

198
Zej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

T E S I S

Que para obtener el Título de

CIRUJANO DENTISTA

presenta

MARIA DEL ROSIO GONZALEZ PADILLA



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

PRIMERA PARTE

CAPITULO I	Anatomía del Maxilar Inferior
CAPITULO II	Anatomía del Tercer Molar Inferior
CAPITULO III	Etiología y Clasificación de Retención
CAPITULO IV	Accidentes de la Erupción del Tercer Molar Inferior

SEGUNDA PARTE

CAPITULO I	Historia Clínica
CAPITULO II	Examen Radiográfico
CAPITULO III	Anestesia y Complicaciones de la Antestesia

TERCERA PARTE

CAPITULO I	Cuidados Preoperatorios
CAPITULO II	I. Técnica Quirúrgica para la Extracción del Tercer Molar Inferior Incluido

Operación

- a) Incisión
- b) Colgajo
- c) Extracción propiamente dicha
- d) Tratamiento de la Cavidad Osea
- e) Sutura

- II. Técnica Quirúrgica para la Extracción del Tercer Molar Inferior Retenido en Posición Mesioangular

- III. Técnica Quirúrgica para la Extracción del Tercer Molar Inferior Retenido en Posición Horizontal

- IV. Técnica Quirúrgica para la Extracción Inferior Retenido en Posición Vertical

- V. Técnica Quirúrgica para la Extracción del Tercer Molar Inferior Retenido en Posición Distoangular

CAPITULO III

Cuidados Postoperatorios

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

DEFINICION Y CONCEPTOS GENERALES

"Cuando llega el momento normal de la erupción de los dientes y estos quedan encerrados o atrapados dentro de los maxilares, se dice que la pieza o diente está retenida, conservando su saco pericoronario".

En algunos casos es utilizada la palabra impacto, refiriéndose a retención, pero en Odontología este término no existe ya que el significado es, penetración de un objeto al interior de un cuerpo por una fuerza externa, el tercer molar en su evolución puede impactar su corona en el segundo molar, pero a este estado se le llama presión excesiva.

Hay un número determinado de dientes de los cuales tienen mayor predisposición para quedar retenido, tales son los caninos y los terceros molares y se dice que es un problema mecánico, ya que el diente está por hacer erupción normal y aparecer en la arcada como los demás dientes pero encuentra en su camino un obstáculo que impide la erupción normal y entonces se dice que está impedida mecánicamente por ese obstáculo.

Para eliminar un diente retenido es necesario hacer un diagnóstico exacto, - valorar el riesgo quirúrgico local, general y sobre todo conocer los princí-

plos básicos de la cirugía. Desde el punto de vista general todas las enfermedades sistemáticas pueden ser causa de inclusión (sífilis, tuberculosis, desnutrición). También algunos factores son señalados en la inclusión de los molares y son odontomas, quistes, dientes supernumerarios, permanencia excesiva de los dientes deciduos, y una membrana mucosa y densa.

Las retenciones pueden ser según el tejido involucrado.

- a) Intraósea, cuando el diente está rodeado por tejido óseo.
- b) Submucosa, cuando el diente está rodeado por mucosa gingival.

PRIMERA PARTE

CAPITULO I

Anatomía del Maxilar Inferior

El maxilar inferior o mandíbula es el mayor y más potente hueso de la cara y consta de un cuerpo y un par de ramas.

El cuerpo de la mandíbula tiene forma de una U y en cada mitad se distinguen una cara externa y otra interna, un borde superior o alveolar y borde inferior o base, la cara externa se caracteriza generalmente por un saliente medio que marca la línea de fusión de las mitades de la mandíbula en la sinfisis mentoniana. Se extiende caudalmente en una elevación triangular llamada protuberancia mentoniana, la base de la cual está limitada a cada lado por un tubérculo mentoniano. Más hacia afuera con frecuencia por debajo del segundo premolar, puede ser visto fácilmente el agujero mentoniano, el nervio y los vasos mentonianos emergen del agujero hacia arriba, atrás y afuera.

La línea oblicua es una saliente que se dirige hacia atrás y arriba desde el tubérculo mentoniano hasta el borde anterior de la rama. La porción alveolar aloja los dientes inferiores en alveolos, y se halla ampliamente cu-

bierta por mucosa de la boca. El borde inferior de la mandíbula es llamado también base. La fosa Digástrica es una depresión rugosa situada en la base próxima a la sinfisis, hacia atrás aproximadamente 4 cms. por delante del ángulo de la mandíbula, la base puede presentar un surco para la arteria facial.

La cara interna se caracteriza por una elevación irregular, la espina mentoniana, en la parte posterior de la sinfisis, puede estar constituida por una a cuatro porciones llamadas tubérculos o apofisis genianos, donde se insertan los músculos genihiodeos y genioglosos. Más dorsalmente la línea milohiodea aparece como un reborde oblicuo que se dirige hacia atrás y arriba desde la zona situada por encima de la fosa digástrica hasta un punto posterior al tercer molar, en ella se origina el músculo milohiideo, la fosa submaxilar es caudal a la línea milohiodea y aloja una parte de la glándula submaxilar. La fosa sublingual, situada más hacia adelante, por encima de la línea milohiodea aloja a la glándula sublingual. El extremo del surco milohiideo viene a alcanzar el cuerpo del maxilar, algo más abajo del extremo posterior de la línea milohiodea.

La arteria temporal superficial, que es la rama terminal de menor calibre

de la carótida externa, se origina en la glándula parótida, dorsal al cuello del maxilar inferior, cruza al arco cigomático y se divide en ramas frontal y parietal. En la rama posterior se va a localizar la apofisis condílea, limitada a su vez por una zona comprimida inferior conocida como cuello del cóndilo. Entre la apófisis coronoides y cóndilea, se localiza la escotadura mandibular que es cóncava en su parte superior. Las ramas del maxilar inferior son láminas óseas cuadriláteras en las que se distinguen las caras externa e interna y borde anterior, superior y posterior.

La cara externa es plana y presta inserción al masetero. La cara interna se halla el orificio del conducto dentario inferior el cual se dirige hacia abajo y adelante. En el conducto dentario inferior o mandíbula, contiene el nervio alveolar inferior y vasos, el agujero está limitado hacia adentro por una prolongación que se le da el nombre de llingula, donde se inserta el ligamento esfenomaxilar. El conducto dentario inferior se dirige hasta el plano medio y origina en éste trayecto un conducto que se abre en el agujero mentoniano.

El surco milohiideo se inicia dorsalmente a la llingua, y se dirige hacia abajo y adelante a la fosita submaxilar, contiene el nervio y los vasos mi-

lohiodeo, la cara interna es rugosa y proporciona inserción al músculo pteri
goideo interno.

El borde superior de la rama es cóncavo y forma la escotadura mandibular, - ésta se halla limitada por delante, por la apofisis coronoides, en la que se inserta el temporal; la apofisis condilea limita la escotadura por de - trás y comprende la cabeza del cuello maxilar del cóndilo cubierto de fibro cartí
lago, se articula indirectamente con el temporal para formar la arti - culación tempromandibular. El eje mayor de la cabeza está dirigido hacia adentro y algo hacia atrás, el extremo externo del cóndilo maxilar puede -- ser apreciado fácilmente en el sujeto vivo. El cuello da origen al liga - mento lateral por fuera, y presta inserción al músculo pterigoideo exter - no por delante. El borde anterior de la rama es irregular y puede ser pal
pado por la boca, se continúa con la línea oblicua.

Músculos de la Masticación

Se designa con este nombre a un grupo bilateral de cuatro músculos podero
sos procedentes de la base del cráneo y se insertan en la mandíbula. El - masetero, el temporal, el pterigoideo externo e interno.

Reciben la inervación motriz de la tercera rama del trigémino o nervio maxilar inferior. El suministro de sangre procede de una de las ramas terminales de la carótida externa y la arteria maxilar.

El músculo masetero está cubierto por la aponeurosis maseterica, es un músculo cuadrilátero que tiene su origen en el borde interior y cara interna -- del arco cigomático y se inserta en la cara externa de la rama del maxilar.

Una rama del tronco anterior del nervio maxilar inferior llega hasta la cara profunda del músculo pasando previamente por la escotadura maxilar.

La fosa temporal se halla limitada por la línea temporal, la apofisis frontal del maxilar y el arco cigomático, comunica con la fosa infratemporal -- profunda al arco cigomático para penetrar en la fosa infratemporal, está limitada frontalmente por la cara posterior del maxilar, cranealmente por la cara infratemporal del ala mayor del esfenoides, hacia dentro por la lámina pterigoidea externa y hacia afuera por la rama y la apofisis del maxilar.

El músculo temporal, se origina en la superficie de la fosa caudal a la línea temporal inferior y en la cara profunda de la aponeurosis temporal. - Los orígenes craneales y aponeurótico confieren al músculo una disposición bipeniforme el tendrón de inserción pasa profundo al arco cigomático y se -

inserta en la apofisis coronoides y en el borde anterior de la rama del maxilar. La inervación son ramas temporales profundas del tronco anterior del nervio maxilar. El músculo Pterigoideo Interno, tiene forma rectangular y aplanado de afuera hacia adentro, tiene su origen principal en la mitad de la superficie de la lámina pterigoidea lateral, en la fosa pterigoidea y en la cara cigomática del maxilar. Haces de fibras se dirigen hacia abajo, -- atrás y algo hacia afuera para insertarse en la cara interna del ángulo de la mandíbula. El músculo Pterigoideo Externo, tiene un doble origen, uno de los fascículos se origina en la superficie externa del ala externa de la apofisis pterigoides, mientras que otro fascículo, más pequeño y superior se -- origina en el ala mayor del esfenoides. Ambas divisiones del músculo se reún^{en} por delante de la articulación temporomandibular cerca del cóndilo de la mandíbula. La inserción principal de este músculo se encuentra en la superfic^{ie} anterior del cuello del cóndilo.

