se elabora el diagnóstico.

CAPITULO IV.

ESTUDIOS PREOPERATORIOS.-

Las circunstancias bajo las cuales se efectua una intervención quirúrgica será factor determinante en el éxito ó en el fracaso de esta.

Se deberá tomar mayor atención el estado general del paciente, condiciones físicas y preparación de la región sobre la cual se actuará, así como el medio en que tendrá que desarrollarse la intervención. Los cuidados preoperatorios-- en realidad comienzan cuando se establece contacto con el -- paciente, el primer paso para proporcionar seguridad en el -- tratamiento y hacer un buen diagnóstico es el estudio y exploración

HISTORIA CLINICA.

Se insistira en el valor de una historia clínica completa o detallada, tanto para el diagnóstico del proceso quirúrgico como para la estimación del pronóstico operatorio. Se principiara por la relación detallada del padecimiento -- actual.

Para valorar el estado actual del paciente y el -- riesgo operatorio en cada caso, es indispensable disponer--- de los datos que proporcionara una revisión general de todos los aparatos y sistemas, utilizando hojas impresas. Debe tenerse muy en cuenta el resumen general del caso.

Es importante recabar los datos de intervenciones operatorias anteriores. Si es posible deberá obtenerse una-- copia del protocolo operatorio; debe investigarse la aparición eventual de complicaciones postoperatorias en ocasión de otra intervención.

Tiene valor los datos de cualquier enfermedad anterior. Se registrarán cuidadosamente los hábitos y costumbres del paciente incluyendo el tipo de dieta, la duración del sueño, el uso de alcohol, tabaco y demás.

Tiene valor particular para prevenir dificultades post-operatorias, la tendencia a sangrar, en el paciente, o en algún miembro de su familia y la sensibilidad a determinados alimentos o medicamentos.

ANALISIS DE LABORATORIO.

Todos los pacientes quirúrgicos se someterán a ciertos exámenes y análisis antes de la intervención. Los exámenes sistemáticos de laboratorio con frecuencia se considerarán como una identidad aparte, lo cual constituye un error los principales análisis de laboratorio que se pedirán al paciente son:

Tiempo de sangrado:- Es el lapso que tarda la sangre en detener su salida de la herida de una punción regular efectuada en el dedo o en el lobulo de la oreja. En los casos normales es de uno a cinco minutos. Sin embargo, el hecho de que el tiempo de sangrado sea normal, no quiere decir en forma alguna que no existirá hemorragia durante el acto quirúrgico, pues de llegarse a seccionar algún vaso importante, éste sangrará de acuerdo al calibre del mismo, y esta hemorragia solamente podrá ser detenida mediante la ligadura de vaso.

Tiempo de Protombina.-

Es el lapso transcurrido entre el depósito de las gotas en el porta objetos y la formación de los hilos de fibrina. Los valores normales se encuentran entre los dos y tres minutos.

Tiempo de Coagulación.

Es el tiempo que tarda en formarse el coágulo: el tiempo normal es aproximadamente de diez minutos.

Análisis de orina.- Se investigará la existencia de azúcar, ácido diacético. albúmina: Se procederá al examen microscópico del sedimento. Si se observa alguna anomalía, será necesario llevar a cabo exámenes más completos; por ejemplo; si en la orina existe azúcar en cantidades superiores o indicios, se determinará cuantitativamente la glucosuria de las 24 horas y la curva de la glucemia.

Cuando el examen de sedimento urinario de un enfermo sugiere la existencia de infección urinaria será necesario obtener una muestra de orina por sondeo pues la presencia de secreción en la primera orina puede ser causa de error.

Si la historia clínica, por una parte, y el resultado de análisis de orina por otra, sugiere la existencia de lesión renal y siempre que exista hipertensión, deberá estudiarse el estado de la función renal con unas pruebas de concentración urinaria.

Estudios Radiográficos.

Para que el cirujano pueda planear por adelantado los pasos a seguir para eliminación de un tercer molar.

debe establecer su posición anatómica por medio de un estudio radiográfico. Para este estudio se utilizarán radiografías periapicales interproximales, oclusales y extraorales.

Radiografías periapicales: en algunas radiografías periapicales resulta muchas veces imposible visualizar el tercer molar, por desviación hacia mesial de la placa por los tejidos blandos de la rama ascendente o por náuseas del paciente, por lo cual es necesario dirigir el rayo central en ángulo recto con el eje largo de la placa: no dará una imagen acertada pero podremos determinar sus relaciones con el conducto dentario.

Radiografías Interproximales.- (aleta mordible).-- Este tipo de radiografías podrá visualizarse los molares incluidos en clase I y II. en este caso, el rayo central se dirige en ángulo recto a través de la corona del segundo molar a la película, con un grado pero de angulación.

Radiografías oclusales.- Esta clase de radiografías no podrá revelar la posición bucolingual de la corona del tercer molar inferior incluido. Para este tipo de radiografías colocaremos la cabeza del paciente lo más atrás posible y el rayo central se dirige en ángulo recto a la placa, a través del borde inferior de la mandíbula.

Radiografías Extraorales: una radiografía extraoral correctamente angulada nos permitirá observar los molares incluidos horizontalmente; esta radiografía se tomará de la siguiente manera: Se colocará una placa de 15cm. X 21cm.

en contacto con la cervical y horizontal de la mandíbula, en la cual se encuentra la pieza incluida, el rayo central se proyectará a través de la rama opuesta y en ángulo con la película.

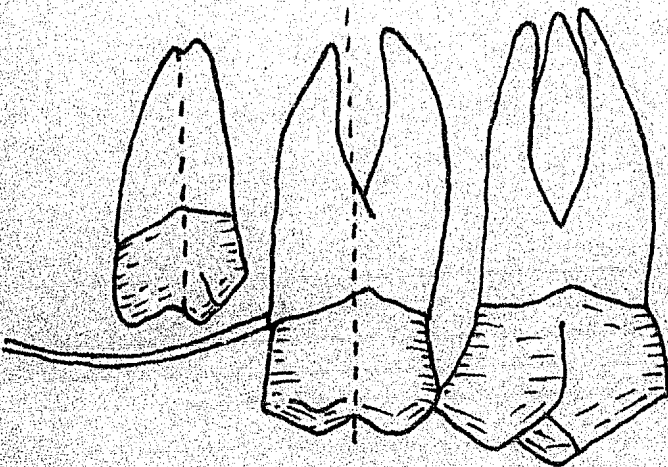
CAPITULO V.-

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES DE ACUERDO A SU POSICION.

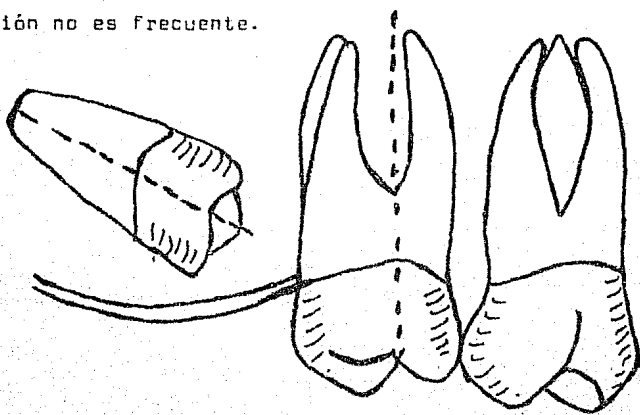
1.- Posición del tercer molar superior.

Las variaciones en la posición del tercer molar, son menores en los maxilares superiores que en el inferior - la retención del molar puede ser intraósea o submucosa. En este término puede estar parcialmente o totalmente retenidos.

