



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

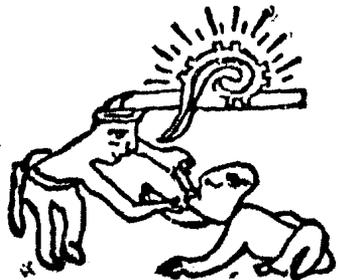
Los Terceros Molares Retenidos en
la Práctica Odontológica

T E S I S
Que para obtener el Título de
Cirujano Dentista
P r e s e n t a

Ma. de la Paz Magaña Barajas

México, D. F.

1985





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

I.	INTRODUCCION	1
II.	ETIOLOGIA	3
III.	HISTORIA CLINICA	11
IV.	MATERIAL	23
V.	INSTRUMENTAL	27
VI.	TECNICA QUIRURGICA A SEGUIR EN CADA- CASO	
VI.A.	RETENCION MESIOBINGUAL EN - MAXILAR INFERIOR	36
VI.B.	RETENCION HORIZONTAL EN MAXI- LAR INFERIOR	40
VI.C.	RETENCION VERTICAL EN MAXILAR INFERIOR	42
VI.D.	RETENCION DISTOANGULAR EN - MAXILAR INFERIOR	43
VI.E.	RETENCION MESIOANGULAR EN - MAXILAR SUPERIOR	45
VI.F.	RETENCION VERTICAL EN MAXILAR SUPERIOR	48
VI.G.	RETENCION DISTOANGULAR EN - MAXILAR SUPERIOR	49
VII.	CUIDADOS POSTOPERATORIOS	51
VIII.	FARMACOTERAPIA POSTOPERATORIA	54
IX.	CONCLUSIONES	56
X.	BIBLIOGRAFIA	59

I. INTRODUCCION

Durante el tiempo que cursé mi cuarto año de Licenciatura en la Clínica Periférica tuve oportunidad de adquirir cierta experiencia teórica - práctica en la Cirugía Bucal, y pude darme cuenta que uno de los problemas que día con día se va acrecentando es sin duda el de los Terceros Molares Retenidos. La retención de los terceros molares es más bien debida a una dieta más blanda y refinada que requiere menor masticación, haciendo innecesario poseer un aparato masticatorio tan poderoso como lo es el del ser humano por esta razón el hombre perderá sus terceros molares a medida que pasa el tiempo.

Todo tercer molar que no asuma su posición y funcionamiento adecuados en el arco deberá ser candidato a la extracción.

En este trabajo se enfoca la Cirugía Bucal hacia la eliminación de los terceros molares retenidos donde veremos la importancia de ésta en relación a las demás ramas de la Odontología como son:

La Anatomía, Farmacología, Fisiología, etc.

No se pretende con ello hacer un verdadero tratado de Cirugía, sino dar a conocer las técnicas más habituales y de mayor utilidad en la práctica Odontológica diaria, tanto para el estudiante, como el profesional.

Con éste mismo se desea hablar lo necesario que es: La Historia Clínica, Las Características de Instrumental, de Material, Técnica quirúrgica (para cada caso), Cuidados Postoperatorios y Farmacoterapia Postoperatoria al paciente.

Todo lo anterior con el fin de brindar al pacien
te una mayor atención y cuidado a su integridad físi -
ca.

II. ETIOLOGIA

Causas de retención de los terceros molares:

En principio de cuentas un diente retenido es - aquel que no llega a ponerse en contacto con el medio-bucal sino que queda dentro del maxilar, ya sea cubierto por tejidos blandos o duros de la región, según los casos se dice que el diente está en retención ósea o - retención submucosa.

Cualquiera de los dientes de la primera y segunda dentición pueden quedar retenidos, aunque hay marca da predisposición de caninos y terceros molares, siendo los de mayor frecuencia los terceros molares inferiores.

Las causas de la retención se pueden dividir en locales y generales:

LOCALES.- Falta de desarrollo del maxilar

Falta de espacio

Causas embriológicas

Mala posición del germen dentario

Condensación del tejido óseo de la región

Consistencia de la fibromucosa

Gigantismo

Presencia de quistes y tumores

Existencia de dientes supernumerarios

GENERALES.- Transtornos endócrinos

Causas hereditarias

Enfermedades generales

A continuación definiremos una por una todas las causas:

LOCALES:

a) Falta de desarrollo del maxilar: Puede producir la retención de cualquier diente de la boca humana, una de las causas que debemos señalar en primer término, la extracción prematura de los dientes temporales y sobre todo el primer molar permanente.

b) Falta de espacio: Se presenta cuando se extrae prematuramente los dientes temporales, entonces los dientes vecinos se corren y acortan el espacio que corresponde a los dientes permanentes, a veces los dientes temporales persisten más del tiempo normal quedando el reemplazo en posición anormal o retenido.

c) Causas embriológicas: Esta es definida como un desequilibrio de la correcta relación normal que existe entre el folículo dentario y el reborde alveolar durante sus distintas etapas evolutivas.

Esta alteración de relación, es debida a un desajuste del folículo como consecuencia del crecimiento de la estructura ósea, en su inmediata vecindad.

d) Mala posición del germen dentario: Si se ve por medios radiográficos los gérmenes de los terceros molares, se ven desde temprana edad que tiene una posición anormal. Antes de su calcificación algunos se encuentran colocados profundamente en el hueso, en cambio otros en esa misma edad se encuentran en contacto o muy cerca del perióstio.

e) Condensación del tejido óseo de la región: Cuando por causas iguales existen una mayor calcificación los fenómenos de erupción no poseen la fuerza su-

ficiente para vencer esta hipercalcificación.

f) Consistencia de la fibromucosa: La fibromucosa puede ser resistente, que impida la fuerza activa de la erupción y más cuando no hay espacio, la dificultad es mas seria.

g) Gigantismo: Existen piezas dentarias de tamaño mayor que el normal o por el contrario, maxilares muy pequeños comparados con el tamaño apropiado de los dientes.

h) Presencia de quistes o tumores: La presencia de estos en las proximidades que debe ocupar los terceros molares, se debe a la erupción tardía de esta pieza dentaria, al ponerse la membrana quística en contacto con el gérmen, como no puede reabsorber el esmalte rechaza al diente y lo desvía de su trayectoria normal quedando retenidas en el maxilar o solo desviado.

Los quistes dentígeros por envolver la corona no permiten que el diente haga erupción.

i) Existencia de dientes supernumerarios: Estos ocupan el espacio que le corresponde al tercer molar y por consiguiente puede provocar la retención.

GENERALES

a) Transtornos endócrinos: Todos los transtornos endócrinos pueden ser causa de retenciones y de ausencia de dientes por falta de gérmenes dentarios, el metabolismo del calcio puede ser causa de retención.

b) Causas hereditarias: Igual se hereda cual ...

quier característica o rasgo físico, se puede heredar un maxilar pequeño o un diente gigante produciéndose una falta de espacio y por consiguiente una retención dentaria.

c) Enfermedades generales: Sífilis, tuberculosis, enfermedades infecciosas.

La explicación teórica del tercer molar retenido que parece más lógica, es la reducción evolutiva gradual en el tamaño de los maxilares. Esto da por resultado maxilares demasiado pequeños para acomodar los terceros molares.

