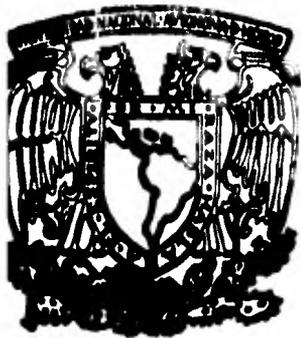


24'63

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**TECNICA DE EXTRACCION DE
CORDALES RETENIDAS**

**T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:**

RAUL ARIAS

MEXICO, D. F.

1962



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TECNICA DE EXTRACCION DE
CORDALES RETENIDAS

TEMARIO

	Pág.
Introducción.....	1
Capítulo I	
Historia Clínica.....	3
Capítulo II	
Indicaciones y Contraindicaciones de la Extracción...	13
Capítulo III	
Clasificación de las Posiciones de las Cordales.....	25
Capítulo IV	
Indicaciones Preoperatorias.....	30
Capítulo V	
Complicaciones de la Extracción.....	42
Capítulo VI	
Técnica de Bloqueo en la Extracción de las Cordales..	49
Capítulo VII	
Técnicas Quirúrgicas Empleadas en la Extracción de las Cordales.....	58
Capítulo VIII	
Indicaciones Postoperatorias.....	78
Conclusiones.....	80
Bibliografía.....	82

INTRODUCCION

En la actualidad se ha detectado como uno de los -- principales problemas dentarios, la presencia de las cordales (terceros molares o muelas de juicio) retenidas.

Estas llegan a provocar serios trastornos cuando - no son extraídas a tiempo, debido a que no existe el espacio-suficiente para que puedan erupcionar.

Una de las teorías que explica la problemática rela-- cionada con las cordales, se refiere a que el hombre en su -- evolución ha perdido la funcionalidad de su aparato masticato-- rio. Así como consecuencia de un proceso evolutivo por desu-- so, las cordales han tendido a desaparecer, encontrándose aho-- ra en forma inconstante dentro de la dentición humana.

Entre los fósiles humanos descubiertos en excavacio-- nes arqueológicas, se han hallado maxilares hasta con ocho mo-- lares en cada arcada. Esto hace suponer que en aquellas épo-- cas el tipo de alimentación requería de un buen aparato masti-- catorio que triturara perfectamente el alimento.

A medida que el hombre evoluciona, va dominando a -- la naturaleza, su alimentación es cada día más blanda y el tra-- bajo de masticación va siendo menor. Esto trae como consecuen-- cia que las piezas que ya no son necesarias vayan desapare-- ciendo.

Es un caso común el que muchos odontólogos lleguen a traumatizar innecesariamente la región donde se encuentran alojadas las cordales. La mayoría de las veces, esto se debe a la falta de conocimientos de técnicas apropiadas y de otros aspectos conducentes a una correcta intervención.

En este trabajo menciono temas de sumo interés, tratando de aportar una recopilación de las técnicas más comunes que nos pueden servir para nuestra práctica general y que nos ayudarán a dar a nuestros pacientes una mejor atención.

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA

La elaboración de la historia clínica es un proceso ordenado y cronológico. En ella se investigan los antecedentes del paciente para obtener datos que permitan al doctor conocerlo mejor.

Es muy frecuente que esta fase de la práctica sea olvidada.

El dentista debe detectar importantes pistas para el diagnóstico en la narración del paciente.

Resulta imposible hacer el diagnóstico de alguna afección, hasta saber desde un principio cuales pudieron ser los factores que desencadenaron la misma.

Aun cuando se cuente con una historia clínica muy bien elaborada, no es suficiente para obtener datos si no se sabe interrogar y dar confianza suficiente al paciente para obtener su total cooperación.

Existen ciertas situaciones para la elaboración de la historia clínica:

- a) Cuando llega un paciente al consultorio por primera vez, buscando un tratamiento de urgencia, para este tipo de situaciones, sólo se deberá hacer un pequeño interrogatorio, enfocado al pade-

cimiento, motivo de la consulta; y ya una vez solucionado el problema dental, en la próxima cita se llevará a cabo el interrogatorio completo para la historia clínica.

Se deberá registrar fecha y presentación de los síntomas, así como su duración y gravedad, - también se deberá establecer la relación de es--tos con otras actividades, como la alimentación, medicación, emociones y ejercicios.

- b) Un paciente que ha acudido al consultorio desde hace varios años, se supone que ya se cuenta con una historia clínica de este paciente, por lo -- que sólo se completarán datos adicionales pertinentes desde la última visita.

La revisión de aparatos y sistemas constituye una - exploración minuciosa de la historia sistemática del pacien--te, porque es posible que exista relación con los problemas - bucales.

En cada pregunta que se haga, se debe obtener la -- máxima información, pero éstas deben ser específicas, por - - ejemplo; Si contesta en forma afirmativa a la dificultad para respirar.

El doctor buscará la forma para determinar si se relaciona con asma o alguna otra enfermedad pulmonar cardiaca,-

desórdenes metabólicos y aun trastornos nerviosos.

Si la pregunta es para la micción frecuente, y es contestada en forma afirmativa, también se harán preguntas -- adicionales apropiadas, como son: Padecimientos de la próstata, trastornos nerviosos, diabetes, hipertensión, nefritis, cistitis o un exceso de ingestión de líquido durante la noche.

Cada una de éstas preguntas, cuidadosamente elegidas, posee el potencial para descubrir gran cantidad de datos adicionales.

El paciente que se presenta en una institución para atención dental, también requiere de una cuidadosa historia clínica que será anexada a su expediente junto con los datos obtenidos por el médico durante el examen físico general.

El dentista debe motivar al paciente para que éste pueda establecer comunicación. Es su responsabilidad y su oportunidad para crear un ambiente en el que el paciente pueda enfocar sus problemas con facilidad y sin temor.

El doctor debe procurar la comodidad del paciente. Puede establecer la comunicación con la pregunta empleada habitualmente, para dar confianza al paciente.

La entrevista deberá ser controlada pidiendo oportunamente al paciente que se dirija al problema, haciendo esto mediante preguntas eficaces. Las primeras preguntas deberán --

ser de carácter neutral, haciéndose posteriormente más directas.

Las preguntas neutrales establecen un tema:

— ¿Cuál es el motivo de su visita..? — Mientras — que la interrogación directa es capaz de provocar una respuesta afirmativa o negativa; — ¿Acaso el calor aumenta el dolor..? —

La importancia de las respuestas deberá ser valorada y atendida según sus méritos.

En ocasiones el paciente deberá ser interrumpido y vuelto a dirigir hacia el tema más pertinente si es que se aleja demasiado del mismo. Si el doctor conserva su vocabulario al nivel de comprensión del paciente, se obtendrán respuestas coherentes y el paciente sentirá que entienden sus experiencias y antecedentes.

En la historia clínica es importante que cuente con el mayor número posible de preguntas, se recomienda el uso de una forma impresa, la cual evita el olvido de algunas preguntas.

Mencionaré un cuestionario, con el cual obtendremos la información acerca del estado de salud de nuestro paciente;

HISTORIA CLINICA

Nombre _____ Sexo _____ Edad _____

Domicilio _____ Tel _____

Ocupación _____ edo. civil _____

Lugar de nacimiento _____

Nombre de su médico _____

Dom. _____ Tel _____

1.- Cuál es su principal molestia? _____

2.- Padece algún trastorno o enfermedad? _____

a) En caso afirmativo, qué enfermedad padece? _____

3.- Cuándo fue su último reconocimiento médico? _____

4.- A sido hospitalizado en los últimos cinco años? _____

a) En caso afirmativo cuál fue el problema? _____

5.- Padece o ha padecido algunos de los sig. trastornos?

a) Fiebre Reumática _____ b) Arteriosclerosis _____

c) Ataque cardíaco _____ d) Insuf. coronaria _____

e) Hipertensión _____ f) Hipotensión _____

6.- Nota dolor en el pecho después de esfuerzos? _____

7.- Le falta el aire después de algún esfuerzo? _____

g) Asma _____ h) Diabetes _____

- 8.- Cuántas veces orina al día? _____
- 9.- Nota sequedad en la boca? _____
- 10.- Tiene sed con frecuencia? _____
- 11.- Ha padecido hepatitis? _____ Artritis _____
- i) Reumatismo inflamatorio _____
- j) Ulceras gástricas _____
- k) Transtornos renales _____
- l) Tuberculosis _____
- 12.- Tiene tos persistente? _____
- 13.- Otras enfermedades? _____
- 14.- Ha tenido hemorragias anormales debido a extracciones o intervenciones quirúrgicas? _____
- _____
- 15.- Ha tenido transfusiones de sangre? _____
- a) En caso afirmativo explique por qué razón? _____
- _____
- 16.- Padece algún trastorno de la sangre? _____
- _____
- 17.- Le han aplicado radioterapia por algún tumor, o alteración de la boca o de los labios? _____
- _____
- 18.- Toma alguno de los preparados siguientes? _____
- a) Antibióticos o Sulfamidas _____
- b) Anticuaagulantes _____

- c) Medicamentos para la presión sanguínea alta _____
d) Tranquilizantes _____ e) Insulina _____
f) Otros medicamentos _____

19.- Tiene alergia o ha reaccionado desfavorablemente a..?

- a) Anestesia _____
b) Penicilina _____
c) Sulfamidas _____
d) Barbitúricos _____
e) Sedantes _____
f) A otras sustancias _____

20.- Padece alguna otra enfermedad que no haya sido mencionada?

- a) En caso afirmativo explique cuál es _____

21.- Tiene alguna molestia en la boca _____

22.- Le sangran las encías _____

23.- Cuándo visitó al dentista por última vez? _____

24.- Qué tratamiento le dio? _____

25.- Ha sufrido algún trastorno importante con ocasión de algún tratamiento dental? _____

a) En caso afirmativo diga qué ocurrió: _____

Mujeres

26.- Está embarazada? _____

27.- Sufre trastornos relacionados con la menstruación res--
pecto a sus periodos? _____

Observaciones: _____

Fecha: _____

Firma del paciente

Firma del Doctor

RADIOLOGIA

Jamás deberá hacerse ninguna extracción sin haber - consultado antes una radiografía reciente de la pieza por extraer y el área vecina.

El dentista debe auxiliarse siempre de una radiografía, sea cual fuere el tipo de tratamiento para mayor eficacia y seguridad.

El uso de la radiografía es importante cuando se va a extraer la cordal retenida para determinar su exacta localización.

Además por medio de la radiografía, podemos observar si la pieza dentaria por extraer se encuentra complicada con algún quiste o granuloma.

También por medio de la radiografía veremos la posición y el número de raíces y con base en esto podemos escoger la técnica adecuada para su extracción.

Generalmente una radiografía periapical es suficiente, pero a veces es necesaria una vista lateral oblicua de la mandíbula tomada con una radiografía extraoral, para observar la totalidad de la raíz, su estructura, su estado o situación y cantidad de hueso de soporte,

Una radiografía puede resultar inútil si no se interpreta cuidadosamente y si no se tiene pleno conocimiento de la

anatomía y de la zona que se va a operar.

Al observar la radiografía, debemos tener cuidado de detectar cualquier patología o mal formación, como puede ser:

- 1.- Raíces supernumerarias
- 2.- Curvatura de las raíces
- 3.- Forma anormal de las raíces
- 4.- Caries extendida hasta la raíz
- 5.- Fractura de raíz
- 6.- Hipercementosis
- 7.- Dientes retenidos
- 8.- Anquilosis
- 9.- Lesiones patológicas.

La interpretación cuidadosa de una radiografía puede revelarnos también la posibilidad de una complicación como por ejemplo:

- 1.- Daños del nervio dental inferior
- 2.- Aparición de una fístula
- 3.- Desplazamiento de un diente o raíz al seno maxilar
- 4.- Fractura de la tuberosidad maxilar

Una vez que las posibles complicaciones han sido diagnosticadas, consideraremos cuál será el método más apropiado para hacer la extracción.

CAPITULO II

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION

— INDICACIONES

Siempre que se nos presente un paciente con cualquier tipo de molestia, relacionada a una cordal retenida, podremos saber si está o no indicada la extracción si nos basamos en ciertas características.