La función principal del masetero es elevar la mandíbula, e interviene en el cierre de la mandíbula.

La función del Temporal, es dar posición a la mandíbula durante el cierre.

La función del Pterigoideo Interno, es la elevación y colocación de la mandí**u**la en posición lateral.

La función del Pterigoideo Externo, interviene en los movimientos combina**-**dos de protrusión y lateralidad.

Lengua

Es un órgano muscular situado en el suelo de la boca, se inserta por interme**u**dio de distintos músculos, en el hueso hioides, maxilar inferior, apofisis es**u**tiloides y faringe. La lengua es importante como órgano del gusto y en la **-**masticación, deglución, fonación y está formada por músculo estriado. Posee una abundante inervación por lo tanto puede detectar no sólo las sensaciones habituales de tacto, presión, calor y frío, sino también la sensación como señalamos anterior del gusto.

PRIMERA PARTE

CAPITULO II

Anatomía del Tercer Molar Inferior

El tercer molar es un diente de cuatro a cinco cúspides, es pequeño de forma irregular, una de las variedades características del tercer molar inferior es la multitubercular, que tiene eminencias irregularmente distribuidas, las raíces del tercer molar inferior son iguales en número, nombre y posición que las del segundo molar inferior, pero pueden ser proporcionalmente menores y están colocadas mucho más juntas y con frecuencia fusionadas. En ellas se ven irregularidades frecuentes, especialmente en su tercio apical, que se tuerce distalmente en diversos ángulos con el eje longitudinal del diente.

A continuación haremos un estudio detallado de la región, está circunscrita en los siguientes límites:

1. Por delante, por un plano que pasa por la cara distal del segundo molar, que corta totalmente a la rama horizontal.
2. Por detrás, el borde inferior de la rama ascendente.

3. El plano horizontal que pasa por la espina de spix y paralelo al plano de oclusión de los molares.
4. El borde inferior de la rama horizontal del maxilar.

El espacio cuadrilátero convenido entre estos planos presenta dos zonas diferentes, primero la correspondiente a la porción básica del maxilar y de la rama ascendente estable; segundo, la porción alveolar cuya vida depende de los dientes, que crece y se forma de acuerdo con la erupción de ellos y se atrofia y desaparece cuando se produce su pérdida. Esta región presenta para su estudio dos caras, una externa y otra interna y dos bordes, uno anterosuperior o alveolar y otro postero inferior.

Cara Externa: Es plana en la mayor parte de su extensión, el borde anterior de esta cara corresponde al borde anterior de la rama ascendente, continuándose sobre la cara externa, esta línea oblicua externa divide la cara externa en dos porciones, una antero superior y otra postero superior. La primera de menor tamaño presenta una depresión principio de la fosa retromolar, la segunda o parte inferior es mucho más amplia y rugosa; en ella se inserta el músculo masetero.

Cara Interna: Esta también es plana pero presenta mayores irregularidades que la externa, cerca del límite superior se encuentra el agujero dentario posterior protegido en parte por la espina de spix. Este orificio corresponde a la inclinación del conducto dentario, que es recorrido por el paquete vascu- lo nervioso homónimo. En la parte anterosuperior de esta cara se alcanza a ver la parte inferior del borde anterior de la apofisis coronoides, que al - continuarse sobre la cara externa de la rama horizontal, forma la línea obli- cua interna y entre estas dos líneas queda un espacio de forma triangular, - ligeramente cóncavo el trigono retromolar. En la cresta oblicua interna se inserta el músculo milohiideo y la aponeurósis bucinato faríngea en cuyo bor- do posterior se inserta el músculo constrictor superior de la faringe y en - su borde anterior el músculo buccinador, por debajo de ella se insertan los , haces musculares del pterigoideo interno.

Tabique Interdentario: El tabique óseo que separa la raíz distal del segun- do molar de la mesial del tercer molar, cuando este último está en buena po- sición, es semejante a todos los tabiques interdentarios, es decir, tiene -- una forma triangular con la base a la altura de los ápices radiculares, su -

Cara Interna: Esta también es plana pero presenta mayores irregularidades que la externa, cerca del límite superior se encuentra el agujero dentario posterior protegido en parte por la espina de spix. Este orificio corresponde a la inclinación del conducto dentario, que es recorrido por el paquete vasculo nervioso homónimo. En la parte anterosuperior de esta cara se alcanza a ver la parte inferior del borde anterior de la apofisis coronoides, que al continuarse sobre la cara externa de la rama horizontal, forma la línea oblicua interna y entre estas dos líneas queda un espacio de forma triangular, ligeramente cóncavo el triángulo retromolar. En la cresta oblicua interna se inserta el músculo milohioideo y la aponeurosis bucinato faríngea en cuyo borde posterior se inserta el músculo constrictor superior de la faringe y en su borde anterior el músculo buccinador, por debajo de ella se insertan los haces musculares del pterigoideo interno.

Tabique Interdentario: El tabique óseo que separa la raíz distal del segundo molar de la mesial del tercer molar, cuando este último está en buena posición, es semejante a todos los tabiques interdentarios, es decir, tiene una forma triangular con la base a la altura de los ápices radiculares, su

vértice al nivel del cuello del diente, con una delgada cortical que está en contacto con las raíces de ambos molares y el resto está formado por tejido esponjoso de alveolas pequeñas.

Cresta Inter Radicular: Se llama así al hueso que está ubicado entre las raíces de un mismo diente, su forma varía de acuerdo con la dirección de las raíces, su estructura es esponjosa con alveolas más pequeñas ya que las del cuerpo de la mandíbula.

Estructura Interna de la Rama Ascendente: En un corte vertical de la rama ascendente e un centímetro por detrás de su borde anterior, existe una diferencia notable en la estructura interna de la rama ascendente con la rama horizontal. En la rama ascendente el tejido esponjoso es muy escaso y las laminas externa e interna del tejido compacto se acerca notablemente entre ellas.

Conducto Dentario Inferior: Va a alojar el paquete vasculonervioso dentario inferior, se va a iniciar en la cara interna del maxilar a nivel de la espina de Spix y va a recorrer el hueso hasta la altura de los premolares inferiores.

riores (hasta el agujero mentoniano) está protegido por una cortical que va a ser propia. Puede ocurrir en muchos casos que las raíces del tercer molar retenido esté en íntima relación con el conducto.

PRIMERA PARTE

CAPITULO III

Etiología y Clasificación de Retención

La retención de los dientes retenidos es debida a diversos factores en igualdad de circunstancias tanto en dientes anteriores como en posteriores y para su estudio se clasifican en:

1. Razones Embriológicas
2. Obstáculos Mecánicos
3. Causas Generales

Razones Embriológicas

Desde el punto de vista embriológico está ocasionada por una alteración en la angulación normal del germen dentario. Cuando llega el momento de la erupción, el diente toma contacto con el diente vecino, lo que le impedirá su salida normal, lo que constituye una fijación del diente en una posición viciosa, y no logra colocar al diente en un eje que permita que erupcione correctamente.

Obstáculos Mecánicos

La retención se deberá a una falta de espacio en los huesos maxilares, una extrema condensación del hueso, por las diversas malposiciones dentarias, dientes vecinos por extracción prematura del diente temporal, posición viciosa del diente retenido que choca contra las raíces de los dientes vecinos. También existen elementos patológicos que se oponen a la erupción normal (dientes supernumerarios, tumores odontogénicos, quistes).

Causas Generales

Todas las enfermedades generales que están en directa relación con las glándulas endocrinas pueden tener problemas en la erupción dentaria, retención y ausencia de los dientes. Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio (raquitismo) tiene influencia en la retención dentaria.

Clasificación de Retención

Dentro de la región que ocupa el tercer molar se clasifica según la posición que adopta:

1. Mesioangular
2. Horizontal
3. Vertical
4. Distoangular

Además el diente puede estar desplazado hacia vestibular o lingual, también puede estar ubicado en un alto nivel oclusal (cerca de la superficie del reborde). O en un bajo nivel oclusal.

Un diente de cualquier clase básico, es extraído con más facilidad, si está desplazado hacia una posición vestibular, y es más difícil de extraer si es está situado cerca de la cortical interna o directamente por detrás del segundo molar. Un diente en un nivel oclusal alto, es más fácil de extraer.

Retención Mesioangular

El eje longitudinal se halla dirigido arriba, hacia abajo y de adelante a -- atrás, la corona se halla a alturas variables con relación a la línea de -- oclusión.

- a) Por encima de esta línea pero solamente las cúspides mesiales se hallan siempre por debajo.
- b) A nivel de la línea de oclusión
- c) Por debajo de la línea de oclusión

La corona puede hallarse a continuación de la del segundo molar, desviada hacia vestibular o hacia lingual, o presentar ligera rotación.

Retención Horizontal

El eje mayor principal dirigido de adelante atrás es horizontal, aunque a veces ligeramente ascendente. La cara oclusal en dirección vertical irá a la cara distal del segundo molar, en la mayoría de las retenciones la cara triturante tiene algún punto de contacto con la cara distal de la corona o raíz del segundo molar. Lo raro es que entre ambos exista un tabique óseo esponjoso de espesor variable, y la corona puede estar en la línea del arco o sufrir desviaciones hacia vestibular y lingual.

Retención Vertical

En aquella que presenta el eje mayor de la corona en dirección y la superficie oclusal paralela a la línea de oclusión. La superficie triturante puede hallarse a diversas alturas; en la parte media de la corona del segundo molar, a nivel o por debajo del cuello. La cara vestibular puede estar alineada con la misma cara del segundo molar o bien desplazada hacia la cara vestibular o hacia la cara lingual. La corona puede sufrir una rotación o torción sobre su eje principal, lo que hay que diagnosticar cuidadosamente para evitar una fractura en el momento de la extracción. La cara mesial pue

de estar en contacto o no con la cara distal de la corona o raíz del segundo molar.