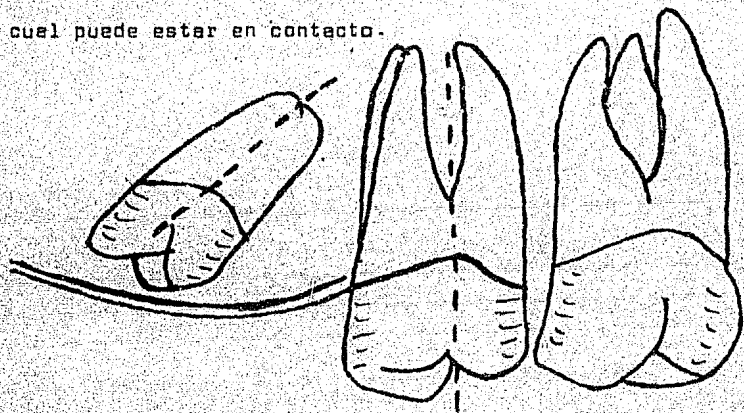
a) POSICION VERTICAL.- El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar. El diente puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso.



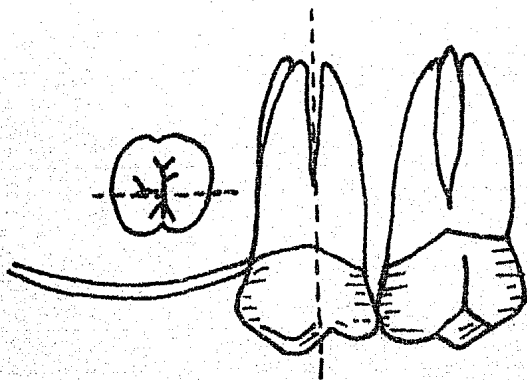
b).- Posición mesioangular.- El eje del tercer molar retenido está dirigido hacia adelante, en esta posición, la raíz del molar está vecine ala apófisis pterigoides. Esta posición no es frecuente.



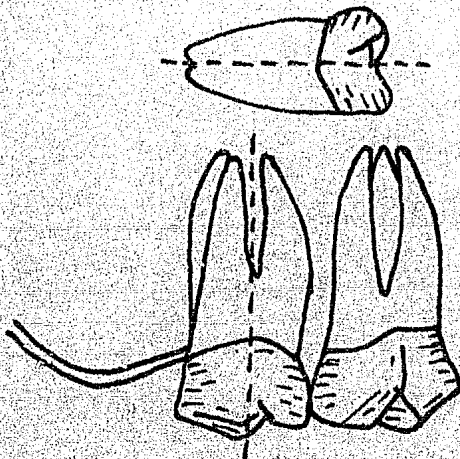
c).- Posición distoangular.- El eje del molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara triturante del tercer molar mira hacia la apófisis pterigoides con la cual puede estar en contacto.



d).- Posición Horizontal.- El tercer molar está --
dirigido hacia el carrillo, con el cual, la cara triturante--
puede ponerse en contacto; esta cara triturante sue^lo también
dirigirse hacia la bóveda palatina, el molar puede erupcio--
nar en la bóveda.



e).- Posición Parancrimal.- El molar retenido puede
ocupar diversas posiciones que no se encuentran en la clasi-
ficación dada.



2.- Posición del tercer molar inferior.-

B. WINTER ha clasificado los distintos tipos de retención del tercer molar inferior, basándose en cuatro puntos esenciales;

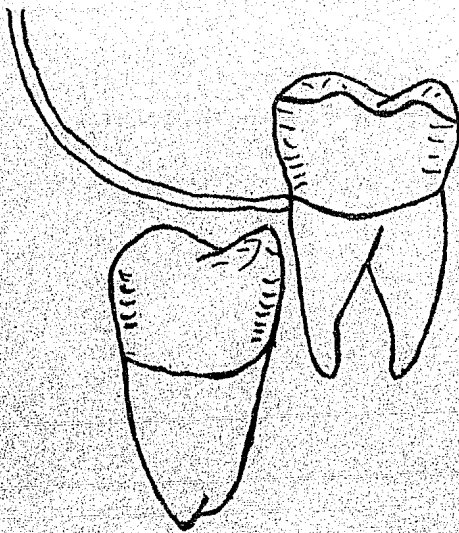
LA POSICION DE LA CORONA

LA FORMA RADICULAR

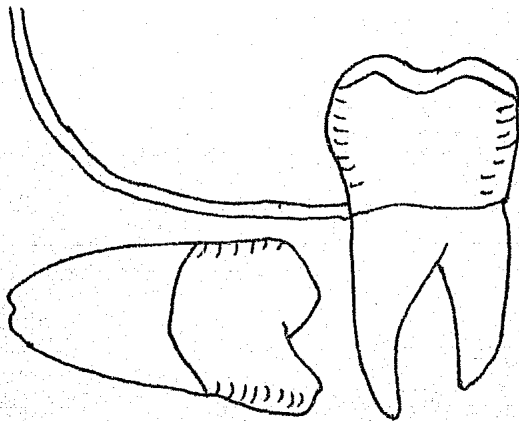
LA NATURALEZA DE LA OSEOSTRUCTURA QUE RODEA AL MOLAR.

LA POSICION DEL TERCER MOLAR EN RELACION AL SEGUNDO.

a).- Posición Vertical.- En este tipo de retención el molar puede estar total o parcialmente cubierto por hueso; pero lo característico reside en que su eje mayor es sensiblemente paralelo al eje mayor del segundo y primer molar

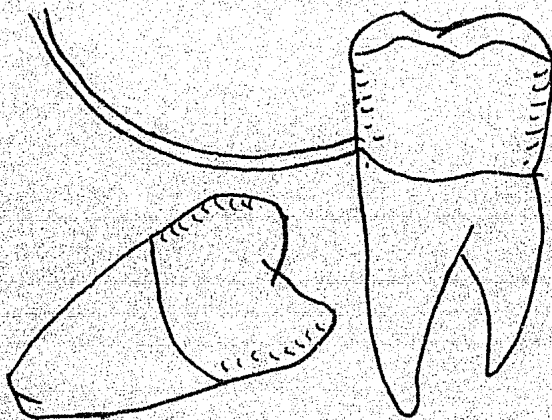


b).- Posición Horizontal.- En este caso el eje mayor del tercer molar es sensiblemente perpendicular a los --- ejes del primero y segundo molar.



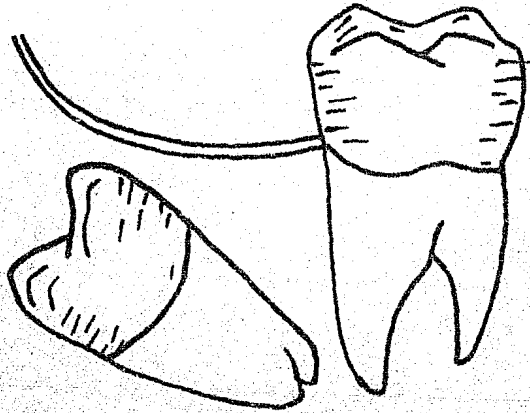
c).- Posición mesioangular.- El eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar, formando con el --- eje del diente, un ángulo de grado variable alrededor de ---

45º

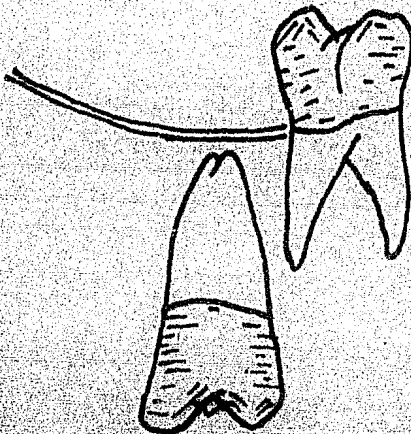


d).- Posición Distoangular.- Es una forma opuesta a la descrita anteriormente.

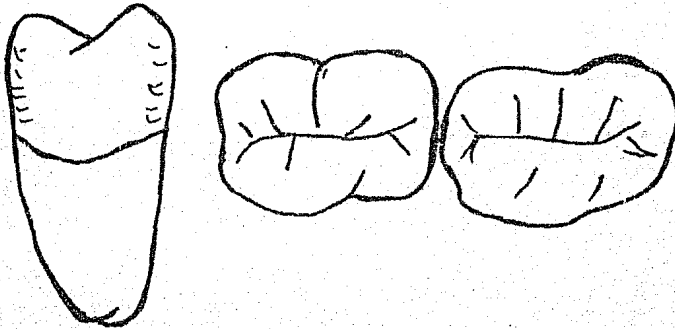
El tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama ascendente; por lo tanto la corona ocupa dentro de esta rama una posición variable de acuerdo con el ángulo que está desviado.