Posición

Cualquier posición anormal de las cordales al erupcionar, generalmente es provocada por la falta de espacio, -- también por el tamaño de los dientes, cuando estos son muy -- grandes y por la falta de desarrollo ya sea del maxilar o de la mandíbula.

Es en la mandíbula donde generalmente hacen erupción las cordales. Estas se pueden encontrar en diferentes posiciones, pueden erupcionar parcial o totalmente, pero casi -- siempre en forma anormal.

Las complicaciones que provocan las cordales retenidas pueden ser desde la presión contra las raíces del segundo molar, causando no sólo molestias sino además una mala oclusión hasta la resorción de la superficie distal de dichos segundos molares, llegando a afectar la pulpa.

En las personas jóvenes pueden producirse alteraciones que modifiquen totalmente la oclusión, especialmente el apañamiento en la región de los dientes anteriores.

La mal posición que con mayor frecuencia se presenta en las cordales superiores, es su erupción hacia los carrillos. Al hacer su erupción en esta forma, la cordal superior pone su cara triturante en contacto con la mucosa del carrillo. Así que hay un doble mecanismo; aumento en la erupción - al no tener contacto antagonista y movimiento masticatorio; - la cara triturante de la cordal (tercer molar) o una de las cúspides termina por ulcerar la mucosa del carrillo, produciéndose dolor por traumatismo.

Síntomas Neurálgicos

Debido a la presión que ejerce la cordal retenida superior o inferior sobre el nervio dental, en ocasiones produce ciertos síntomas neurálgicos, entre ellos el dolor que a veces se irradia a zonas inervadas por alguna otra de las ramas del 5º par craneal o por los nervios que se anastomosan con él.

El dolor puede ser ligero y localizado en la región inmediata al diente retenido, pero también puede ser grave y agudo, incluso en todos los dientes del lado afectado, en el oído y la zona post-auricular, en cualquier parte de la zona atravesada por el 5º par craneal y a veces en la zona completa.

Infección Pericoronar

Uno de los procesos infecciosos que con mayor frecuencia es causado por las cordales, es el que se presenta en los tejidos parodontales circunvecinos; este proceso se inicia cuando la encía ha sido perforada y permite la penetración de los microorganismos. A menudo, sobre la superficie de oclusión del diente existe un opérculo, el que está tumefacto por la infección traumatista de la pieza antagonista.

Con las infecciones piógenas puede formarse un absceso pericoronar, que en la mandíbula es frecuente que vaya acompañado de trismus, disfagia, celulitis, linfadenitis o absceso submaxilar.

Formación de Quistes

Muchas veces el folículo dental en las piezas retenidas puede formar un quiste. Este puede hallarse alrededor de la corona, apareciendo en la radiografía como un pequeño quiste de erupción, inmediatamente por debajo de la encía.

La membrana del quiste está adherida al cuello del diente. En algunos casos los quistes alcanzan grandes dimensiones y pueden ser dentigeros.

Los quistes en erupción frecuentemente pasan desapercibidos hasta que llegan a adquirir grandes dimensiones, estos por la presión desvían los dientes.

Caries e Infección Periapical

Las caries pueden producirse en dientes parcialmente erupcionados, debido a que generalmente presentan zonas favorables para el empaquetamiento de comida, así el proceso carioso gradualmente logra alcanzar la pulpa con la consiguiente infección periapical.

Las cordales que están en posición normal pero cariadas deberán obturarse o extraerse antes de que el proceso carioso llegue a la pulpa, ya que por su situación es imposible un tratamiento endodóntico.

Resorción Interna

La resorción interna ideopática debe distinguirse de la caries.

La infección puede desarrollarse en dientes completamente retenidos sin exposición fuera de la encía. Al extraerse las piezas afectadas por dicho proceso patológico debe fragmentarse la corona y después de eliminar sus restos extraer las raíces.

— CONTRAINDICACIONES

Antes de hacer una extracción es indispensable hacer un reconocimiento en el paciente, especialmente cuando se va a extraer un diente infectado. La extracción sin riesgo dependerá del estado físico del paciente y del tipo y extensión

de la infección.

Cuando se pretende realizar una extracción a pacientes que presentan diferentes estados clínicos que mencionaré en seguida, estará contraindicada la extracción, en tanto no se eliminen los riesgos.

Las contraindicaciones sistemáticas para la extracción dentaria se han dividido desde hace mucho tiempo en: Estados Fisiológicos y Estados Patológicos.

1.- Estados Fisiológicos

Hay una serie de criterios que han existido desde hace tiempo y que actualmente persisten en relación a estos estados. Estos criterios se refieren al hecho de que no deben realizarse extracciones dentarias durante los estados fisiológicos, ya que pueden provocarse alteraciones y trastornos.

Sin embargo se ha demostrado científicamente que el tratamiento dental no tiene ninguna relación con dichos estados.

Pese a esto aun hay muchas personas que siguen con esta creencia.

Menstruación.- Este estado algunos autores no lo consideraban contraindicado para la extracción dentaria, en cambio otros opinaban lo contrario debido a que durante este proceso fisiológico, el estado general de la paciente sufre -

modificaciones, presentándose en ocasiones situaciones temperamentales o shock psíquico, el que puede tener influencia sobre el proceso menstrual.

Es conveniente tener mucha precaución al hacer una-extracción durante los periodos menstruales ya que en algunos casos puede presentarse una hemorragia postoperatoria debida-a alteraciones en el factor sanguíneo. Entonces la contraindicación realmente sería una tensión nerviosa excesiva la que -ocasionaría transtornos, no sólo en una extracción dentaria -sino también en cualquier orden emocional.

Embarazo.- Referente a este estado existían varias-teorías, por ejemplo, se decía que no había que practicar extracciones dentarias durante los meses nones, por el riesgo -de provocar un aborto o precipitaciones en el parto. Pero se-ha demostrado que dichas aseveraciones son falsas y que pue--den realizarse extracciones en cualquier época del embarazo,-aunque persiste la idea generalizada de que las intervencio--nes deben hacerse después de los primeros tres meses del embg razo.

Lactancia.- Hasta hace poco tiempo se decía que si-se anestesiaba a una paciente durante la lactancia, la solu--ción anestésica se mezclaba con la leche, dándole a ésta un -sabor amargo por lo que el niño rechazaba el pecho materno, o

bien que al mezclarse el anestésico con la lecha ocasionaba - diarrea al lactante. Esto ha sido desmentido, ya que se ha -- comprobado científicamente que la anestesia se elimina por -- vía renal y hepática y no por los conductos galastóforos.

Menopausia.- En este estado lo que debemos tomar en cuenta son las alteraciones que provoca la cesación gradual - de secreciones en ciertas glándulas endócrinas, principalmen- te en algunos órganos como; el bazo, el sistema linfático e - intestino, también puede presentarse palpitaciones cardiacas, dolores de cabeza, vértigos, insomnio, así como sofocos, acom- pañados de una súbita ola de calor y sudores que después de-- jan destemplado el cuerpo.

2.- Estados Patológicos

Debido a que existe una gran diversidad patológica- en el organismo, es necesario estudiar uno por uno los aparatos y sistemas que componen el organismo humano, para poder - ordenar y clasificar debidamente todos y cada uno de los esta- dos que impliquen una contraindicación.

Aparato Cardiovascular.- Aunque en la práctica odon- tológica los accidentes cardiovasculares mortales son raros,- es importante para el cirujano dentista conocer las enfermeda- des cardiovasculares, tanto porque en algunos casos existe re- lación entre ellos y las afecciones dentales, como por los pe-

ligros potenciales que estos pacientes constituyen en el desempeño de nuestra profesión; es decir, las infecciones dentales pueden desencadenar o agravar las enfermedades cardiacas, al igual que cualquier maniobra operatoria o anestésica implica considerable peligro en otras enfermedades.

En el interrogatorio sobre el aparato cardiovascular podemos encontrar algunos síntomas y signos que nos hagan sospechar de algunas insuficiencias que contraindiquen la anestesia y la extracción. Entre estos signos y síntomas de alteraciones cardiovasculares podemos encontrar los siguientes: Mareos, cefaleas, lipotimias, frecuentemente disnea de reposo y esfuerzo, y taquicardias, así como alteraciones en la presión arterial. También se pueden detectar discrasias sanguíneas, entre las que se encuentra la leucemia.

Hemofilia.- Es una enfermedad caracterizada por hemorragias, debido a la dificultad de coagulación de la sangre, como consecuencia de la falta de trombina.

Angina de Pecho.- Es una sensación de dolor íntimo, generalmente súbito, localizado en el pecho, a nivel del tercer espacio intercostal, detrás del esternón, este se debe a la deficiencia en la irrigación del miocardio.

En este caso es conveniente ponerse en contacto con el cardiólogo del paciente, a fin de acordar con él, el trata

miento preoperatorio, y poder realizar la extracción dentaria sin el peligro de situaciones riesgosas.

Oclusión Coronaria.- Es la alteración de las pequeñas arterias del corazón, su causa más común es la trombosis coronaria.

Durante la fase aguda de este padecimiento está contraindicada toda terapéutica dental, en caso de que sea necesario hacer la extracción dentaria, es indispensable obtener la autorización del cardiólogo.

Fiebre Reumática.- Es una caleaginosis provocada -- por la presencia del estreptococo betahemolítico, que puede -- lesionar cualquier zona de tejido conjuntivo, afectando con -- mayor frecuencia las válvulas del corazón.

Los pacientes con este padecimiento deberán tomar -- medidas profilácticas antes de la extracción dentaria, pues -- se ha comprobado la frecuencia de bacteremias después de la -- extracción.

Hipertensión Arterial.- En este tipo de padecimiento no realizaremos ninguna intervención hasta no haber elegido el anestésico adecuado, a fin de no correr el riesgo de -- que se eleve más la presión, utilizaremos un anestésico sin -- vasoconstrictor.

Insuficiencia Cardíaca.- Es la incapacidad del corazón para bombear la sangre eficientemente y hacerla llegar a todo el organismo.

Puede ser provocada por alteraciones en las coronarias o por alteraciones en el miocardio.

Cuando existe este padecimiento, las intervenciones dentales implican un gran riesgo, a pesar del anestésico empleado. En caso de una extracción necesaria, ésta se pospondrá hasta que lo indique el cardiólogo y para efectuarla deberá aplicarse anestesia general.

Arteriosclerosis.- Es el engrosamiento, endurecimiento y pérdida de la elasticidad de las paredes arteriales, por consiguiente la disminución de la luz interior, debido al depósito de sustancias minerales en la pared media de las arterias, se asocia con la tensión arterial elevada, enfermedades del corazón y apoplejía. Este padecimiento puede contraindicar la anestesia y la extracción, pues al operar con un anestésico hipertensor podría provocarse la ruptura de algún vaso y si este se ubica en el cerebro, hígado o riñón pueden ocasionar desenlaces fatales.

Aparato Renal.- Como ya sabemos a través de los riñones se elimina la mayor parte del anestésico. Es por eso que debemos tener presente la importancia de conocer el grado de salud o enfermedad de dicho aparato.

La mayoría de los tratamientos odontológicos se realizan con la administración de anestésicos, y en personas con alteraciones renales podrían provocar en el organismo concentraciones de las mismas, lo que afectaría al paciente ya que la eliminación de estas soluciones tardaría más tiempo de lo normal.

Dentro de las afecciones más comunes que se presentan en el riñón se encuentran: Nefritis, nefrosis, nefraesclerosis, tumores renales y malformaciones congénitas.

Sistema Nervioso.- Los estados emocionales y las enfermedades de este sistema deben ser vistos con mucho cuidado, ya que no debemos exponernos a lesionar al paciente que no puede controlar sus movimientos.

Entre los padecimientos nerviosos que contraindican la extracción dental, tenemos:

- 1.- Epilepsia
- 2.- Síndrome de Dawn
- 3.- Corea

Diabetes Mellitus.- Es un trastorno metabólico crónico, hereditario, poligenético y recesivo que se caracteriza por la ausencia total o parcial de la insulina o por la ineffectividad de la misma. La insulina es la hormona secretada por los "islotos de Langerhans" situados en el páncreas.

Este padecimiento afecta la coagulación sanguínea,
lo que hace difícil la contención de la hemorragia.

CAPITULO III

CLASIFICACION DE LAS POSICIONES DE LAS CORDALES

En este capítulo trataré de analizar y clasificar a las cordales según su posición.