Retención Distoangular

El eje mayor está dirigido de arriba hacia abajo y de atrás, a adelante. La cara oclusal inclinada hacia atrás y abajo, mira a la rama ascendente del maxilar inferior este plano de inclinación es variable pero dentro de pequeños límites cuando la inclusión es intraósea, la corona y la raíz ocupan la rama ascendente de la mandíbula, es raro encontrar puntos de contacto.

De acuerdo con dos factores: Erupción y posición, algunos autores han modificado la clasificación de Winters, que mencionaremos a modo de ampliar más nuestro criterio.

De acuerdo con la relación que guarda el tercer molar retenido con la rama ascendente de la mandíbula y el del segundo molar, para la acomodación del diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar. Se diferencian tres clases:

- Clase I. Hay suficiente espacio entre la rama y el segundo - molar por su cara distal.
- Clase II. El espacio entre la rama y el extremo distal del se gundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
- Clase III. Casi todo el tercer molar está localizado en el ángulo de la rama ascendente.

PRIMERA PARTE

CAPITULO IV

Accidentes de la Erupción del Tercer Molar Inferior

Estos accidentes de la erupción se deberán a la infección del saco dentario (saco pericoronario). Cuando se produce la infección de este saco va a tener repercusiones, locales, regionales y a distancia. Los accidentes originados por el tercer molar inferior son variados y de intensidad distinta, van desde un proceso local de escasa importancia hasta el flemón gangrenoso del piso de boca. Para el estudio de los accidentes se van a clasificar en: mucosos: nerviosos, celulares, óseos-linfáticos o ganglionares y tumorales.

Mucosos

Son los que afectan las partes blandas que rodean al tercer molar inferior, su principal tipo es la pericoronitis, todos los autores derivan de esta lesión inicial, los procesos patológicos de la erupción del tercer molar inferior. Su comienzo puede ser brusco o insidioso, cuando es brusco inicia con un proceso inflamatorio, el dolor que presenta puede quedar localizado en la región del capuchón o irradiarse a distintas vías, la encía se encontrará edematizada y aumentada de volumen y cuando es insidioso, los dolores

son leves o ligeros, la inflamación durará dos o tres días, pueden aparecer úlceras debajo del capuchón y brotar unas gotas de pus y sangre. Esto cederá rápido si se elimina el factor traumático superior, a veces es necesario anestesiar y colocar una gasa impregnada en licor de Bonarin, este medicamento contiene propiedades anestésicas y cauterizantes, también se puede tocar la úlcera con una torunda de algodón impregnada en ácido crómico al 25%.

Accidentes Nerviosos

Sobre el nervio dentario inferior pueden incidir trastornos neurotróficos (herpes, eccemas) el trismus es también considerado un accidente nervioso.

Accidentes Celulares

Dentro de estos accidentes los más destacados son los abscesos. La colección de pus que contienen puede abrirse camino entre el músculo constrictor. Superior de la faringe y la mucosa faríngea y amigdalina. Rodeando el borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior, el proceso infeccioso suele abrirse camino en dirección del músculo masetero.

Accidentes Oseos

Los accidentes óseos propiamente dichos son muy raros que se presenten como una complicación de una pericoronitis. Algunos autores sostienen que el tercer molar inferior actuaría como un bulbo óseo fisiológicamente, que la infección en tal caso sigue la vía hemática. La infección del saco pericoronario que queda hacia el lado distal del tercer molar erupcionado total o parcilamente, es susceptible de dar procesos óseos locales y en algunos casos procesos óseos con repercusión a distancia (infección focal).

Accidentes Linfáticos o Ganglionares

La repercusión ganglionar es un hecho frecuente y común de una pericoronitis, se menciona que las infecciones del saco pericoronario se acompañan de su cortejo ganglionar y cuando el ganglio está aumentado de volumen aparece en edemoflemón, que es muy doloroso a la palpación, la cual se abre por sí misma o por intervención del cirujano para su supuración. El edemoflemón es un accidente común.

Accidentes Tumorales

Los terceros molares retenidos originan tumores odontogénicos (quistes den

tigeros y los queratoquistes). Estos quistes pueden infectarse y dar proceos supurativos de gravedad variable. Los restos del saco dentario donde el saco pericoronario permanecerá adherido al cuello del diente en la porción distal o mesial o también en vez de desaparecer pueden dar origen a un granuloma posterior.

Tratamiento

Cuando se trate de pericoronitis hay que lavar profundamente con una solución antiséptica débil (agua oxigenada o perborato de sodio), esto servirá de limpieza de las secreciones. También a administrar enjuagatorios que actuarán como emolientes y revulsivos. Los antibióticos y antiinflamatorios se les administrarán según las indicaciones médicas, ya que contribuyen a mejorar las condiciones locales y generales (las penicilinas constituyen una gran ayuda para eliminar la infección).

La eliminación quirúrgica consistirá en eliminar el tercer molar inferior y su saco pericoronario y así se solucionará el problema que originaron, el trismus será tratado por métodos apropiados, se pueden utilizar instrumentos de madera (cuñas de madera, broches para sujetar ropa) o de metal, cucharas o instrumentos de cualquier índole, también utilizando compresas mo-

jadas en agua caliente o solución de sulfato de magnesio para ayudar a la terapéutica.

SEGUNDA PARTE

CAPITULO I

Historia Clínica

Una de las contribuciones más importantes al tratamiento del paciente quirúrgico es el reconocimiento del valor de la historia clínica, ya que el obtener datos precisos nos ayudará para llegar a un diagnóstico más aceptable.

No existe una historia clínica ideal, ya que varía de acuerdo al criterio de cada cirujano dentista, ya que para algunos pueden tener importancia ciertos aspectos y quizás para otros no les sean importantes.

La información adecuada debe ser precisa, debe tener también ser pertinente, ya que el cirujano dentista tiene que conocer algunas enfermedades para que la evaluación de un paciente sea satisfactorio para su diagnóstico y tratamiento, también con la ayuda de un odontograma adecuado nos servirá para registrar las condiciones dentales, y también es recomendable efectuar una ficha dental, la cual nos ayudará para obtener un control de la cavidad bucal en general.

Para realizar una historia clínica que pueda servir al cirujano dentista, -
la dividiremos en:

- | | | |
|----|------------------------|---|
| a) | Interrogatorio | General |
| | | Local |
| b) | Ficha de Exploración | Exploración clínica propia
mente dicha |
| c) | Pruebas de Laboratorio | |
| d) | Diagnóstico | |
| e) | Pronóstico | |
| f) | Plan de tratamiento | |
| g) | Evolución | |

Ficha de Identificación

Datos generales del paciente (antecedentes personales) tales como: nombre, -
edad, lugar de nacimiento, estado civil, ocupación, domicilio, teléfono y fi
cha de examen, estos datos nos servirán en un momento dado para la localiza-
ción del paciente, así como también la secuencia que sigue su tratamiento.

Ficha de Exploración

Interrogatorio. En esta etapa de la historia clínica podemos descubrir ge-

neralmente, los signos y síntomas que presenta el paciente ante un padecimiento. Nos basaremos en una serie de datos, de los cuales algunos nos referirá el paciente, y otros los obtenemos por medio de la observación interrogatorio y exploración propiamente dicha. Al iniciar la plática con el paciente es conveniente interrogar acerca del motivo o síntomas que obligan al paciente a presentarse a consulta, ya que por lo general podremos obtener bastantes precisos datos acerca del padecimiento actual, o el que consideramos más importante. A este aspecto agregaremos lo que observamos acerca de las causas que crea probables.

Antecedentes Patológicos y no Patológicos

Debe interrogar sobre algunos padecimientos familiares que pudiesen ser considerados patológicos tales como, diabetes, cáncer, tuberculosis, etc. Esto también pudiese tener alguna significación clínica, ya que nuestro caso particular, podemos señalar la retención del tercer molar inferior como etiología o congénita.

En los antecedentes patológicos, procedemos a anotar las enfermedades que haya padecido el paciente y que de alguna manera intervengan en la salud bu

cal del paciente. Principalmente se preguntará acerca de administración de anestésicos, de alergias o farmacos o alimentos, visitas anteriores al dentista; y en general de las condiciones patológicas que tengan relación con las enfermedades.

Dentro de los antecedentes no patológicos anotaremos sus hábitos (tabaquismo, alcoholismo, adicción a alguna droga). También anotaremos si el paciente está tomando algún medicamento, de qué tipo es, y para qué se le administra.

Revisión General de Aparatos y Sistemas

Hay seis preguntas de orden general que nunca deben omitirse:

- a) ¿Se encuentra el paciente actualmente bajo el cuidado de algún médico?
- b) ¿Toma actualmente algún farmaco?
- c) ¿Ha padecido alguna enfermedad grave o ha sufrido alguna intervención quirúrgica de importancia?
- d) ¿Conserva el paciente algún recuerdo desagradable de la intervención quirúrgica anterior?
- e) ¿Ha sufrido alguna vez reacciones alérgicas a algún medicamento que se administró o alergia a cierto tipo de alimentos?

f) ¿Ha padecido recientemente o con anterioridad algún proceso hemorrágico de importancia, particularmente durante alguna intervención?

Aparato Cardiovascular

Preguntarle al paciente si tien algún síntoma o enfermedad cardiovascular hipertensión arterial, arritmias, taquicardia, bradicardia, soplos, si ha sufrido alguna embolia etc., y confirmar si está siendo controlada por su médico.

