

29/45



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TERCEROS MOLARES INFERIORES
INCLUIDOS**

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

OSCAR ALBERTO ANCHEITA AVALOS

1982

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Oscar Ancheita Avalos', is written diagonally across the bottom right corner of the page.



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

Me ha interesado muchísimo el tema de los terceros molares, puesto que estos están en íntima relación con la práctica diaria del Cirujano Dentista.

Estos terceros molares en sí, son siempre un problema, tanto para el dentista como para el paciente, Al dentista porque debe tener las aptitudes suficientes para emplear la técnica adecuada para la extracción del molar -- en la posición que se encuentre por lo general está mal situado.

Al paciente porque además de los dolores que provoca, aún cuando está normalmente erupcionado, provoca diversos problemas, como por ejemplo; maloclusión, apiñamiento, giroversión, etc.

En lo personal, no he tenido la experiencia suficiente como para poder opinar, si una técnica u otra, es la ideal para la extracción de un tercer molar retenido, sin embargo estoy seguro de que esta tesis puede ayudar en algo al Cirujano Dentista, para saber con certeza no solo cuál será su técnica a seguir, sino también, la anatomía regional en la cual se va a desarrollar el acto quirúrgico, evi-

tando con estos conocimientos muchos problemas.

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I: ANATOMIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR

- Porción coronaria
- Porción radicular
- Relación corono-raíz

CLASIFICACION DE INCLUSIONES DEL TERCER MOLAR INFERIOR

- Posición del tercer molar con relación al eje mayor del 2o. molar.
- Relación del tercer molar con relación a la rama ascendente de la mandíbula.
- Profundidad relativa del tercer molar inferior, dentro del hueso de la mandíbula.

CAPITULO II.- ETIOLOGIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO.

- Teoría ortodóntica
- Teoría filogénica
- Teoría Mendeliana

DIAGNOSTICO

- Historia Clínica
- Estudio Radiográfico

CAPITULO III.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA ELIMINACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR IMPACTADO.

- Indicaciones
- Contraindicaciones

CAPITULO IV) EVALUACION PREOPERATORIA

- Anatomía alveolar del tercer molar inferior.
- Premedicación y anestésia
- Instrumental
- Técnicas para la eliminación del tercer molar inferior impactado.

CAPITULO V.- INDICACIONES Y CUIDADOS POSTOPERATORIOS

- Complicaciones asociadas a la extracción del tercer molar inferior impactado.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

OSCAR ALBERTO ANCHEITA AVALOS

TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS

TESIS PROFESIONAL

CAPITULO I

ANATOMIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Calcificación:

- a).- Comienza a los 9 años
- b).- Erupción: 18 a 25 años
- c).- Termina: 20 a 27 años

Longitudes:

- a).- Total: 17 mm.
- b).- Coronaria: 7mm.
- c).- Radicular: 10 mm.

Diametros:

- a).- Mesiodistal: 10.5 mm.
- b).- Vestibulolingual: 9.5 mm.

Es un diente sumamente irregular en su forma e implantación, pues siendo su calcificación tardía, debe erugcionar en un maxilar que ya esté desarrollado.

Porción coronaria.- Tiene mayor dimensión en un diámetro mesiodistal, sumamente desproporcionado. Su cara oclusal puede modificar su forma en razón del mayor o menor desarrollo del ángulo distovestibular.

Cuando el molar es pentacuspídeo, el 40% de los casos, adoptan forma trapezoidal y recuerda la disposición del primer molar. Cuando es tetracuspídeo, el 50% de los casos, tal como en el segundo tiene forma cuadrangular. Cuando es vestibular exagera su oblicuidad en razón de la disminución del tamaño de la cúspide distovesibular, se presenta en forma triangular, sufriendo así dicho molar dos variantes en cuanto a su forma.

Porción radicular.- Sumamente irregular, normalmente posee dos raíces que están generalmente fusionadas. Puede encontrarse una raíz suplementaria que corresponde, por lo general con alguna cúspide accesoria.

Las raíces pueden ser proporcionalmente menores y estar colocadas mucho más juntas, y con frecuencia fusionadas. En ellas se ven irregularidades especialmente en el tercio apical, que se tuerce distalmente en diversos ángulos con el eje longitudinal del diente, esto se debe a menudo al apiñamiento de los dientes en mandíbula y a la falta de espacio suficiente para su desarrollo completo. Por ésta misma razón el tercer molar inferior está a menudo incluido en el hueso.

Relación corona.- raíz.- Frecuentemente se encuentra una desviación distal de la raíz, exista o no fusión; de este último caso, la más inclinada es la distal.

CLASIFICACION DE INCLUSIONES DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Se puede decir que el tercer molar se clasifica para su estudio en tres formas:

1.- La posición que tiene el tercer molar inferior con respecto al eje mayor del 2o. molar.

- a).- Vertical
- b).- Horizontal
- c).- Invertido
- d).- Mesioangular
- e).- Distoangular



2.- Relación del tercer molar inferior con la rama ascendente de la mandíbula:

Clase I.- Cuando existe suficiente espacio entre la rama ascendente y la parte distal del 2o. molar para dar cabida a la totalidad de la corona del 3er. molar.

Clase II.- Cuando el espacio existente entre la rama ascendente de la mandíbula y el 2o. molar es menor que la corona del 3er. molar.

Clase III.- Cuando el espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y el 2o. molar es tan pequeño que el 3er. molar casi en su totalidad se encuentra dentro de la rama ascendente de la mandíbula.

3.- Profundidad relativa del 3er. molar dentro del hueso, de la mandíbula:

a).- Cuando la cara oclusal del tercer molar incluido se encuentra al mismo nivel, o por encima de la superficie oclusal del 2o. molar.

b).- Cuando la cara oclusal del tercer molar se encuentra bajo la línea oclusal, aunque encima de la línea cervical del 2o.

c).- Cuando la cara oclusal del 3er. molar includo se encuentra al mismo nivel, o por abajo de la línea cervical del 2o. molar.

RELACION DEL TERCER MOLAR CON EL HUESO MANDIBULAR

Fig. I

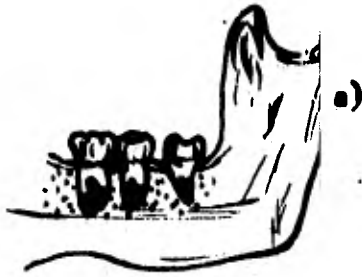


Fig. II



Fig. III



CAPITULO II

ETIOLOGIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO

Realmente la causa que origina la inclusión del 3er. molar inferior hasta ahora no se sabe con certeza - Pero se pueden mencionar como complemento, que existen - 3 teorías que tienen bastante similitud con la realidad - según el Dr. Daniel E. Waite:

1a.- La teoría ortodóntica: Debido a que el -- crecimiento anormal de los maxilares y el movimiento de los dientes es en dirección anterior, cualquier interferencia con dicho desarrollo causará inclusión. El hueso denso suele provocar el retraso dental anterior y muchas afecciones patológicas provocan condensación del tejido, óseo. Así tenemos las afecciones agudas, fiebres, trauma severo, y maloclusión, también la inflamación local - de la membrana periodontal pueden aumentar la densidad - ósea. La respiración bucal constante también conduce a la contracción de las arcadas y, por lo tanto, los dientes que hacen erupción al final carecen de espacio. En ocasiones, la pérdida prematura de los dientes deciduos - puede provocar falta de desarrollo del maxilar y mala posición de los dientes permanentes, o ambos, lo que da como resultado una inclusión.

