

1. J. J. J.
756

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**TRATAMIENTO DE TERCEROS MOLARES
INCLUIDOS INFERIORES**

T E S I S

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

EMILIO ABRAHAM OLVERA GUTIERREZ

México, D. F.

1979

15141



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULOS:

- I: DEFINICION Y ETIOLOGIA
 - II: CLASIFICACION
 - III: MUSCULOS
 - IV: METODOS DE DIAGNOSTICO
 - HISTORIA CLINICA
 - ANALISIS CLINICOS
 - ESTUDIO RADIOGRAFICO
 - V: INSTRUMENTAL QUIRURGICO
 - METODOS DE ESTIRILIZACION
 - VI: TECNICA QUIRURGICA
 - VII: TRATAMIENTO PREOPERATORIO Y POSTOPERATORIO
 - VIII: COMPLICACIONES:
 - CON LA ANESTESIA
 - CON MEDICAMENTOS
 - CON HEMORRAGIAS
 - CON TRAUMATISMOS
 - CON INFECCIONES.
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

Ya sea en las grandes metrópolis y más aún en los lugares apartados de ellas, es obligatorio para el cirujano dentista saber tratar las extracciones de los terceros molares incluidos. Estos suelen ser los más irregulares - en erupcionar durante la dentición humana y principalmente entre los pueblos de raza caucásica. Su erupción varía entre los 16 a los 30 años de edad, aproximadamente, en ocasiones no se llegan a formar debido a alteraciones congénitas (agenesia) o como en el caso que tratamos, no logran-- hacer erupción.

En nuestro medio existe un alto índice de casos y por considerarse de una cirugía menor no nos es posible remitir a todos los pacientes con un especialista.

En los capítulos que a continuación presento, se trata de recopilar las bases fundamentales para un resultado satisfactorio en este tipo de intervenciones.

C A P I T U L O I

DEFINICION Y ETIOLOGIA:

Definición.- Dientes incluidos o retenidos, son aquellos que por variadas causas han quedado dentro de los tejidos blandos u óseos (Maxilar o Mandíbula) durante su periodo normal de --erupción.

ETIOLOGIA

De acuerdo con el Dr. Berger, las causas de retención son de-- dos tipos:

Locales y sistémicas

Causas Locales

Dentro de las más comunes están:

- a).- Falta de espacio en maxilares y mandíbulas de poco desarrollo.
- b).- Gran densidad de la membrana mucosa que lo cubre.
- c).- Gran densidad del hueso que lo contiene.
- d).- Mal posición de los dientes contiguos.
- e).- Pérdida prematura de la dentición primaria.

- f).- Indebida retención de la dentición primaria.
- g).- Inflamaciones crónicas contiguas.
- h).- Enfermedades adquiridas, tales como necrosis por infección.

Causas Sistémicas

1.- Causas Prenatales

- a).- Mezcla de razas
- b).- Herencia.

2.- Causas Post-natales.- Son aquellas que interfieren en el desarrollo del infante.

- c).- Desnutrición
- d).- Anemia
- e).- Raquitismo.
- f).- Sífilis Congénita
- g).- Tuberculosis.

C A P I T U L O I I

CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS

El tercer molar inferior se encuentra situado en la mandíbula con distintas posiciones y desviaciones para lo cual describiremos cada una de ellas, tomando en cuenta la clasificación del Doctor Winter por ser la más acertada:

- 1.- Posición Vertical
- 2.- Posición Horizontal.
- 3.- Posición Mesioangular
- 4.- Posición Distoangular
- 5.- Posición Invertida
- 6.- Posición Buccoangular
- 7.- Posición Linguoangular.

Todas estas posiciones podrán ir acompañadas de las siguientes desviaciones:

- 1.- Desviación Bucal.
- 2.- Desviación Lingual.
- 3.- Desviación Bucolingual

A continuación se hacen las descripciones de cada una de ellas:

Posición Vertical

Cuando el tercer molar tiene su eje mayor paralelo al eje mayor del segundo molar y es perpendicular al plano de oclusión.