En apoyo de esta teoría observamos la ausencia congénita de algunos terceros molares o su aspecto rudimentario. Es verdad que otros dientes también presentan ausencia congénita o malformaciones pero no tan frecuentes como el tercer molar.

NODINE y COL. señala que por lo menos hace 200 años se ha creído a la civilización responsable de la disminución o falta total de estímulo, que exige un desarrollo adecuado de los maxilares.

Este estímulo perdido sería la fuerza necesaria para la masticación del alimento duro: Las dietas modernas no requieren un esfuerzo decidido en la masticación, y esto de acuerdo a Nodine es la causa de la falta de estímulo de crecimiento de los maxilares y la razón por la cual el hombre tiene dientes retenidos.

Esta teoría se fortalece por los hechos presentados por Nodine y del examen efectuado en los maxilares y dientes de antiguos egipcios y modernos beduinos, esquimales del norte, aborígenes australianos, indios de

México, que demuestran que estos pueblos no tienen -
dientes retenidos.

Su comida ya sea vegetal o animal es simple: tan
to en variedad como en preparación y su consistencia -
aunque este preparada requiere una masticación poderosa
sa en el niño pequeño. Nodine refiere que la mayor cau
sa básica de dientes retenidos en los países Europeos
y en los del norte de América es la alimentación arti
ficial de los bebes, los hábitos de los niños.

Los alimentos dulces y blandos del niño.

Dentro de otra clasificación de causas están: -

BERGER. Menciona las siguientes causas locales -
de retención.

a) Irregularidad en la posición y presión de los
dientes adyacentes; densidad del hueso que lo cubre,-
inflamaciones crónicas continuadas con su resultante,-
una membrana mucosa muy densa; maxilar poco desarrolla
do, permanencia excesiva de dientes primarios, enferme
dades adquiridas como son:

Necrosis por infección o abscesos

Cambios inflamatorios en el hueso -

por enfermedades exentematosas en -

los niños

b) Causas sistémicas de retención: Las retencio
nes se encuentran a veces donde no existen condiciones
locales presentes en estos casos hay según Barger

I. Condiciones sistémicas de retención:

a) Prenatales:

Herencia

Mezcla de raza negra y blanca

Sífilis

Tuberculosis

Desnutrición

b) Postnatales: Causas que pueden influir en el desarrollo del niño.

Raquitismo

Anemia

Sífilis hereditaria

Tuberculosis

Enfermedades exentematosas

Falta de espacio, maxilares poco desarrollados

Enfermedades de los maxilares y tejidos vecinos

Disendócrinas

c) Causas congénitas:

c.1 Disostosis cleidocraneal: Es una causa congénita muy rara en la cual hay una osificación de los huesos craneales, ausencia completa o parcial de las clavículas, recambio dentario tardío, dientes permanentes no erupcionados y dientes supernumerarios rudimentarios.

c.2 Oxicefalia: Es la llamada cabeza de cono, en la cual la parte superior de la cabeza es punteaguda.

c.3 Progeria: Representa envejecimiento prematuro. Es una forma de infantilismo caracterizado por estatura pequeña, ausencia de cabello púbico y facial, -

piel arrugada, cabello gris y la apariencia facial, - actitudes y maneras de anciano.

c.4 Acondroplasia: Es una enfermedad del esqueleto que empieza en la vida fetal y produce una forma de enanismo; en estas condiciones el cartílago no se desarrolla normalmente.

c.5 Fisura palatina: En el paladar se presenta una fisura congénita de la línea media.

La frecuencia con que los dientes retenidos se - presentan según la estadística de Berger-Cieszynski es la siguiente:

TERCER MOLAR INFERIOR	35%
CANINO SUPERIOR	34%
TERCER MOLAR SUPERIOR	9%
SEGUNDO MOLAR INFERIOR	5%
CANINO INFERIOR	4%
INCISIVO CENTRAL SUP.	4%
SEGUNDO PREMOLAR SUP.	3%
PRIMER PREMOLAR INF.	2%
INCISIVO LATERAL SUP.	1.5%
INCISIVO LATERAL INF.	0.8%
PRIMER MOLAR SUPERIOR	0.8%
PRIMER MOLAR INFERIOR	0.5%
SEGUNDO MOLAR INFERIOR	0.5%
SEGUNDO MOLAR SUPERIOR	0.4%
INCISIVO CENTRAL INF.	0.4%

De lo anterior se deduce que el diente mas - frecuentemente retenido como se dijo anteriormente es el tercer molar inferior y si nos damos cuenta que en

maxilar inferior es mucho más corto en su porción izquierda será más frecuente que la de la derecha.

No hay hasta la fecha ninguna estadística con respecto a la frecuencia con que se presenta esta retención en la mujer y en el hombre en nuestro medio; pero se puede afirmar que es más frecuente en la mujer debido a que el maxilar es más pequeño en la mujer; sobre todo la latina.

III. HISTORIA CLINICA

Definición.- La Historia Clínica se define como un registro exacto escrito sobre los datos obtenidos - por el interrogatorio y la exploración de un enfermo-- con el objeto de elaborar un diagnóstico, fundamentar un pronóstico y poder prescribir un tratamiento específico.

El objetivo principal es buscar los fenómenos - que se encuentran fuera de lo normal, así como sus - antecedentes y poder valorar los datos que fueron obtenidos para poder emitir un juicio acerca de un paciente respecto a su salud actual y futura.

Si se requiere obtener una Historia Clínica completa será necesario efectuar un interrogatorio exhaustivo, y empleando un lenguaje sencillo, claro y fácil de comprender tanto para el C.D. como para el paciente

Un interrogatorio o anamnesis es la primera parte de la exploración que nos sirve para estar en contacto directo o indirecto con el sujeto o terceras personas, para investigar la enfermedad o padecimiento - actual de él o sus familiares.

Este interrogatorio se hará mediante una larga - serie de preguntas ordenadas, lógicas y dirigidas al - paciente o terceras personas para esclarecer con presición las causas presentes o pasadas de salud o enfermedades de él y sus familiares descendientes.

A continuación elaboraremos una Historia Clínica completa:

FICHA DE IDENTIFICACION

Fecha. _____

Nombre del paciente. _____

Sexo. _____ Edad. _____ Edo. Civil. _____

Ocupación. _____ Lugar de nacimiento. _____

Dirección. _____

Teléfono. _____ Quien lo recomienda. _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

HABITACION: Tipo de construcción, cuantos cuartos tiene, servicios de drenaje, ventilación, iluminación, agua potable, cuantas personas viven en la casa, y cuantas duermen en cada cuarto y el número de personas con las que comparte el cuarto.

ALIMENTACION: Número de comidas al día, que acostumbra a desayunar, comer, cenar, con que frecuencia como carne, leche, huevos, etc, si toma té, si fuma cuantos cigarrillos al día, si toma medicamentos u otro tipo de drogas.

HIGIENE GENERAL: Cuantas veces se baña al día, si se lava las manos antes y después de cada comida, cambio de ropa, cuantas veces se sepija los dientes al día.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Enfermedades eruptivas (sarampión, varicela, -
escarlatina, rubeola), paludismo, tuberculosis, para-
sitosi s intestinal, hemorragias (epistaxis, melena, -
hemoptisis, hematemesis), sinusitis, gastritis, sífi-
lis, úlcera péptica, Diabetes, amigdalitis, enfermeda-
des venereas, hemofilia, accidentes vasculares cerebra-
les, infarto al miocardio.