2a.- La teoría filogénica: En la actualidad -- producto de nuestra civilización, es el cambio en nuestra alimentación; de alimentos duros, fibrosos, se ha cambiado a alimentos blandos, como resultado de esta función alterada, el tamaño del maxilar y la mandíbula ha disminuído. En muchos casos, el tercer molar ocupa una posición anormal, se encuentra mal formado y puede considerarse como un vestigio sin motivo ni función. Además, suele faltar por motivos congénitos.

3a.- La teoría mendeliana: Es posible que la herencia, tal como la transmisión de maxilares pequeños -- de un padre y dientes grandes del otro, puedan ser un factor etiológico de bastante consideración en las inclusiones.

Por desgracia las inclusiones no se apegan a un patrón establecido. Varían considerablemente en el grado de inclusión; algunos dientes presentan erupción parcial, mientras que otros se encuentran por completo encerrados dentro del hueso.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico, puede establecerse sin motivo equivocarse, con la ayuda de la historia clínica y el estudio radiográfico, puesto que con la auscultación clíni-

ca de la zona se podrá determinar aspectos puramente clínicos, pero si los dientes no pueden ser observados clínicamente, la información precisa se derivará del estudio de las radiografías de la zona a operar.

a).- **Historia Clínica:** Es básico recabar todos los datos de importancia con respecto a la vida personal y funcionamiento de aparatos y sistemas de nuestro paciente, así tendremos:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Edo. Civil:

Dirección:

Teléfonos:

Origen:

Ocupación:

Anamnesis:

Antecedentes heredofamiliares:

" **Luéticos** (+) (-)

" **Fénicos** (+) (-)

" **Diatésicos** (+) (-)

" **Alérgicos** (+) (-)

" **Hemorrágicos** (+) (-)

" **Hemofílicos** (+) (-)

Intervenciones quirúrgicas anteriores:

Antecedentes personales no patológicos:

Antecedentes personales patológicos:

Aparatos y sistemas:

1.- Aparatos: Respiratorio
 Digestivo
 Cardiovascular
 Genito - Urinario

2.- Sistémas: Nervioso Central
 Endócrino

Padecimiento actual:

Exploración física:

Signos vitales:

Diagnóstico presuntivo:

Pronósticos:

Plan de tratamiento:

8).- Estudio radiográfico: Debe obtenerse información para elegir la técnica quirúrgica adecuada. En muchos casos la radiografía es el único medio de averiguar - la existencia de dientes mal colocados. Aunque el diente sea visible por estar en erupción parcial, el exámen radiográfico es indispensable.

Es la base para la clasificación de inclusiones - del tercer molar inferior y el medio de reconocer las complicaciones como quistes, osteítis u odontómas, sirve para descubrir la forma de las raíces, que con frecuencia están muy curvadas y las relaciones del tercer molar con las estructuras vecinas como son los tabiques alveolares, rela-

ciones con el seno, y tuberosidad, así como con el segundo molar. La radiografía debe mostrar todo el contorno del molar.

Esto generalmente puede conseguirse con la película dental común, si se coloca suficientemente atrás en la boca cuando se hace exposición. Cuando existe inflamación o trismo, o si el diente está en una posición poco común, las radiografías extraorales dan mejor resultado. El espacio radiopaco que se encuentra normalmente ocupado por los restos del órgano del esmalte y el folículo dental no debe tomarse por infección. Este espacio varía de tamaño, es más amplio en los pacientes jóvenes, y con los años se hace más pequeño.

El examen radiográfico periódico permite estudiar los cambios de posición del molar durante su desarrollo. Un tercer molar que aparece mal colocado en las primeras etapas de su formación, más tarde puede tomar su posición correcta en el arco, si el maxilar se desarrolla normalmente. Sin embargo con frecuencia ocurre lo contrario. La suspensión del desarrollo puede hacer que una corona bien colocada adquiera mala posición unos cuantos años después cuando las raíces se han formado completamente.

Ya se ha dicho que el examen radiográfico es indispensable en la extracción del tercer molar. El estudio de la forma y dirección radicular y la disposición y relaciones del alveólo son fundamentales.

Los puntos a investigar en el examen radiográfico son los siguientes:

- 1.- Estado de la corona, integridad de la cara mesial.
- 2.- Estado de la corona del segundo molar, inte--gridad de la cara distal.
- 3.- Forma, dispósición y número de las raíces --del tercer molar.
- 4.- Forma del séptum interradicular.
- 5.- Espesor, altura y disposición del tabique digtal del alveolo.
- 6.- Relación de la rama montante con la corona --distal del tercer molar.
- 7.- Forma, espesor, altura y disposición del tabique óseo interdentario.
- 8.- Grado de contacto del tercer molar y el segundo molar.
- 9.- Forma y disposición de las raíces del segundo molar.

CAPITULO III

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA ELIMINACION DEL 3er. MOLAR INFERIOR IMPACTADO.

Las indicaciones para la eliminación de dientes impactados han ido aumentando y precisándose, al darse cuenta los dentistas de las ventajas aportadas por la odontología preventiva.

El objetivo de la eliminación preventiva de dientes impactados es evitar pérdida de tiempo en una vida productiva, debido al dolor, sufrimiento, infección grave, pérdida de dientes, etc...

En la actualidad se acusa a los dentistas de una atracción exagerada hacia la extracción de terceros molares. De igual forma se criticaba a los médicos por la eliminación de las amígdalas en forma ilimitada, en la actualidad los criterios han cambiado y se extirpan únicamente cuando sea realmente necesario. Claro que no se puede comparar las dos situaciones, pues conforme aumenta la edad, los linfáticos de la faringe sufren el fenómeno de involución mientras que los terceros molares no se achican ni se van, sino que se hace más difícil su extracción.

INDICACIONES.

1.- Disparidad entre tamaño o número de dientes - y tamaño de los maxilares.

Es preciso eliminar dientes impactados o no erupcionados cuando existe discrepancia entre el tamaño y número de dientes, y el tamaño de los maxilares donde se alojan y es imposible realizar otros tratamientos como ortodoncia o trasplante del diente.