Aparato Renal

Es importante hacer hincapié en este aparato ya que por el riñón se van a desalojar los bloqueadores, es necesario saber si hay poliuria (aumento de misiones por 24 horas). Puede ser síntoma de diabetes, nicturia (micción involuntaria), oliguria (secreción insuficiente), glucosuria (azúcar en la orina) dificultad al orina, color, olor, sistitis, nefritis, hinchazón de tobillos, y párpados.

Sistema Nervioso

Saber si es paciente aprehensivo (conveniente tratarlo con sedantes o tran

quilizantes), si es un paciente que ha tenido convulsiones (epiléptico) - temblores, malestar en habitaciones donde hay personas, tensión emocional, depresiones, etc.

Aparato Digestivo

Preguntarle al paciente si tiene falta de apetito (anorexia) erupciones, gastritis, (dispepsias), otros trastornos como diarreas, hemorragias gástricas, hematemesis (vómito de sangre), pérdida o aumento de peso reciente, - úlceras, agruras, etc.

Aparato Respiratorio

Preguntar si tiene hemorragias por nariz (epitaxis), hemorragia por la boca, nariz, proveniente de vías respiratorias (hemoptisis), resfriados frecuentes, tos, flemas con sangre, accesos frecuentes de tos, fatiga, disnea, sinusitis, asma, etc.

Enfermedades Metabólicas y Endocrinas

De este tipo de alteraciones la más importante es la diabetes, para el ci rujano dentista. Esta es una enfermedad hereditaria en la cual está alterada la función de metabolizar los hidratos de carbono y secundariamente -

una falla en la producción de la hormona llamada insulina.

Clásicamente se considera a un paciente diabético cuando clínicamente presenta la triada:

- a) Polifagia (ingestión excesiva de alimentos)
- b) Polidipsia (sed constante y excesiva de agua)
- c) Poliuria (constantes ganas de orinar)

Sin embargo, muchas veces trataremos con pacientes que sin ellos saberlo, pueden ser diabéticos (o prediabéticos, que debería sustituirse por diabético sin manifestaciones clínicas o diabético pre-clínico), y el cirujano dentista puede ser el primero en detectarlo, ya que no siempre se presentará esta triada.

Estados Fisiológicos de la Mujer

- a) Menstruación
- b) Embarazo
- c) Lactancia
- d) Menopausia

Menstruación

No hay ninguna contraindicación, pero es necesario saber si hay ismenorrea

(aparición difícil de la regla que es a menudo dolorosa. Amenorrea (supresión del flujo menstrual en una mujer no embarazada y que no ha llegado a la menopausia).

Si su sangrado dura más de cuatro días, pedirle pruebas de laboratorio, como es un período en que se altera el estado emocional de la mujer, es conveniente administrarle tranquilizantes o sedantes.

Embarazo

No hay contraindicaciones, aunque sí se deben guardar más precauciones que en el estado anterior, porque aunque la anestesia usada es un tabú por el peligro que implica, si se puede hacer la intervención, ya que resulta más nocivo una pieza dental en mal estado que sería un foco de infección que indirectamente puede perjudicar más al producto que la anestesia misma. Se debe tener en cuenta: cuántos hijos tiene, si ha tenido abortos anteriormente, si hay cierta propensión a los mismos, etc., es preferible no hacer ninguna intervención o solo previa autorización del ginecólogo.

Durante los tres primeros meses, el feto no está suficientemente fijado en el útero y con la anestesia puede haber una contraindicación brusca del

mismo lo que desalojaría el producto. También en los últimos meses, con la anestesia puede haber un relajamiento del cuello uterino y desalojar al pro ducto porque su peso es mucho mayor.

Lactancia

No hay ninguna contraindicación, únicamente que la tensión nerviosa y estado de angustia de la paciente, su organismo produce una sustancia llamada - magro que se va a combinar con la leche, y tiene la particularidad de produ cir diarrea en el niño, es preferible darle placebos en lugar de tranquilizantes para calmar a dicha paciente o recomendarle que no le dé leche al ni ño durante dos días para no producirle dicho trastorno.

Menopausia

Es el estado de la mujer en que su organismo deja de menstruar. Tampoco - hay contraindicaciones para la cirugía, sin embargo como el estado hormo -- nal y emocional de la paciente se encuentra alterado, se necesita tranquilizarla con el diálogo médico-paciente, si no dá resultado con algún place bo, de lo contrario necesitaría darle un tranquilizante o sedante.

Examen de la Cavidad Oral

En general, el examen bucal se hará en una forma ordenada y explorando totalmente cada uno de los elementos que la constituye, para obtener los resultados deseado; en sí, un buen examen bucal se realizará de la siguiente manera:

Labios

Se anotará la presencia de quelosis (labio leporino o fisura congénita).

Región Gingival

Observaremos en la encía alveolar, así como también la línea mucogingival (fondo de saco).

Mucosas

Tendremos que revisar cuidadosamente todas las mucosas intraorales como lo son:

- a) Mucosa del Paladar (duro y blando)
- b) Mucosa de Carrillos
- c) Mucosa de Piso de Boca
- d) Mucosa del Istmo de las Fauces, así como la mucosa de los labios.

Lengua

Si se observa glositis, lengua geográfica, escretal o cualquier estado patológico, se hará la anotación respectiva.

Paladar

Se investigará la existencia de lesiones sifilíticas, perforaciones, neoplasias.

Inserciones Musculares

Dentro de esta, se consideran principalmente la inserción de los frenillos, tanto bucales como linguales, líneas oblicuas internas y externas, principalmente en los casos de maxilar desdentado.

Piso de Boca

En general la revisión consistirá en la inspección y palpación para detectar alguna posible lesión de tipo neoplásico. También se tomará en cuenta la presencia de ránula, celulitis crónica de carcinoma.

Región Yugal

Por medio de la palpación revisaremos las glándulas salivales sublinguales

y parótida; también revisaremos los músculos superiores del cuello.

Articulación Temporomandibular

Se anotará igualmente, cualquier anomalía de la articulación (anquilosis, -- luxación, fracturas).

Pruebas de Laboratorio

Este tipo de pruebas de realizarán cuando se requiera confirmar el estado de salud de un paciente, o bien que se sospeche de algún tipo de proceso patológico, que en un momento dado podría contraindicar la intervención quirúrgica.

Las pruebas de laboratorio que se necesitan son las siguientes:

- a) Biometría Hemática
- b) Tiempo de Sangrado
- c) Tiempo de Coagulación
- d) Tiempo de Protombina
- e) General de Orina
- f) Química Sanguínea
- g) Curva de Tolerancia a la glucosa

Diagnóstico

Va a ser el resultado o conclusión a la que se llega después de efectuar un examen completo.

Pronóstico

Cuando ya se efectuó el diagnóstico completo, ya que tenemos datos precisos del padecimiento, entonces incluiremos el padecimiento actual y lo que observemos acerca de esta enfermedad (fecha de identificación, dolor: tipo, intensidad, duración, si es espontáneo o provocado).

SEGUNDA PARTE

CAPITULO II

Examen Radiográfico

En cirugía odontomaxilar, la radiografía es de absoluta necesidad, no hay una sola afección quirúrgica de los dientes o de los maxilares en la que la radiografía no constituya una valiosísima ayuda, es un elemento definitivo para el diagnóstico. Con las radiografías se hará un estudio completo del diente, es decir su tamaño, su forma, su posición en el maxilar, la situación del diente incluyendo la dirección y la forma de las raíces, su relación con las tablas externas e internas, con la rama ascendente, con el canal dentario, su relativa profundidad con el cuerpo maxilar, sus relaciones anatómicas, el tipo del diente normal y anormal, la conducción patológica del diente y de los tejidos vecinos.

En cuanto a la inclinación de las raíces del diente o pieza incluida pueden presentarse las siguientes variaciones:

- a) Unión de las raíces
- b) Una raíz recta y la otra inclinada hacia el lado distal y la raíz distal inclinada hacia el lado mesial.

- c) Ambas raíces rectas y separadas, la raíz mesial recta y la distal inclinada hacia el lado mesial.
- d) Las raíces divergentes, raíces supernumerarias, hipertrofia de las raíces.
- e) Si se encuentran parcialmente o totalmente desarrolladas, así como el contacto de las raíces del diente incluido con las del segundo molar.

Se estudiará cuidadosamente el tejido óseo entre el segundo molar y tercer molar poniendo en consideración en la vía de entrada a la corona del tercer molar, así como la elección del punto de apoyo de la corona, cuando la inclusión está muy próxima al borde inferior de la mandíbula se recapacitará definitivamente acerca de la intensidad y dirección de la fuerza que ha de aplicarse para no ocasionar fractura. Se observará la corona del segundo molar tanto en la radiografía como por medio de la inspección oclusal del primer molar y de los otros dientes contiguos, o si está desviada hacia el lado lingual o bucal, o si el diente está inclinado en sentido mesial, distal o si está en relación normal en la arcada, esto es de gran importancia en el diagnóstico radiográfico de la retención.

Técnica de la Radiografía Intrabucal

Posición del Paciente: Debe ser tal que, sentado en el sillón dental y con

apoyo en el respaldo y en el cabezal del sillón, permita una vez cubierta su boca, que el plano de oclusión de los dientes del maxilar inferior sea horizontal.

Posición de la Película: En casi todas las bocas la película puede colocarse verticalmente con su eje mayor horizontal, en otras por el espesor de los tejidos de la cara interna de la arcada, la película estará inclinada formando con la cara vertical un ángulo agudo abierto hacia abajo, y en otras bocas la exstirquidad de los tejidos. La forma del maxilar o de la proyección hacia el lado lingual de los molares inferiores harán que la película forme un eje vertical, un ángulo abierto hacia arriba y dirigir el rayo central perpendicular a la película, según el arco mandibular será paralelo al plano de la película o con la arcada formará un ángulo abierto hacia adelante o hacia atrás, en otros casos tendrá que colocar forzosamente la película con el objeto de que el tercer molar a radiografiarse, se reproduzca en su totalidad, sobre aquella esto sucede en los casos de retenciones muy profundas.