Para poder extraer una cordal retenida es necesario tener presente la anatomía y la posición de la misma.

- a) Posición de la corona
- b) La forma de las raíces
- c) La naturaleza de la estructura que rodea a la -- cordal retenida
- d) La posición de la cordal en relación con el resto del maxilar o mandíbula.

En la mandíbula encontramos diferentes posiciones - de la cordal retenida.

- 1.- Retención Vertical.- Está total o parcialmente cubierta por hueso y mucosa y su eje longitudinal es paralelo al eje longitudinal del 2º molar.
- 2.- Retención Horizontal.- Su eje longitudinal es ligeramente perpendicular al eje longitudinal del segundo molar.
- 3.- Retención Mesio Angular.- La cara oclusal de la cordal está dirigida hacia la corona del segun-

do molar, formando con sus ejes longitudinales un ángulo de grado variable, más o menos de 45°.

- 4.- Retención Disto Angular.- La cara oclusal de la cordal está dirigida hacia la rama ascendente de la mandíbula.
- 5.- Retención Invertida.- La corona de la cordal está hacia el borde inferior de la mandíbula, y sus raíces hacia el borde superior. Este tipo es poco común.
- 6.- Retención Buco Angular.- La corona de la cordal está dirigida hacia bucal.
- 7.- Retención Linguo Angular.- La corona de la cordal está dirigida hacia lingual.

Profundidades Relativas de la Cordal en el Hueso

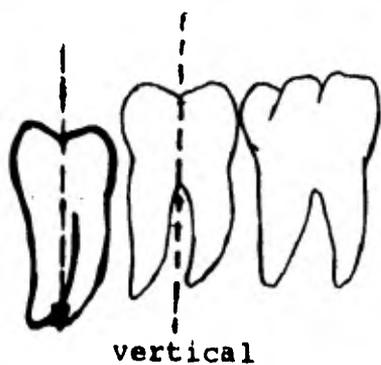
La profundidad es relativa a la altura entre la cara oclusal de la cordal y la cara oclusal del segundo molar.

- a) La corona está a nivel del plano oclusal o sobre él
- b) La corona está a nivel del tercio cervical del segundo molar
- c) La corona se encuentra en la línea cervical y en la raíz del segundo molar.

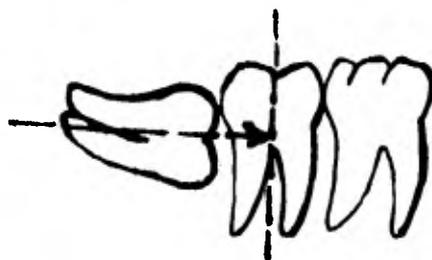
Retención de la Cordal Superior

- 1.- Posición Vertical. - El eje longitudinal de la cordal es paralelo al del segundo molar. La cordal puede estar parcial o totalmente retenida.
- 2.- Posición Horizontal. - La cara oclusal se dirige hacia la bóveda palatina. Esta puede erupcionar en la bóveda palatina.
- 3.- Posición Mesio Angular. - El eje de la cordal está dirigido hacia adelante, la raíz la encontramos cerca de la apófisis pterigoides.
- 4.- Posición Disto Angular. - El eje de la cordal se encuentra dirigido hacia la tuberosidad del maxilar, la cara oclusal está hacia la apófisis pterigoides.
- 5.- Posición Paranormal. - La cordal puede ocupar diversas posiciones. Generalmente la cordal tiene la misma anatomía del segundo molar.

CLASIFICACION DE LAS CORDALES INFERIORES RETENIDAS



vertical



horizontal



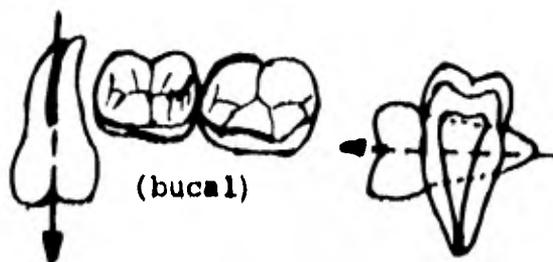
mesio-angular



disto-angular

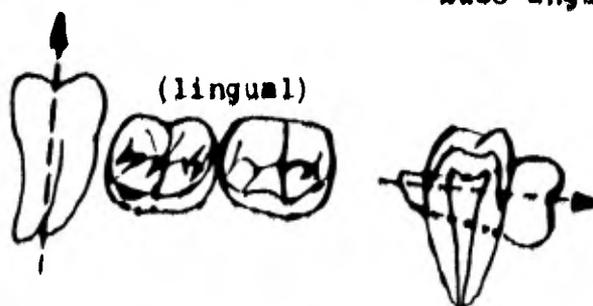


invertida



(bucal)

buco-angular



(lingual)

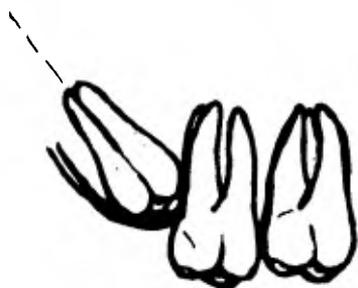
linguo-angular

CLASIFICACION DE LAS CORDALES SUPERIORES RETENIDAS

vertical



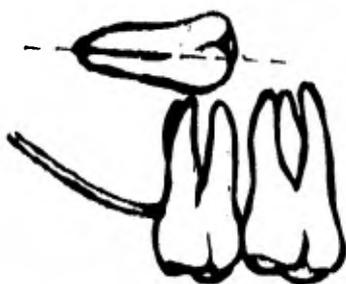
horizontal



mesio-angular



disto-angular



paranasal

CAPITULO IV

INDICACIONES PREOPERATORIAS

Antes de cualquier intervención quirúrgica es necesario explicar al paciente clara y minuciosamente el problema que va a tratarse.

Debe exponerse lo que cabe esperar del tratamiento quirúrgico, a fin de que el paciente pueda estar adecuadamente preparado.

Se le debe informar acerca del tiempo estimado que estará en convalecencia, alejado de su trabajo o actividad diaria, y también acerca de la posible aparición de una tumefacción. Si existiese el peligro de complicaciones, tales como perforación del seno maxilar o una parestesia posoperatoria, habrá que advertírselo al paciente, a fin de que esto no sea causa de alarma para él.

La preparación nutricional y metabólica del paciente es importante, ya que pueden esperarse mejores resultados si éste se conserva en buen estado biológico antes de ser intervenido quirúrgicamente.

Las instrucciones que habrán de darse sobre la dieta deberán ser lo más precisas posibles, para que no se presente a mala interpretación por parte del paciente, ya que es muy común que el paciente se preocupe demasiado por ayunar --

ya sea antes o después de la operación.

Antes de una operación que se realizará con anestesia local, no es necesario que ayune el paciente. Si el cirujano va a utilizar anestesia general, el paciente deberá ayunar, pero siguiendo las instrucciones del cirujano. La necesidad de bolsas de hielo, alimentos especiales, medicamentos y colutorios puede ser discutido antes de la intervención. Los requerimientos de cada paciente pueden variar, según sea su reacción a la operación.

Para realizar la intervención deberá programarse el día, así como calcularse el tiempo necesario para efectuarla sin prisa, siendo recomendables las horas de la mañana. Existen menos probabilidades de que se presenten complicaciones, si tanto el dentista como el paciente están descansados.

Asimismo si llegasen a existir problemas posoperatorios será más fácil localizar al doctor también a temprana hora.

Es frecuente que el paciente manifieste un temor a la intervención quirúrgica por lo que es necesario disminuir ese temor haciendo uso de tranquilizantes.

Los del grupo de la fenotiazina (Diazepan, Fenegan, Motival) así como el clorhidrato de hidroxicina (Atarax, Diligan, Nendol) tienen propiedades sedantes y antihistamínicas y se ha sugerido su uso para sedación preoperatoria cuando es--

tén contraindicados otro tipo de analgésicos o hipnóticos.

En caso de procesos infecciosos, o en prevención de estos deberá recurrirse al uso de antibióticos. La premedicación con antibióticos está reservada para el paciente con enfermedad generalizada, que podría complicarse por bacteremia, resultante de la cirugía. En este caso se encuentran los pacientes con diabetes juvenil mal controlada; pacientes con historia establecida de susceptibilidad a la infección; pacientes que reciben grandes dosis de esteroides (mayores de 25 mg de cortisona o su equivalente por día) y pacientes con enfermedad cardíaca reumática y congénita. Puede haber otros casos en que la historia del estado de salud del paciente pueda sugerir la conveniencia de la terapéutica antibiótica.

En cualquiera de estos casos, el dentista podrá tener interés en intercambiar opiniones con el médico del paciente antes de comenzar el tratamiento.

Recetar antibióticos plantea ciertos problemas que deben ser balanceados con las ventajas que ofrecen en cualquier situación dada. Estas drogas pueden causar complicaciones que pueden ir desde manifestaciones alérgicas simples (urticaria y dermatitis) y reacciones tardías, hasta el riesgoso shock anafiláctico.

Además de las manifestaciones generalizadas de reacción a los antibióticos, existe la posibilidad de producir al

guna superinfección cuando su uso es prolongado; así mismo -- puede provocarse el exterminio de la flora bacteriana intestinal.

Así puedo señalar que la estreptomicina puede causar daños en el octavo par; el cloranfenicol puede producir granulosis; y las tetraciclinas causar cambios de color permanente de los dientes, si se administran a niños durante las edades en que se produce el desarrollo de la corona.

La penicilina sigue siendo la droga de elección en el tratamiento profiláctico con antibióticos. Si el paciente revela que es sensible a ésta, la segunda droga de elección es la eritromicina; si ésta está contraindicada, entonces deberá seleccionarse una de las tetraciclinas.

Todavía no se sabe cuál es la dosis óptima o cuanto debe durar la administración profiláctica; sin embargo se ha encontrado aceptable el siguiente método: El paciente recibe 600 000 unidades de penicilina procaínica por vía intramuscular el día de la operación, completada por una inyección de 600,000 unidades de penicilina cristalina, intramuscular en cada uno de los días siguientes.

Es inobjetable que la vía intramuscular es el método de administración más conveniente, puesto que así existe la seguridad de que el paciente ha recibido la droga. Sin embargo debido a que los pacientes tratados permanecen como pa-

cientes externos ambulatorios, es poco aconsejable administrar las dosis diarias de penicilina procaínica por vía intramuscular.

En este caso deberán administrársele por vía oral 250 mg. de penicilina fenoximetil (Pen V₁ - K) 3 veces el día de la operación y dos veces cada uno de los 3 días siguientes de la misma.

La administración intramuscular de 600 000 u. de penicilina cristalina una hora antes de la intervención quirúrgica, es recomendable cuando el paciente va a recibir el resto de la penicilina por vía oral.

La inyección intramuscular de la droga no representa un gran inconveniente, ya que el paciente puede presentarse a su cita más temprano para recibir la inyección y esperar una hora en el consultorio antes de ser operado.

Por su importancia serán citados a continuación algunos detalles específicos.

- a) Nutrición Tisular, estado de hidratación y balance electrolítico.
- b) Volumen y contenido celular sanguíneo.
- c) Estado de los mecanismos de coagulación en la sangre.
- d) Estados y reservas cardiovasculares.
- e) Función Respiratoria.

f) Función Renal

g) Asegurarse de que no existen enfermedades tales como: Diabetes, Tuberculosis, cáncer y otras deficiencias endocrinas y metabólicas. Todos los sistemas deberán funcionar adecuadamente, o lo mejor posible para permitir una intervención sin riesgos.

El cirujano debe efectuar una serie de pasos sistematizados que le permitan familiarizarse con la zona en la cual se va intervenir.

Inspección

Se procederá a estudiar la zona donde se encuentra la cordal retenida. También deberá estudiarse la articulación de las piezas vecinas, ya que existe el riesgo de que en las maniobras de extracción, puedan luxarse.

También nos ocuparemos de otros aspectos, como obturaciones o aparatos protésicos que puedan ser dañados en la intervención. Todo aparato protésico removible deberá ser quitado de la boca, y también se hará eliminación del sarro.