En efecto, solo menos del 5% de adultos jóvenes - con dentadura completa natural tienen espacio suficiente - para la erupción total de los terceros molares. Una inserción gingival alta y una posición distal, en la arcada, del tercer molar, favorecen la aparición de inflamación crónica e infección debido a la imposibilidad de mantener una buena higiene bucal. Y al agravarse la situación y pasar de una inserción gingival alta mínima a la impacción parcial para llegar a la impacción ósea completa también aumentan las probabilidades de infección.

2.- Por tratamiento ortodóntico.

Durante un tratamiento ortodóntico la eliminación de dientes permanentes no erupcionados está indicada cuando el ortodoncista considera que la extracción podrá facilitar el tratamiento del paciente.

3.- Por daño a los dientes adyacentes.

Casi siempre un diente impactado favorece la retención de alimentos y la aparición de caries en el diente vecino. Se han dado casos de dientes impactados que han destruido el soporte óseo del diente vecino a él. El pronóstico de los 2os. molares mejora con la extracción de -- los terceros molares impactados; si se hace en época temprana es mucho más favorable debido a que en pacientes jóvenes la regeneración ósea se lleva a cabo más rápido que en pacientes más viejos.

4.- Dientes impactados y aparatos de prótesis.

Es difícil descubrir dientes impactados en zonas aparentemente desdentadas. En ocasiones el mismo paciente se da cuenta de la presencia de estos dientes, cuando se realiza una comunicación entre el diente y la cavidad bucal y por lo mismo aparecen dolor y tumefacción debido a la infección. Aquí las radiografías nos ayudan a descubrir los dientes impactados en zonas edéntulas, cuando se desea construir una prótesis. Los dientes impactados asimptomáticos, casi siempre está indicada su extracción cuando quedan debajo de una prótesis.

5.- Dientes impactados asociados con tumores o -- quistes odontógenos.

La asociación de dientes impactados y quiste, es una indicación para su extracción; pero hay ocasiones en --

que un diente desplazado por un quiste puede erupcionar - normalmente después de eliminar el quiste.

6.- Dientes impactados con infección recurrente.

Los dientes impactados parcialmente pueden presentar infecciones repetidas y esto puede ser la primera-manifestación de dientes impactados y no sospechados, y - que se pueden encontrar debajo de una prótesis. Pero creo que lo más importante de considerar es la infección de la encía pericoronar llamada operculitis ó pericoronitis.

Pericoronitis.

Es una infección común que afecta la encía pericoronar de un diente que no ha hecho erupción total. Es más frecuente en los adultos jóvenes durante la erupción del - tercer molar inferior.

La grieta pericoronar actúa como una bolsa en donde se desarrollan las bacterias; esto asociado al traumatismo sobre el opérculo por el diente opuesto; debilita al tejido y conduce a la infección; produciéndose también edema y alteración en la función.

Características Clínicas.-Son dolor local al contacto con el diente opuesto, hiperestesia a la palpación - del colgajo gingival, descubrimiento de un espacio perico-

ronal rodeado de una zona roja, y hemorrágica o purulencia de la superficie inferior del colgajo gingival no adherido.

La extensión de la infección es rápida. Las características más importantes son: la disfagia unilateral y -- cierto grado de trismo.

Se ha comprobado que en mujeres jóvenes activas, -- se presentan en otras partes de la boca, zonas de inflama-- ción gingival marginal, ulceración e incluso necrosis de -- las papilas interdientarias.

Tratamiento.- Consiste en eliminación de la causa-- Esto es eliminar el diente afectado; pero en algunas ocasio-- nes basta con solo hacer una excisión del opérculo.

7.- Resorción interna o caries asociadas con un -- diente impactado.

Siempre que existe caries y (ó) resorción tanto in-- terna como externa, de un diente impactado, está indicada -- la extracción.

Como ya se sabe, para que exista caries el diente-- debe de estar parcialmente erupcionado, o simplemente que -- exista una pequeña comunicación con el exterior para que se ponga en contacto con las bacterias; y al asociar impacta-- ción y caries en un diente, inmediatamente se realizará la-

avulsión del diente. Cuando por el estudio radiográfico - se descubre que los microorganismos de la caries no pudieron llegar al diente impactado, y sin embargo se observa - resorción dentro de la pieza, la degeneración es debida a - una descalcificación de tipo más generalizado; y de ahí el aspecto carcomido que se observa en la radiografía.

8.- Dolor de etiología desconocida.

Cuando existen dolores atípicos en la articulación temporomandibular, cuello o arcada dental, ó cefaléas sin - causa aparente se debe de pensar en un tercer molar impacta do, ya que se puede encontrar haciendo presión en el paquete vasculonervioso; y de esta forma estar provocando el dolor difuso. Aquí la extracción es la solución al problema - pero con esto no se puede decir que la extracción de un dien te impactado es la solución al problema. Pero si un paso - positivo que a menudo resuelve casos inexplicables de dolor de cabeza indefinido.

9.- Extracción de dientes impactados en la preparación para irradiación de los maxilares y tejidos vecinos.

Cuando para tratamientos de tumores en cuello y -- cabeza es necesario utilizar la radioterapia, se tiene como medio preventivo la extracción de las piezas que se encuentran en la zona, y mucho más la impactadas. Esto se hace - debido a que después del tratamiento radiactivo, las piezas que se vieron como receptores de la radiación, presentan --

osteoradionecrosis. Esto desde hace algunos años se había dejado de utilizar, pero experimentos actuales han demostrado que como prevención es excelente.

10.- Falta de función como indicación para la extracción de dientes impactados.

Cuando el dentista al hacer el estudio de la cavidad oral del paciente, observa una pieza impactada y determina que ésta al erupcionar (si no ha erupcionado), ó ya estando erupcionada, no está apropiada para su función natural, la extracción será necesaria; en caso de no existir ningún otro problema que ponga en peligro la integridad del paciente, como; incapacidad física, problemas sistémicos, etc.... Por supuesto que lo más pronto posible que se haga la extracción de la pieza, será mucho mejor. Así tenemos que la eliminación de una pieza impactada será más sencilla y menos problemática en un adolescente que en un adulto, debido a que en el adolescente vá a existir hueso menos duro y el proceso de cicatrización es más rápido en el adolescente que en el adulto.

CONTRAINDICACIONES.

1.- Posible lesión de las estructuras adyacentes.

Cuando un diente impactado asintomático, nos puede llevar con su extracción a la pérdida del diente adyacente, debe dejarse. Pero ya se sabe que es difícil, sino imposible saber valorar el daño que ocasionará la eliminación de un diente impactado sobre los tejidos circundantes.

Específicamente, el paquete vasculonervioso del conducto dental inferior y el nervio lingual, que son zonas donde pueden ocurrir lesiones de tejido blando.