Colocación de Rayos X: La proyección ideal del rayo central del cabezal es la que va dirigida perpendicularmente a la película, pero como múlti -

plés factores se oponen a ellos, el rayo central debe llegar perpendicular -
mente a la bicectriz del ángulo formado por el eje vertical de la película,
la imagen ideal obtenida es aquella en la cual, siendo el segundo molar y
el primer molar verticales, las cúspides linguales y bucales coincidan en -
su contorno o se superpongan.

Puntos de Interés para el Estudio Radiográfico

1. Posición y desviación del tercer molar inferior
2. Posición del segundo molar
3. Relación del molar retenido con el borde anterior de la rama
4. Profundidad relativa del tercer molar inferior con el hueso
5. Estudio de la corona del tercer molar
6. Estudio de las raíces del tercer molar
7. Septum radicular del tercer molar
8. Hueso Distal
9. Contacto del segundo molar y tercer molar
10. Posición ósea entre segundo molar y tercer molar
11. Cara mesial del tercer molar

12. Espacio Interdentario
13. Corona del segundo molar y tercer molar
14. Raíces del segundo molar
15. Conducto Dentario.

Radiografía Oclusal

Para obtener la relación bucolingual y los detalles de los elementos que se encuentran orientados en esta dirección, sólo pueden lograrse con la ayuda de la radiografía oclusal, y se obtiene colocando una película radiográfica común sobre la arcada dentaria a radiografiarse, y dirigiendo el rayo perpendicular a la película, el cono de los Rx se ubica por debajo del borde inferior del maxilar.

Radiografía Extrabucal

Cuando no es posible obtener las radiografías intrabucales comunes casos de trismus, procesos inflamatorios locales o náuseas muy pronunciadas, se debe utilizar la radiografía extrabucal, pero el inconveniente que no se logra alcanzar el valor ni exactitud y detalles radiográficos, que se logra con la radiografía intrabucal, pero en ocasiones pueden ser de gran ayuda.

El estudio radiográfico cuidadoso completará el examen clínico, nos permi
rá decidirnos por la técnica más adecuada para cada caso y al mismo tiempo
realizar esta técnica con el menor esfuerzo del cirujano.

SEGUNDA PARTE

CAPITULO III

Anestesia y Complicaciones de la Anestesia

La anestesia es de mayor importancia dentro de la cirugía bucal, porque va a ser la supresión de la sensación dolorosa, para la práctica de las operaciones quirúrgicas.

Las sustancias que se usan para producir anestesia deben sujetarse a varias condiciones:

- a) Producir sensibilidad completa o duradera
- b) Ser reversibles
- c) No deformar el campo operatorio
- d) Debe absorberse sin dejar nódulos que se puedan considerar como cuerpos extraños.
- e) No ser tóxica
- f) Tenga capacidad de esterilizarse sin deformar su composición
- g) No ser dolorosa su aplicación
- h) Estabilidad de las soluciones

Se deben tener en cuenta los siguientes principios al aplicar la anestesia local o regional.

- a) A dosis iguales, las soluciones concentradas son más tóxicas que las diluidas.
- b) Dosis iguales a concentraciones iguales, las inyecciones rápidas son más peligrosas que las lentas.
- c) El paso rápido de la anestesia al torrente circulatorio es lo que constituye el peligro.

La anestesia utilizada para la Exodoncia es el bloqueo de los nervios y son los siguientes:

- a) Anestesia Troncular y el periférico (local)
- b) Anestesia Supraperiostica (infiltración)
- c) Anestesia General (indicada por vía intravenosa o inhalatoria)

La anestesia troncular es la que obra a distancia del campo operatorio y es la infiltración de los nervios o quias sensitivas que inervan una región determinada.

Bloqueo Troncular del Nervio Dentario Inferior

El nervio dentario inferior proviene del maxilar inferior que junto con el maxilar superior y el nervio oftálmico constituyen las tres ramas del trigémino o v par craneal que va a ser un nervio mixto. El dentario inferior se continúa a la dirección del tronco de origen al salir este del cráneo -

por el agujero oval y situarse en la fosa cigomatica, el nervio dentario inferior va a inervar el hueso maxilar inferior, su periostio y la encía y -- los dientes de cada hemiarcada, a excepción de un tronco de encía y periostio que cubre la cara externa del maxilar, entre el tercer molar y primer molar (esta zona está inervada por el nervio lingual, que es otra rama del nervio maxilar inferior).

Para bloquear el nervio dentario inferior será por vía interna hacia las -- vecindades del orificio superior del conducto dentario (éste se encuentra en la cara interna de la rama montante, y presenta una laminilla triangular dirigida verticalmente denominada espina de spix).

Con el dedo índice de la mano se va a hacer el reconocimiento de los aparatos anatómicos, línea oblicua del borde anterior de la rama, borde anterior del masetero que será fácil de reconocer, porque se siente como una franja ancha y depresible que desaparece haciendo cerrar la boca, y se -- pondrá tensa en la abertura exagerada, por dentro de éste, el dedo percibirá un filo óseo que se prolonga de arriba a abajo, siguiendo la palpación hacia adentro, el índice cae en la excavación que va a representar el ---

triángulo retromolar, por dentro de este triángulo se nota la línea oblicua interna individualizada la línea oblicua externa, se busca con el dedo su punto más profundo que está situado a 1 cm. por encima de la cara triturante de los molares inferiores, la inyección se hará tomando la jeringa (que contendrá 3 ml. de solución anestésica) llevando a la boca del paciente, - que la punta de la aguja con su bicel dirigido hacia afuera, coincida con el punto medio de la uña del cirujano y entonces de realizará la punción - se perfora la mucosa, el músculo buccionador, se entra en el tejido celular laxo entre la cara interna de la rama ascendente y la cara anteroexterna del pterigoideo interno, se introducirá pequeñas cantidades de solución anestésica, y con esto se logrará la anestesia del nervio lingual (se encuentra por delante y adentro del dentario) en esta posición sin abandonar la ubicación del dedo izquierdo, se dirige la jeringa hacia el lado opuesto, llegando hasta la altura de los premolares, esta maniobra tiene por objeto llegar hasta la tabla interna de la rama ascendente.

Bloqueo del Nervio Bucal o Buccinador

El nervio bucal es una rama del nervio maxilar inferior, del cual se sepa

ra, luego que éste atraviesa el agujero oval, pasa entre las dos porciones del pterigoideo externo y dirigiéndose hacia abajo, adelante y hacia afuera entre la apofisis coronoides y la tuberosidad del maxilar, corre por dentro del temporal, hasta el músculo buccinador, el cual atravieza para dar inervación a la encía del lado bucal de maxilar inferior. Bloqueo del nervio bucal debe usarse después de haber anestesiado el dentario inferior, si este no es suficiente, y así lograremos tener anestesiado todo el territorio de la hemiarcada del maxilar inferior. Seldin señala dos métodos para el bloqueo del nervio bucal.

- a) En ausencia de procesos inflamatorios a nivel del molar a extraer, la realización de una infiltración submucosa, en el fondo del surco vestibular frente a la raíz distal.
- b) En presencia de un proceso inflamatorio la punción se hará sobre el carrillo 1 cm. por detrás y debajo del conducto de Stenon, y deslizamiento de la aguja en busca del borde anterior del maxilar

Con o sin procesos inflamatorios se localiza el bucal, por arriba del plano oclusal en la línea oblicua externa o en el carrillo o por detrás y abajo del conducto de Stenon.

Bloqueo del Nervio Lingual

El nervio lingual va inervar la lengua, piso de boca y cara interna y encía del maxilar inferior, se va a separar del dentario inferior en el espacio comprendido entre la rama ascendente y el pterigoideo interno y que transcurre a lo largo de la cara interna del hueso, por debajo de la mucosa bucal, dando inervación a la mucosa lingual, podrá anestesiarse junto con el dentario inferior o abordarse por debajo de la mucosa un poco más atrás del sitio a operar, la vía de la inyección más rápida será por dentro de la línea oblicua interna.

Complicaciones de la Anestesia

Cuando se realiza la administración de la anestesia o después de ella pueden ocurrir una serie de accidentes y complicaciones que a continuación describiremos y se van a clasificar en:

- a) Accidentes Inmediatos
- b) Accidentes Mediatos

Accidentes Inmediatos

Dolor: Cuando se aplica la inyección, la aguja puede tocar un nervio y pro

vocar dolor, y este va a ser de distinta índole, intensidad, localización y persistencia (siendo de horas o días). Thoma señala que el dolor continuo a la inyección, se puede deber, a la inyección con agujas desafiladas (que desgarran los tejidos) a la introducción demasiado rápida de las soluciones anestésicas, o que estén muy calientes o muy frías. El desgarrar de los tejidos gingivales y sobre todo el periostio es causa de molestias posoperatorias de intensidad variable.

Lipotimia, Síncope: En algunas ocasiones va a ser neurológico ya que el miedo va a ser la causa originaria, la adrenalina de la solución anestésica tiene en otras circunstancias un papel importante, con cierta frecuencia, durante la realización de la anestesia o algunos minutos después, el paciente puede presentar el siguiente cuadro clínico (palidez, taquicardia, sudores fríos, nariz afilada, respiración ansiosa). De este estado puede recuperarse en pocos minutos, o entrar en un cuadro más serio que es el síncope donde el pulso se hace filiforme o imperceptible, la respiración angustiosa o entrecortada, este fenómeno puede producirse durante la aplicación de cualquier tipo de anestesia local o regional.