INTERVENCIONES QUIRURGICAS: Fecha, causa, opera-
ción, evolución en el transoperatorio.

TRAUMATISMOS: Caídas, fracturas, luxaciones, he-
ridas, fecha, evolución, etc.

TRANSFUCIONES: Fecha, causa, reacciones, trata-
mientos médicos previos para cualquier tipo de padeci-
miento mencionado.

ALERGIA: Medicamentos, alimentos, ropa, antisue-
ros, etc.

HISTORIA GINECOLOGICA: Menarca, ritmo, síntomas
pre y postmenstruales, vida sexual activa, número de -
embarazos, abortos, partos, cesareas, (causas y fe -
cha), partos anormales, atención de los partos, peso-
del producto, infecciones, traumatismos, etc.

ANTECEDENTES FAMILIARES Y HEREDITARIOS

Padres, hermanos, tíos, abuelos, cónyuge, hijos, (edad, estado de salud, edad al morir y causas), sífilis, diabetes, obesidad, tuberculosis, cardiopatías, neoplasias, padecimientos nerviosos o cardiacos, (psicosis, epilepsia, neurosis), alcoholismo, toxicomanías, lugar que ocupa el paciente en la familia (hijo etc.) .

ANTECEDENTES GENERALES

Raza de la que proviene, lugar de residencia (- actual, y anterior), ocupación, religión, deporte, tabaquismo, etc.

PADECIMIENTO ACTUAL

Anotar molestias o causas por las cuales acude el paciente, señalar la fecha de evolución, duración, periodicidad, intensidad, localización, relación con los alimentos, movimientos, etc, fenómenos que le acompañan, terapéutica empleada y respuestas.

ESTADO ACTUAL: Mencionar en el momento actual -

como se encuentra la sintomatología.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

APARATO RESPIRATORIO: Tos (intensidad, predo -
minio, fecha de inicio, dolorosa o indolora), especto
ración (cantidad, color, color de sangre, etc.), obs
trucción nasal (características), estornudos, cambio
de la voz, disnea, sianosis, dolor toráxico, resfriado
común (frecuencia), dolor en el oído, dolor en los -
senos paranasales, frecuencia de faringoamigdalitis en
un año, pérdida de peso, astenia, etc.

APARATO CIRCULATORIO: Cianosis, disnea, dolor -
precordial, palpitaciones, lipotimias, síncope.

SISTEMA HEMATOLOGICO: Palidéz, petequias, aste -
nia, equimosis, opistaxis, gingivorragias, sangrado -

prolongado, propensión a las infecciones, hematomas, manifestaciones de anemia, retardo de la cicatrización.

SISTEMA ENDOCRINO Y METABOLICO: Poliuria, polidipsia, polifagia, diabetes, ginecomastía, cambios de la voz, temblor, intolerancia al calor o frío, crecimiento de estatura lento o excesivo, aumento rápido o lento de peso, diaforesis, sequedad de la piel, nerviosismo, acúmulos anormales de grasa, torpese al hablar.

APARATO DIGESTIVO: Nauseas, vómito, regurgitaciones, halitosis, sialorrea, perturbaciones del apetito, dolor epigástrico, distensión abdominal, metiorismo, flatulencia, diarreas, ictericia intestinal, melena, expulsión de parásitos.

APARATO GENITOURINARIO: Que ritmo tiene la diu-

resis, son normales las características de la orina, es satisfactoria la micción, es normal la menstruación (su ritmo, cantidad, duración), hay flujo (con características), pujo y tenesmo cervical, poliuria, oliguria, etc.

SISTEMA NERVIOSO: Son frecuentes los episodios de cefaleas, que regiones afectan, se acompañan de vómitos o de otros síntomas, son normales la visión, el olfato, el gusto, la audición, el tacto, hay trastornos de la sensibilidad o motividad, existe disminución de la memoria, de la ideación, o de la coordinación.

ESTUDIO PSICOLOGICO: Existen conflictos familiares, matrimoniales, ocupacionales, económicos, o ambientales (apreciación subjetiva del paciente durante la consulta).

EXPLORACION FISICA:

PESO _____ PULSO _____

TENSION ARTERIAL _____

TEMPERATURA _____ FRECUENCIA RESPIRATORIA _____

EXAMENES PREVIOS: Enumerar los exámenes con fecha y resultados al padecimiento actual, que se han practicado al paciente, también anotar exámenes recientes, no anotados o relacionados con el padecimiento actual.

EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO: Forma y volumen, ictericia, equimosis, color de pelo, neoformaciones. Nariz: tabique nasal, desviaciones, secreciones, mucosa, cornetes. Oídos: forma y volumen, conductos auditivos-externos derecho e izquierdo, secreciones.

Cuello: forma, volumen, movilidad, puntos dolorosos.

EXAMEN BUCAL

LABIOS: Color, textura, volumen, nivel de sellado, consistencia, forma.

ENCIA: Color, textura, consistencia, forma, volumen, dolor, sangrado, exudado, posición, profundidad del vestíbulo, inserción de los frenillos.

CARRILLOS: Color, textura, consistencia, volumen.

PALADAR: Color, textura, consistencia, volumen.

LENGUA: Color, textura, consistencia, volumen, -
inserción del frenillo.

PISO DE LA BOCA: Color, textura, volumen, con -
sistencia.

GANGLIOS LINFATICOS: Volumen, dolorosos.

OCLUSION: Clase I, clase II, clase III, borde a
borde, cruzada, sobremordida horizontal, sobremordida-
vertical, mordida abierta, etc.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR: Desviaciones, -
dolor, chasquido, etc.

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS DENTALES:

INTERPRETACION RADIOGRAFICA:

DIAGNOSTICO:

ETIOLOGIA:

PLAN DE TRATAMIENTO:

ODONTOGRAMA:

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

FECHA: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

IV. MATERIAL

La mayoría de los artículos que se emplean en una Cirugía se pueden encontrar en forma lista para usarse, empacados en unidades estériles, el costo de cada uno de ellos deberá ser considerado por cada Dentista:

JERINGAS Y AGUJAS HIPODÉRMICAS:

Siempre se contará con una buena dotación de ellas, las jeringas se pueden encontrar en tres diferentes presentaciones. La jeringa de cristal, desechable de plástico y la de cartucho, las jeringas desechables y los cartuchos pueden adquirirse con aguja hipodérmica o sin ella.

Las agujas hipodérmicas deberán seleccionarse según su longitud y calibre que puede variar desde el calibre 16 al calibre 30 y su bisel varía también, puede ser corto o largo, siendo el corto el más útil para el consultorio dental.

Las agujas hipodérmicas pueden adquirirse desechables o para volverse a usar.

AGUJAS DE SUTURA:

Las agujas de sutura pueden adquirirse en una variedad de tamaño y formas, y pueden ir unidas a distintos materiales en paquetes listos para usarse.

La aguja pequeña semicircular, de borde cortante es la ideal para la mayor parte de las suturas intrabucales, tienen un borde triangular cortante que facilitan el paso de la aguja a través de los tejidos, una aguja sin filo requiere mucha fuerza para que penetre

en los tejidos, los deforma haciendo difícil su acomodamiento en posición adecuada.