Se ha comprobado que aproximadamente 1 x 100 de los pacientes sufren trastornos sensitivos transitorios de duración variable después de la eliminación de terceros molares inferiores impactados. Se han dado casos en pacientes con lesiones que les han durado semanas y hasta meses.

En lo que ha trastornos neurosensitivos durante bastante tiempo, quizá el índice sea más bajo. Las parestésias prolongadas ocurren más frecuentemente en los casos difíciles de impactación. Los casos de anestésia o parestésia prolongadas de los labios consecutivas a fracturas mandibulares con reacción del paquete vasculo nervioso son sumamente raros.

Por lo general, el C.D. no considera una contraindicación a la extracción de dientes impactados, la parestésia potencial posoperatoria de labios, mejillas, encías, dientes & lengua; pero debe considerarse como una complicación posible, y es recomendable advertir al paciente antes de la intervención, a fin de disminuir su ansiedad en caso de ocurrir tal percance.

2.- Estado físico comprometido como contraindicación a la eliminación de dientes impactados.

El estado físico del paciente es de tomarse en cuenta cuando se piensa extraer un diente impactado. Por ejemplo en pacientes con problemas cardiovasculares graves, o antecedentes de infarto grave o reciente del miocardio, no deben -- ser sometidos a las tensiones que una intervención quirúrgica produce, si esta puede evitarse. En la mayoría de los casos -- la infección de un diente impactado puede ser mitigada temporalmente por la administración de antibióticos y analgésicos -- En sí se hace un tratamiento médico para disminuir la sintomatología aguda sin eliminar la causa patológica bucal.

3.- Dientes impactados totalmente asintomáticos en -- pacientes de edad.

Cuando el C.D. durante un examen descubre (en un paciente de edad), un diente impactado cubierto por hueso, y -- con pocas probabilidades de causar problemas de quistes, y en el paciente no se tiene o prevé la necesidad de una prótesis en un futuro, el diente debe de dejarse, y hacerle revisión -- radiográfica periódica. Puesto que no se debe de traumatizar hueso y tejido blando ó someter a un enfermo a los riesgos -- que ocasiona la anestésia y mucho menos en pacientes de edad,

Es preciso evaluar la relación riesgo-ventaja, antes de programar la eliminación de un diente impactado.

En lo que a riesgos se refiere, tenemos la edad y el estado fisiológico del paciente. Un joven tendrá más ventaja

en tolerar la extracción; en el proceso de cicatrización y regeneración del hueso más completa, en relación a un viejo.

En lo que ha ventajas; se tendrá que evaluar sobre las condiciones que presenta el diente impactado, así tendremos si hay dolor, tumefacción e infección, y la indicación más correcta sería la extracción.

En la actualidad, con los logros de la anestesia, control del dolor y técnicas quirúrgicas más adecuadas, es posible obtener resultados más positivos en la extracción de piezas impactadas.

CAPITULO IV

EVALUACION PREOPERATIVA

Antes de proceder a la eliminación de un diente impactado difícil, es absolutamente necesario que el Cirujano Dentista haga una evaluación preoperatoria, establezca un diagnóstico preciso, celebren las pruebas necesarias e informe explícitamente al paciente. Solo así serán salvaguardados y realizados los intereses del paciente y de la profesión.

El primer paso para prevenir complicaciones posteriores a la avulsión del diente impactado es el archivo de los expedientes; el cual a su vez debe detallar la historia clínica (médica y dental) detallan físicamente y radiográfico minucioso. En algunos casos el Cirujano Dentista consultará al médico general para obtener datos o confirmar sospechas nacidas al momento. Con esta serie de datos; el C.D. podrá determinar que tipo de anestésico utilizar, si se requiere algún tratamiento que esté llevando el paciente. Muchas veces los tratamientos ortodónticos, periodontales; influyen en el procedimiento utilizado para eliminar el diente impactado.

Es necesario hacer marcar que el diagnóstico radiográfico de la región del tercer molar inferior

un conjunto de detalles de gran utilidad desde el punto de vista anatómico y quirúrgico. Y en base a ésto desglosaremos la anatomía alveolar del 3er. molar inferior; dado que el C.D. antes de hacer la intervención ya debe estar familiarizado con la zona e intervenir.

ANATOMIA ALVEOLAR DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Se puede observar radiográficamente el tercer molar completamente erupcionado y en relación con el segundo con la rama del maxilar y con el conducto dentario, el cual se identifica por los dos trazos que se están dados por la cortica 1 del conducto, encierran una zona radiolúcida, -- que es la traducción de la luz del conducto.

El tercer molar puede presentarse erupcionado o retenido; es posible observar el saco pericoronario o elementos patológicos ubicados en parte distal del tercer molar. Es necesario individualizar concretamente los distintos elementos anatómicos a nivel del tercer molar inferior estos elementos son: el borde anterior del maxilar, la línea oblicua externa, la cresta temporal, la línea milohioidea y el hueso pericoronario que con el nombre del hueso mesial, bucal, distal, lingual y oclusal, cubre o rodea parcial o totalmente, al tercer molar inferior. Tales elementos no son siempre bien diferenciables, porque se superponen entre sí, está a veces cubiertos por la imagen dentaria o realmente son poco visibles.

En la antomía del alveolo del tercer molar inferior irregular como las raíces que en él están implantadas, deben ser estudiadas su estructura y la relación de las caras proximales y la vecindad con el conducto dentario inferior.

Estructura.- Formado por tejido compacto y rodeando un tejido esponjoso, el alveolo del tercer molar inferior puede estar ubicado dentro del plano de las tablas externas e interna, por lo común, el alveolo del tercer molar está colocado dentro del plano de la tabla lingual, haciendo el alveolo proyección sobre el suelo de la boca, disponiéndose a modo de balcón.

La tabla interna en estas condiciones es siempre muy delgada, papirácea en algunos casos, haciendo las raíces relieve sobre la cara interna del maxilar, o estando en algunas ocasiones perforada la tabla y las raíces en íntimo contacto con el periosteo.

La tabla externa a nivel del tercer molar siempre ancha, espesa, resistente y sólida. La osteotomía resulta con frecuencia dificultosa. La cara mesial del alveolo está constituida por un tabique de espesor variable, que vá aumentando gradualmente desde el borde libre a la región basal.

En este borde libre, agudo o truncado, se apoyan los instrumentos destinados a la extracción del molar, la cara distal del alveolo, en los molares normalmente erupcionados, está

formado por la porción ósea que la separa del borde anterior de la rama montante. Su nivel alcanza la altura del cuello del tercer molar, la parte distal del alveolo está cubierta por la mucosa gingival. El Séptum, en su porción ósea interradicular varfa de forma y espesor, de acuerdo con la disposición radicular.

Exiguo e inexistente en caso de raíces próximas o fusionadas, es amplio y sólido en los molares con raíces considerablemente abiertas. En general el séptum es espeso.