Tratamiento de Lipotimia o Síncope

El tratamiento consistirá primero, sentar cómodamente al paciente y aflojar sus prendas para favorecer la circulación o recostarlo con su cabeza más - baja que su cuerpo, en la posición de trendelenburg, o con la cabeza forza da entre sus rodillas, darle que tome una taza con café, unas gotas de amo niaco, posición todd, o haciéndole aspirar sales aromáticas cuando se presenta el cuadro más grave se requiere inyectar cafeína, aceite alcanfora - do o niketamida (coramina).

Rotura de la aguja dentro de los tejidos

Para la prevención de este accidente, hay que utilizar agujas nuevas no -- oxidadas, de buen material, hay que utilizar también las agujas un poco - más largas que lo necesario para llegar al punto convenido, de esta manera quedará un trozo fuera de los tejidos, por el cual puede ser tomada o retiu rarla en caso de fractura. Dorrance considera dos razones para la fractur ra de las agujas que son, movimientos intempestivos del paciente y contracu ción repentina del músculo. Cuando el tratamiento es inmediato se hará - una insición a nivel del lugar de la inyección y disección de los tejidos

con un instrumento romo hasta encontrar el trozo fracturado y extraerlo con una pinza. Cuando ha pasado un tiempo después del accidente deberá tomarse una radiografía para onocer la ubicación de la aguja.

Hematoma

La punsión de un vaso sanguíneo origina un derrame de intensidad variable, sobre la región inyectada. Este accidente es común en las inyecciones a nivel de los agujeros infraorbitarios o mentonianos, sobre todo si se introduce la aguja en el conducto óseo. El derrame sanguíneo es instantáneo y tarda varios días para su resolución. El tratamiento consistirá en la aplicación de bolsa de hielo sobre el lugar de la inyección.

Parálisis Facial

Este accidente ocurre en la anestesia del dentario inferior, cuando se ha llevado la aguja por detrás del borde parotídeo del hueso, y se inyecta la solución en plena glándula parótida. Tiene todos los síntomas de la parálisis de Bell: caída del párpado e incapacidad de oclusión ocular, y proyección hacia arriba del globo ocular, además de la caída y desviación de los labios. La parálisis es temporaria y dura el tiempo que per-

siste la anestesia, y no requiere de ningún tratamiento.

Inyección de las Soluciones Anestésicas en Organos Vecinos

Este no es un accidente muy común, el líquido puede infiltrarse en las fosas nasales, durante la anestesia del nervio maxilar superior y no origina inconvenientes, las complicaciones que acarrea puede ser diplopía (visión doble) exoforias (desviación ocular hacia afuera o adentro). Esto dura lo que el efecto anestésico, no requiere de ningún tratamiento.

Accidentes Mediatos

Persistencia de la Anestesia (Parestesia reversible)

Después de la inyección del nervio dentario inferior, puede ocurrir que la anestesia dure varios días, semanas o meses, y esto se debe cuando no es de origen quirúrgico, al desgarramiento del nervio por agujas con rebabas, o a la inyección de alcohol con novocaína. El tratamiento consistirá en el tiempo, ya que no existe algún tratamiento, y el nervio regenerará lentamente y después de un período variable se recupera la sensibilidad.

Infección en el lugar de la Punción

Las infecciones se deberán a la falta de esterilización de la aguja o anti - sepsia del sitio de punción, algunas ocasiones en punciones múltiples, se originan zonas dolorosas e inflamadas. La inyección a nivel de la espina - de Spix, ocasiona trastornos más serios, abscesos y flemones acompañados de fiebre trismus y dolor. El tratamiento consistirá en: calor, antibióticos, y abertura quirúrgica de los abscesos, el trismus de ser vencido lentamente, por intermedio de un abrebocas que se coloca al lado opuesto del absceso.

Dolor

Puede persistir el dolor en el lugar donde fue la punción, esta se observará cuando se anestesia el dentario inferior, cuando se ha desgarrado o lesionado el periostio de la cara interna del maxilar. El tratamiento consistirá con infrarojos o administrar complejo vitamínico B.

TERCERA PARTE

CAPITULO I

Cuidados Preoperatorios

Para realizar una intervención quirúrgica cualquiera en el organismo, se re quiere para ésta, una preparación previa, esto quiere decir que ponerlo en las mejores condiciones para soportar con éxito una intervención.

Las operaciones en cirugía bucal no escapan a estas indicaciones aunque in dudablemente por tratarse por lo general de un paciente con una afección lo cal, la preparación que necesita es menor que la que está indicada para una cirugía general.

En primer lugar, necesitamos de una historia clínica bien elaborada y prue bas de laboratorio, ya sea análisis de orina, biometría hemática, electro - cardiograma. Pero no es congruente que imponamos la obligación de hacer - se determinado número de investigaciones de laboratorio, si el estado de -- nuestro enfermo, clínicamente nos indica, podemos realizar una interven -- ción, la magnitud que implica el extraer un tercer molar incluido. Las me didas generales preoperatorias indispensables al acto quirúrgico son:

a) Tiempo de Coagulación y Sangrado

b) Tiempo de Protombina

El tiempo de sangrado se determina por un método sencillo y práctico, se extrae sangre del paciente de lugares más accesibles, como son el lóbulo de la oreja y el pulpejo del dedo de la mano, se lava con alcohol el sitio de punción elegido, cuando esté seco se hace la punción de manera que brote una gota de sangre, la primera se desecha y la segunda es tomada. El tiempo de coagulación es el transcurrido desde el momento que se toma la sangre en la jeringa, hasta cuando al invertir el tubo se confirma la coagulación, el tiempo de coagulación normal es de 5 a 8 minutos. El método de Sabrazé se hace por medio de un tubo capilar, el cual se llena de sangre aplicando en una de sus extremidades la gota de sangre que sale de una punción practicada en el lóbulo de la oreja, de esta manera la sangre asciende por capilaridad dentro del tubo hasta llenarlo. Se corta el tubo de tiempo en tiempo cada 30 segundos y tomando la parte cortada del tubo se separa con cuidado del resto, a fin de ver si la sangre se ha coagulado, la coagulación normal es completa entre 4 y 6 minutos.

Preparación del Paciente e Instrumental

La preparación del paciente comienza con un enjuagatorio bucal de cualquier agente antiséptico adecuado, para reducir la cuenta bacteriana intrabucal.

Compresas.- Las compresas estériles van a proveer un campo estéril al tiempo que cubren los ojos, reduciendo así el trauma psicológico.

Posición del sillón.- Debe ser lo suficientemente baja como para que el lado derecho del operador quede frente al hombro derecho del paciente.

Gasas.-Se utilizan para aislar el campo operatorio, y mantener la saliva alejada del campo operatorio y se apartan los fragmentos y la sangre de la garganta, a la vez que se eliminan pérdidas de tiempo vinculadas con la salivación.

Separadores.- La asistente debe estar entrenada para sostener el separador en la mano derecha, el separador se mantiene contra la cortical interna cuando el operador está operando del lado derecho del paciente, cuando se opera del lado izquierdo del paciente, la punta del separador se mantiene por debajo del colgajo mucoperióstico contra el hueso.

La elección del instrumental suficiente y adecuado para el tipo de intervención que vaya a practica, teniendo en cuenta que el uso de un número exagerado o insuficiente de instrumental le resta al operador tiempo, destreza y eficacia.

Bisturí.-Existen tres hojas de uso general y dos mangos de bisturí. Las hojas son Bard Parker # 11.12 y 15 y los mangos son 7 y 3.

Pinzas de Algodón, Espejos, pinzas de hemostasia (tipo mosquito), exploradores, porta agujas, agujas, hilo de sutura.

Elevadores.-Son muy buenas, se utilizan principalmente para el levantamiento del mucoperiostio, cuando sea posible el elevador será empleado para luxar el diente antes de usar los fórceps. Los más utilizados son los elevadores de Winter # 14 R y 14 L.

El martillo y el cincel son utilizados para separar el diente, reducción de hueso, el cincel deberá de poseer filo de navaja, por lo que deberá de ser afilado cada vez que se use; escoplo utilizado es del # 52 de Garder.

Tijeras Curvas o Rectas.-Se utilizan para cortar el hilo de suturar Cucharrillas de Molt # 4 y # 5 u 6, son utilizadas para remoción del hueso, y -

son también utilizadas como elevador perióístico y para remoción de los --
grandes quistes.

Fresas quirúrgicas, aspirador de sangre y saliva.

TERCERA PARTE

CAPITULO II

I. Técnica Quirúrgica para la Extracción del Tercer Molar Inferior Incluido

La extracción del tercer molar inferior retenido consta de los siguientes -
tiempos:

- a) Incisión
- b) Preparación de los Colgajos
- c) Osteotomía
- d) Operación propiamente dicha
(extracción del molar retenido)
- e) Tratamiento de la Cavidad Osea
- f) Sutura de los Colgajos

Incisión

Para la extracción del tercer molar inferior retenido, señalaremos una incisión que cumple los preceptos quirúrgicos de este tiempo de la operación.

Con el bisturí de Parker, se inicia la incisión en la parte más alta de la cresta distal por detrás de la cara distal del segundo, con un trazo enérgico, que permita percibir debajo del instrumento la sensación de hueso o de la cara dentaria. La longitud de la incisión estará dada por el tipo de -

retención del tercer molar, por lo tanto se funda en detalles que se obtengan del examen radiográfico, al llegar a la cara distal del segundo molar contornea su cuello, y continúa después el festoneando la encía en su adaptación al cuello del segundo y primer molares, en tanto que la penetración a los ligamentos correspondientes, esta incisión se detiene en el espacio anterdentario del molar y segundo premolar, en los casos de la ausencia del segundo molar, la incisión se realiza sobre la cresta alveolar, se detiene en el centro de la cara distal del primer molar y prosigue hacia el cuello de este diente, contorneándolo. En el caso de ausencia de todos los dientes de la arcada, la incisión corre por el borde hasta aproximadamente 2 cms. del límite mesial de molar retenido y puede eventualmente prolongarse hacia la cara vestibular del maxilar, si bien no es ideal pues crea condiciones desfavorables para la cicatrización.