MATERIAL DE SUTURA:

Hay diferentes materiales de sutura, la seda negra, trenzada de tamaño 3-0 es de mucha utilidad en trabajos intrabucales, el diámetro 3-0 (000) es lo suficientemente fuerte para no romperse al estar suturando y no es molesto para el paciente, los nudos que se hacen de ella.

El trenzado tiende a impedir que la seda se tuerza o se enrede durante la sutura.

La seda negra de sutura (0000) y (00000) se usan para cerrar algunos tipos de incisiones cutáneas, el número de ceros indica el grosor del material.

La fibra trenzada de poliéster se usa en los materiales Marsilene y Tevdek, se utilizan como hilos monofilamentosos no absorbibles.

Los hilos monofilamentosos de catgut, nylon y acero inoxidable se usan como materiales de sutura sin trenzar y no tienen la propiedad capilar de la seda trenzada.

De estos materiales monofilamentosos el catgut es el más irritante y el catgut crómico que se pigmenta para aumentar su resistencia y retardar su absorción es el menos irritante, el catgut es hilo absorbible pero no puede terminarse cual es el tiempo de absorción.

Los materiales a base de catgut se utilizan para cerrar planos profundos, por ejemplo, en una laceración

ción de la lengua se utiliza para mantener los planos unidos y usando ceda negra trenzada para las superficies.

El material de sutura de acero inoxidable de diámetro (0000) y (00000) es el menos irritante de los materiales de sutura monofilamentosos, pero tienen la desventaja de su rigidez que pueden causar alguna irritación en la cavidad bucal, porque los cabos cortados pueden proyectarse hacia los labios o los carrillos.

APARATO DE IRRIGACIÓN:

Es un procedimiento quirúrgico, en el que hay que penetrar al hueso requiere un gran volumen de líquido para irrigar, éste debe estar estéril e isotónico, el agua que sale de nuestra unidad no es la adecuada, puesto que no se puede meter al autoclave toda la unidad antes de usarla, ni se puede desconectar de la tubería, y no proporciona una solución isotónica ni estéril.

Una jeringa de pera grande o una de 10 ml. con estuche Luerlock y cánula de plata maleable, (Sklar # 1105) son adecuadas y convenientes para aplicar la solución salina normal, salina estéril directamente en el extremo del instrumento cortante, o en el surco del colgajo reflejado, es también útil en el tratamiento postoperatorio de estas heridas profundas, el extremo de la cánula puede colocarse directamente en las profundidades de los sitios que requieren irrigación.

SEPARADORES DE BOCA:

Hay varios de tipos de separadores de boca in -
cluyendo los de Molt y el separador de bloque de goma-
intrabucal McKesson.

COMPRESAS:

Se utilizan con frecuencia compresas de gasa es-
tériles de 5 x 5 cm. después de la Cirugía se usan com-
presas de gasa como apósito hemostático, tienen que -
ser sin relleno de algodón porque los fragmentos de al
godón se adhieren a las mucosas, y funcionan como cuer-
pos extraños dentro de la herida y tienden a producir-
complicaciones como: curación retardada, absceso y os-
teomielitis alveolar localizada.

V. INSTRUMENTAL

El instrumental necesario para un procedimiento quirúrgico deberá estar siempre listo y dispuesto de una manera que el profesional lo pueda tomar fácilmente, a cada instrumento se le dará el uso requerido para evitar posibles accidentes y complicaciones.

Será expuesto brevemente el equipo necesario para un procedimiento quirúrgico.

INSTRUMENTAL:

Hay grandes variantes entre los instrumentos quirúrgicos sin embargo con los años se han vuelto clásicos y se han generalizado entre los profesionales, el número de instrumentos dependerá de la amplitud del procedimiento.

Hay instrumental para sección de los tejidos blandos y duros, se hará una descripción de cada uno de ellos.

BISTURI	Mango Bard Parker # 3
HOJAS DE BISTURI	Bard Parker # 11, 12, 15 y opcional
TIJERAS	Tipo Dean, rectas o en ángulo
PINZAS GUBIAS	Clásicas o del tipo Blu mental
LIMA PARA HUESO	De 2 puntas (Hufriedy- # 21)
ELEVADOR DE PERIOSTIO	Molt # 9
PINZA DE EXTRACCION	# 23, 222, universales
ELEVADORES	Recto #1, 80 (Hufriedy)

dy), de Cryer # 44, -
55 (Hufriedy)

PUNZONES PARA PUNTAS

DE RAICES

Heidbrink # 2 y 3 (Hu
friedy)

CURETAS

Doble punta, clásica -
de Miller # 10, 11 y -
12

PINZAS DE HEMOSTASIA

DE LOSQUITO

Curvas o rectas

PORTA AGUJAS

Gardner de 12.5 o 15 -
cm.

FRESAS QUIRURGICAS

De baja y alta veloci-
dad

BISTURI:

El bisturí o escapelo puede ser una unidad inte-
gral con hoja y mango unidos, como en el caso de los -
cuchillos parodontales, o puede ser un mango con hoja
desmontable y desechable, un mango del # 3 para hojas-
del # 11 recta y punteaguda, hoja # 15 con borde cor -
tante convexo.

Cada hoja tiene su función diferente, unas pue -
den ser para incidir abscesos, para cortar bordes de-
heridas antes de suturar.

TIJERAS:

Son de diferentes formas y siguen un sistema clá-
sico de división y de identificación, son empleados -
para cortar tejidos blandos, no se deben usar para cor

tar suturas, ni otro tipo de material, los extremos - cortantes pueden terminar en punta o ser redondeados y romos.

CINCELES Y MARTILLOS:

Los cinceles pueden adquirirse en varios largos y anchos y el extremo puede tener un bicel sencillo a-doble.

Cada uno tiene su propio uso pero debe ser mane-jado con mucha habilidad y cuidado.

Los martillos vienen en una gran variedad de nú-meros, tipos, formas y materiales, de cabezas pesadas- con plomo o nylon en la superficie de contacto para - amortiguar el ruido al golpear el cincel.

IMPACTADORES:

Hay dos tipos de resorte y de motor, las hojas - se pueden insertar en cualquier modelo, se parece a - los elevadores y a los cinceles y por ello nos ofrece- una variedad de usos; lutación y sección de dientes - así como también extracción de hueso.

PINZAS GUBIAS:

Se utilizan para cortar hueso, suelen tener un- resorte entre los mangos de manera que el instrumento se abre por sí solo al dejar de hacer presión manual- permitiendo así realizar varios cortes, estas pinzas - pueden cortar por ambos lados de la pinza con la pun- ta, las hay de dos tipos; las que cortan solamente - con un lado y las que cortan en tres sitios (alumena-

PUNZONES PARA PUNTAS DE RAICES:

Su función es la misma que la de los elevadores-apicales puesto que extraen los fragmentos de raices o por lo menos llevarlos a una posición para ser extraídos con una pinza de mosquito muy delgada o por aspiración.

CURETAS:

Las curetas se emplean para retirar tejido de--granulación del fondo de los alveolos y para extraer -membranas quísticas, se utilizan con el lado cóncavo -hacia el hueso, en ocasiones es necesario raspar el -fondo de la cavidad alveolar para retirar los últimos-fragmentos de tejido, las más usadas son las de Miller del # 9, 10, 11, y 12.