Relaciones del alveolo del tercer molar con el conducto dentario inferior. Aprile la clasifica en cuatro tipos:

a).- El más frecuente.- El conducto corre muy vecino a los ápices, separado de estas últimas por una exigua -- cantidad de tejido óseo (compacta interna del alvéolo y compacta del conducto).

b).- El menos frecuente.- Existe un amplio espacio entre los ápices y el conducto.

c).- Raro.- Los ápices del molar se introducen en la luz del conducto.

d).- El conducto dentario está situado en los lados bucal y lingual.

PREMEDICACION Y ANESTESIA

Las distintas maniobras que la cirugía emplea para el tratamiento de las afecciones, provocan dolor. La supresión de este dolor, es una de las más grandes conquistas de la humanidad, se logra gracias al empleo de la anestesia. Término que se usa correctamente para designar este procedimiento, pero que en realidad debe tener distintas acepciones: anestesia, que es el método que permite la pérdida total de la sensibilidad; analgesia, que es la supresión del dolor conservando la conciencia.

Agentes anticolinérgicos.- El uso de agentes anticolinérgicos, está indicado en pacientes con salivación excesiva y que nos pueden producir un laringoespasma. Pero hay que tomar en cuenta que este tipo de secante también aumenta la frecuencia cardíaca y que podría ser no nocivo en algunos pacientes, y cabe mencionar que la gran mayoría de los pacientes son aprensivos, lo cual aumenta la frecuencia cardíaca. También tenemos el Brevital (metoxita) pero que también provoca taquicardia importante.

La escopolamina, es un buen agente anticolinérgico. Su efecto sedante sobre el sistema nervioso central hace que sea la premedicación ideal.

Con la introducción del Diacepam y de narcóticos -

de acción corta (sublimaze) en el mercado; muchos O.D. confían mucho más en estos que en la anestesia general puesto que al menos el Diacepam por vía intravenosa, elimina la aprensión y el miedo del paciente. Pero a los pacientes que se les ha administrado este tipo de narcóticos se les debe de vigilar de cerca y de la misma forma que los inconcientes. La presión arterial debe de tomarse cada 4 ó 5 minutos, para revelar los cambios que ocurren con la frecuencia o en el ritmo cardiaco.-

Es necesario que los pacientes estén en ayunas 6 horas antes de administrar los sedantes; puesto que ha habido casos en pacientes que se les ha pasado alimentos a la traquea, y esto representa un peligro potencial.-

Cuando se haga la administración del sedante y la anestesia se debe de respetar la posición del sillón y del paciente sobre de éste. Así tenemos que si el paciente está con los pies colgando del sillón, aumenta el flujo sanguíneo en las piernas y contrarresta la diminución en la resistencia periférica.-

En lo que a anestésico propiamente dicho, tengmos que en cirugía hay varios tipos de anestesia: local regional y general; siendo la más frecuente y más usada

en odontología la regional.-

Para la mandíbula tenemos el bloqueo mandibular (en la espina de Spix) y la mentoniana.-

Bloqueo Mandibular.- Es el más exitoso y es el bloqueo de la rama alveolar o dentaria inferior del nervio mandibular en la mitad de la rama ascendente de la mandíbula, en la región del conducto dentario inferior.-

Es la técnica de elección para los procedimientos dentales, sobre todo la anestesia del tercer molar inferior. La inyección supraperióstica en ésta región, no resulta del todo satisfactoria, puesto que la mandíbula es una estructura ósea compacta a través de la cual no puede difundirse libremente la solución anestésica.-

Los nervios mandibulares se anestesian más fácilmente por medio del bloqueo del nervio, precisamente en el punto donde penetra al canal alveolar inferior. Depositando la solución anestésica en la proximidad inmediata del nervio inferior, se produce un bloqueo efectivo de este nervio y de sus ramificaciones mentonianas incisivas y linguales.-

Cuando el anestésico se pone en contacto estrecho con el nervio dentario inferior, la solución penetra rápidamente a la vaina del tronco nervioso y bloquea

los millares de fibras nerviosas para suministrar a la pulpa una anestesia profunda y duradera (de 90 minutos) en todos los dientes que reciben ramificaciones del nervio. La anestesia de los tejidos blandos es más corta aunque no se reduce tan marcadamente como la anestesia por infiltración.-

Los puntos de referencia para la inyección de nuestro tercer molar inferior y dientes contiguos, son: el margen anterior de la rama ascendente de la mandíbula, línea milohioidea ó oblicua interna, el diente canino y primer premolar del lado opuesto a inyectar, un punto imaginario a un centímetro sobre la superficie triturante del último molar en el lado de inyectarse sobre la rama de la mandíbula sobre la espina de spix.-

Se coloca el dedo índice de la mano izquierda se palpa la zona ya descrita y se introduce la aguja hacia adentro y hacia atrás, depositando el anestésico desde que se introduce la aguja en esta zona. Siempre es recomendable reforzar la zona del tercer molar con puntos locales uno en vestibular y otro en lingual.-

En términos generales, en una operación de cirugía oral se propone abrir la encía, llegar hasta el hueso, practicar una ventana en él y por esta ventana eliminar el tercer molar. Conseguido el objeto, se - -

vuelven los tejidos a su sitio normal, dándose por terminada la intervención.-

Para la extracción de un tercer molar retenido se deberá contar con instrumentos para tejidos blandos y duros. Entre ellos encontramos:

Bisturí.- En nuestra cirugía bucal se usa comúnmente un bisturí de hoja corta, este instrumento -- consta de un mango y de una hoja, esta hoja puede tener distintas formas y tamaños.-

En nuestra práctica de cirugía de terceros molares, preferimos el bisturí de Bard-Parker, con hoja del número 15.-

Tijeras.- Se les emplea para seccionar lengüetas y festones gingivales y trozos de encía, también -- pueden usarse para seccionar bridas fibrosas y trozos de colgajos, además de cortar la mucosa cuando existe pericoronitis. Tiene además usos estas tijeras para -- cortar los puntos de sutura. Dichas tijeras pueden -- ser curvadas o rectas.-

Pinzas de Disección.- Nos ayuda en la preparación de colgajos y en otras maniobras, el cirujano -- puede valerse de las pinzas de disección dentadas para tomar la fibromucosa sin lastimarla o las pinzas --

de diente de ratón; o las pinzas de Kocher, las cuales desempeñan un papel muy similar.-

Thermocauterio.- Es utilizado para seccionar tejidos gingivales, pudiendo incidir abscesos o destruir los capuchones que cubren al tercer molar, también para inhibir hemorragias.-

Legras y Espátulas romas.- Para el desprendimiento y separación de la fibromucosa primeramente incide por el bisturí.-

Jeringas y Agujas.- Estas deben ser de tipo estándar, de fácil manejo para el cirujano, por lo general se trabaja con jeringas Carpule con adaptación corta, e indistintamente con aguja corta o larga desechables.-