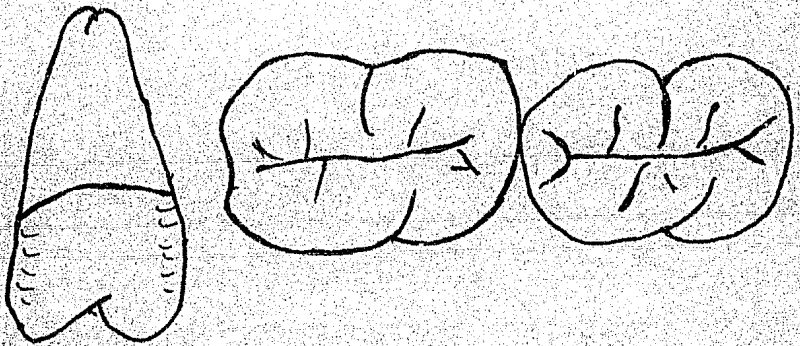
e).- Posición Invertida.- El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal. Es un tipo muy poco común de retención.



f).- Posición bucoangular.- En este tipo de retención el molar ya no ocupa como en los anteriores el mismo plano que el segundo y el primero, sino que su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados, el segundo y el primero. La corona del molar retenido está dirigida hacia bucal.



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



CAPITULO VI-

INSTRUMENTAL.

Para la realización de la extracción de terceros molares retenidos necesitamos valernos de instrumental y material quirúrgico apropiado.

Instrumentos para seccionar tejidos blandos;

Bisturí.- consta de mango y hoja la cual puede tener distintas formas y tamaños, que además son intercambiables. En nuestra práctica son preferibles el tipo de bisturí Bard Parker de hoja nº 15. también estará indicado el bisturí de Mead cuyas características son la curvatura de su hoja en forma de hoz y del filo, que está en su borde cóncavo.

Tijeras.- Dentro de nuestra especialidad este instrumento tiene poco uso ya que solo las usamos para seccionar trozos de colgajos y para cortar los puntos de sutura.

Pinzas de Disección.- Nos ayudarán en la preparación de los colgajos y otras maniobras. Las hay dentadas con las cuales se tomará la fibromucosa sin lesionarla. Para tal fin se utilizará la pinza de Kocher o la atraumática de Chaput.

Legras, Periostomos y Espátula roma: Estos instrumentos de los cuales existen varios tipos, nos sirven para llevar a cabo el desprendimiento y separación de la fibromucosa primeramente iniciada por el bisturí, con el objeto de preparar el colgajo.

Separadores.- Los utilizamos para mantener apartados los labios con el propósito de no herirlos, o para no traumatizarlos colgajos durante la intervención quirúrgica.

Instrumentos para seccionar tejidos duros:

Escoplos.- el uso de los escoplos en la extracción de los terceros molares retenidos es muy frecuente. en especial los de Barry. para realizar la osteotomía.

Pinzas gubias.- Las hay rectas y curvas y las utilizamos para realizar, la resección de hueso, actúan extrayendo el hueso por mordisaca sobre este tejido previa preparación de una puerta de entrada con los escoplos.

Fresas.- El empleo de fresas quirúrgicas, de preferencia de baja velocidad, serán de gran utilidad en este tipo de intervenciones ya que su finalidad es propiamente la de facilitar la maniobra de otros instrumentos.

Limas para hueso.- Sirven para eliminar las puntas óseas y alisar bordes.

Pinzas.- Durante la intervención es necesario mantener el campo operatorio seco de sangre, que emana de los vasos vecinos para lo cual necesitaremos de las pinzas para algodón o pinzas con puntas de balloneta.

Pinzas de Kocher.- Es un instrumento usado para hacer hemostasia. aunque en este tipo de intervenciones su empleo es reducido.

Pinzas de Extracciones (forceps).- Con ellas tomaremos las piezas dentarias imprimiendo movimientos apropiados por medio

de los cuales eliminamos el órgano dentario retenido en el alveolo.

Elevadores.- Son los instrumentos que más frecuentemente serán utilizados en la extracción de los terceros molares incluidos, ya que los hay con distinto trabajo, función y misión.

Instrumentos y material de sutura.

Agujas para sutura.- La sutura es una parte muy importante en la intervención quirúrgica, ya que sirve para sostener los finos y delicados tejidos gingivales, tan propensos a desgarrarse, es preciso el empleo de agujas que estén en buen estado agujas sencillas curvas y rectas.

Porta Agujas.- Las agujas no pueden ser dirigidas a mano sino mediante porta agujas que hace más práctico y preciso su uso.

Material de sutura.- En este tipo de intervención quirúrgica se utilizará seda e hilo de algodón.

CAPITULO VII-

ANESTESIA.

Uno de los problemas antes del uso del anestésico son los pacientes nerviosos o excitados por lo cual debemos prepararlos debidamente.

Aunque no es necesario medicar a los pacientes en forma rutinaria, existen casos en que la sedación preoperatoria es de gran valor. Cuando los pacientes presentan miedo exagerado a las operaciones dentales, la administración de un barbitúrico de corta duración o un atarásico no solamente rá el temor, sino que facilitará la tarea del cirujano.

Las técnicas de anestesia más aceptadas dentro del campo de la cirugía oral y que el cirujano normalmente efectúa son:

Técnicas para anestesia en molares superiores.-

Inyección Supraperiostica: En esta inyección el nervio que se anestesia es el alveolar superior, el cual inerva totalmente los dos últimos molares y parcialmente el primer molar. La punción es en el pliegue mucobucal sobre el segundo molar con la aguja dirigida hacia arriba y hacia atrás, se infiltra la solución anestésica, la cual se deposita sobre los ápices de las raíces del tercer molar. Para la extracción de los piezas impactadas es necesario además la inyección palatina posterior.

Inyección Cigomática: Aquí el nervio anestesiado es el alveolar posterior superior que se bloquea antes de --

que penetre en los canales óseos de la región cigomática por encima del tercer molar. La punción se hace en el punto más elevado del pliegue de la mucosa a nivel de la raíz distobucal del segundo molar, con la aguja dirigida hacia arriba y hacia adentro y atrás; se penetra unos 20mm. manteniendola aguja cerca del periostio para evitar la punción del plexo venoso pterigideo. La solución se deposita lentamente gota a gota a esta inyección se completa con la palatina posterior.

Inyección Palatina Posterior.- El nervio que se anestesia es el palatino anterior que inerva las dos tercias posteriores del paladar. Se anestesia los dos tercios posteriores de la mucosa palatina del lado inyectado, desde la tuberosidad hasta la región canina y desde la línea media hasta el borde gingival de lado inyectado. La punción se realiza en el punto medio de una línea imaginaria trazada desde el borde gingival del tercer molar superior hasta la línea media, insertando la aguja desde el lado opuesto de la boca. La aguja se dirige hacia arriba y ligeramente lateral; no es necesario penetrar con la aguja el agujero palatino mayor puesto que el nervio palatino anterior ya ha traspasado dicho agujero.

TECNICAS DE ANESTESIA EN MOLARES INFERIORES:

Inyección mandibular.- Se anestesia el nervio alveolar inferior, produce anestesia de todos los dientes del la-

do inyectado con excepción de los incisivos centrales y laterales ya que estos reciben también inervación de las fibras del lado opuesto. La punción se hace en el vértice de las fibras del triángulo pterigomandibular. Se palpa la fosa retro-molar con el índice y se coloca la uña sobre la línea milohioidea. Con el cuerpo de la jeringa descansado sobre los premolares del lado opuesto, se introduce la aguja paralela al plano de oclusión de los dientes del maxilar inferior, en dirección a la rama del maxilar y al dedo índice. La aguja se introduce entre el hueso, los músculos y ligamentos que lo cubren; después de avanzar unos 15 milímetros se siente la punta chocar con la pared posterior del surco mandibular donde se deposita 1.5 ml. de solución anestésica al lado del nervio alveolar inferior. La anestesia mandibular debe ser reforzada con la inyección al nervio bucal.