Preparación de Colgajo

Una vez hecha la incisión se continúa a la realización de los colgajos con el periostótomo en la brecha quirúrgica haciendo un movimiento que va de distal a mesial, tocando el hueso y apoyándose en él, y merced a suaves movimientos de lateralidad y dando giro del instrumento, se va a desprender

el labio bucal de la incisión en toda la extensión, que va del tercer molar al espacio interdentario subsiguiente, desprendido el colgajo se le mantiene con el mismo periostotomo, o con el separador de Austin. El colgajo nos permite una amplia visión del campo operatorio.

Osteotomía

Su objetivo es eliminar la cantidad de hueso que cubre el molar. La osteotomía junto con la odontosección simplifican extraordinariamente un problema que de otra manera sería altamente traumatizante para el paciente. La osteotomía se puede realizar con escoplo y fresas.

Escoplo.- En el caso de hueso pericoronario es sumamente sólido sobre todo los huesos bucal y distal y exige efectuar maniobras precisas con instrumentos afilados.

Fresas.-La fresa es un instrumento muy útil para realizar la osteotomía su empleo es simple y su función puede ser realizada con éxito, solo sólo evitar su calentamiento por el excesivo y prolongado fresado (esto se logra con la irrigación constante del suero fisiológico) y procurando que no se emboten por las partículas óseas, que se depositan entre sus dientes. Son

muy útiles las fresas de carburo de tungsteno, que resecan el hueso con precisión y rapidez.

Operación Propiamente Dicha

Se aplica sobre la cara mesial del tercer molar con un elevador (#2 de -- Winter). Que siguiendo los principios mecánicos de palanca de primero y segundo género, con punto de apoyo sobre el borde óseo mesial o mesiobucal, eleva el molar dirigiéndolo hacia el lado distal y hacia arriba.

Odontosección.- Como ya dijimos simplifica y agiliza una operación que de otra manera sería traumatizante, lacerante e improductiva. El método no es fácil, pero requiere un menor sacrificio de un tejido útil como es el óseo y se realiza sobre un tejido que va a ser eliminado como es el diente. La odontosección puede realizarse en dos formas distintas según su eje mayor o según su eje menor, se puede efectuar con escoplo y fresas del # 8.

Tratamiento de la Cavidad Osea

Una vez que ha sido extraído totalmente el diente retenido, se continuará a realizar la limpieza de la cavidad ósea, se eliminarán las esquirlas --

óseas del diente, la eliminación de saco pericoronario, el cual como mencionamos anteriormente puede ser el causante de trastornos infecciosos, se lo -
 grará la extirpación por medio de una cuacharilla filosa raspando contra las
 paredes de la cavidad ósea. En algunos casos es recomendable hacer aplica -
 ciones tópicas con alguna sustancia antiséptica (tintura de yodo, violeta -
 gerciana, etc.).

Sutura

Así como la incisión es el paso preliminar en toda técnica, la sutura es -
 su complemento. La sutura proporcionará una buena evolución y una cica --
 trización adecuada.

La sutura tiene por objeto reconstruir los planos incididos para ayudar
 a la cicatrización. para que se logre una sutura adecuada tiene que lo -
 grar algunos requisitos que mencionaremos a continuación:

- a) Que una tejidos de la misma naturaleza, en la sutura hecha por
 por planos, para que reconstruya los distintos elementos anató-
 micos.
- b) Que la unión de dichos planos sea perfecta para no dejar espa -
 cios muertos que favorezcan al desarrollo del gérmen.
- c) Emplear la clase de sutura y el material adecuado para la fina-
 lidad que esté destinada.

- d) Finalmente, la sutura se efectuará en una herida limpia, desprovista de coágulos, tejidos esfacelados o desprendimiento en sus bordes y con una perfecta y definitiva hemostásis.

El fin de la sutura es dar firmeza al colgajo depositándolo nuevamente en su lugar. Una vez terminada la sutura se coloca una gasa y se le dan las instrucciones al paciente.

II. Técnica para la Extracción del Tercer Molar Inferior Retenido en Posición Mesioangular

Incisión

Primero se va a hacer una incisión con el bisturí en los tejidos que están por distal del segundo molar, y la segunda rama de la incisión se hace -- verticalmente desde la primera incisión en su unión con la cúspide disto - vestibular, extendiéndose hacia adelante, hacia los tejidos vestibulares que cubren la raíz mesial del segundo molar.

Colgajo

Se va a realizar mediante la técnica de la separación de las fibras gingi vales libres vestibulares que rodean el diente hacia adelante para incluir el primer molar y separar hacia vestibular el gran colgajo (este es más - fácil de suturar, menos doloroso en el período posoperatorio y menos dis - torción en la cicatrización). El colgajo mucoperiódstico se eleva cuida - dosamente con una cucharilla para hueso de Molt # 4 afilada, comenzando - en la incisión vertical donde el periostio no está adherido al hueso, se lleva el instrumento hacia atrás y hacia el reborde alveolar. Cuando el sitio operatorio está ampliamente expuesto, se coloca un separador adecua

do, por debajo del colgajo y se lo sostiene contra el hueso.

Osteosección

Se va a comenzar verticalmente, justo por detrás de la raíz distal del segundo molar y paralela a ella, la incisión ósea debe tener uno o dos o tres anchos de escoplo de longitud, dependiendo de la profundidad necesaria para llegar por debajo del esmalte del diente retenido. El escoplo se gira de una manera que mire hacia atrás, colocándolo en el fondo del primer corte y se le dirige ligeramente hacia la cresta alveolar. La mayor parte de la cortical externa se reseca en una sola pieza, se hacen otros cortes horizontales en la medida de lo necesario para exponer la corona.

En una mandíbula ancha con una cortical alveolar gruesa, el diente impacta do puede exponerse aún más angulando un borde del escoplo hacia el diente al hacer un corte horizontal para crear un surco en la esponjosa entre el diente y la lámina cortical. Se marcarán dos puntos con la cucharilla para hueso, el hueso que está en la unión de los cortes vertical y horizontal debe removerse lo suficiente como para permitir que la cucharilla para hueso entre la esponjosa por debajo de la corona del diente retenido.

Operación propiamente dicha

Se va a continuar al seccionamiento del diente donde se colocará un escoplo nuevo en el surco vestibular, se va a dirigir hacia distal en el cuello anatómico del diente (no hay que hacerlo hacia lingual porque puede fracturar la cortical interna). Se continuará dando un golpe seco de refilón para -- que no atravesase, entonces se dividirá el diente en el primer intento. La porción distal seccionada de la corona se eleva de la herida. Se coloca -- por debajo de la corona un elevador biangulado en punta de lanza como es -- elevador de Krogh para hacer un movimiento hacia arriba, el borde superior del elevador será la porción del instrumento que eleva al diente, para obtener una mejor toma del diente, el borde quí se gira ligeramente hacia distal acercándolo al diente.

Cuando el diente se mueve estará forzado a hacerlo en un arco. Cuando se -- ha movido hacia arriba y hacia atrás hasta el punto en que el instrumento -- ya no puede mantener contacto con él, se gira el elevador de manera que el borde inferior complete la remoción del diente. Si se hace rotación antes hay peligro de fracturar la raíz y puede comprometer al segundo molar. A

menudo el diente se va a mover hacia arriba lo suficiente como para dejar atrás el segundo molar, pero no va a rotar hacia distal. Va a estar en posición vertical separado del segundo molar lo suficiente como para perder la ventaja mecánica del elevador colocado entre ambos dientes. Un elevador de Winter Largo # .14 colocado en la bifurcación de las raíces utilizando como fulcrum la cortical externa, va a elevar al diente sacándolo de la herida.

Tratamiento de la Cavidad Osea

Una vez sacado el diente se procederá a sacar los fragmentos óseos con una cucharilla para hueso, y hay que tener atención en sacar los fragmentos que se alojan por debajo del colgajo vestibular del segundo molar, los remanentes de tejidos blandos del alvéolo (como son tejido de granulación, folículode erupción), se retiran cuidadosamente por medio de disección aguda o roma. Se evitará el raspaje intenso con las cucharillas en las profundidades de la herida donde pasan el nerio dentario inferior y los vasos dentarios los bordes del hueso se redondean con la cucharilla. Se continuará a colocar una cuña de Gelfoam embebida previamente en una solución

antibiótica (que se ha dejado secar sin perder su esterilidad).

Sutura

Se procederá a colocar una sutura sobre el alveolo desde lingual a vestibular, según la regla quirúrgica se debe suturar el colgajo libre al colgajo fijo, pero resulta más simple aquí porque el separador no se saca de la herida hasta que la aguja se ha recuperado en la profundidad de la herida.

Emplearemos una aguja cortante redonda de 12 mm. y seda # 000, por lo general es suficiente una sutura y la zona se cubre con una gasa.

III. Técnica para la Extracción del Tercer Molar Inferior Retenido en Posición Horizontal

La incisión y el colgajo se harán como ya fue descrito en la técnica anterior.

Osteosección

La retención horizontal ubicada a un bajo nivel oclusal requiere un corte vertical profundo del hueso, que se extiende a menudo hasta el nivel del ápice del segundo molar. Los cortes horizontales deben ser suficientes como para exponer el cuello anatómico del diente.