Las agujas pueden ser de distintos calibres estos los seleccionará el cirujano de acuerdo a su técnica de bloqueo.-

Separadores.- Son necesarios para mantener apartados los labios y para no herirlos. Generalmente estos separadores son sostenidos por el operador para facilitar las maniobras del cirujano, se debe tener cuidado para no jalar fuertemente el labio del paciente y provocar un lenfoedema postoperatorio

Escoplos y Martillos.- Se utilizan para reseca r el hueso que cubre el objeto de la intervención, - o sea la tabla externa en las extracciones del tercermolar retenido. Los escoplos se emplean para seccionar dientes en las maniobras llamadas de odontosección

Lienzos de Campo.- Deben estar estériles y nos proporcionan un campo de trabajo estéril, cubriendo los ojos del paciente y reduciendo así el traumatismo psicológico del paciente.-

Compresas.- Se colocan compresas entre los incisivos inferiores y debajo de la lengua, para evitar el exceso de saliva, sangre y fragmentos de hueso en la garganta del paciente. Por supuesto que también deben de estar previamente estériles.-

Pinza Gubia.- Para realizar la resección del hueso (osteotomía); estas pinzas pueden ser rectas ó curvas, actúan extrayendo el hueso por mordiscos sobre el tejido.-

Fresas Quirúrgicas.- La fresa en sí puede sacar el hueso o abrir camino a otros instrumentos, pueden usarse las fresas comunes, éstas pueden ser redondas del 5 al 9; de fleura, la 560, siendo mucho más útiles las fresas de Schamberg y Allport.-

Limas para hueso.- Nos van a servir para el

minar las crestas óseas después de la extracción de un tercer molar, o cualquier otra pieza.-

Pinza de Kocher.- Está destinada en cirugía para hacer hemostásia, comprimir una arteria o una vena que ha sido seccionada.-

Cucharillas para hueso.- Tienen por objeto eliminar del interior de la cavidad ósea las colecciones patológicas.-

Agujas para sutura.- Utilizadas en nuestra cirugía bucal con mucha frecuencia, estas pueden ser: agujas cortas o largas atraumáticas, curvas ó rectas.-

Portaagujas.- Este instrumento es una pinza que toma a la aguja en el sentido de su superficie plana y la guía en todos sus movimientos.-

Material de sutura.- Se usan materiales tales como catgut; seda; lino; nylon; crin; etc. El más usado es el catgut y el dermalón, se les emplean para ligar vasos seccionados, o como simple elemento de sutura, pudiéndose usar en planos profundos.

El hilo de seda se usa para planos superficiales y la seda más usada para suturar los colgajos y cerrar la herida es la " 000 ",.-

se hace la incisión por bucal.-

La incisión se continúa hacia abajo y hacia adelante, hasta los tejidos bucales sobre la raíz mesial del segundo molar.-

Otro método sería la de desprender las fi--bras gingivales bucales libres alrededor de todos -- los dientes hacia adelante hasta incluir al primer -- molar y desprender el colgajo. Se dice que este col--gajo es menos doloroso durante el postoperatorio, es más sencillo de suturar y existe menos distorción al curar.-

Se procede a levantar el colgajo mucoperiód--tico con una cureta Molt núm. 4 empezando en la inci--sion vertical, en donde el periostio no está unido -- al hueso.- La cureta se mueve hacia atrás y hacia -- el reborde alveolar. Hecho el colgajo se coloca un -- separador. El hueso queda expuesto y se iniciará la ostección.-

La ostección propiamente dicha consiste -- en la eliminación del hueso que cubre el diente im--pectado, esto se realizará con la radiografía del -- diente como guía para saber con exactitud la posi--cion del mismo.-

Localizada la pieza se perfora con fresas quirúrgicas redondas, el hueso, a la altura de la corona. Hechas las perforaciones en forma de -- triángulo, se elimina el hueso con una cureta, lo suficiente como para sacar al diente. Quedará expuesta la corona y la raíz del diente; con una fresa cilíndrica se hará la odontosección, se corta -- la corona en forma transversal, hay que recordar -- que debe de estar irrigada la zona para evitar que se sobrecaliente el hueso y producir problemas de consecuencias graves en el postoperatorio.-

Seccionada parte de la corona, se elimina con un elevador recto o un elevador de Krogh (punta de lanza). Eliminada la porción cortada, con un elevador Winter largo núm. 14, colocado en la bifurcación de la raíz, tomando como punto de apoyo la placa cortical bucal, se expulsarán las raíces de la herida.-

Se lavará perfectamente con agua bidestilada a presión y con una cureta pequeña se eliminarán fragmentos óseos y los restos de tejidos blandos en el alveolo. Así también los bordes de la herida hay que alisarlos con la misma cureta. El raspado de la herida se hará con mucho cuidado para no dañar el nervio dentario inferior y el paquete vascular.-

Limpia la cavidad se continua con el cierre de esta, se suturará con catgut "000" y aguja cortante redonda de 12.5 mm. Generalmente es suficiente con un punto, pero aquí el criterio del C.D. es el que cuenta. No se dejará drenaje.-

Impactación Horizontal.-

La incisión será la misma que en el anterior.-

El corte óseo será vertical y profundo, casi se extenderá hasta el nivel de la punta del 2o. molar. Se realiza la osteosección y se expondrá la pieza a eliminar. La corona se secciona con fresa quirúrgica redonda, a la altura del cuello. Se eliminan con botador recto y apoyado en uno de bandera.

Si hay suficiente espacio para utilizar botador se hará con la fresa quirúrgica un escalón sobre el resto de las raíces y así apoyar el elevador y eliminarlas. Otra variante será seccionarlas en dos y eliminarlas en dos porciones, el elevador será del núm. 14. Eliminada la última porción del diente se desbridará la cavidad cuidadosamente y se hará el cierre de ésta.-

Impactación Vertical.-

Este tipo de impactación es de las más difíciles de resolver debido a que entre el 2o. molar y el 3er. molar impactado, no hay punto de apoyo para el instrumento conque se hará la avulsión.-

Se realiza la incisión vertical, se levanta el colgajo, se expone hueso. Aquí se elimina hueso que se encuentra sobre la corona del diente impactado vertical y además se elimina hueso hasta exponer la corona del diente, esto es válido en dientes que se encuentran apenas limitados al exterior por hueso

Se hace un corte vertical sobre la corona y se elimina esta porción, con un elevador de punta de lanza ó un núm. 14, se elimina el resto, apoyándose en la bifurcación y haciendo presión hacia arriba, se extraerá la otra porción.-

Impactación Distoangular.-

En este tipo de impactación, la corona queda situada en la región más lejos del 2o. molar.-