Inyección Bucal.- El nervio anesteciado es el bucinador o bucal largo, la cara bucal de los molares inferiores está parcialmente inervada por el bucinador que se separa del nervio maxilar poco después de su paso por el agujero oval por lo que las intervenciones de estos molares obligan a practicar la inyección del nervio bucinador. La punción se lleva a cabo en el pliegue mucobucal inmediatamente por detrás del tercer molar; la aguja se dirige hacia atrás y ligeramente hacia abajo hasta que se halle por detrás de las raíces del diente. Contados son los casos en que no se debe emplear anestesia local para evitar síntomas molestos o secuelas desagradables tales como:

- 1).- Cuando hay infección en el lugar de la punción

o en el punto donde la solución debe depositarse.

2).- Cuando exista angina de Vincent u otras infecciones orales generalizadas.

3).- Cuando el paciente sea poco cooperador con el cirujano dentista.

Las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, obligan a administrar con precaución los anestésicos locales que contengan epinefrina (vasoconstrictor). La anestesia por infiltración excesiva en pacientes diabéticos puede resultar peligrosa.

CAPITULO VIII.-

TECNICA PARA EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES DE ACUERDO A SU POSICION.

Dentro de los medios que la medicina emplea para el tratamiento de la enfermedad (terapéutica) existe uno caracterizado esencialmente por la utilización de procedimientos manuales. - se le distingue con el nombre de cirugía o terapéutica.

Aquí solo consideramos las diferentes técnicas conocidas --- para extracción de los terceros molares retenidos tomando en cuenta los tipos de retención que se presentan con más frecuencia. Para este tipo-- al igual que en toda intervención quirúrgica bucal es necesario llevar-- a cabo una serie de maniobras que son:

Incisión: Es una maniobra mediante la cual se abren los ---- tejidos para llegar a planos más profundos y va de acuerdo con el tipo-- de retención que tenga el tercer molar.

La incisión debe empezar por el trazo de izquierda a derecha de arriba hacia abajo y de atrás a adelante. debiendo ser amplia y de ba se más ancha que el vértice.

OSTEOTOMIA.- Es la parte de la operación que consiste en --- reseca el hueso y se puede hacer con fresa, escoplo o pinzas gubias.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA: Puede denominarse así a la --- ejecución del tiempo objeto de la operación.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA: Algunas operaciones requieren un tratamiento particular de la cavidad ósea, ya que sea por que ----- el hueso es afectado o por la índole - - - - -

de la operación así lo exige, para evitar hemorragia o dolores postoperatorios.

J
SUTURA:- Es la maniobra que tiene por objeto reunir los tejidos separados por la incisión y su uso estará--- considerado al criterio del cirujano dental.

EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.

1).- Posición Vertical;

INCISION.- Esta abarcara dos ramas a los cuales + llamaremos bucal y anteroposterior. La rama anteroposterior se traza próxima a la cara palatina del diente, en forma --- paralela a la arcada y con una longitud de 1cm, la incisión bucal nace en el extremo anterior de la primera incisión y -- se dirige afuera rodea la tuberosidad del maxilar y asciende hasta las proximidades del surco vestibular donde termina.

La incisión debe llegar hasta el hueso o corona del molar y en sentido anterior hasta el cuello del molar.

El colgajo se desprende con un pericótomo y se -- sostiene con un separador para obtener mayor visibilidad.

OSTECTOMIA:- El hueso que cubre la cara oclusal se elimina con escoplos rectos o fresas. En ciertos casos el hueso a nivel de cara oclusal es muy frágil y puede ser eliminado con una cucharilla para hueso o con el mismo elevador durante estas maniobras es muy importante que sea visible la cara bucal y mesial de la pieza retenida. Via de acceso ala cara mesial es la superficie sobre la cual se aplica el elevador para extraer el molar retenido. Si esta cara es

accesible no se requiere ninguna maniobra previa, pero en caso contrario se necesita eliminar el hueso del tabique mesial, que es lo que impide la entrada del instrumento y esto se realizará con un escople recto o fresa redonda.

Extracción propiamente dicha: (empleo de elevadores). En este caso se puede emplear cualquier tipo de elevadores rectos, preferentemente los números 1.2.0.14 (R O L).

Técnica de empleo de elevadores: Se penetra la punta del elevador en el espacio que existe entre la cara mesial del tercer molar y la distal del segundo molar imprimiendo un débil movimiento rotatorio para llegar a su punto de aplicación y así conseguir la luxación del tercer molar.

Aplicación del elevador: El elevador se aplica con su cara plana sobre la cara anterior del diente. Punto de apoyo: Generalmente este punto de apoyo es la cara mesial del segundo molar o bien el tabique óseo en caso de existir movimiento del elevador; aplicado el elevador, separando el labio y los carrillos con un espejo, se inicia libremente el movimiento de luxación del molar retenido, para que el molar abandone su alveolo deberá ser movilizado y dirigido hacia abajo, afuera y atrás, por lo tanto el mango del elevador debe desplazarse hacia arriba, adentro y adelante con punto de apoyo en la cara distal del segundo molar. Luxado el molar y si la fuerza aplicada no ha logrado extraerlo puede ser tomado con una pinza para extracción y se eliminará con la misma técnica de un molar normal.

Sutura: extraído el molar, revisados los bordes óseos, en especial el tabique externo y posterior, retirado el saco pericoronario, con una pinza gubia, se coloca el colgajo en su sitio y se practican uno o dos puntos de sutura.

2).- Posición Mesioangular:

La extracción de los terceros molares en esta posición estará condicionada por la dirección del molar y la cantidad de hueso distal.

Puede presentarse alguna dificultad durante la extracción pero el problema más importante en este tipo de retención reside en la osteotomía de la cara mesial y triturante, y en la preparación de la vía de acceso para el elevador, lo cual necesita una mayor osteotomía de la mesial que en el caso de retención vertical, por el punto de aplicación del elevador, debe ser más alto y para que se logre éste es necesario eliminar también parte de la tabla ósea vestibular que cubre la cara bucal del molar retenido.

Inciisión. - Es igual que en posición vertical.

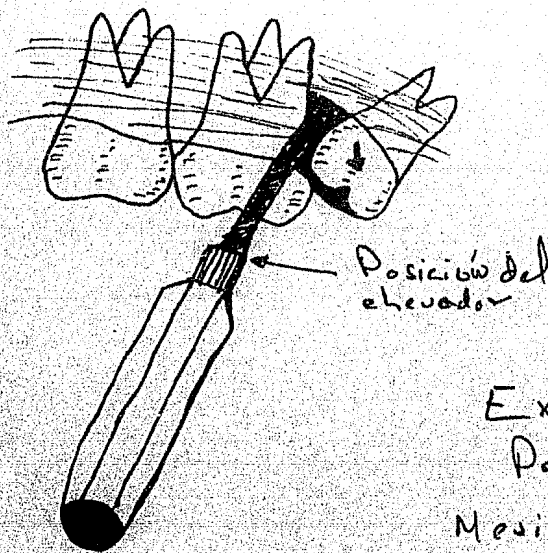
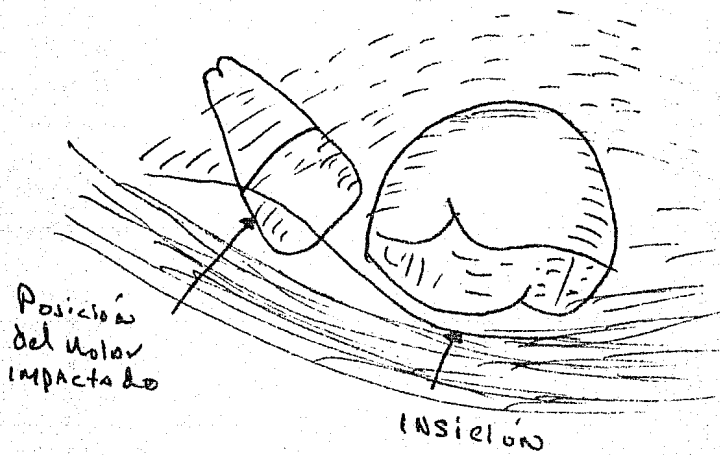
Osteotomía es semejante al anterior requiriendo solo una mayor eliminación del hueso en distal para descubrir el diente hasta nivel del cuello.