Palpación

Por medio del tacto podemos confirmar si hay aumento de volumen, dolor y movilidad, esto lo conseguiremos al pasar el dedo índice en el espacio retromolar.

Percusión

Cuando la cordal retenida está ejerciendo presión - sobre la pieza contigua provoca que esta se vuelva sensible a la percusión, debido a la risolasis que existe en sus raíces - provocada por la fuerza que ejerce sobre ellas la impactación del diente retenido.

Exámenes Radiográficos

Es el medio que sirve para confirmar el diagnóstico y la posición de la pieza.

En una radiografía nos damos cuenta de qué clase de inclusión se trata, de su profundidad, desarrollo, forma, tamaño, etc. Para poder observar bien las raíces, es importante que estas aparezcan claramente definidas en la radiografía y - que muchas veces es ahí donde está la solución del problema, - ahí podemos darnos cuenta si se encuentran fusionadas, divergentes, anquilosadas, etc.

Es muy importante detectar la ubicación del conducto dentario en relación con la pieza a tratar, ya sea con su raíz o con toda ella, como es el caso de la inclusión profunda horizontal.

Por otra parte, un área patológica puede producir - una lesión del nervio, sin que precisamente haya sido causada por el traumatismo de la inclusión misma.

Asimismo la radiografía nos mostrará la porción de la rama ascendente que cubre a la pieza, y la calidad y cantidad de hueso en relación con la pieza a tratar.

La calcificación del hueso puede darnos una idea de las dificultades que presentará la extracción, y esto se puede ver en una radiografía, cuando los contornos de la pieza no aparecen con claridad, entonces las posibilidades de una complicación son mayores.

El estado y grosor del tabique óseo interdentario es muy importante, ahí es donde aplicamos o hacemos el apoyo de elevadores, además de que sirve como defensa del segundo molar.

También por medio de la radiografía podremos observar si la cordal retenida está próxima al borde inferior (cordal inferior).

Otro de los aspectos que podemos obtener de las radiografías, es el del segundo molar, en el cual veremos diferentes situaciones que pueden estar estrechamente ligadas al problema.

Una prótesis mal colocada que puede estar impidiendo la erupción de la cordal.

En muchas ocasiones, al hacer la extracción de la pieza retenida, quedan descubiertas las raíces del segundo molar, generalmente son risolasis, por lo que también ésta debe

rá ser extraída.

En los casos en que el segundo molar presente una -
risolasis muy marcada, generalmente en personas jóvenes, se -
verá la posibilidad de hacer únicamente la extracción del se-
gundo molar, ganando así un espacio, en el cual puede erupcio-
nar la cordal.

Métodos de Laboratorio

- 1.- Investigaciones del tiempo de sangrado
- 2.- Investigaciones del tiempo de coagulación
- 3.- Tiempo de Protombina
- 4.- Química sanguínea (urea, glucosa, ácido úrico)
- 5.- Biometría hemática.

1.- Para el tiempo de sangrado, utilizamos el méto-
do de Duke, que consiste en punzar el lóbulo de
la oreja, dejando salir la sangre libremente, -
en seguida se seca con un papel secante o fil-
tro, cada medio minuto, hasta que se detenga la
hemorragia, el tiempo normal es de 2 a 4 minu-
tos.

2.- Se procede a tomar sangre del lóbulo de la ore-
ja o del pulpejo de cualquier dedo, limpiándose
con alcohol el sitio elegido y dejando que se-
que perfectamente; se utiliza una aguja de Fran

cke o una común y corriente, puncionando lo suficiente para que brote la sangre; se desecha la primera gota, colocando la segunda en la parte central del portaobjetos limpio, en seguida se inclina el portaobjetos a intervalos de medio minuto, para que la gota de sangre escurra. Cuando la gota deje de escurrir, sabremos que ha coagulado. El tiempo normal de coagulación es de 4 a 6 minutos.

Tanto el tiempo de coagulación, como el de sangrado pueden estar alterados de uno a dos minutos del tiempo normal.

Pero esta alteración no es importante, ya que no sobrepasa el límite de 3 minutos. Cuando esto no sea así, será necesario repetir las pruebas unos 10 días después.

3.- El tiempo de Protombina es una prueba en la cual los segundos en que se expresa la reacción de la sangre examinada corresponde a un determinado porcentaje. Existen varios métodos para esta prueba; el más aceptable es el de Quick. De acuerdo con este método, las cifras normales pueden considerarse de 12 segundos, si son expresadas en tiempo que corresponde al 100% de -

la actividad protombínica.

- Está contraindicado intervenir a un individuo que tiene un tiempo arriba de 13 segundos o con una actividad o concentración protombínica inferior al 85%.

El tiempo de Protombina está en razón inversa a la concentración. A mayor tiempo, menor concentración y por lo tanto menor coagulación.

- 4.- El análisis clínico de la sangre se utiliza frecuentemente para el diagnóstico de padecimientos cardiacos y renales; en nuestro caso sólo investigaremos glucosa y urea, que en cantidades normales se encuentran en la sangre de la forma siguiente:

Glucosa; de 80 a 120 mg, por 100 c.c.

Urea; de 1.5 a 7 mg, por 10 c.c.

Cuando éstas cantidades se encuentran aumentadas, es necesario tener precaución y saber si se debe o no intervenir.

- 5.- La técnica usada en este método consiste en tomar una gota en un portaobjetos y observarla en un microscopio, el cual lleva un aditamento con el que contaremos cada uno de los elementos que

se encuentran en 1 mm. cúbico, encontrando de -
este modo:

Glóbulos rojos o eritrocitos: En el hombre encontraremos de 5 a 6 millones por milímetro cúbico; en la mujer, de 4 a 5 millones. Cuando el límite está alterado hasta en un millón, es muy conveniente investigar la causa que lo provoca.

Glóbulos Blancos o leucocitos: Se encuentran normalmente de 5 a 8 mil por milímetro cúbico, tanto en el hombre como en la mujer.

Es de mucha importancia tener conocimiento de las reacciones serológicas de nuestros pacientes para el mejor éxito de nuestra intervención.

CAPITULO V

COMPLICACIONES DE LA EXTRACCION

Algunas de las complicaciones que pueden presentarse durante la extracción de las cordales son las siguientes:

- a) Fractura de las raíces
- b) Fractura de la apófisis alveolar
- c) Fractura del maxilar y de la cortical ósea
- d) Fractura del segundo molar
- e) Fractura del seno maxilar

Molares Inferiores

- a) Exposición del conducto dentario inferior
- b) Corte del nervio dentario inferior
- c) Trismus agudo que impide los movimientos mandibulares
- d) Introducción de la cordal (tercer molar) inferior dentro de la fosa pterigoidea
- e) Fractura de las raíces, que pueden ser dislocadas a través de la delgada lámina cortical y lingual hacia el espacio submaxilar. Si el conducto dentario inferior está en contacto con los ápices de la cordal inferior, una pequeña fractura del ápice puede ser impulsada dentro del conduc-

to, al intentar la extracción, si no se toman ex
tremadas precauciones.

- f) Desgarramientos de los vasos sanguíneos por le--
sión o por presión de las arterias y la vena den
taria inferior.
- g) Desajuste de la articulación temporo mandibular-
por movimientos bruscos durante la extracción. -
En ambos maxilares se puede provocar la fractura
o exfoliación de la pieza contigua por el uso --
inadecuado de los instrumentos.
- h) Lesiones a piso de boca, que pueden ser produci-
das por el uso inapropiado del instrumental, pro
vocando lesiones en tejidos blandos.

Complicaciones Postoperatorias y su Tratamiento

Equimosis.- Es una coloración que adquiere la piel-
que puede ser amarillo, azul, verde, etc. y que resulta de la
extravasación de la sangre a consecuencia de un traumatismo;-
la diversidad de coloración se debe a los diferentes cambios-
químicos que va sufriendo la sangre.

Esto puede ser causado por:

- 1.- La extensión de la intervención quirúrgica, En-
tre más grande sea la zona operatoria, más ex--
tenso será el colgajo, el corte de hueso, etc.-

y debido a esto existirá mayor probabilidad de que se produzca la equimosis.

2.- La tendencia hemorrágica del paciente también es un factor importante.

Tratamiento

El calor (en cualquiera de sus formas) y el masaje están indicados una vez que la equimosis ha aparecido en la piel, pero siempre y cuando haya cesado la hemorragia; el frío en el post-operatorio inmediato.

El color púrpura se va desvaneciendo hasta llegar a ser un color púrpura claro, después es verde amarillo y por último es el color normal. (Muchos pacientes interpretan esto como indicios de gangrena).

Hematoma.- Es un derrame de sangre en los tejidos que da como resultado una masa de aspecto tumoral, a menudo se produce por la punción en los vasos sanguíneos, al inyectar el líquido anestésico.

El hematoma también puede producirse después de alguna operación en la cavidad bucal. La sangre que se acumula en los espacios tisulares se reabsorbe gradualmente; sin embargo aun existe la posibilidad de supuración si se introdujo material infectado en la zona.

Tratamiento.- Algunos autores indican la extracción de la sangre por medio de una jeringa; otros prefieren indicar reposo y aplicaciones frías durante 24 horas, seguidas de calor para facilitar la liberación de la sangre.

Si el hematoma es el resultado de una hemorragia arterial debajo del colgajo mucoperióstico, será necesario localizar la arteria y ligarla; si es la apófisis alveolar, hay que comprimir hacia la luz del vaso.

Enfisema.- Es una tumefacción por aire en los intersticios de los tejidos conjuntivos, se les palpa como una sensación de crepitación o crujido que se distingue de la hinchazón producida por el edema.

Hemorragia.- Las causas de la hemorragia pueden ser mecánicas o bioquímicas.

Las causas mecánicas resultan de la lesión o sección de los vasos sanguíneos.

Las causas bioquímicas dependen de la anomalía de los elementos sanguíneos o del sistema vascular que impide la formación del coágulo. Esto sucede en la hemofilia. Trastornos hepáticos, discrasias sanguíneas, etc.

Hemorragia Mecánica

Este tipo de hemorragia puede clasificarse en prima

ria y secundaria.

1.- Hemorragia primaria.- Después de una intervención quirúrgica en la cavidad oral, la hemorragia cesa inmediatamente en pacientes normales; si esta hemorragia no se cohibe a los cuatro o cinco minutos de concluida la operación, es necesario controlarla. La hemorragia en la boca puede producirse en tejidos duros o blandos.

Tratamiento de la hemorragia primaria:

Si la hemorragia primaria es provocada por la sección de alguna arteria emergente debe cohibirse o colocarse seda para hueso dentro del orificio sangrante.

Si la hemorragia es profunda, se colocan apósitos de gasa yodoformada apretadas con firmeza durante cinco o diez minutos; al cabo de ese tiempo se quitan y se colocan después torundas en cada alveolo, antes de suturar las partes blandas en su lugar.

La hemorragia capilar, originada en los tejidos blandos, se trata mejor por medio de suturas. Por ejemplo, si después de una alveolectomía continua la hemorragia, aun después de haber suturado, se reforzará con otras suturas adicionales en la parte sangrante. Si persistiera todavía la hemorragia, se colocarán apósitos de gasa presionando firmemente-

durante cinco o diez minutos. Cuando cesa la hemorragia se colocan apósitos de gasa adicionales.

2.- Hemorragia Secundaria.- Esta hemorragia se produce después de las 24 horas de haberse efectuado la operación.

Tratamiento Local de la hemorragia secundaria:

Se puede utilizar uno de los métodos que se detallan a continuación o una combinación de ellos.

- a) Si las suturas se han aflojado, se anestesia la zona y se aplica una sutura continua firme sobre el lugar de la hemorragia.
- b) Se aplica presión directa sobre la zona de la hemorragia; esto se realiza dándole a morder al paciente un apósito de gasa.
- c) Aplicación Tópica de un vasoconstrictor en la zona sangrante; puede ser mediante una torunda impregnada de adrenalina, lo que origina una vasoconstricción del vaso sanguíneo hasta que se forma un nuevo coágulo.
- d) Aplicación de un agente local que desencadena la coagulación (trombina, fibrinógeno y tromboplas-tina). Este se coloca sobre una gasa y se presiona en la zona sangrante, puede ser también en el

interior del alveolo.