Se eleva un colgajo mucoperiosteico amplio y se hacen los cortes óseos vertical y horizontal. Se expone el diente y se secciona verticalmente con-

fresas quirúrgicas, se elimina la corona hasta la -
raíz. Se cota el diente con un elevador núm. 14 y -
si se dificulta la avulsión, se odontosecciona la -
raíz y se extraen las porciones radiculares en for-
ma independiente.-

Se debe de recordar que la fuerza hecha en
la extracción de las piezas impactadas debe ser con
trolada y mínima, para evitar accidentes graves. -
Claro con excepciones en dientes en que hay que uti
lizar mayor fuerza.-

El hueso excesivamente traumatizado, hay -
que eliminarlo con un cincel o con fresa quirúrgi--
ca,-

CAPITULO V

INDICACIONES Y CUIDADOS POSTOPERATORIO

El cuidado postoperatorio es importante después de la cirugía bucal, y la recuperación puede ser prolongada si esto se descuida. Debe de anticiparse algo de inflamación-molestia y falta de movimiento. Si ésta es excesiva, se le recomienda al paciente que llame o regrese al consultorio - para que se le atienda.

Al post-operatorio debe de darsele la importancia que se merece, puesto que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente una vez terminada la operación, puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención.

Se debe tener especial cuidado en la higiene de la cavidad bucal después de la intervención. Así tenemos que una vez terminada la intervención, se procederá a limpiar - la sangre, saliva y restos que hayan quedado en la herida - por medio de irrigación de agua oxigenada 1 a 10, ó con agua bidestilada; de la misma manera se limpiará la cara del paciente en caso de haber quedado manchada de sangre. Esto se hará con una gasa empapada con agua bidestilada.

El cuidado de la herida, cuando ésta evoluciona -- normalmente no necesita terapéutica. En términos generales

un alveolo que sangra y forma coágulo, tiene la mejor defensa contra la infección y los dolores.

Si se ha suturado, se citará al paciente al cuarto o quinto día de la intervención, para que sean eliminados los puntos para esto, se debe de limpiar perfectamente la zona de los puntos, esto se hace con un algodón empapado con merthiolate; hecho esto, se procede a cortar los puntos, con el cuidado de no lesionar la herida.

Si después de la intervención existe hemorragia, esta se podrá cohibir con una gasa impregnada en los medicamentos indicados así tenemos; trombina, tromboplastina, adrenalina, percloruro de hierro, etc... Para evitar que la gasa se adhiera a la herida, se impregnará de vaselina. También se puede tratar de controlar con materiales de relleno, como son; el Hel-foam y Oxichel. En caso de continuar la hemorragia, se aplicarán hemostáticos (vitamina K), ya sea por vía intravenosa o intramuscular.

Es conveniente hacerle las indicaciones por escrito al paciente, así tendremos:

1.- Terapia Física: Se le pide al paciente que se aplique compresas frías en la zona operada (hielo) de 5 a 10 minutos cada hora durante las primeras 12 a 16 horas.

2.- Al siguiente día: Aplicar compresas tibias o calientes en la zona edematizada.

- 3.- El primer día dieta líquida, tibia o fría
- 4.- Al Segundo día dieta blanda durante 3 días.
- 5.- Enjuagues de agua con sal: 6 de 50% de agua oxigenada y 50% de agua natural. Esto es para evitar el cambio en el P.H.
- 6.- Mandar analgésicos por vía oral: Prodolina-aspirina; cualquier derivado del ácido acetilsalicílico. En caso de dolor.
- 7.- Antiinflamatorio: (Tripsina y quimiotripsina) cualquier derivado de la papaina o la ananasa.
- 8.- En caso de que la intervención haya sido bastante larga, se mandará un relajamiento muscular (cualquier derivado del Metocarbamol).
- 9.- En caso de un posible proceso infeccioso, se controlará con antibióticos. Penicilina 8,00 000, 1,000 000, 1, 200 000 unidades, cada 12 hrs, 10 inyecciones vía intramuscular como mínimo porque es la dosis básica que elimina el proceso infeccioso, En pacientes alérgicos a-

la penicilina, se le administrará Eritromicina.

También se le debe de anotar su próxima cita, que en caso de no haber complicaciones será de 4 ó 5 días posteriores a la intervención. Y anotarle el teléfono particular en caso de alguna urgencia.

COMPLICACIONES ASOCIADOS A LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR IMPACTADO.

Las complicaciones existen sin más frecuencia durante el trasoperatorio y el postoperatorio.

a).- **Transoperatorio:** Se entiende por transoperatorio el conjunto de maniobras que se realizan durante la operación del 3er. molar o cualquiera otra parte de la cavidad bucal.

En el trasoperatorio se debe tener cuidado durante todo el acto operatorio de no lesionar, tanto los tejidos blandos como los tejidos duros. Se usará el bisturí solo para formar el colgajo, cortando solo el tejido que sea necesario, procurando no lesionar los tejidos adyacentes a nuestra

zona quirúrgica.

Se pondrá especial cuidado, cuando se efectúe el bloqueo anestésico, pues si el paciente es nervioso, y ocurre un accidente podría darse el caso de no solo rasgar los tejidos, sino de una rotura de la aguja dentro de la zona de punsión. Esto es el que el problema, no resultaría tan desesperante y peligroso como que el paciente cayera en un shock, hay que recordar que puede caer en este trance, debido a múltiples causas, como serían:

Síncope reflejo.- Este puede ser desencadenado por un elemento emocional; ansiedad, aprensión ante la visión de los instrumentos, a la percepción de olores medicamentosos al recordar el dolor operatorio, opresión debida al calor y a la insuficiencia de aireación de la sala de espera, cansancio del enfermo, falta de afabilidad del estomatólogo, depresión moral o por enfermedad infecciosa y prolongada principalmente, dolor agudo de frotado dentario, por la introducción de una aguja de anestésia, fatiga de una sesión de cuidados demasiado larga, inhalación brutal de un gas anestésico no recalentado (cloruro de etilo especialmente éter) y administrado sin precauciones.

Síncope por asfixia.- Esta se produce por la obstrucción mecánica de las vías respiratorias, esto se produce por falta de precaución durante el procedimiento quirúrgico, o algún anestésico anoxiante como el protóxido -

de nitrógeno, si se administra en una cantidad de insuficiente oxígeno.

Anafilaxia.- Puede sobrevenir con ocasión de la introducción parenteral de; medicamentos que incluyen una función amina en posición para (Novocaina, Anestocaina). Sulfamidas (Gastrisona), penicilina, etc.....