Empleo de elevadores: El elevador se introduce profundamente hasta llegar a aplicarlos sobre la cara mesial del diente. los movimientos son los mismos que en la posición vertical. A excepción de que el molar debe ser dirigido hacia distal para vencer el contacto mesial, y posteriormente los movimientos son los de dirigir al diente hacia abajo y afuera.

3).- Posición Distoangular:

Inciisión. Se efectúa el corte al igual que en las dos anteriores, solo que en la rama anteroposterior deberá ser dirigido hacia distal para evitar desgarres de la encía.

Osteotomía: Generalmente no hay hueso sobre la cara oclusal ni distal, así pues es necesario únicamente preparar la vía de acceso en el lado mesial.



Extracción en
Posición
Mesio angular

Empleo de Elevadores: El elevador se coloca sobre la cara mesial del tercer molar y se dirige hacia abajo y atrás. debemos tener --- cuidado especial en este tipo de retención. con la tuborocidad y la apófisis pterigoides. ya que movimientos bruscos pueden fracturarla. los -- elevadores que actuarán en función de cuña o palanca cumplirán sus objetivos si se introducen entre la cara distal del segundo molar y la cara mesial del tercero.

4).- Posición Paranormal.

Las distintas y variadas posiciones que puede presentar el tercer molar en posición paranormal no permiten fijar una regla para su extracción. La técnica estará dada por la disposición que presente el molar en el hueso y su relación con los dientes vecinos. en algunos casos está indicada la extracción del segundo molar y aún en ocasiones del primero.

Los molares colocados por encima de los ápices del segundo son mejor intervenidos practicando una insición semejante a la que se emplea en la operación "Caldwell-Luc" ya que la intervención a realizarse tiene muchos puntos de contacto con la operación radical del seno maxilar.

EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS. -

1.- Posición vertical:

Insición: Se entiende sobre la cara oclusal del molar retenido desde el borde mesial del festón gingival. llegando algunos milímetros por detrás del borde oseo distal a reseca. para proteger el festón gingival del tramo operatorio se realiza una insición perpendicular a la -- primera. sobre la lengüetamesial del molar impactado.

Osteotomia: Todo el hueso que existe por el borde distal en contacto con el tercer molar impactado debe ser eliminado para que el -- diente pueda eliminar el alveolo en un arco de círculo. Si existe un --- proceso patológico como focos de osteitis. granuloma posterior o elsaco-dentario de dimensiones eficientes. la osteotomia no es necesaria. pues el diente puede desglazarse a expensas del espacio creado por el proceso patológico. Winter dice que la cantidad de hueso a reseca es esta indica da por la forma radicular. la relación del borde superior de la oseo-es-structura con la bifurcación de las raíces y la distancia que el diente -- puede dirigir hacia afuera de su alveolo hacia distal y hacia arriba por la aplicación de elevador en la superficie mesial o mesio bucal.

La cantidad de hueso por reseca está indicado por el movimien- to del molar y las formas de las raíces. Ambas raíces hacia distal: La-- osteotomia debe ser suficiente para que el diente pueda describir el ar- co que le corresponda a su forma radicular y no encuentre hueso distal - que se oponga a éste movimiento.

Raíz mesial hacia distal y raíz distal recta: La eliminación de hueso -- debe ser tal que el molar pueda dirigirse hacia atrás siguiendo el arco de su raíz mesial.

Raíz mesial hacia distal y raíz distal hacia mesial: El hueso debe ser resecado para que el diente pueda ser dirigido hacia distal y permita la fractura del septum.

Raíces rectas: Este caso no necesita gran eliminación de hueso. basta -- aplicar el elevador en la cara mesial para que se dirija el diente hacia distal.

Odontosección: En este caso no es necesario seccionar el diente para llevar a cabo su extracción.

Extracción: Se elige el elevador según las dimensiones del espacio entre el segundo y tercer molar. Se introduce completamente la hoja del elevador. La parte plana de la hoja se aplica sobre la cara mesial del tercer molar, y su borde sobre el borde superior de la estructura -- ósea. Se hace girar el mango del elevador hacia mesial produciéndose una palanca de primer grado. con este movimiento el molar se eleva y desplaza hacia mesial. permite un mayor desplazamiento. Si la luxación no se -- efectúa se aplica la hoja a un nivel más bajo y se repite el movimiento. Luxado el molar se puede extraer con fórceps o elevador. Si es con ele-- vador se levanta el molar hacia arriba y adentro.

2).- Posición mesio-angular:

Insición: Cuando no se necesita aplicar elevadores en la cara mesial se practica una insición que partiendo de la cara distal del mo-- lar retenido se extiende en sentido distal en una distancia aproximada -- de un centímetro. Si los elevadores se van a aplicar en la cara mesial -- la insición será sobre el borde bucal del molar impactado. Para evitar-- traumas y lacerar el rodete gingival interdentario se traza una insición

bucal desde el borde de la encía hacia abajo y ligeramente adelante.

Osteotomía: El triángulo óseo distal se elimina ya sea con osteotomo o con fresa. La cantidad de hueso a eliminarse está indicada por el grado de versión del molar, a mayor inclinación mesial mayor cantidad de hueso distal y por lo tanto mayor osteotomía también influye la forma radicular.

Odentosección: En este caso es muy indicada, puede aplicarse a dos diferentes formas. Se divide el diente según su eje mayor o bien se divide según su eje menor.

La odontosección se realiza con discos de carburo, fresas y escoplos automáticos.

Para seccionar el diente según su eje menor se dirige el disco o la fresa todo lo perpendicularmente que sea posible al eje mayor del diente. Para seccionar las cúspides mesiobucal y mesilingual, el instrumento seccionador se coloca perpendicularmente a la arcada, por detrás de la cara distal del segundo molar, dirigiéndolo de bucal a lingual separando el macizo formado por las cúspides mesiobucal y mesio-lingual y el ángulo mesiotriturante. Este macizo se extrae antes de la extracción propiamente dicha. Si se va a seccionar el eje mayor del diente debe quedar dividido en dos secciones, la mesial y la distal y posteriormente eliminar primero la porción distal para facilitar la extracción de porción mesial.

Extracción del molar seccionado por su eje menor.-

Extracción de la corona: Se realiza con elevadores finos, se introduce en el espacio realizado por la fresa, a sus expensas se desplaza la corona hacia mesial y luego hacia distal, hay que considerarse si la cara mesial de la corona es accesible o no a los elevadores. Si es accesible se introduce el elevador por debajo de la corona entre la cara mesial y el borde óseo y se eleva la corona.

El elevador se introduce entre la porción radicular y el tejido óseo subyacente. se hace girar el mango del instrumento hacia bucal. - si hay divergencia radicular o cementosis se pueden separar las dos raíces con fresas de fisura. Cada raíz se extrae por separado con elevadores rectos.

Extracción de la porción distal: Se introduce entre las dos porciones del molar dividido. Actuando como cuña. se luxa ligeramente -- la porción distal. Hay que introducir el elevador lo más profundamente -- posible para evitar fracturas intempestivas de la porción distal.

El punto ideal de la aplicación del elevador es unos milímetros por debajo de la línea cervical. -Aplicando a este nivel se gira hacia -- mesial el mango del instrumento dirigiéndose la raíz hacia arriba y ---- atrás.

Extracción de la porción mesial: Habiendo eliminado la porción distal. se introduce el elevador entre la cara mesial del molar y el --- borde óseo. El elevador se apoya sobre la cara mesial y se realizan movimientos parecidos a los de una extracción de un molar entero. Si se presenta gran resistencia a la elevación. ya sea por curvaturas. cementosis o encaje de la superficie triturante de la porción mesial por debajo del cuello del segundo molar puede practicarse una nueva sección que divide -- a la porción mesial a nivel cervical.

3).- Posición disto-angular: Esta posición no es frecuente. su extracción es laboriosa pues el molar debe ser dirigido hacia la rama -- ascendente y la cantidad de hueso que hay se elimina para vencer el con-- tacto del tercer molar con la rama.