Posición Horizontal

El tercer molar presenta esta posición cuando su cara oclusal se encuentra en relación con la cara distal del segundo molar, su eje mayor es perpendicular al eje mayor del segundo, y es paralelo al plano de oclusión, por lo tanto forma un ángulo de 90° .

Posición Mesioangular

El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el segundo, su eje mayor al intercertar con el eje mayor del segundo, forma un ángulo agudo abierto hacia abajo de angulación variable.

Posición Distoangular

El tercer molar presenta su corona dirigida en grado variable hacia la rama ascendente. Su eje mayor con el eje mayor del segundo, forman un ángulo abierto hacia arriba y atrás.

Posición Invertida

La corona y cara oclusal del tercer molar están dirigidos hacia el borde inferior de la mandíbula y sus raíces hacia -- arriba.

Se le conoce también como posición para normal. Esta retención es generalmente total.

Inclusión con Torción del eje molar mayor.

Cualquiera de las posiciones y desviaciones, pueden estar en giro versión, Es decir, que la cara anatómica y las raíces del tercer molar ocupan un lugar que no les corresponde.

Posición Buco Angular

La corona del tercer molar se encuentra dirigida hacia la -- tabla externa y sus raíces hacia la tabla interna.

Posición Linguoangular

Lo contrario del caso anterior. Ahora la corona del tercer molar se encuentra dirigida hacia la tabla interna y sus -- raíces hacia la tabla externa. Por lo tanto, la cara oclusal mirará hacia lingual y las raíces hacia bucal.

DESVIACIONESDesviación Bucal

Es cuando el tercer molar tiene una parte o la totalidad de su corona hacia la parte bucal.

Desviación Lingual

El tercer molar tiene una parte o la totalidad de su corona hacia la parte lingual.

Desviación Bucolingual

El tercer molar está dirigido hacia bucal, pero su cara -- oclusal está desviada hacia lingual.

Clasificación del tercer molar inferior según el Dr. Perry.

CLASE I

Cuando hay espacio suficiente entre el borde anterior de -- la rama ascendente y la cara distal del segundo molar, para que el tercer molar tenga su debida colocación en su -- diámetro mesiodistal.

CLASE II

La distancia entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente, es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercero.

CLASE III

El espacio entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente, es nulo. En este caso, todo el molar se encuentra dentro de la rama.

Profundidad del tercer molar en relación con el hueso o rama ascendente:

Se divide en tres posiciones:

Posición "A":

Es cuando la cara oclusal del tercer molar retenido, se encuentra a la misma altura del plano oclusal.

Posición "B"

En esta posición la cara oclusal del tercer molar, está por debajo del plano de oclusión o por encima de la línea cervical del segundo.

Posición "C"

La cara triturante del molar se encuentra al mismo nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

C A P I T U L O I I I

MUSCULOS

TEMPORAL

Gran músculo de la masticación en forma de abanico que se inserta en su borde superior de adelante hacia atrás sobre la línea temporal inferior de la superficie externa - del cráneo. Sus fibras se dirigen hacia abajo y adelante - pasando por dentro del espacio que forma el arco cigomático dividiéndose en dos porciones tendinosas separadas entre -- sí. Una superficial que se inserta desde el borde del apófisis coronoides hasta el nivel del reborde alveolar infe-- rior. Y otra profunda se inserta en la cara interna de la - apófisis coronoides siguiendo hacia abajo por la cresta tem poral. Entre las dos porciones tendinosas forman un surco que corresponde a la fosa retromolar a nivel de la cual el hueso queda libre de inserciones.

Inervación: Por ramas temporales profundas (media y ante- rior) del nervio maxilar inferior.

Irrigación: Por las arterias temporales profundas, segun- da división de la maxilar interna.

Acción: La contracción de sus fibras eleva y retrocede

la mandíbula.