PINZAS DE HEMOSTASIA:

Las pinzas de hemostasia se encuentran en varios tamaños pero las pinzas de mosquito curvas que son pequeñas y las de Kelly que son mas grandes son -muy útiles en procedimientos quirúrgicos Bucales, este tipo de instrumental fué creado originalmente para pinzar vasos pequeños sangrantes de donde se deriva su -nombre de pinzas de hemostasia.

Gracias a la configuración de sus puntas que se encuentran con estrias y a su longitud éstas pinzas -pueden sacar firmemente los tejidos blandos y fragmentos radiculares u óseos.

Pueden alcanzar con facilidad al fondo de los alveolos puesto que el largo de sus puntas así lo per -

mite y puesto que el punto de apoyo se encuentra a -- una distancia a más de 2.5 cm. de la punta de trabajo.

PORTA-AGUJAS:

Son instrumentos que se parecen a las pinzas de hemostasia pero que tienen una función muy distinta, - de modo que éstas no pueden tener una función de asir-tejido blando ni tampoco puede penetrar a los alveolos puesto que su configuración no lo permite, así como el porta-agujas no puede asir tejido, tampoco las pinzas-de hemostasia no pueden ser utilizadas como porta-agu-
jas.

Cuenta el porta-agujas en su parte interna de - sus puntas con un revestimiento de carburo que las ha-ce resistentes y muy durables.

PINZAS DE DISECCION:

Se emplean para estabilizar colgajos, especial - mente al suturar, aceleran el procedimiento de sutura- y ayudan a aproximar los bordes del tejido del colga-jo, traumatizando muy poco, hay diferentes tipos de - pinzas de las cuales las más empleadas son; de Allis,- de ratón y las especiales.

RETRACTORES:

Tienen como función retraer el tejido para faci- litar la visibilidad para el profesional, y tener un - mejor acceso al área Quirúrgica, un retractor que siem- pre se ha usado y el que siempre estará al alcance es sin duda el espejo bucal que tiene en los procedimien-

tos quirúrgicos más valor como retractor que como medio para examinar los tejidos.

Hay una extensa variedad de retractores siendo los más empleados los de Black para tercer molar y carrillos, para mantener el carrillo y el colgajo fuera del campo operatorio al trabajar el área del tercer molar, se utiliza con frecuencia un depresor metálico de Winder # 2 como retractor de carrillo y como retractor y depresor de la lengua para exponer el piso de la boca y cara lingual del borde alveolar inferior, hay que recordar que en Cirugía la visión deberá ser directa y no viendo a través de un espejo.

INSTRUMENTOS ELECTROQUIRURGICOS:

Pueden ser empleados para cortar tejidos blandos, pero su aplicación se limita en Odontología y deben ser empleados por un operador que debe estar consciente de sus peligros y sea hábil en su uso.

Un instrumento electroquirúrgico que rara vez se utiliza, es un alambre de alta resistencia que se calienta al igual que el elemento de un tostador eléctrico, el calentamiento se controla por un transformador, se forma una vía de paso a través del tejido quemándolo, pero quemando también el tejido adyacente el cual se recuperará lentamente.

Una unidad electroquirúrgica mejor, convierte la corriente alterna en corriente directa no amortiguada, creando un arco eléctrico entre el tejido y el electrodo cortante, esto produce un calor intenso que corta por delante del electrodo de modo que la desecación -

del tejido y la coagulación a lo largo del corte sean mínimas, las superficies de mucosas desgarradas por este instrumento y dejadas granular curan más lentamente que las superficies de tejido desgarradas por un instrumento cortante, las superficies de corte que quedan próximas curan de una sola intención.

INSTRUMENTOS CRIQUIRURGICOS:

Este tipo de tratamiento consiste en la destrucción de tejido por medio de congelación, es limitado en Odontología por lo caro del equipo y sus riesgos, el nitrógeno por ejemplo se pasa a una cánula por medio de una tubería aislada se aproxima al tejido y una bomba de distribución se activa para hacer circular el refrigerante y así congelar el tejido cuando se ha terminado se detiene la bomba y la cánula se calienta de modo que pueda retirarse del tejido sin desprenderlo.

El tejido refrigerado se sacrifica y la herida cura por granulación, se cree que la cantidad de tejido cicatrizal es menor después de Criocirugía que después de emplear Electrocirugía.

PINZAS AUXILIARES:

No son instrumentos quirúrgicos, pero se emplean para manejar instrumental estéril, el tarro que las contiene se llena con una solución desinfectante, sin embargo se utilizará la autoclave para la desinfección de éstas pinzas.

Todos los instrumentos que se han mencionado deberán ser lavados perfectamente y mantenerse en buenas

condiciones para usarlo adecuadamente y sin riesgos, -
deberán inspeccionarse frecuentemente para saber de su
filo en caso de que sean cortantes, y en todo caso de-
berán mandarse a que los afilen regularmente.

**VI. TECNICA QUIRURGICA
A SEGUIR EN CADA
CASO**

VI.A. RETENCION MESIOLINGUAL
EN MAXILAR ENFERIOR

Usamos bloqueo dental y óseo. Antes de extraer, se ha preparado adecuadamente al paciente.

Se coloca una compresa en cortina en la boca para aislar el campo operatorio. Se usa otra compresa para secar membranas mucosas bucales expuestas.

Se hace una incisión en los tejidos distales al segundo molar, con el bisturí. Es importante palpar los tejidos antes de la incisión para mantener ésta sobre el hueso. La rama vertical del maxilar inferior se ensancha hacia afuera, y por lo tanto una incisión distal recta puede extenderse dentro de los tejidos que quedan por dentro del maxilar inferior y contienen estructuras anatómicas importantes.

Una regla segura a seguir es colocar la incisión por detrás de la cúspide bucal del segundo molar siguiendo el hueso subyacente, que puede ensancharse hacia afuera.

La segunda rama de la incisión se hace verticalmente a partir de la primera incisión en su unión con la cúspide distobucal, extendiéndose hacia abajo y hacia delante hasta los tejidos bucales sobre la raíz mesial del segundo molar.

Las variaciones en el colgajo incluyen la técnica de desprender las fibras gingivales bucales libres alrededor de todos los dientes, hacia adelante, para incluir el primer molar, y separando el gran colgajo bucalmente.

Otra variación es colocar la incisión vertical-oblicua mesial al segundo molar, en vez de mesial al tercer molar.

El colgajo mucoperióstico se eleva cuidadosamente con una cureta Kolt # 4, empezando en la incisión vertical, el instrumento se mueve hacia atrás y hacia el reborde alveolar.

Cuando el sitio operatorio esta ampliamente expuesto se coloca un separador apropiado bajo el colgajo y se mantiene contra el hueso.

La osisección se inicia en forma vertical, paralela a la raíz distal del segundo molar y justo detrás de ella.

La incisión ósea tendrá la misma longitud que la anchura del cincel, o doble o triple, dependiendo de la profundidad necesaria para llegar bajo la corona de esmalte del diente retenido, según se haya observado radiográficamente preoperatoriamente.

Se voltea entonces el cincel para que quede con el frente hacia atrás, se coloca en el fondo del primer corte, y se dirige ligeramente hacia la cresta alveolar.

La mayor parte de la placa bucal se extirpará en una pieza. Se hacen otros cortes horizontales para exponer la corona. Se revisan dos puntos con la cureta pequeña. El hueso sobre la superficie distal o superior de la retención deberá eliminarse, a manera de poder extraer la corona después de dividir.