Esta impactación esta cubierta por una gran cantidad de hueso -- en su cara distal y oclusal. Es difícil aplicar el elevador cuando se -- consigue luxar el molar este se dirige hacia la rama montante donde ---- tiende a inclinarse.

Insición: Parte de dos centímetros para atrás de la cara distal del segundo molar y corre proxima a la cara interna del maxilar. Llegando - la insición a la cara distal del segundo molar. rodea a ésta cara y a la bucal y desde la lengüeta interdientaria entre el segundo y primer molar se dirige hacia abajo. afuera y adelante.

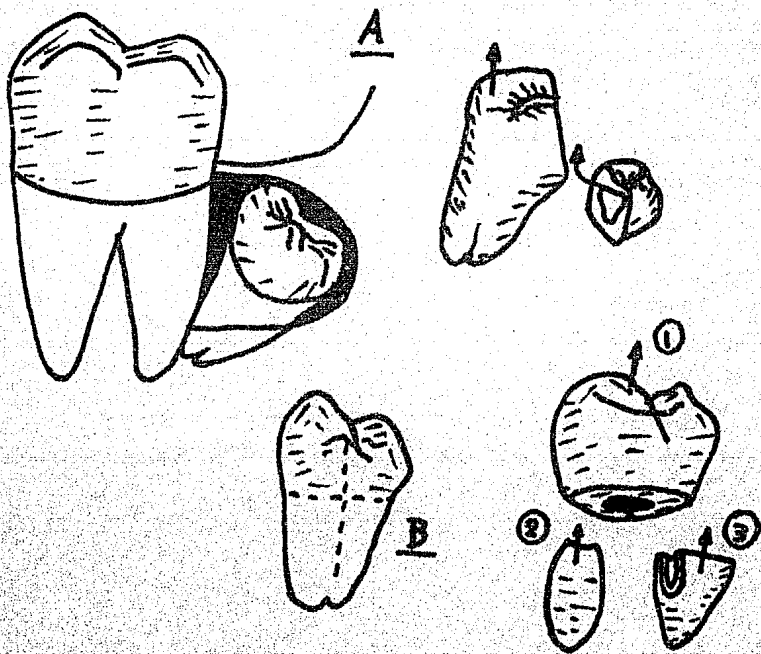
Osteotomía: La resección del hueso distal debe ser toda la existente entre una perpendicular trazada desde el punto más distal del molar retenido y la cara mesial del molar. Con la fresa redonda puede aumentarse en dirección distal. el nicho óseo que el escoplo crea.

Osteotomía mesial: Con fresa redonda se reseca el hueso que cubre la cara mesial de la corona y el tercio superior de la raíz del tercer molar o sea el tabique interdentario.

Odontosección: La sección de la corona debe ser con fresa de fisura dirigida paralela a la línea cervical del molar retenido y se introduce en el espacio creado por la osteotomía. Entre la cara bucal del molar. y la tabla ósea externa. es necesario desgastar el esmalte hasta hacer una muesca para poder introducir bien la fresa.

Extracción de la corona: Se introduce una cucharilla en el espacio creado por la fresa para separar la corona de la raíz. Se proyecta la corona hacia distal. Con un elevador angular buscando la vía de menor resistencia. se eleva la corona del molar.

Extracción de la raíz: Lo más sencillo es desplazar las raíces hacia distal. siguiendo las curvaturas de las raíces. Si esto no es posible se hace una osteotomía en el espacio interdentario.



Extracción en posición
Distal Angulo

4).- Posición Horizontal:

Insición: Esta debe ser hasta descubrir la cara bucal del segundo molar y descubrir hasta el surco vestibular.

Osteotomía: Con fresa redonda se reseca el hueso distal hasta dejar descubierta la mitad de la raíz. Si la cara mesial no es accesible hay que hacer la osteotomía de la cara bucal permitir el uso del elevador.

Odontosección: Esta puede ser en su eje menor ó en su eje mayor cuando la corona esta desviada hacia bucal.

Extracción según su eje menor: En el espacio creado por la fresa se introduce un elevador.

Extracción según su eje mayor: Extracción de la cara mesial. En algunos casos la sección mesial esta solidamente retenida por debajo de cervical del segundo molar. En estos casos es útil separar en dos la porción mesial seccionándola con fresa de fisura. La raíz mesial se elimina realizando un pequeño orificio sobre su cara distal. Aquí se introduce un instrumento y se elimina la raíz traccionándola hacia mesial.

5).- Posición Lingual:

Su cara triturante está dirigida con grado de inclinación variable hacia la tabla lingual del maxilar.

Insición: La rama anteroposterior de la insición se traza al mismo nivel que la tabla interna del hueso. La rama vertical separa la encía que cubre el molar retenido de la cara distal del segundo molar y se continúa hacia afuera adelante y abajo.

Osteotomía: Se elimina el hueso con fresa redonda. el hueso de la tabla lingual se elimina con fresa de fisura.

Odontosección: El molar se puede seccionar según su eje mayor o menor.

Extracción; Eliminando el hueso que cubre el molar se introduce un elevador entre la cara mesial y el hueso y se trata de elevar el molar hacia arriba y atras.

6).- Posición Bucal:

La cara triturante se haya dirigida hacia la mejilla. En una radiografía aparece como un disco. Su extracción sigue los principios de los terceros molares impactados de las diferentes posiciones antes descritas. La sección del diente se hace con fresa de fisura en su eje menor mesial a distal. simplificando con esto el problema. las partes se extraen por separado.

7).- Posición invertida:

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

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

La odontosección la efectuamos con una fresa de fisura. según el eje mayor del diente. y dividiendolo en dos segmentos. Según la localización y posición del molar puede extraerse primero la raíz. o la corona. y a expensas del espacio creado. se elimina la porción que queda.

Los molares que se localizan mas profundamente en verdad que constituyen un problema muy serio para su extracción. Una osteotomía y una cuidadosa sección del molar. nos ayudaran a emplear los elevadores ya enunciados en forma ordenada. conducta para lograr la abulsión del molar retenido

CAPITULO IX.

SUTURA.-

Material de Sutura:

Catgut.- Es un material reabsorbente que se obtiene del intestino de oveja, químicamente está formado por sustancias protéicas, fácilmente digeribles por los elementos proteolíticos de los tejidos. Resulta un poco duro, lo cual no está de acuerdo con la delicadeza del tejido gingival.

Hilos de seda.- Muy empleada como material de sutura.

Hilos de lino.- Empleamos en gran escala el hilo negro de lino, que tiene una ventaja de su fácil hallazgo sobre la mucosa cubierta de fibrina, después de tres o cuatro días de la operación.

DIFERENTES PUNTOS DE SUTURA.-

Punto aislado.- Es el clásico y de él derivan los demás. Se principia atravesando con la aguja el borde de la herida opuesto al operador perpendicularmente a la línea de sutura, y guñados dos o tres milímetros, sosteniendo fijos los tejidos con la pieza de disección para pasar todo el tercio libre del extremo de la aguja, se suelta ésta para volver a tomarla por el lado profundo del borde, se atraviesa en la misma dirección el borde opuesto de la profundidad a la superficie para salir a unos dos o tres milímetros distantes del borde.

Se acostumbra ejecutar las suturas de izquierda a derecha. Cuando se sutura con puntos aislados es conveniente tener cuidado que los nudos queden fuera de la línea de sutura, para evitar la retención de exudado o de cuerpos extraños sobre el trazo de sutura y facilitar la cicatrización.

Punto en "U" : Es la sucesión de los puntos aislados y paralelos entre sí. Este punto comienza pasando la aguja por bordes de la herida como para un punto aislado, regresando en sentido inverso, dejando un puente entre la salida de la aguja y la nueva penetración. éste varía de longitud según el caso y la estructura de los tejidos. Al salir el hilo por el borde donde se principio la punta, se anudan los cabos en la forma habitual, se corta el excedente y el punto quedará terminado.