Hemorragia Bioquímica

Este tipo de hemorragia, más que tratarse debe prevenirse. Se origina por la falta de uno o más factores locales de la coagulación; pues de tratarse de alteraciones genéticas o causas adquiridas que intervienen en la formación de dichos factores.

Tratamiento.- Debe identificarse el factor faltante para poderlo emplear; en un caso así, es necesario la intervención de un hematólogo.

En ocasiones no habrá tiempo suficiente para realizar pruebas de laboratorio, por lo que deberá administrarse sangre fresca, ya que ésta es la mejor forma de proporcionar los factores necesarios para la coagulación.

CAPITULO VI

TECNICA DE BLOQUEO EN LA EXTRACCION DE LAS CORDALES

En la Odontología, uno de los problemas más frecuentes es la presencia de dolor, antes y en el momento de efectuar una intervención.

Para la solución de este problema, actualmente, gracias a los avances de la ciencia, contamos con eficientes -- anestésicos que ofrecen extraordinarias ventajas y un gran -- margen de seguridad, por su fácil aplicación y su baja toxicidad.

Después de elaborar la historia clínica y antes de inyectar el anestésico, debe entablarse una plática intrascendente con el paciente, a fin de inspirarle confianza y tranquilidad. Durante dicha plática, debe hacerse hincapié que el procedimiento será indoloro.

Estando el sillón debidamente ajustado en la posición que permita anestesiar adecuadamente determinada zona, -- se procede a estudiar la topografía de las estructuras que -- han de anesthesiarse, mediante la palpación y observación.

Se limpia con gasa estéril el área de la inyección -- y se aplica el anestésico tópico.

Una inyección podrá ser aplicada sólo cuando los im pulsos sensitivos hayan sido neutralizados. El dentista debe--

conocer las propiedades de sensibilidad relativa de las diferentes estructuras que serán afectadas por la anestesia. Así, la mucosa, los tendones y los músculos son sensibles al dolor, en tanto el tejido adiposo laxo de relleno alveolar tiene poca sensibilidad.

Por lo tanto la aguja debe evitar las estructuras - sensibles al dolor o, cuando esto no sea posible, como en el caso del periostio, el sitio debe quedar anestesiado antes de que lo alcance la aguja.

La sensación de avance de la aguja puede evitarse si es movida por etapas, a cada pausa se detiene la aguja para - inyectar aproximadamente una gota de la solución anestésica, - esperando de 5 a 6 segundos antes de proseguir.

Para el bloqueo de los nervios es preferible emplear una aguja fuerte y lo suficientemente rígida para que pueda - utilizarse como sonda, guiando la inyección, paso a paso, hacia el área contigua al nervio, sin lesionar su tronco. Las - inyecciones deben ser aplicadas lentamente, para evitar cualquier lesión de los tejidos y sólo se inyectará una mínima de las dosis óptima, a fin de reducir las posibilidades de efectos secundarios, locales y generales.

Los principios de la difusión determina, en gran -- parte el éxito o el fracaso en una anestesia local cuando - - existe una barrera entre la solución inyectada y el tronco --

nervioso o los nervios, entonces existirá gran riesgo de que fracase la anestesia, ya sea total o parcialmente. Como ejemplo de barreras puedo mencionar la aponeurosis interpterigoidea que se encuentra al inyectar el nervio dental inferior; - otro caso es cuando son encontrados el hueso cortical y un espesor variable de hueso esponjoso al administrar una inyec- -ción supraperióstica. Estas zonas pueden ser consideradas como membrana semipermeable, que dificulta el paso de la solu- -ción hacia la estructura que deseamos anestésiar; de ahí la - importancia de tomar muy en cuenta estos aspectos en la apli- -cación de la anestesia.

ANESTESIA DEL NERVIO MAXILAR SUPERIOR

Es de mucha importancia el conocimiento exacto de - las variaciones dimensionales para cualquier tipo de inyec- -ción profunda, por lo tanto explicaré con más detalles este - punto, al tratar de las diferentes clases de bloqueo nervioso.

La técnica de la anestesia local debe basarse en el conocimiento cabal de la economía, si es que se pretende practicarla óptimamente como una ciencia. El estudio más elemen- -tal de la morfología demuestra que no existen profundidades - de inserción, ni direcciones de agujas que sean "Típicas".

Existen grandes diferencias y variaciones tanto en- el tamaño del cráneo como en el espesor y densidad del hueso. Las estructuras óseas esponjosas y corticales, que rodean a -

los ápices de las raíces, son las que determinarán el éxito o el fracaso de la más sencilla de todas las anestésias.

SUPRAPERIOSTICA

Para anestesiar las cordales superiores, tenemos -- que recurrir a la técnica supraperióstica. Esto quiere decir que la solución anestésica depositada sobre o a lo largo del periostio, debe difundirse primero a través de este hueso cortical, para llegar luego al plexo alveolar superior de los -- nervios que se alojan en el hueso esponjoso. Generalmente el hueso cortical que cubre los ápices de los dientes superiores es delgado y está perforado por una multitud de pequeños agujeros que le dan un aspecto poroso. Esta consistencia permite la rápida difusión de la solución anestésica hacia plexo dental.

Esta inyección es la más simple de todos los métodos utilizados en anestesia local, sin embargo muchas veces -- es aplicada en forma inadecuada. Asimismo la violación de los principios fisiológicos aumenta las posibilidades de fracaso, parcial o total, y facilita la aparición de efectos colaterales molestos.

BLOQUEO DEL NERVIO MAXILIAR SUPERIOR

Esta técnica es considerada como la más adecuada para la extracción de cordales superiores, este tipo de bloqueo

también está indicado cuando la inflamación o la infección impide un acceso más periférico. Por último la solución anestésica debe depositarse sobre o cerca del nervio, cuando atraviesa la fosa pterigo palatina.

Para realizar esta técnica no disponemos de puntos de referencias óseo definido, que ayuden a determinar la profundidad adecuada de inserción de la aguja. La altura del maxilar superior es muy variable; la parte posterior, esta puede deducirse fácilmente, midiendo la altura del maxilar, comprendida entre el borde orbitario inferior y el margen gingival de los premolares. Con esta medición pueden lograrse menos variaciones.

Una vez obtenidos los puntos de referencia, en una forma clara, con el dedo índice se estira la mejilla del paciente hacia afuera y hacia arriba, abriendo él la boca y moviendo la mandíbula hacia el lado donde se aplicará la anestesia. A continuación se inserta la aguja en el punto más alto del vestíbulo, generalmente arriba del último molar y a cierta distancia de la mucosa alveolar, dirigiéndola hacia arriba, adentro y atrás. La aguja no debe tocar el periostio, sino hasta después de haber penetrado unos 15 mm. Antes de llegar a ese punto, debe inyectarse dos gotas de la solución anestésica, dejar transcurrir unos segundos antes de proseguir el avance de la aguja a lo largo del periostio, inyec-

tando alternadamente, hasta lograr la insensibilidad de la región.

Este método hace que la inyección sea indolora y -- sin sensaciones propioceptiva.

Para garantizar la ausencia de dolor en nuestra intervención, anestesiemos el nervio palatino anterior, colocando la aguja en sentido plano sobre la mucosa del paladar, a la altura de la parte distal del segundo molar, e introduciéndola hasta tocar el periostio. En ese momento depositamos sólo un poco de la solución, ya que no es conveniente poner demasiada porque puede ser originada una necrosis del tejido de la zona, al obstaculizar con el exceso del anestésico, la circulación sanguínea en los capilares de la zona.

ANESTESIA DE LOS NERVIOS DENTAL INFERIOR LINGUAL Y BUCAL

El bloqueo del nervio dental inferior es considerado como el más importante utilizado en la Odontología. Esto se debe a que no existe otro método seguro que pueda proporcionar una anestesia local para los dientes posteriores inferiores. La zona anestesiada comprende los dientes de la mitad de la mandíbula, una parte de la encía bucal, la piel y la mucosa del labio inferior, y la piel de la barbilla. Frecuentemente se observa un decaimiento de la anestesia, que será entonces incompleta en la línea media. La anestesia de la encía lingual, de la mucosa adyacente, así como de la encía bucal -

adyacente al segundo premolar y al primer molar de la mandíbula, suele ser realizada simultáneamente mediante los bloqueos lingual y bucal respectivamente.

Entre los factores que intervienen para producir la anestesia profunda del nervio dental inferior, sobresale el concepto activo de las relaciones anatómicas en el espacio. Por lo tanto es indispensable conocer la osteología y las estructuras blandas de la mandíbula, dedicando un cuidado especial a la trayectoria del nervio dental inferior, sus ramas y las relaciones con las estructuras tanto duras como blandas.

Para llevar a cabo este tipo de anestesia es necesario emplear una aguja larga y con bisel corto. La rigidez de la aguja le permite actuar como sonda. El dedo índice del operador colocado sobre el cuerpo adiposo de la mejilla, es usado para empujarlo lateralmente, hasta que la punta del dedo quede apoyada en la escotadura coronoides.

Se apoya la jeringa entre los premolares del lado opuesto y se punciona la mucosa a la altura indicada por la escotadura coronoides, lo más cerca posible del tendón profundo del músculo temporal, pero hacia adentro del cuerpo adiposo. Al penetrar en la mucosa, se detiene la aguja y se inyecta una gota del anestésico. Después de esperar cinco segundos, se avanza lentamente la aguja unos 5 mm., moviéndola ligeramente hacia los lados, pudiéndose sentir el tendón profundo -

del músculo temporal. Debido a que entre este punto y la espina de Spix hay una distancia de un centímetro, se hunde la --
aguja unos cuantos milímetros más y se inyectan 0.5 mm. de so-
lución anestésica si se quiere anestesiarse el nervio lingual.-
En este lugar siempre debe aspirarse con la jeringa.

Para anestesiarse el nervio dental inferior se vuelve a empujar la aguja inyectando una o dos gotas antes que la --
aguja toque el periostio en la parte anterior de la espina -
de Spix. Después de una pausa de unos cuantos segundos, se --
desliza suavemente la aguja a lo largo del periostio y sobre-
la escotadura de la espina de Spix, hacia el surco donde se -
inyecta de .5 a 1 mm. de la solución. Se recomienda introdu--
cir lentamente la aguja, depositando alternadamente de una a-
dos gotas del anestésico con un intervalo de 5 segundos.

Esta técnica no sufre modificación en el niño, ya -
que la distancia comprendida entre la línea oblicua interna -
de la espina de Spix es aproximadamente la misma que en el --
adulto.

Resumiendo puedo decir que un acceso anatómico di--
recto nos proporciona un método para aplicar inyecciones to--
talmente indoloras, que no provocan respuestas propioceptivas
en el paciente. Se evita la lesión en el nervio lingual, pue-
sto que la aguja pasa un poco adentro del tendón profundo, y -
cuando se desliza sobre la escotadura de la espina de Spix ha

cia el surco siempre está situada del lado externo del nervio dental inferior sin tocarlo.

CAPITULO VII

TECNICAS QUIRURGICAS EMPLEADAS EN LA EXTRACCION DE
LAS CORDALES

La extracción de cordales retenidas es una intervención quirúrgica complicada, que abarca tejidos blandos, músculos y huesos.

Es muy importante planear la intervención quirúrgica con anterioridad, preparando todos los instrumentos necesarios en la operación; teniendo el campo operatorio completo y aislando adecuadamente al paciente, tomando en cuenta que la cavidad bucal está siempre inundada de saliva.

Planeamientos Operatorios Básicos

- 1.- Estudiar perfectamente las radiografías; forma, tamaño, número de raíces y patología existente.
- 2.- Clasificar el tipo de retención.
- 3.- Establecer por medio de una radiografía oclusal, si la cordal se encuentra en vestibular o en lingual.
- 4.- Relación de las raíces con respecto al conducto dentario inferior, en casos de infecciones y con respecto a los dientes vecinos.
- 5.- Examen clínico del campo operatorio por medio -

de la palpación digital, para clasificar el tipo de tejidos que se van a incidir.

- 6.- Tamaño y extensión del colgajo que se va hacer, teniendo en cuenta que debe ofrecer una exposición adecuada de la cordal, y debe tener una buena irrigación sanguínea y un buen soporte, ya que de esto depende la cicatrización.
- 7.- Determinar si la cordal puede extraerse o no, por medio de:
 - a) Odontosección
 - b) Una combinación de odontosección y remoción ósea.
 - c) Exéresis del tejido óseo vecino, exclusivamente.
- 8.- Determinar el mejor procedimiento e instrumentos quirúrgicos adecuados para su extracción.
- 9.- Estudiar la radiografía, para escoger la dirección en la cual se va a efectuar la elevación de la cordal, procurando causar el menor trauma posible.