Operación propiamente dicha

Se comenzará realizando una división en el cuello anatómico para separar la corona de la raíz. Esto puede llevarse a cabo con un escoplo afilado pero empleando una fresa es más efectiva para este procedimiento. Se colocará el escoplo en el surco vestibular dirigiéndolo hacia atrás y arriba, y un poco hacia lingual como el acceso lo permita. La porción distal de la corona puede ser seccionada y removida, se coloca el escoplo en el mismo sitio dirigiéndolo hacia abajo y atrás; se hace esto para seccionar la

porción mesial (inferior) de la corona, que no puede ser extraída en este momento. Si los ángulos de los cortes han sido suficientemente amplios, - puede haber bastante espacio como para extraer el diente retenido. Siempre que se haya resecado una cantidad suficiente de hueso sobre la cresta alveolar. El seccionamiento se hará cuando haya acceso a la corona, aunque las partes no puedan ser extraídas, se puede hacer un corte en una dirección casi vertical (hacia abajo). La superficie dentaria expuesta puede dividirse con más facilidad que el esmalte, y si también la cámara pulpar está expuesta será más fácil realizar la sección del diente, se extraerán los distintos fragmentos dentarios superficiales. Si el corte óseo - vertical se ha hecho lo suficientemente profundo como para que el elevador tenga acceso y se ha resecado suficiente hueso de la cresta alveolar, la porción radicular puede extraerse con un elevador # 14, con o sin ulterior seccionamiento radicular, no debe utilizarse presión intensa. Deberá realizarse más osteosección hasta que el diente retenido pueda extraerse con relativa agilidad, la parte mesial de la corona se va a extraer al último y se proseguirá al cierre de la cavidad una vez efectuado el tratamiento de la cavidad con su suturación.

IV. Técnica para la Extracción del Tercer Molar Inferior Retenido en Posición Vertical

Una de las operaciones más difíciles es la extracción del diente retenido en posición vertical por la dificultad que resulta la colocación de un instrumento entre el segundo molar y el tercer molar retenido íntimamente adosado el espacio es muy pequeño para realizar una osteotomía adecuada. Una vez realizada la incisión adecuada y el colgajo mucoperióstico se procederá a realizar la operación.

Operación propiamente dicha

Una vez que esté expuesta la zona, se hará un largo corte vertical en el hueso para exponer por lo menos el cuello anatómico del diente retenido. Se procederá a eliminar hueso por detrás (por distal) del diente retenido y también sobre su cara oclusal. Un corte largo vertical se realizará en el surco vestibular a través de la porción distal del diente que está por debajo del cuello del diente, se extrae esta porción. Se introducirá un elevador en punta de lanza entre los dientes, de ser posible y se eleva el diente retenido. Si no es posible el acceso, puede colocarse en la zona de la bifurcación, un elevador # 14 en la cara vestibular y ejercer una fuerza

directamente hacia arriba. Una vez sacado el diente retenido se procederá a la limpieza de la cavidad y posteriormente a suturar.

V. Técnica para la Extracción del Tercer Molar Inferior Retenido en Posición Distoangular

Esta posición también es difícil de extraer, debido a que su mayor volumen se encuentra en la rama ascendente. La corona del diente retenido está situada lejos del segundo molar, y esto no permite introducir fácilmente el elevador. Una vez que se ha hecho la incisión y el colgajo mucoperiostico adecuado, se procederá a realizar la operación.

Operación propiamente dicha

Después de haber levantado el colgajo, se procederá a hacer los acostumbrados cortes vertical e horizontal en el hueso. Se selecciona el diente en posición o dirección vertical. Esto es según la curvatura de las raíces, el volumen mesial del diente; se mueve primero hacia arriba por un elevador en punta de lanza colocado en el lado mesial del diente o con un elevador # 14 colocado en la zona de la bifurcación. En algunas ocasiones la porción coronaria distal seccionada puede ser disecada del hueso primero, luego se gira el diente hacia distal, hacia el espacio recién creado. En algunas ocasiones es útil seccionar la corona de la raíz. Una vez extraído el diente retenido se procederá a limpiar la cavidad y posteriormente a suturar.

TERCERA PARTE

CAPITULO III

Cuidados Post-Operatorios

El post-operatorio es el conjunto de métodos, precauciones y técnicas que se realizan después de la operación, con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención.

Los cuidados del post-operatorio varían según el grado de inclusión, reacciones individuales del paciente, el post-operatorio normal sin complicaciones, dura de un mes a seis semanas, el cierre de esta herida relativamente profunda es rápido, en fondo de saco debe ser vigilado atentamente.

A continuación haremos mención de algunos pasos que son importantes en el post-operatorio.

Higiene de la Cavidad Bucal

En la parte operada de la cavidad bucal será irrigada con una solución tibia como puede ser el suero fisiológico o agua bidestilada que ayudará a limpiar y eliminar sangre, saliva, restos, etc. Estos elementos extraños

entran en putrefacción y aumentan la riqueza de la flora microbiana bucal.

El paciente en su domicilio, constituido el coágulo, hará lavados suaves - de su boca, cuatro horas después de la operación con una solución antiséptica cualquiera.

Fisioterapia Post-Operatoria

Se ha recomendado el empleo de agentes físicos para mejorar y modificar las condiciones de las heridas en la cavidad bucal.

Frío.-Lo utilizamos con mucha frecuencia en el tratamiento post-operatorio. Se aconseja al paciente colocar bolsas con hielo o toallas mojadas en agua helada sobre la cara, frente al sitio de la intervención.

El papel que desempeña el frío, es múltiple, evita la congestión y el dolor post-operatorio, previene los hematomas y las hemorragias, disminuye y delimita los edemas post-operatorios. El frío se utiliza por un período de quince minutos seguidos de períodos iguales de descanso, y durante no mas de los primeros tres días.

Calor.-Sólo lo empleamos para madurar los procesos flogísticos y ayudar

a la formación del pus después del tercer día, puede aplicarse para dismi

nuir las alveolagias y dolores post-operatorios. La terapéutica por el calor tiene resultados muy buenos, ya que el odontólogo ha preconizado, se recomienda hacer buches calientes y compresas frías al exterior o viceversa.

Cuidados de la Herida

Las heridas en la cavidad bucal no necesitan terapéutica. La naturaleza la provee de condiciones suficientes para la formación del coágulo y la protección de la herida. Por lo general, el alvéolo que sangra y se llena con un coágulo, tiene la mejor defensa contra la infección y dolor. Después del segundo día, la herida será suavemente irrigada con suero fisiológico tibio o con solución alcohólica de fenol.

Si hay que extraer los puntos de sutura, esto se hará al 4o. o 5o. día.

Extracción de los Puntos de Sutura

La técnica es la siguiente:

Se pasa sobre el hilo a extraerse, un algodón embebido de tintura de yodo o de merthiolate, con el objeto de desinfectar la parte del hilo que estando en la cavidad bucal se encuentra infectado.

Se toma con una pinza de disección un extremo del nudo y con las tijeras -- cortamos el hilo. De esta manera eliminamos los puntos de sutura procurando no lastimar la encía para no abrir los labios de la herida.

Tratamiento General del Paciente

El tratamiento se refiere a la vigilancia del pulso, la tensión arterial y las medidas terapéuticas de orden general de las complicaciones post-operat^orios.

Instrucciones para el paciente

Antes de despedir al paciente, deben dársele instrucciones precisas respecto al cuidado que ha de tener en su domicilio, como son enjuagatorios, alimentación adecuada, tratamiento médico (antibióticos, antiinflamatorios). -- Estas instrucciones deben darse por escrito para evitar dudas.

Pueden producirse incidentes o reacciones operatorias, como son, trismus dificultades en la alimentación, ligera tumefacción externa, pequeña elevación térmica, son incidentes casi normales. Por el contrario hay accidentes hemorrágicos que pueden ser serios (hemorragia proveniente de la arteria dentaria inferior), y que ya son complicaciones.

Otros incidentes de importancia consisten en la producción de una osteitis que suele quedar limitada a la región alveolar o perialveolar, sin embargo, puede invadir regiones vecinas del maxilar inferior.

Tomando todas las precauciones pre-operatorias indispensables, el grado de peligrosidad disminuye tanto para el paciente como para el operador.

CONCLUSIONES

No siempre puede el cirujano dentista determinar, si un caso encuadra en el grupo de las extracciones simples o en el de las extracciones quirúrgicas - que constituyen una verdadera operación. Hay que valorar el cuadro clínico con un examen radiográfico previo y con la ayuda del examen clínico permita sacar conclusiones y sobre todo apreciar la extensión de la región ósea que pueda ser necesaria.

Nunca se insistirá lo suficiente, en la necesidad de apreciar correctamente las dificultades operatorias antes de emprender la extracción del tercer molar inferior retenido, teniendo en cuenta los malos efectos patológicos de una tentativa de extracción fracasado total o parcialmente.

También tendremos en cuenta en no señalar como mejor a ninguna técnica, si no emplear aquella o aquellas que puedan ayudar a facilitar nuestra intervención, con la ayuda del instrumental adecuado y las maniobras de ellos mismos lograremos un éxito en cada intervención.

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

CIRUGIA BUCAL PRACTICA

Daniel E. Waite
Ed. Continental
1a. Edición Español
1978

CIRUGIA BUCAL

Guillermo A. Ries Centeno
Ed. El Ateneo
VIII Edición
Buenos Aires, Argentina

ANATOMIA

Ernest Garner M.D.
Donald J. Grai M.S.
Ed. Salvat Mexicana

TRATADO DE CIRUGIA ORAL

Walter C. Guralnick D.M.D.
Ed. Salvat Mexicana

MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA

Astra
1979

ANATOMIA DENTAL

Rafael Esponda Vila
U.N.A.M.

CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL

Gustav O. Kruger
Ed. Médica Panamericana