Punto en "X" : Se comienza igual que el punto aislado, pasando los bordes para repetir la punción en el mismo sentido y a corta distancia de la primera, de tal manera que la gasa de regreso quede diagonalmente a la línea de sutura, como en el surgete continuo, para que queden cruzadas por encima de la gasa de regreso. El cruce puede quedar por dentro de los tejidos, pasando los dos puntos diagonales con relación al trazo de sutura para que la gasa de regreso quede paralelamente a éste, así como los cabos anudados.

Puntos de oclusión: Son puntos continuos como el surgete, practicados, en una área circular en forma de jareta, que sirve para ocluir una perforación o cerrar el extremo de un pedículo. Para retirar un punto, debe cortarse por un extremo lo mas próximo a la piel, y secarlo de tal manera, que no queden indicios.

CAPITULO X -

CUIDADOS POSTOPERATORIOS:

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

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

La limpieza de la boca y dientes y la atención de los detalles-- que siguen son absolutamente necesarios para lograr dicho fin. El cumplimiento de estas instrucciones evitará complicaciones postoperatorias le dará mayor comodidad y apresurará su restablecimiento.

Hemorragias: Se le indicará al paciente que sostenga una gasa con firmeza entre los maxilares y sobre el lugar de la operación durante media hora después de la intervención. No utilice enjuagatorios hasta después de seis horas de realizada la intervención. Enjuagatorios-- muy vigorosos estimularán la hemorragia, si se usan antes de que el coagulo este formado. Si hay hemorragia pequeña mantenga un buche de solución fisiológica caliente en la boca, hasta que se enfríe a la temperatura del cuerpo, vuélvase a llenar otra vez la boca con solución fisiológica-- caliente y repita el procedimiento hasta que haya usado unca 500cc. de solución.

Entre tanto, colóquese sobre el área afectada unca compresas con hielo o agua fría, el tiempo suficiente en el cual no se produzca un dolor muscular, aproximadamente 15 minutos con intervalos de una hora.

Cubra con una gasa o algodón el área hemorrágica y mordiendo-- finalmente por un lapso de 20 minutos. Una vez transcurrido éste procedi-

miento retire la gasa o algodón y si persiste la hemorragia repita cuen--
tas veces sea necesario, hasta conseguir parafel sangrado totalmente.

Decoloración: Después de los procedimientos quirúrgicos rea--
lizados en la boca. Los tejidos blandos han sido colocados en su sitio --
y saturados. Estas suturas son necesarias para una buena cicatrización --
y para controlar las hemorragias. Por lo general se previene la hemorragia
dentro de la cavidad bucal, pero continua por un tiempo debajo de los te--
jidos y de lugar a inflamación de los tejidos blandos de la cara. Esta --
inflamación es seguida de una decoloración. Esto es un resultado postope--
ratorio perfectamente normal y no debe preocupar.

La coloración purpura es la misma que se observa en los hemato--
mas de otras partes del organismo. El color purpura se transforma en ----
amarillo verdoso, y después adquiere su color normal. La decoloración se -
extenderá entre las capas de los tejidos a medida que las capas muscula--
res en sus movimientos extienden los elementos sanguíneos que causan la--
decoloración. El color debe aplicarse a la cara de cualquier forma, por --
medio de lámparas, mantas eléctricas, botellas de agua caliente, etc. pa--
ra ayudar a que desaparezca la decoloración.

Dolor: De las operaciones quirúrgicas en zona tansensible como
es la cavidad bucal se puede esperar que produzcan algunos dolores postop--
eratorios. A veces se presentan fuertes dolores en el maxilar, la cara -
o los oídos entre días y dos semanas después de la operación. El dolor---
va acompañado de halitosis. En la mayoría de los casos esto indica que el
coágulo sanguíneo se ha descompuesto exponiendo las paredes óseas del ---
alveolo.

Tumefacción o rigidez:

La inflamación de los tejidos blandos faciales puede deberse a hemorragias dentro de los tejidos bucales. su causa puede ser la invasión de los tejidos por los líquidos y elementos sanguíneos relacionados con la cicatrización o eliminación de la infección. Para disminuir la inflamación postoperatoria inmediatamente coloque sobre la cara durante poco tiempo o intermitente una bolsa de hielo o toallas empapadas en agua helada. solamente durante el primer día. Al día siguiente de la operación aplique calor sobre la cara de cualquier forma que fuera conveniente por lo menos debe aplicarse calor durante cuatro horas diarias.

Para prevenir la rigidez y estimular la circulación, mastique con vigor y tan a menudo como sea posible, gomas de mascar mientras persisten la rigidez y la tumefacción.

Higiene bucal: Una escrupulosa higiene bucal es esencial para acelerar la cicatrización; se le recomienda al paciente que se enjuague cuatro veces al día con una solución sódica en agua tibia. Esto acelera la cicatrización, eliminará el dolor y gusto desagradable también se le recomendará al paciente que quite con cuidado la película blanca de la encía con un hisopo de algodón o una gasa sumergida en una solución antiséptica decrita antes para calentorios. Frótandose las encías limpie sus dientes con dentrífico evitándose la zona operada.

Dieta: Evite durante unos días alimentos tales como carnes difíciles de masticar. Coma bastante fruta y beba diariamente de 8 a 10 vasos de agua, jugo de frutas u otros líquidos.

Suplemente su dieta en cada comida tomando dos cápsulas multivitamínicas inmediatamente después de las comidas. Estas cápsulas contie

nen vitaminas B y C necesarias para reparación tisular.

Fisiología del frío: La aplicación local del frío produce disminución sanguíneo capilar: el número de capilares abiertos disminuye el metabolismo tisular se reduce y la proporción normal de intercambio entre la sangre y los tejidos decrece. A la aplicación del frío le sigue una hiperemia reactiva con dilatación compensativa de los vasos cutáneos. Las aplicaciones del frío sobre la piel causan primero la contracción de los tejidos, produciendo un efecto blanqueante. Esto se debe a la concentración de las fibras elásticas y musculares de los tejidos que presionan la sangre dentro de los capilares. Esta constricción de los vasos sanguíneos afecta la vascularidad de los tejidos adyacentes al sitio de aplicación. La aplicación del frío quita calor de la zona de aplicación y disminuye la sensibilidad de las terminaciones nerviosas periféricas, eliminando así el dolor.

Terapéutica con calor: La inflamación es una respuesta de la naturaleza a las heridas y una línea de defensa primordial para combatir la invasión bacteriana y el traumatismo. Los leucocitos de la sangre son los elementos importantes en esta línea de defensa mientras que los macrófagos, linfa y exudados inflamatorios son los refuerzos secundarios. Las aplicaciones de calor aumentan las vascularizaciones de la zona produciendo hiperemia osea. la línea de defensa de la naturaleza aflojan los tejidos, ayudan en la absorción, localizan la infección, apresuran la normalización y la superación en presencia de infección patógena. la superación local no puede considerarse como maligna en la infección sep-

tica.

Si se registra necrosis inflamatoria no hay proceso más rápido para librarse de los tejidos muertos que la licuefacción supurativa y la eliminación de la pus. por la insición quirúrgica y el drenaje.

Agentes inflamatorios: Ha dado gran resultado la absorción del aumento y disminución del interés en los efectos biológicos antiinflamatorios de los antiistaminicos. agentes esteroides y enzimas proteolíticas que componen los tejidos vecinos a la cavidad bucal.

CAPITULO XI

COMPLICACIONES.-

Alveolitis: La mayoría de estos procesos se presentan después de la extracción ocurriendo frecuentemente en la región del tercer molar. La alveolitis es una osteomielitis focal que se manifiesta en un alveolo cuyas paredes óseas no están recubiertas por tejido de granulación ni coágulo organizado. con dolor pulsátil muy intenso é irradiado que se inicia entre las cuarenta y ocho y setenta y dos horas después de haberse efectuado la extracción.

Para Orleans las causas de dolor postoperatorios se deben a las siguientes causas:

- a). - Irritación debida a bordes cortantes de hueso.
- b). - Trozos de hueso que irritan e inflaman el alveolo (secuetros).
- c). - Traumatismos en el alveolo debido a raspado con cucharilla que pulen el hueso para el mismo mecanismo. extracciones laboriosas bruñen la superficie interna del alveolo.
- d). - Permanencia en los alveolos de raices. cuerpos extraños: restos de granulomas quistes etc.
- e). - Estados generales que condicionan dificultades en la cicatrización: (deabetes. fiebres. etc.)
- f). - La anestesia local.