FACTORES QUE COMPLICAN LA TECNICA OPERATORIA

- 1.- Curvatura anormal de las raíces.
- 2.- Hipercementosis.

- 3.- Proximidad al conducto dentario.
- 4.- Densidad ósea (principalmente en ancianos).
- 5.- Espacio folicular lleno de hueso.
- 6.- En ocasiones, las coronas de las piezas retenidas, en ancianos son reabsorbidas, por actividad osteoclástica y la superficie erosionada se llena de hueso, lo que da como resultado una anquilosis entre diente y hueso.
- 7.- Acceso difícil del campo operatorio causado por:
 - a) Músculo orbicular de los labios pequeños.
 - b) Incapacidad para abrir bien la boca.
 - c) Lengua grande e incontrolable.

TECNICAS QUIRURGICAS EN CORDALES INFERIORES

Posición Vertical

En este tipo de retenciones, es muy común que esta posición se presente en tres estados diferentes,

- a) Con la cara mesial accesible
 - b) Con la cara mesial inaccesible
 - c) Con ausencia de dientes contiguos
-
- a) Como la parte distal de la cordal está cubierta de tejido óseo, se recomendará seccionarla con la fresa quirúrgica del No. 8 o 560 de figura, una vez realizada la osteotomía se procederá en-

tonces a introducir un elevador recto en el espacio interdental y se harán movimientos alrededor del eje del elevador. Aplicando una palanca de primera clase a la cordal, se moverá de atrás hacia arriba.

El palanqueo nunca deberá tocar al segundo molar, ya que de hacerlo así, podría lesionarse.

La técnica por odontosección sólo se recomienda cuando existe alguna anomalía en la cordal; por ejemplo, la anquilosis.

- b) En este tipo de retención, por tener la cara mesial cubierta de tejido óseo, es recomendable un corte que parta del ángulo distobucal del segundo molar hacia la región de la cordal, sobre la lengüeta interdientaria, y otra incisión que parta del ángulo oclusal de la cordal retenida.

Para poder vencer la firmeza que tiene este tipo de retenciones, es necesario remover una suficiente cantidad de hueso, tanto de la parte mesial como de la cara oclusal de la cordal retenida, para esto se usará la fresa No. 6 u 8 de bola, haciendo una serie de orificios que serán unidos por una fresa del No. 557 de fisura; después de esto, se levantará el hueso con un osteótomo; esta ventana ósea debe ser lo suficientemente amplia como para que pueda pasar la parte más

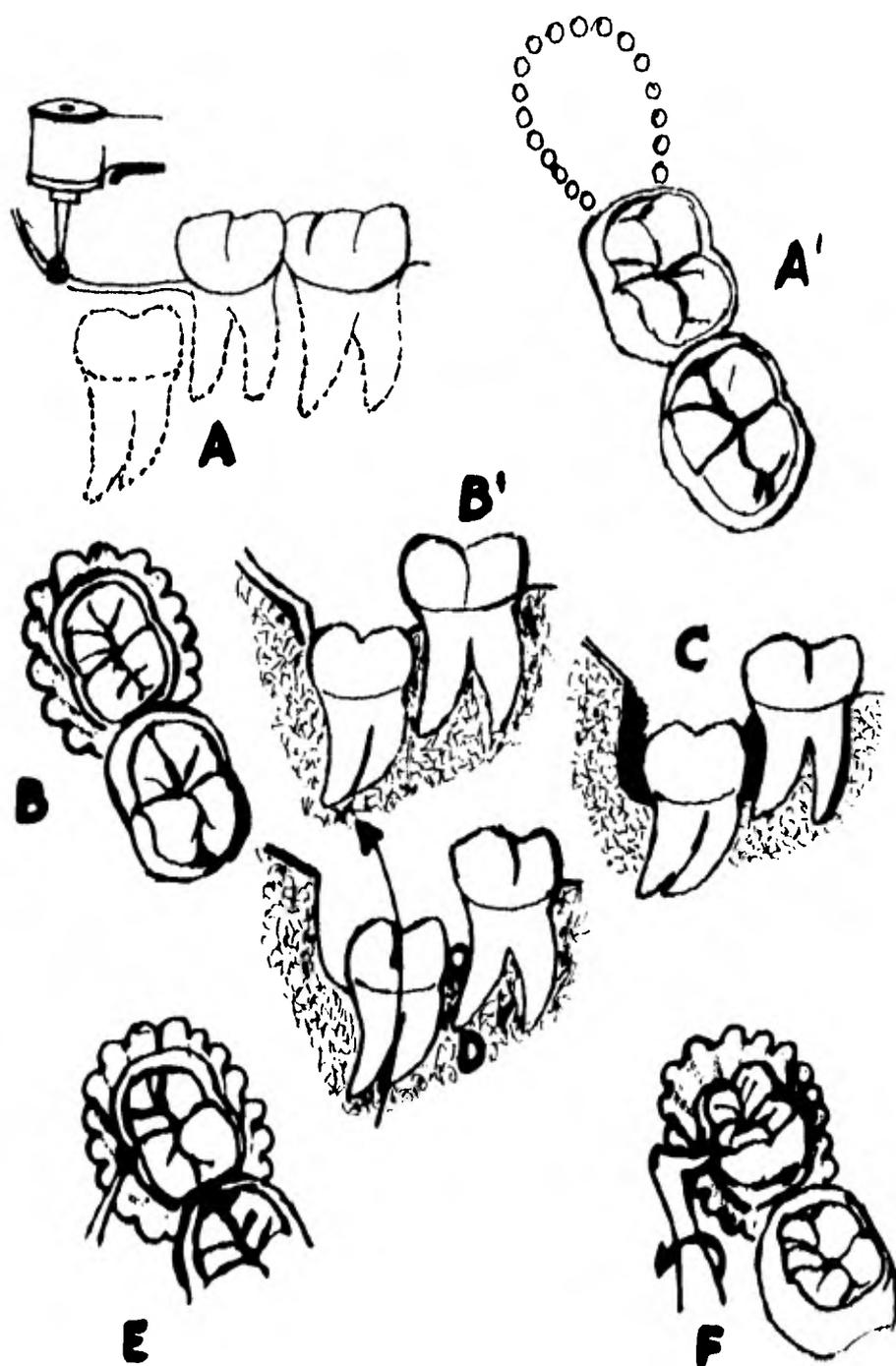
grande de la cordal. Para la eliminación de la cara distal, se empleará una fresa No. 560 de fisura.

Para la extracción de esta pieza, se usará elevadores rectos de bocados finos, penetrando en un ángulo de 45° en relación con el eje del molar y tomando un apoyo sobre el hueso alveolar, se luxará la cordal hasta lograr su completa extracción.

La técnica de odontosección está indicada cuando - - existe una anomalía, como por ejemplo; las raíces están en forma convergente o divergente, entrelazadas o cementadas con las del segundo molar, anquilosis, etc.

c) La técnica exodóntica está basada en los mismos principios. Para tener acceso a esta pieza dentaria, en la posición vertical, hay que seccionar bastante cantidad de hueso, llegando a la cara mesial para tener un punto de apoyo para los elevadores, la osteotomía será realizada con fresa de los Nos. 6 u 8 de bola; la unión de estas perforaciones se logrará con las fresas de los Nos. 560- o 662 de fisura, el levantamiento del hueso se hará con un osteótomo.

Muchas veces será necesario hacer la odontosección - en la extracción; para efectuarla se recomienda la fresa No. - 567 de fisura.



Extracción de la cordal inferior en posición vertical; A y A' - Osteotomía con fresa; B y B' el hueso reseca- do; C Osteotomía -- distal con fresa de figura; D Dirección en que debe ser despla- zada la cordal (el círculo representa el elevador); E Osteoto- mía con fresa de bola en la cara vestibular, para permitir la - aplicación de un elevador; F el elevador de aplicación vestibu- lar, eleva la cordal en el sentido de las flechas.

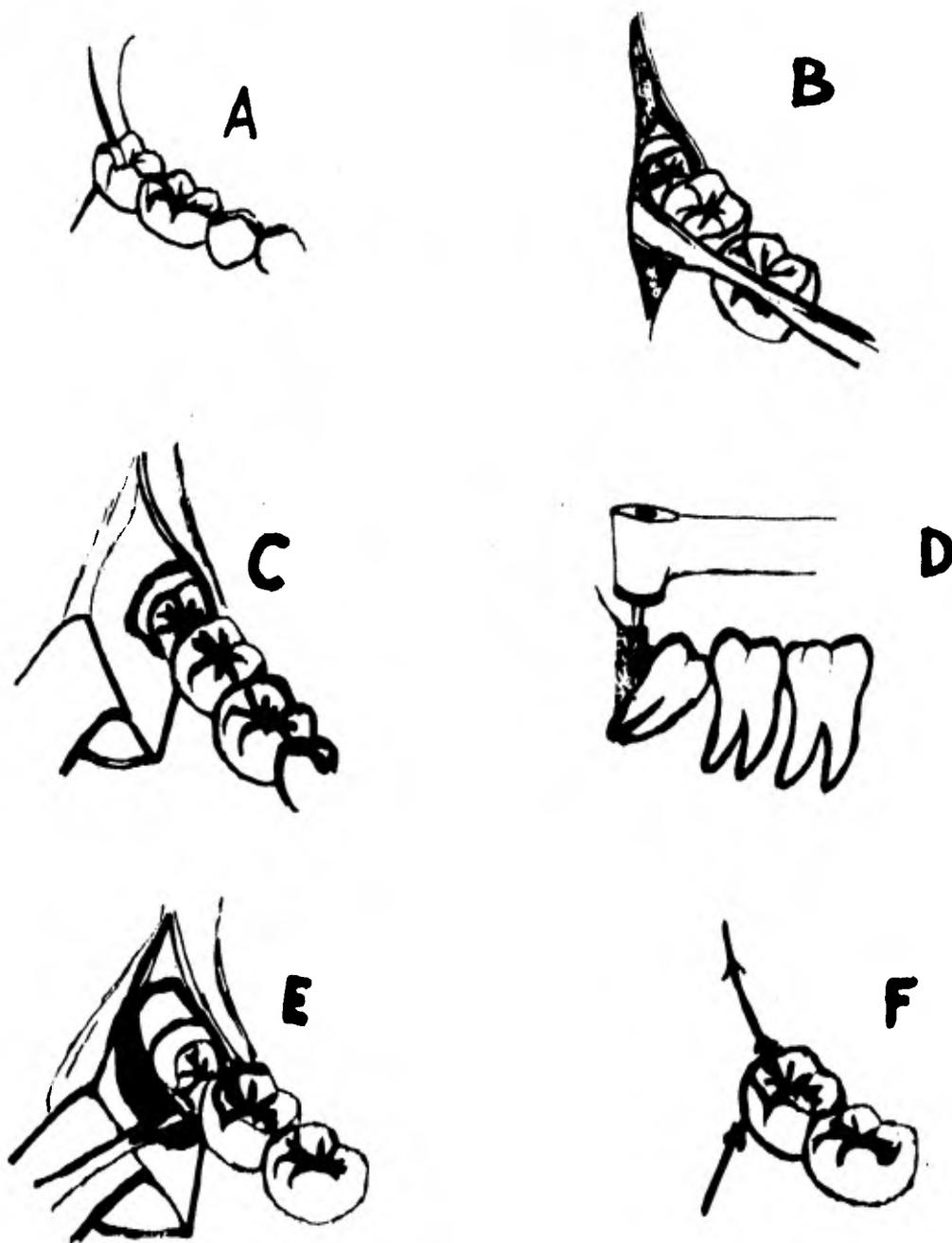
POSICION MESIOANGULAR

En este tipo de retención, esta posición puede presentarse en tres formas:

- a) Con la cara mesial accesible
- b) Con la cara mesial inaccesible
- c) Con la ausencia de dientes contiguos.