El síncope se caracteriza por un malestar, cianosis, sensación de sofocamiento o ahogo, pérdida de conciencia, midriasis, pulso débil, palpitations cardiacas apenas audibles, tensión arterial baja, a menudo no medible; una vasodilatación generalizada mantiene una gran parte de la masa sanguínea en los vasos periféricos, lo que perturba extraordinariamente la irrigación del cerebro; el paro cardíaco es consecutivo al colapso vascular. A menudo los trastornos mejoran poco a poco, pero en otros casos el enfermo puede morir súbitamente si no se instala una terapia energética. Afortunadamente, estos casos rápidamente dramáticos son bastante raros. A menudo el shock anafiláctico está atenuado y los signos de reacción no aparecen más que de 5 a 15 minutos después de la inyección: náuseas, midriasis, prurito, vómitos, molesta urticaria, diarrea asmatiforme, congestión oculonasal y faríngea; todos estos síntomas pueden mejorar o incluso desaparecer al final de 30 a 60 minutos; a pesar de esto, no olvidaremos que un síncope por colapso cardiovascular puede sobrevivir en cualquier momento.

TRATAMIENTO DE LOS SINCOPEs:

La brevedad del tiempo de que podemos disponer para reanimar al enfermo impone serenidad y rapidez. No debe perder el tiempo buscando material necesario, por lo que el todo gabinete privado u hospitalario debe ser revisado instantemente, a fin de asegurar los medicamentos necesarios y el mínimo material, que será el siguiente:

Nesinefrina, 0,005 g. (vasopresor)

Fenergán, 2ml. a 50 mg. (antihistamínico)

Pressyl, 2ml. (vasopresor).

Soludécadron, inyectable 1 ml., o h idrocortisona Roussel 100 mg.

Adrenalina, solución de 1/1000 (facilmente alterable, renovarla frecuentemente)

Cloruro cálcico, solución al 5%

Gluconato cálcico, solución al 10%

Hay que tener presente la fecha límite de utilización a fin de renovar los medicamentos.

Dentro del material, tenemos:

Dos jeringuillas de Luer de 5 ml., montadas en agujas y conservadas estériles, cada una en una caja metálica mejor en un tubo de Schindler. Una debe llevar una aguja para inyección subcutánea o intramuscular; otra, una aguja para inyección intravenosa.

Una jeringuilla de 10 ml., con una aguja de punción lumbar conservada estéril para inyección intracardiaca.

Tres o cuatro grandes agujas de 12/10, para fijación intratranqueal en casos que sea preciso una traqueotomía.

Una pinza para lengua para los casos de tracciones.

Un aspirador quirúrgico.

Una botella de oxígeno provista de un descompresor de gas, de un tubo flexible que tenga un descompresor también con un balón de caucho y una máscara - con válvula de admisión de aire. Si se puede montar en un carrito, será más práctica.

Es bueno recordar que una buena premedicación es un factor importante para la prevención del síncope. También - una buena preparación psíquica del enfermo para calmarle y - confortarle es un factor importante en la prevención.

Aún más común que los síncope antes mencionados, - serán las lipotímias, por lo cual es importante conocer su - tratamiento.

La respiración y la circulación no se detienen, pero sí están disminuidas.

Acostar al enfermo con la cabeza baja (sobre un sillón o en el suelo).

Ainear la estancia o habitación

Suprimir toda molestia causada por los vestidos.

Golpear la cara y el cuello con un trozo de ropa húmeda, con agua fría.

Hacer un masaje preesternal.

Dar inmediatamente una inyección subcutánea de 1-ml. de Pressyl, en la cara externa del muslo o en la cara posterior del brazo.

Hacer inhalar oxígeno con un poco de aire, abriendo la válvula, hasta el retorno normal de la conciencia.

Mantener al enfermo estirado en un lugar aireado, bajo vigilancia, durante una hora, al menos antes de dejarle marchar, lo cual hará acompañado, y prohibiendo en todos los casos la conducción de vehículos del tipo que sean. Los cuidados no urgentes deben posponerse para una sesión ulterior.

Importante.- La anestesia local necesita una alimentación normal previa. Se sabe por el número importante de lipotímias que sobrevienen con ocasión de simples tomas de sangre, que el dolor del pinchazo es suficiente para -- provocar un malestar. Igualmente es indispensable hacer -- una anestesia de contacto de la mucosa, con una aplicación de un tapón empapado de xilocaina al 5% con Naphtazoline -- o también con Pórylén. Debemos evitar las largas intervenciones y saber interrumpirlas a tiempo para no fatigar-

al enfermo y procurar seguir en una sesión posterior.

b).- Postoperatorio: Se entiende por postoperatorio al conjunto de maniobras que se realizan después de la intervención, con el objeto de mantener los fines logrados por la operación, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud.

El tratamiento postoperatorio es la fase más importante de nuestro trabajo, tanto es así, que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente, una vez terminada la operación, puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgido en el curso de la intervención.

Desde luego que el postoperatorio en cirugía bucal no puede tener la trascendencia del mismo que en una operación de cirugía general. En otros términos, nuestra cirugía, es la cirugía sobre un paciente ambulante y salvo excepciones que se fundan más bien en el tipo de anestesia usado que en la operación misma.

CONCLUSIONES

Habiendo estudiado el crecimiento y desarrollo de los terceros molares y sus circunvecinas, debemos -- considerar que estas piezas, deben tratarse con sumo cuidado, pues de éste caso dependerá no solo el éxito de nuestra operación, sino también las diversas funciones que lleva a cabo el aparatador. Por lo tanto el dentista debe tener conciencia que también por causas iatrogénicas pueden acentuarse no los problemas iniciales, sino los problemas secundarios, que en ocasiones son bastante serios, debiendo entonces el dentista, estudiar y hacer un plan de trabajo para aplicar con ello la técnica de extracción adecuada, para la cual redundará el éxito de la intervención quirúrgica del tercer molar, que hoy -- por hoy, es uno de los procedimientos más comunes en nuestra profesión, y que requieren siempre de un buen plan de trabajo -- que el dentista tenga la habilidad manual necesaria en el manejo de instrumental, cumpliendo además la función de cada uno de ellos, luego de eso, el dentista teniendo la -- destreza y conocimientos necesarios para cualquier tipo de extracciones del tercer molar, no deberá remitirlo a un especialista.

B) G R I A

ATLAS DE OJAL

Herluf Bir

Jeane Erik

Editorial

España - 1

ANESTESIA | DENT

Mead, Ster

Editorial | erica

México - 1

ANATOMIA OJA

Aprile, Hu

Editorial

México - 1

CIRUGIA BU|CA

Waite, Dan

Editorial |

México - 1

CLINICAS OJAS DE AMERICA

VOL. 3

Slaughter,

Editorial | cana

Mexico - |

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL

Zegarelli, Edward V.

Kustcher, Austin H.

Hyman, George A.

Editorial Salvat

España - 1979

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

Kruger, Gustavo O.

Editorial Interamericana

México - 1978

VADEMECUM DE ODONTOESTOMATOLOGIA

Lehmans, J.

Editorial Jims

España - 1973