El hueso es la unión de los cortes horizontal y vertical deberá extirparse lo suficiente para permitir que la cureta entre en el tejido esponjoso bajo la corona retenida.

Entonces se secciona el diente.

Se coloca un nuevo cincel en el surco bucal, se dirige distalmente hacia el cuello anatómico distal del diente y se golpea con fuerza.

La porción distal seccionada se levanta de la herida. Se coloca un elevador en punta de lanza, biangulado, bajo la corona y se hace movimiento hacia arriba.

El borde superior de éste elevador es la porción del instrumento que levanta el diente.

Para obtener mejor palanca sobre el diente, se voltea el borde principal un poco distalmente hacia el diente.

El mango del instrumento se mueve en plano vertical recto.

En este momento no se hace rotar.

Cuando el diente se mueve, estará forzando a moverse en arco.

Cuando se haya movido hacia arriba y distalmente hasta un punto en que el instrumento no pueda ya mantener contacto con él, se hace rotar aquél de manera que el borde inferior termine la extracción del diente.

Ahora está en posición vertical, separado del segundo molar lo suficiente para perder la ventaja mecánica del elevador colocado entre los dientes.

Un elevador Winter largo colocado en la bifurcación de la raíz, con la placa cortical bucal usada como punto de apoyo, elevará este diente y lo sacará de la herida.

Los fragmentos óseos se levantan de la herida

con una cureta pequeña.

Los restos de tejido blando en el alveolo se extraen cuidadosamente por disección roma o cortante.

Se usa una aguja cortante redonda de 12.5 mm. y seda # 3-0, aunque el catgut # 3-0 no tiene que quitarse.

Generalmente es suficiente con un punto de sutura.

El corte vertical casi nunca se cierra.

No se coloca drenaje. Se coloca una compresa de gasa sobre el área.

**VI.B. RETENCION HORIZONTAL
EN MAXILAR INFERIOR**

La retención horizontal situada a bajo nivel oclusal, requiere un corte óseo vertical profundo, que frecuentemente se extiende casi hasta el nivel de la punta del segundo molar.

Los cortes horizontales deberán ser suficientes para exponer el cuello anatómico del diente.

La descripción clásica de la extracción de ese diente incluye una división en el cuello anatómico para separar la corona de la raíz.

Esto puede lograrse con un cincel. Sin embargo, la fresa es especialmente eficaz para este procedimiento, siempre que existan piezas de mano y fresas estériles.

Un método de alternativa comprende colocar el cincel en el surco bucal, dirigiéndolo hacia atrás y hacia arriba y tampoco lingualmente como lo permita el acceso.

La porción distal de la corona puede dividirse y eliminarse.

Se coloca entonces el cincel en el mismo sitio dirigido hacia atrás y hacia abajo.

Esto dividirá la porción mesial de la corona, que no puede extraerse en ese momento.

Si los ángulos de las secciones han sido lo suficientemente anchos, puede existir suficiente espacio para extraer la retención, siempre que se haya eliminado suficiente hueso sobre la cresta del rebordo.

Si se lleva a cabo toda la osteosección antes de intentar seccionar, el diente puede aflojarse ligeramente, y un diente flojo en su lecho es difícil de di

vidir.

Se secciona en cuanto se logra acceso a la corona, incluso si las partes no pueden retirarse, y después se lleva a cabo la osisección ulterior.

Puede hacerse otra división en dirección casi vertical en ese momento.

La superficie de dentina expuesta, puede dividirse más fácilmente que el esmalte, y si se expone la cámara pulpar, es aún más fácil obtener una división.

Se extraen los fragmentos dentales superficiales. Si el corte óseo vertical se ha hecho, lo suficientemente profundo para lograr el acceso del elevador y se ha eliminado suficiente hueso de la cresta alveolar, la porción radicular puede extraerse con elevador # 14, seccionando, o no, aún más la raíz.

No deberá usarse presión fuerte. Debe seguirse seccionando el diente o el hueso hasta poder retirar la retención con relativa facilidad.

La porción mesial de la corona se extrae en último lugar.

Se efectúa cierre primario después de hacer cuidadoso desbridamiento.

**VI.C. RETENCION VERTICAL
EN MAXILAR INFERIOR**

La extracción de la retención vertical es una -- de las operaciones mas difíciles debido a la dificultad de colocar un instrumento entre el segundo molar y el tercer molar retenido inmediatamente adyacente.

Este espacio es demasiado pequeño para eliminación ósea adecuada.

Se expone el área a la vista bajo un gran colgajo mucopcrióstico.

Se hace un corte óseo vertical y largo.

Para exponer cuando menos el cuello anatómico de la retención.

Se elimina hueso por detrás de la retención y -- también sobre la superficie oclusal.

Se logra hacer una grieta casi vertical, desde el surco bucal a través de la porción distal del diente, -- bajo el cuello anatómico. Esta porción se quita. Se fuerza un elevador delgado en punta de lanza entre los dientes, si es posible, y se eleva el diente.

Si no es posible lograr acceso, un elevador # 14 puede empotrar el área de bifurcación en el lado bucal y puede ejercerse fuerza recta hacia arriba.

**VI.D. RETENCION DISTOANGULAR
EN MAXILAR INFERIOR**

La retención distoangular es difícil de extraer porque su masa queda en la rama vertical.

La corona de la retención esta situada lejos del segundo molar, lo que hace que no haya ventaja mecánica para el elevador.

Se eleva un colgajo mucoperiostico amplio, y se hacen los cortes óseos corrientes vertical y horizontal. Se secciona el diente en dirección vertical.

Según la curvatura de las raices, la masa mesial del diente se mueve primero hacia arriba mediante el elevador en punta de lanza, colocado en el lado mesial del diente, o con un elevador # 14 colocado en el área de bifurcación.

A veces la porción distal de la corona seccionada puede descargarse fuera del hueso en primer lugar.

El diente entonces se hace rotar distalmente en el espacio creado.

Frecuentemente es útil seccionar la corona desde la raíz desde la retención distoangular, extraer la corona, dividir la raíz en casos factibles, y extraer las porciones radiculares separadas.

En las operaciones para extraer retenciones inferiores deberán observarse varios factores de cautela.

La fuerza aplicada con elevadores deberá ser siempre fuerza controlada, así como mínima en algunas ocasiones especiales será necesario usar fuerza mayor que la normal, especialmente al forzar un elevador entre los dientes colocados muy cerca uno del otro.

Ciertos operadores usan mas fuerza que otros.

Sin embargo, es mejor hacer secciones múltiples-

del diente y extraer los bloques óseos antes de tratar de elevar el diente.

Luchas retenciones bien preparadas, incluso a bajo nivel, podrán extraerse con una cubeta pequeña en vez de con elevador pesado.

El hueso que a resultado excesivamente traumatizado deberá extraerse con cincel afilado o fresa después de haber extraído el diente.

**VI.E. RETENCION MESIOANGULAR
EN MAXILAR SUPERIOR**

El diente retenido superior generalmente se extrae en la misma visita en que se elimina el diente inferior del mismo lado.

Se administra un anestésico al mismo tiempo que el anestésico en maxilar inferior.

La compresa en cortina se substituye rápidamente por una compresa de gasa seca.