La cantidad de hueso que pudiese existir tanto en la parte mesial como en la parte distal del diente retenido, dependerá exclusivamente del grado de inclinación que pudiese formar el eje de la cordal con el eje del segundo molar, y -- por esta razón se le considera accesible o inaccesible en su cara mesial ya que esta parte nos servirá como punto de apoyo para los elevadores correspondientes, todo será dado al estudio radiográfico, además de planear en donde se practicará la odontosección correspondiente.

Para realizar la osteotomía se usará una fresa No. 6 u 8 de bola produciendo una serie de orificios que serán -- prolongados hasta el diente retenido; estos orificios serán -- unidos con una fresa de fisura No. 560. Para levantar la ventana ósea que se quiera eliminar, deberá usarse osteótomo. Pa -- ra que la odontosección sea posible se tomará en cuenta el -- eje menor o mayor, además de observar por donde se facilita -- más la extracción que como dije antes, dependerá el grado de -- inclinación que tenga la cordal retenida.



Extracción de la cordal inferior retenida en posición mesio-angular; A Incisión; B Desprendimiento del colgajo, el cual se sostiene con un separador (C); D Osteotomía de la porción distal realizada con fresa gresa de fisura; E Extracción de la cordal, aplicando sobre su cara mesial un elevador recto; F Sutura.

POSICION DISTOANGULAR

Este tipo de retención es poco frecuente; la técnica aplicada es realmente laboriosa, ya que en esta posición la cara oclusal apunta hacia la rama ascendente de la mandíbula.

La incisión se hará partiendo desde 2 cm. por detrás de la cara del 2o. molar y corre próxima a la cara interna de la mandíbula.

Llegada la incisión a la cara distal del segundo molar, rodea esta cara y la bucal y desde la lengüeta interdental entre el segundo y el primer molar, se dirige hacia abajo-afuera y adelante.

Se separan los colgajos para permitir una perfecta -visión del hueso a researse.

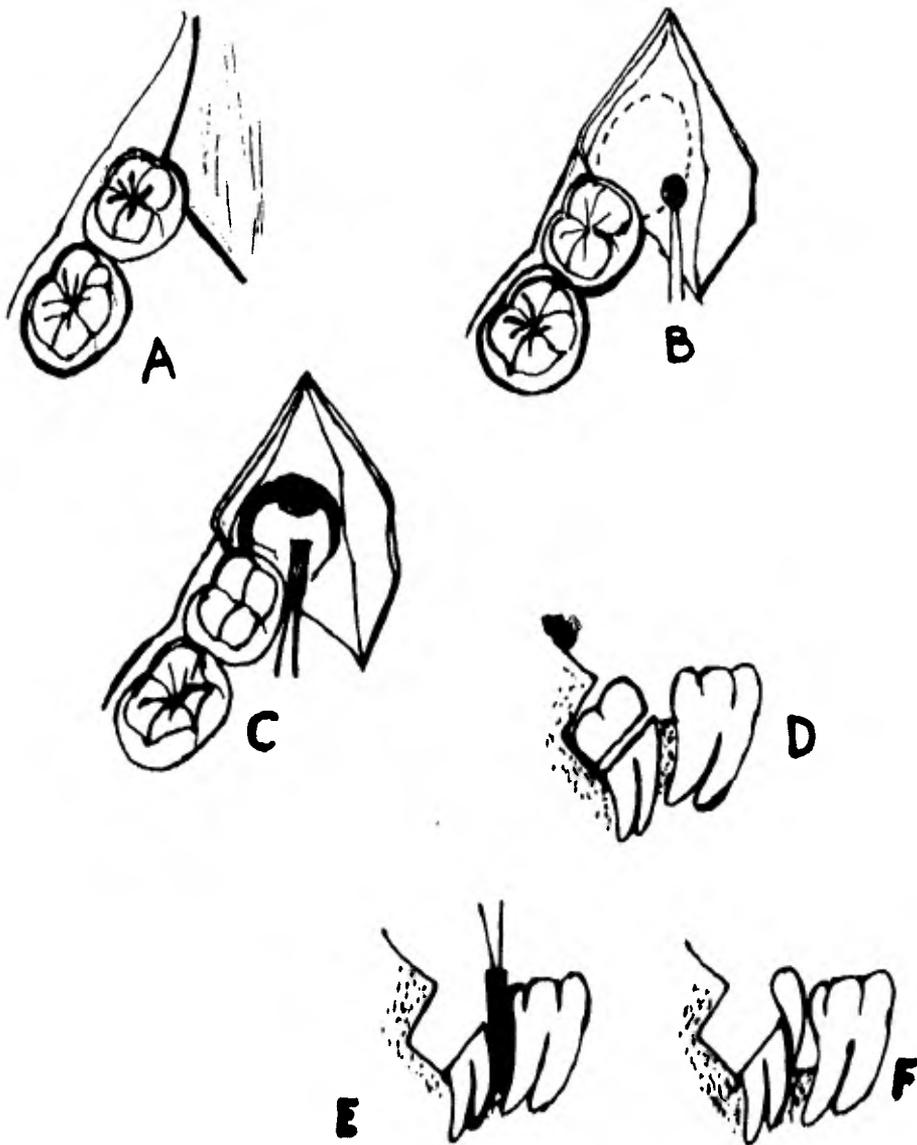
La osteotomía se realizará con una fresa No. 6 u 8, - se harán orificios hasta llegar al diente retenido, se unirán- con una fresa 560 o 570 de fisura, se levantará una ventana -- ósea con un instrumento adecuado y se procederá a la extrac- - ción.

Está indicada la odontosección cuando existe la re-- tención, una clase II posición B, y dicha técnica partirá del- cuello mesial hacia uno de los tercios distales, si el molar - es derecho.

Por el contrario si esta estuviera en una clase I, - posición A, la técnica se limitaría a extraer sin seccionarla,

aunque se tendrá cuidado de no fracturar la mandíbula. (Esta -
indicación se puede considerar limitada, ya que se aplica gene-
ralmente en desdentados.

Para realizar dicha extracción, serán usados elevado
res de bandera aunque la técnica a seguir sólo le corresponde-
rá al operador, ya que esta depende de la anatomía de las rai-
ces de la cordal retenida.



Extracción de la cordal inferior retenida en posición distoangular: A Incisión; B Osteotomía; C División de la cordal según su eje menor; D La cordal después de seccionada, (la corona se elimina con un elevador fino, en la dirección que marca la flecha); E Osteotomía con fresa, en el espacio interdentario para permitir la maniobra siguiente; F Un elevador de Winter aplicado contra la cara mesial de la raíz de la cordal retenida, lo hace girar hacia distal, siguiendo la curvatura de la raíz.

POSICION HORIZONTAL

Existen varias opiniones respecto a la técnica usada para extraer el molar en este tipo de retenciones, debido a que la posición que guarda es más específica, dependiendo del operador, la técnica que se vaya a aplicar.

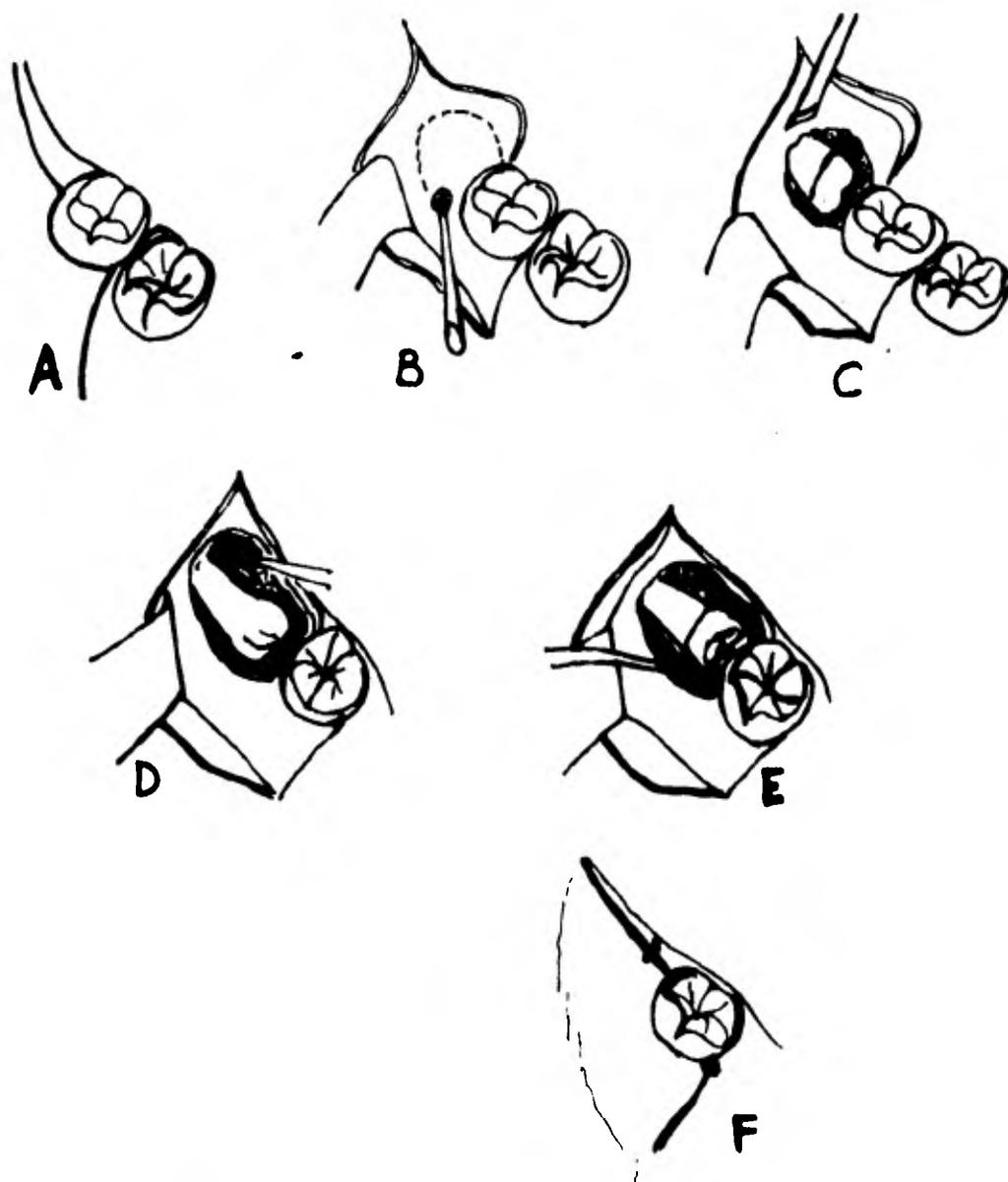
Es recomendable remover todo el tejido óseo posible y proceder a la extracción de este diente.

En muchas ocasiones la cordal podrá ser desalojada sin tener que seccionarla, pero en otras si habrá necesidad de hacerlo.

Aunque la angulación de esta posición tiene muchas variantes, las técnicas para su extracción son muy similares a las de la extracción en la retención de tipo mesioangular. Es decir, que la fresa para hacer el acceso será del No. 6 u 8 de bola, se levantará la placa ósea para proceder luego a la extracción.

Para realizarla, por medio de la odontosección, se usará una fresa 560 de fisura, partiendo ésta de la corona del diente o del cuello en forma transversal de bucal a lingual.

Hecho esto se procederá a extraer las raíces en bloques o una a una, según requiera el caso, desalojando con un elevador recto y delgado.



Extracción de la cordal inferior retenida en posición horizontal; A Incisión que se extiende desde distal al segundo molar - hasta la cara distal del primer molar y desciende hasta el surco vestibular; B Osteotomía con fresa de bola; C Osteotomía con escoplo; D Se completa con fresa redonda; E Extracción, se coloca un elevador 2R de Winter debajo de la corona de la cordal retenida; F Sutura.

POSICION LINGUOANGULAR

Este tipo de retención es una variante de la posición horizontal y se caracteriza porque la cara oclusal apunta hacia la tabla lingual de la mandíbula.

Para realizar la incisión correctamente, se hará un trazo sobre el mismo nivel de la tabla ósea interna.