Sobre la localización de la alveolitis se puede decir que en el maxilar inferior es mucho más frecuente que en el superior; los alveolos más atacados son los de los molares.

Tratamiento de la alveolitis: La primera preocupación del profesional debe ser calmar el dolor. Los medicamentos generales antiálgicos son de pobre valor terapéutico. el éxito está en la medicación local.

a).- Exámenes radiográficos para investigar el estado del hueso y de los bordes óseos. la presencia de cuerpos extraños. raíces o sequestros óseos.

b).- Lavado de cavidad con un chorro de suero fisiológico caliente. esta manobra debe realizarse en abundante cantidad de suero. Es necesario lavar el alveolo con el contenido de un vaso de agua común. este lavado tiene por objeto retirar los posibles esquirlas. restos de coágulo. fungicidades. y detritus. debe ser realizado con suma delicadeza pues el alveolo esta sumamente sensible a la columna de agua proyectada con fuerza suele ser insoportable.

c).- Suave secamiento de la cavidad con gasa esteril; Se colocan rollos de algodón y eyector de saliva para aislar el campo operativo (esta manobra es imprescindible ya que la saliva ademas de diluir los medicamentos infecta el alveolo).

d).- Se coloca una mecha de gasa con cemento quirúrgico esta gasa con medicamento se renueva a las doce horas; en las cavidades bilveolares se ubicará una mecha en cada alveolo. El cemento quirúrgico puede dejarse varios dias en curas sucesivas se va expandiendo el tiempo entre cada curación hasta que el alveolo empiece a granular y sangrar.

o In inflamación: La inflamación es una respuesta de los mecanismos de defensa del organismo frente a diversos tipos de agresión. Se define como la sucesión de fenómenos bioquímicos y morfológicos que afectan a vasos, células y substancias intercalulares del tejido conjuntivo laxo ordinario. ocasionando cambio entre el torrente sanguíneo y en la actividad de los organos hematopoyeticos. Con ella el organismo pretende limi-

tar o circunscribir el daño al área afectada. neutralizar o destruir el agente lesivo. preparar la región para su reparación. que incluye la reparación de células y tejidos muertos. Los síntomas clásicos de la inflamación son:

Rubor.- Debido al aumento del volumen sanguíneo (vaso dilatación) y extasis subsecuente.

Calor.- Ocasionado por la mayor afluencia sanguínea.

Dolor.- Provocado por la compensación y el cambio en el PH de los elementos que tocan a los filetes nerviosos.

Tumor.- Es un aumento de volumen debido al incremento en la cantidad de líquido tisular y disminución funcional del órgano pues comúnmente la función del órgano, tejido o membrana se haya disminuido o abolido. lo cual se atribuye en algunos casos al dolor y en otros a la incapacidad celular para efectuar sus funciones en un medio inadecuado.

Debe destacarse que muchos factores comunes pueden modificar esta noción generalizada tales como el carácter y la intensidad de la lesión, la reactividad del huésped y el tejido u órgano atacado así como el período durante el cual actúa el agente agresor.

Debido a la diversidad de agentes causales que pueden originar un proceso inflamatorio este puede ser séptico o aseptico. hacemos notar por lo tanto que todo proceso infeccioso presenta reacción inflamatoria pero no toda reacción inflamatoria implica un proceso infeccioso.

Hemorragia: Muchos pacientes explican que sangran durante mucho tiempo despues de la extracción. Despues de la extracción se provoca una hemorragia de una duración aproximada de cinco minutos a veinte minutos. que incluso de una forma intermitente puede persistir durante algunas horas. Existen enfermos que presentan manchas sanguíneas en la saliva durante 24 horas e incluso a veces durante dos días deben evitar los-

enjuagues violentos después de las extracciones durante las primeras --- ocho o doce horas. de esta forma el coágulo tendrá tiempo suficiente para retraerse y mantenerse firme empezando rápidamente el período de curación de la herida. La hemostasia normal se basa sobre todo en la integridad de muchos componentes vitales generalizados. Además de la existencia de varios factores de carácter hereditario. existen ciertos números de - alteraciones adquiridas que pueden interferir en la normal formación de los factores constituyentes del mecanismo de coagulación. A no ser que - exista una indicación específica para la administración de vitamina K. - esta se considera contraindicada.

Cohibición de la hemorragia normal; Como normas para la ex---- tracción dentaria daremos algunos consejos:

- a).- Eliminar todos los fragmentos dentarios y especulas óseas que puedan actuar como cuerpo extraño.
- b).- Aproximar los bordes de la herida para reducir el orificio alveolar y facilitar de éste modo la formación del -- coágulo sanguíneo.
- c).- Si se realiza la extracción de dientes contiguos. puede - quedar en la zona bucal de la herida un gran colgajo ---- mucoperiostico que deberá ser aproximado mediante sutura.

Una de las ayudas de más valor para la cohibición de las hemorragias es la compresión local. Muchas veces se asegura la hemostasia colocando en el alveolo una esponja de gasa impregnada en adrenalina al -- 1/1000 o bien gelfoam introducido en el interior del alveolo y ejerciendo una presión moderada manteniendo la boca cerrada y en posición de oclusión. Para evitar que los márgenes de la herida queden separados y alterados. la esponja de gelatina se eliminará después de un tiempo prudente y no se reemplazará por otra nueva a no ser que se presente una nueva hemorragia.

En muchas ocasiones cuando se presenta una hemorragia postoperatoria persistente de buenos resultados al anestesiar la zona sangrante y luego infiltrar alrededor del alveolo anestésico-local que contengan -- adrenalina. Entonces el coágulo que suele estar necrótico se elimina. se irriga con solución salina y se observa detenidamente con el fin de detectar los puntos sangrantes. Estas medidas bastan en muchas ocasiones -- para obtener un nuevo coágulo resistente.

Debe evitar el introducir materiales no reabsorbibles dentro -- de los alveolos. puesto que da lugar a la formación de tejido de granulación impidiendo la curación de la herida retrasándola y algunas veces -- provoca la aparición de sepsis.

Hematomas: Es un accidente que se caracteriza por un aumento -- de volumen a nivel del sitio operado y un cambio de color en la piel vecina. este cambio de color sigue las variaciones de la transformación -- sanguínea y de la descomposición de la hemoglobina. tomando un color --- primeramente rojo vinoso que se hace más tarde violeta. amarillo violeta y violeta el cambio de color de la piel dura varios días y termina generalmente por resolución al octavo o noveno día.

La colección sanguínea puede infectarse produciendo dolor local. rubor. fiebre. interna. reacción ganglionar. todo este cortejo dura aproximadamente una semana. su tratamiento consiste en sulfas y antibióticos.

CONCLUSION.

En lo particular este trabajo me sirvió mucho porque me ayudó a ampliar mi campo de conocimientos, así como también adquirí nuevos conceptos y reafirmé otros.

Es un tema interesante y extenso, como para resumirlo en un -- pequeño trabajo.

Desde el inicio me pareció muy importante y de gran interés -- para las personas que les guste la Cirugía Bucal, porque hay factores -- que muchas veces no tomamos en cuenta para llevar a cabo un buen procedi miento quirúrgico, como es la técnica correcta para cada caso, tipo de - retención dentaria, historia clínica, etc.

Sobre todo me di cuenta que en cualquier cirugía por pequeña - que sea, la debe llevar a cabo una persona especializada, para que no se lleguen a ocasionar accidentes, que se puedan evitar, con solo dejar el- caso en manos de un cirujano.

En resumen, me gustó mucho realizar este trabajo porque creo que va a -- ser de utilidad para mis compañeros, así como ya lo fué para mí.

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

- 1.- QUIROZ.
Anatomía Humana.
- 2.- KRUGER.
Tratado de Cirugía Bucal.
- 3.- KURT. H. THOMA.
Patología Bucal.
- 4.- COSTICH.
Cirugía Bucal.