El repliegue bucal se seca y el operador sostiene el retractor bucal.

La incisión se hace sobre la cresta del reborde, desde la tuberosidad hasta el segundo molar, y se agrega un componente vertical en forma oblicua hacia arriba y hacia adelante, para terminar sobre la raíz mesio-bucal del segundo molar.

El colgajo mucoperiostico se eleva con cureta de Molt # 4; se coloca un nuevo cincel para hacer un corte vertical paralelo a la raíz distal del segundo molar.

Penetrando al tejido esponjoso blando y la corona de esmalte, a menudo se siente poco después de penetrar.

La placa cortical se eleva lentamente sobre el lado bucal del diente o, en caso de retención considerable, deberá extraerse completamente.

Se usa una cureta pequeña para asegurarse de que hay acceso entre el segundo molar y el tercer molar retenido.

En ciertos casos, no existe. Es casi imposible lograr mayor eliminación ósea entre los dos dientes, y será necesario ejercer presión controlada y conside-

rable con el elevador para forzar la punta del instrumento en el espacio interdental.

El hueso distal deberá extirparse en este caso.

Se extrae el diente con elevador en punta de -- lanza, elevador # 34 o un elevador # 14.

La punta del elevador se fuerza entre los dientes en el área de osificación, y se aplica fuerza recta hacia abajo y bucal, la punta y el borde inferior del elevador entran en contacto con el cuello anatómico del diente y lo elevan hacia abajo con estos puntos de ventaja se tiene cuidado al voltear distalmente el elevador, puesto que esto aumenta la posibilidad de fracturar la tuberosidad.

El área se desbrida de material tisular extraño-blando y duro y los bordes óseos se alisan con la cureta.

Se coloca un punto de sutura a través de la incisión de la cresta y otro a través de la incisión vertical.

Se quita la compresa en cortina. Se coloca otra compresa ligeramente humedecida en agua, sobre la herida y se instruye al paciente para que muorda sobre ella con fuerza.

Unos minutos después se toman radiografías postoperatorias, y se coloca otra compresa entre los maxilares, que permanecerá allí hasta que el paciente haya regresado a su casa.

Se receta una bolsa de hielo que irá colocada en la cara a intervalos intermitentes de 10 minutos, durante el resto del día.

Se establece nivel terapéutico de un medicamento analgésico, administrándose la primera dosis al llegar a casa, antes de haber desaparecido el efecto del anestésico local.

**VI.P. RETENCION VERTICAL
EN MAXILAR SUPERIOR**

La retención vertical en maxilar superior especialmente si la corona descansa cerca del cuello anatómico del segundo molar, no permitirá acceso entre los dientes para osisección ni para hacer palanca con algún instrumento.

Se hace un corte óseo vertical, paralelo al borde mesial del diente retenido.

El delgado hueso que está sobre la superficie bucal del diente se elimina cuidadosamente, o a veces se separa del diente y se dobla de uno a dos milímetros, hacia bucal.

El cincel se introduce cuidadosamente en la parte posterior de la superficie distal con objeto de crear espacio para hacer movimiento hacia atrás.

Se introduce entre los dientes alguno de los instrumentos de hoja delgada, de cualquier tipo.

Como no ha sido posible extirpar hueso en este espacio será necesario usar fuerza considerable.

En cuanto el instrumento pueda empujarse en ese espacio, el diente podrá extraerse fácilmente.

Ocasionalmente, se moverá hacia abajo tan rápidamente que podrá ser deglutido o aspirado, de no existir una cortina de gasa adecuada que cubra la bucofaringe,

Si el instrumento no puede introducirse en el espacio, y se ha extirpado considerable cantidad de hueso alrededor del diente, puede colocarse un cincel guía sobre la superficie bucal del esmalte en dirección vertical y golpearse suavemente hacia abajo.

**VI.G. RETENCION DISTOANGULAR
EN MAXILAR SUPERIOR**

La retención distoangular, situación muy rara - requiere un colgajo mayor Quirúrgico y eliminación extensa del hueso circundante.

Se hace una incisión en la cresta media, extendiéndose desde el segundo molar a la curva de la tuberosidad, y las extensiones verticales a bucal y lingual se hacen distales al segundo molar.

Este colgajo expone toda la tuberosidad ósea.

Se hace una incisión ósea vertical en distal al segundo molar hasta el área de la punta.

Se elimina el hueso de la cresta alveolar y bucal. El área distal a la retención se expone cuidadosamente con un cincel, principalmente por presión manual.

El diente se eleva haciendo palanca sobre el lado mesial, tan cerca de la punta como lo permita el acceso.

El diente puede empujarse al Antro de Hignore o a los tejidos que están detrás de la tuberosidad.

En ocasiones, un segundo instrumento se coloca simultáneamente sobre la superficie distal para guiar al diente hacia abajo.

Pueden usarse varios métodos de alternativa.

Si el diente sufre posición distoangular grave, puede usarse un elevador # 14 sobre la superficie coronaria distal para llevar al diente hacia abajo y hacia adelante.

A veces el diente deberá disecarse extensamente y extraerse con pinzas.

Puede usarse Gelfoam para llenar un defecto extenso y la herida deberá cerrarse en forma tensa con -

puntos separados múltiples.

Los cuidados postoperatorios, varían según el grado de retención, las reacciones individuales del paciente, el postoperatorio normal sin complicaciones dura de un mes a seis semanas, el cierre de esta herida-relativamente profunda en fondo de saco, debe ser vigilada atentamente.

Se asiste a la repleción progresiva de la cavidad ósea por el tejido de granulación viniendo del fondo a la superficie.

Se va comprobando como disminuye la profundidad de la herida progresivamente y después del período de eliminación de las falsas membranas se ve aparecer un tejido rosado, el tejido cicatrizal que poco a poco toma la apariencia de la mucosa normal.

Terminado el trabajo de cicatrización, suele quedar por detrás del segundo molar una ligera depresión, en los meses que sigue la depresión se llena a su vez, quedando una hoquedad insignificante incapáz de producir una retención alimenticia.

Esto es lo que se refiere a un postoperatorio normal, en caso contrario el cuadro anterior variará en todos aspectos.

Pueden producirse incidentes o reacciones operatorias, trismus, dificultades de la alimentación, ligera tumefacción externa, pequeña elevación térmica, son incidentes casi normales.

Tomando todas las precauciones preoperatorias indispensables, en grado de peligrosidad disminuye tanto para el paciente como para el operador.

Hay que cuidar el peligro de una sutura, aún par

**VII. CUIDADOS
POSTOPERATORIOS**

cial de la región operada, en caso de la aplicación de una curación postoperatoria hay que cuidar de efectuarla sobre tejido óseo sano y no sobre tejido infectado.

Estas precauciones permitirán evitar complicaciones o accidentes aún más serios.

Al paciente ambulatorio debe advertírsele que no se acueste al llegar a su casa, sino que permanezca - sentado y quieto en una silla.

Si la herida se ha cerrado por sutura, previa - obliteración del espacio muerto será necesario prestar al paciente poca asistencia postoperatoria.

Debera ordenársele que se aplique hielo en el carrillo, durante las primeras 24 horas, se administrarán en forma local y general antibióticos, alimentación líquida fría, las primeras 24 horas, analgésicos - por vía oral o intestinal.