Para realizar la osteotomía, se utilizará una fresa de bola No. 6 u 8 se complementará con la fresa de fisura No. 560 o 570, y se removerá la placa ósea en una porción grande, ya que la anatomía de este molar es incompleta y sus raíces, al no estar formadas, harán que esta tienda a rodar cuando se intente su extracción; por lo tanto, aquí si estará indicada la odontosección. Para hacerla, se usará una fresa redonda -- No. 8 a nivel del cuello, seccionando al diente en varios -- fragmentos, extrayéndolos después con un elevador apical.

Se debe tener cuidado de no dejar pequeñas esquirlas y restos de tejido óseo, que serán removidas con cucharillas.

En caso de que se trate de un paciente desdentado, la técnica a seguir no tendrá variantes, se limitará a la indicación y criterio del operador.

POSICION PARANORMAL O INVERTIDA

La técnica a seguir en este caso, es levantar primero el colgajo; removiendo luego el tejido óseo paralelamente a su posición en el diente retenido; esto se logrará con una fresa 6 u 8 de bola, y se unirán las perforaciones con una -- fresa No. 560 de fisura, levantando la placa de tejido óseo y procediendo a la extracción.

En este tipo de retención estará indicada la odontosección la que se hará en dos secciones quedando dividida la cordal en tres partes.

Logrando esto se procederá a extraer las porciones con un elevador de tipo angular de bocado medio. Primero se extraerá la porción que está entre la corona y el tercio medio de la raíz, o sea la porción media; luego la parte coronaria se proyecta hacia la dirección de su ápice y se extrae y por último se extrae la raíz. Para esto se practicará un orificio en la porción radicular la que nos servirá de retención para lograr la extracción usando un elevador apical muy fino.

Como todas las operaciones antes citadas, esta también se termina con sutura.

TECNICAS QUIRURGICAS EN CORDALES SUPERIORES

La cordal superior presenta un accidente de erupción y por lo general estas cordales erupcionan hacia el lado del carrillo, produciendo ulceraciones en la mucosa.

El proceso no termina hasta que se realiza la extracción de este diente, o se suprime los factores traumáticos que significan sus cúspides.

Los factores que complican la extracción quirúrgica de las cordales superiores retenidas son:

- a) Aproximación del seno maxilar.
- b) Colocación de la cordal en parte, dentro o por encima de las raíces del segundo molar superior.
- c) Fusión de la cordal con las raíces del segundo molar.
- d) Hiper cementosis.
- e) Densidad ósea extrema, especialmente en ancianos.
- f) Curvatura radicular normal.
- g) Espacio foliular lleno de cemento o hueso, lo que se ve frecuentemente en individuos séniles.
- h) Proximidad del proceso cigomático.
- i) Dificultad de acceso al sitio operatorio a causa del músculo orbicular de los labios o incapacidad para abrir la boca,

Es difícil obtener una visión directa en las cordales superiores y también se imposibilita a hacer un colgajo -- grande en esta zona.

Incisión

Se puede realizar haciendo la incisión de dos ramas, que son la bucal y la anteroposterior.

La rama anteroposterior se traza a la cara palatina del diente, paralelamente a la arcada y una longitud de 1 cm.

La rama bucal parte del extremo anterior de la incisión primera y se dirige hacia afuera; rodea la tuberosidad -- del maxilar y asciende hasta las proximidades del surco vestibular, hasta donde termina.

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

El colgajo se desprende y se sostiene con un separador.

Osteotomía

La remoción de hueso para descubrir la corona de la cordal retenida, puede practicarse con cincel o gubia, y así -- exponer la corona de la cordal. Hay que tener cuidado en no empujar la cordal hacia el seno maxilar, precisamente a causa de este peligro, la técnica de succionamiento no es aplicable en-

la extracción de cordales superiores retenidas.

También se puede eliminar el hueso que cubre la corona, con fresas.

La cara mesial será la superficie sobre la cual se aplicará el elevador para extraer la cordal retenida.

La osteotomía a este nivel se realiza con los elevadores de Winter o elevadores rectos y con una fresa de bola.

Se introduce la punta del elevador en el espacio existente entre la cara mesial de la cordal y la cara distal del segundo molar.

Actuando en este primer paso como cuña, se realiza un débil movimiento rotatorio, por lo que se consigue luxar la cordal.

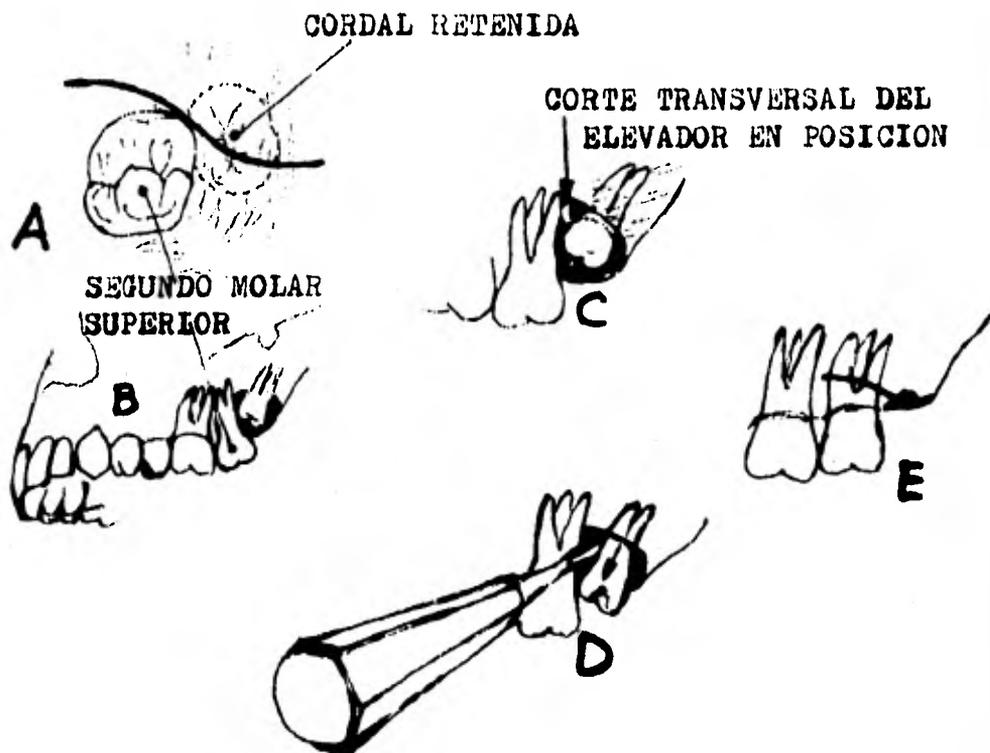
Para abandonar su alveolo, la cordal debe dirigirse en el sentido de la resultante de tres direcciones de fuerza: hacia abajo, hacia afuera y hacia atrás.

Por lo tanto debe desplazarse el mango del elevador hacia arriba, adentro y adelante, con apoyo en la cara distal del segundo molar.

Si la fuerza aplicada no ha logrado extraerla, la cordal puede ser tomada con una pinza para extracciones.

Por último una vez extraída la cordal y revisados los bordes óseos, en especial el tabique externo y posterior, se coloca el colgajo en un sitio y se practican uno o dos pun-

tos de sutura.



Extracción de cordal retenida superior en posición mesioangular. A, Incisión sobre la cresta alveolar extendida a tejidos buca-- les; B, Eliminación de hueso; C, Posición del elevador en la -- unión de cemento y esmalte; D, El mango del elevador se mueve - hacia arriba y hacia abajo.

CAPITULO VIII

INDICACIONES POST-OPERATORIAS

Las funciones del dentista no concluyen al finalizar la extracción de la pieza retenida. Debe asegurarse el éxito de la intervención dándole algunas indicaciones post-operatorias a nuestro paciente; estas son muy sencillas, pero también importantes ya que cuando son seguidas al pie de la letra, lo más probable es que no se presenten complicaciones en el periodo de recuperación.

Reposo.- El paciente deberá guardar reposo durante el tiempo necesario requerido por el tipo de intervención, para evitar que los esfuerzos o la agitación provoque un edema o hemorragia en la zona intervenida.

Protección a la herida.- Esta protección consiste en evitar el cepillado, así como enjuagues que puedan irritar la herida o remover el coágulo. (Esto es durante el primer día -- después de la intervención).

Si se toman estas precauciones puede reducirse el riesgo de una alveolitis.

Dieta.- Durante las primeras 9 horas de convalecencia es necesaria una dieta de líquidos, de preferencia fríos, no es recomendable usar popote, ya que con la succión podría ser retirado el coágulo de la herida, complicándose así el pe-

riodo de recuperación.

Se le recomendará también una dieta balanceada y -- sencilla sin grasas ni irritantes: consomé de pollo, gelatina, verduras hervidas, huevos, etc. Alimentos molidos que no re-- quieran de una gran actividad masticatoria, esta dieta se lle-- vará entre el primero y tercer día después de la intervención.

Enjuagues de Soluciones Salinas.- Se usarán después de 24 horas en agua tibia, para que la saliva se torne alcali-- na y se estimule la cicatrización. No se recomienda el uso de antisépticos porque pueden provocar necrosis de los colgajos. Se recomienda usar bicarbonato de sodio.

Compresas Frías.- Podrán ser colocadas durante las primeras 24 horas después de la operación, a fin de disminuir la velocidad de la circulación en la zona operada y evitar la inflamación. Además de que proporcionan una sensación de bie-- nestar.

Compresas Tibias.- Ayudan a desinflamar la zona ope-- rada; es recomendable que sean húmedas, o sea que la toalla -- se introduce en el agua tibia y se exprime, para aplicarse -- después sobre la región que interesa.

Citaremos a nuestro paciente después de 3 días, pa-- ra revisar la herida, y a los 5 u 8 días quitaremos los pun-- tos y se continuará vigilando según lo severo del caso,

CONCLUSIONES

La presencia de las cordales retenidas es un problema que no debe descuidarse, ya que puede acarrear serios problemas y complicaciones.

Esta situación se puede convertir en la causa directa de problemas de mal oclusión trayendo como consecuencia -- graves alteraciones de la función masticatoria.

El diagnóstico y tratamiento temprano de las cordales retenidas nos permite prevenir aquellos problemas que podrían suscitarse como consecuencia de la fuerte presión que -- ejercen las cordales sobre la cara distal de los segundos molares, los cuales son obligados a sufrir una migración hacia mesial, provocando como consecuencia el apiñamiento en los -- dientes anteriores, además del rompimiento de la armonía oclusal entre otras.

Un buen estudio radiográfico nos dará el sentido -- exacto de la ubicación de la cordal retenida, así como una visión clara que nos permita elegir el procedimiento quirúrgico más adecuado.

La importancia de la historia clínica es esencial -- para conocer a nuestro paciente y así mismo predecir los resultados o saber el grado de riesgo que se corre al ser intervenido.

El conocimiento de la anatomía regional, así como - el dominio de una buena técnica de anestesia nos garantizan - un mínimo de traumatismo y la ausencia de dolor en la inter--vención.

La planificación de la intervención es muy importante, ya que nos puede evitar situaciones desagradables. Una -- buena premedicación, así como una explicación al paciente de-- algunos aspectos de la misma, servirán para realizar la operación en mejores condiciones.

Se debe tener especial cuidado en que el equipo de-- cirugía, como botadores, forceps, fresas quirúrgicas, hilo, - etc., esté completo.

El uso del instrumental adecuado reduce las posibi-- lidades de traumatismo y favorece la cicatrización.

No se debe dejar fuera de control a un paciente después de la intervención, pues muchas veces el éxito obtenido-- en el acto quirúrgico se convierte en fracaso en el post-ope-- ratorio.

Del orden y cuidado que tengamos va a depender el - triunfo o fracaso de nuestra intervención.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Dr. Daniel E. Waite
Cirugia Bucal Práctica
1a. Edición Ed. C.E.C.S.A. México

- 2.- Dr. Costich - White
Cirugia Bucal
1a. Edición Ed. Interamericana México, D.F.

- 3.- Dr. G. A. Ries Centeno
Cirugia Bucal
7a. Edición Ed. El Ateneo Buenos Aires
Argentina

- 4.- Dr. S. N. Bhaskar
Patología Bucal
2a. Edición Ed. El Ateneo Buenos Aires
Argentina

- 5.- Dr. Niels Bjorn Jorgensen
Dr. Jess Hayden Jr.
Anestesia Odontológica
7a. Edición Ed. Interamericana México, D.F.