La disminución de la temperatura por aplicaciones frías hace contraerse a los vasos periféricos y evita así la extravasación de sangre y linfa, la absorción de productos tóxicos, a la vez que tiene efecto - analgésico.

Transcurridas las primeras 24 horas que siguen a la intervención son beneficiosos los colutorios con una solución tibia y ligeramente antiséptica.

Pasadas las primeras 24 horas debe indicársele al paciente fomentos de agua caliente, ya que las primeras 24 horas se le indicó compresas de hielo.

Esto es con el fin de evitar una posible inflamación en el carrillo debido al traumatismo que se le pudiera provocar a consecuencia de la intervención qui -

rúrgicas.

El paciente debe ser continuamente vigilado a fin de diagnosticar precozmente las complicaciones que pudieran presentarse.

Las heridas que se han curado por tercera intención se examinarán todos los días.

Se irrigan suavemente con una solución antiséptica, sirviéndose de una jeringa, y después del lavado se puede aplicar el antiséptico.

Citas postoperatorias.

Se deberá atender al paciente tiempo después para retirar los puntos de sutura, y observar la evolución del procedimiento, se deberá estar a disposición del paciente las 24 horas del día por si llegara a presentarse algún problema, es de valiosa utilidad la toma de una radiografía postoperatoria de control, puesto que esta nos puede mostrar cuerpos extraños, esquirlas óseas o secuestros que sea necesaria la atención.

**VIII. P A R M A C O T E R A P I A
P O S T O P E R A T O R I A**

Todo tratamiento por pequeño que sea puede estar sujeto a un postoperatorio doloroso, por lo cual se deberá recetar a todo paciente un analgésico y un narcótico.

AGENTES ANTINFLAMATORIOS:

Son medicamentos que administrados por vía general inhiben, definen o aceleran a resolución de un proceso en una o en todas sus partes.

Aunque su uso está sujeto a controversias por razones estéticas y funcionales puede ser útil en algunos casos limitar la tumefacción quirúrgica.

ANTIBIOTICOS:

La penicilina G y V o la fenitilina potásica por vía oral son las elegidas siempre y cuando no existan alergias.

La penicilina G tiene muy poca toxicidad directa en los tejidos pero desgraciadamente es la principal productora de alergias, cuando existe alergia se puede emplear la eritromicina, rara vez se utiliza tetraciclina o la lincomicina.

La receta deberá contener la cantidad de medicamento suficiente para 48 horas, los antibióticos pueden recetarse como medicación sistemática en el período postoperatorio y algunos procedimientos quirúrgicos bucales y necesario cuando se trata de una profilaxia.

Varias preparaciones enzimáticas con hialuronidasa, estreptocinasa, tripsinas proteolíticas, han sido recomendadas para prevenir o reducir además de accele -

rar la reabsorción de hematoma.

INFLAMACION Y TRISMUS:

Cuando se presenta inflamación y trismus suelen ser asociados al traumatismo de la Cirugía, el paciente notará que su temperatura aumenta a más de 37° esto es habitual después de la Cirugía y puede reflejar un cierto grado de deshidratación, si el paciente empeora después de 48 horas deberá considerarse la posibilidad de una infección.

IX. CONCLUSIONES

Se ha visto y concluido que mientras más tiempo pasa y las investigaciones científicas y tecnológicas van avanzando, se ha observado que la dieta del ser humano se ha venido refinando.

Esto ha provocado una falta del desarrollo y crecimiento más amplios de nuestros maxilares, originando que los terceros molares principalmente sean inútiles, y como se ha tratado en este estudio quedan incluidos - o retenidos.

Todo esto ha provocado la creación y una especialidad Odontológica, la Cirugía Bucal (que es todo acto quirúrgico que se realiza en la cavidad oral).

Que al paso de los años ha venido a conformar - varios procedimientos para cualquier operación quirúrgica bucal, ,entre estos está:

a) La Historia Clínica. que nos revela las afecciones anteriores y presentes, la forma de vida, y el desempeño social del paciente.

b) La Asepsia y Antisepsia.

c) La Anestesia.

d) La Incisión y el levantamiento del colgajo.

e) La Osteotomía y la Osisección.

f) La Odontosección y la Extracción - del diente incluido.

g) El Lavado de la herida.

h) La sutura.

Los dientes retenidos pueden dar o no molestias, generalmente las causan y principalmente son:

DOLOR:

que se sucede al no poder erupcionar el diente, - haciendo presión en el diente contiguo.

INFLAMACION:

Relativo a la mucosa de la periferia. En ocasiones llega a erupcionar pero no completamente.

INFECCION:

En ocasiones cuando la presión del diente retenido es tal, suele producir reabsorción de las raíces del segundo molar provocando esto la formación de abscesos.

Además la retención de dichos dientes puede originar la formación de quistes u odontomas.

De ahí que la eliminación quirúrgica sea inminente.

Otro punto al que nos referimos es al del operador, el cual deberá ser un especialista, debido a las estructuras anatómicas que se localizan.

Como en el maxilar superior, que en la zona del tercer molar por arriba de éste se encuentra el seno maxilar (Antro de Hignore) que puede llegar a fracturarse, proyectar el diente al seno, o alguna raíz, provocando problemas infecciosos.

O en el maxilar inferior o mandíbula, ya sea por la colocación que llega a tener el molar retenido, se puede llegar a lesionar el nervio dentario inferior, - que procede del trigémino y se introduce en el conducto dentario inferior por la espina de Spix, u originar

la fractura del cuerpo o rama de dicho maxilar.

No por esto el estudio de ésta rama Odontológica es superficial.

Sino por el contrario nos hará profesionistas - más éticos, al poder remitir pacientes de este tipo y con dichos problemas a un especialista para el tratamiento adecuado y correcto.

X. BIBLIOGRAFIA

- Archer William Harry.- " Cirugía Bucal ". Editorial Mundi. Ed. Segunda. Buenos Aires 1968.
- Arellanal Ciro.- " Diccionario Odontológico. Editorial Ediar. Buenos Aires 1964.
- Costisch.- " Cirugía Bucal ". Editorial Interamericana. 1974.
- Carames D. Aprile E.- " Anatomía y Patología - Fisiológica Bucodental ". Ed. Cuarta. Buenos Aires 1954.
- Ginestet G.- " Atlas de Técnica Operatoria, Cirugía Estomatológica y Maxilofacial ". Editorial Mundi. Buenos Aires.
- Kruger Gustav O.- " Tratado de Cirugía Bucal ". Editorial Interamericana. Ed. Cuarta. 1982.
- L. Testut A. Laterjet.- " Anatomía Humana ". Editorial Salvat. Barcelona.

1968.

Head Sterling Vernon.- " Anestesia en Cirugía e
Dental ". Editorial Ute-
ha. México 1957.

Ries Senteno Gmo. A.- " Exodoncia ". Editorial
el Ateneo. Buenos Aires-
1960.

Sicher Itarry.- " Anatomía Humana ". E -
ditorial Labor. 1960.

Stanley L. Robbins.- " Tratado de Patología "
Editorial Interamericana

Toma Eurt Hornmann.- " Patología Bucal ". Edi-
torial Uteha. México. 19
59.

Tomas Velázquez.- " Anatomía patológica Bu-
cal y Dental ". Editorial
la Prensa Médico Mexicana