MASETERO

De forma cuadrangular y aplanado de fuera adentro. En su porción superior sus fibras se insertan en los dos tercios anteriores del arco cigomático dirigiéndose hacia abajo y atrás hasta llegar a insertarse en el ángulo de la mandíbula.

Inervación: Por la rama maseterina del maxilar inferior.

Irrigación: Por la segunda división de la maxilar interna de la arteria maseterina.

Acción: Las contracciones de sus fibras elevan la mandíbula.

PTERIGOIDEO EXTERNO

Sus fibras se dividen en dos porciones, la superior que va del ala mayor del esfenoides hasta llegar al final de la cápsula articular, y la inferior se inserta en la lámina externa de la apófisis pterigoides hacia la cápsula articular.

Inervación: Por la rama pterigoidea externa del nervio mandibular.

Irrigación: Por ramas pterigoideas de la segunda división de la maxilar interna.

Al contraerse sus fibras dirigen la cabeza del cóndilo y el menisco hacia adelante y adentro. Esta acción coloca a la mandíbula dentro de la posición de masticación. Si el pterigoideo externo de un lado se relaja mientras que del otro se contrae, la mandíbula se moverá hacia una posición lateral.

PTERIGOIDEO INTERNO

Sus fibras se insertan por un extremo en la cara interna del ala pterigoidea externa y se dirigen hacia abajo y atrás hasta la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula.

Inervación: Por la rama pterigoidea interna del nervio mandibular.

Irrigación: Por la rama pterigoidea de la segunda división de la maxilar interna.

Acción: La contracción de sus fibras originan el movimiento de lateralidad y protrusión mandibular.

BUCCINADOR

De forma irregularmente cuadrilátera, forma la parte posterior de los carrillos y parte de la anterior.

Su borde posterior se inserta en el borde anterior del ligamento pterigomandibular. Su borde superior se inserta a nivel de las eminencias alveolares a lo largo de los tres molares superiores. Por su borde inferior, se inserta en los dos tercios posteriores de la línea oblicua externa uniéndose por detrás al haz tendinoso del temporal.

Llegando hasta el comienzo del lado externo del triángulo retromolar. En ésta área retromolar es donde localizamos los terceros molares inferiores, y la encontramos en el límite posterior del reborde alveolar inferior, donde se une a la rama ascendente mandibular, tiene una forma de almendra y su centro está ocupado por la elevación de la papila piriforme.

- Inervación: Por las ramas del nervio facial.
- Irrigación: Por afluentes de arteria del buccinador, rama de la arteria maxilar interna.
- Acción: Su función es tirar hacia atrás las comisuras labiales. Comprimen la cavidad vestibular ayudando en la acción de soplar y expulsar el contenido alimenticio en esa zona hacia las arcadas dentarias.

MILOHIOIDEO.

De forma cuadrilátera, forma el piso de la boca. Está dispuesto en forma horizontal entre los cuerpos de la cara interna de la mandíbula, insertándose por sus bordes externos en la línea oblicua interna mandibular. Por su borde anterior con la sínfisis mentoniana y por su borde posterior con la porción superior del hueso hioides.

Inervación: Por la rama milohioidea del Nervio Mandibular -
(maxilar inferior)

Irrigación: Por la rama de la arteria sublingual milohioidea y submentoniana.

Acción: La función que desempeña este músculo es básica en la deglución y principalmente la de bajar la mandíbula.

C A P I T U L O I V

METODO DE DIAGNOSTICO

HISTORIA CLINICA

Existen diversas y válidas formas para elaborar la Historia Clínica. La anotación de la H.C. se considera como un elemento indispensable en la práctica corriente. Existen cuatro razones principales por las cuales el dentista debe tomar esta historia:

- a).- Tener la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente ni su salud.
- b).- Averiguar si la presencia de alguna enfermedad general o la toma de determinados medicamentos destinados a su tratamiento, puede entorpecer o comprometer el éxito del tratamiento aplicado a su paciente.
- c).- Detectar una enfermedad ignorada que exija un tratamiento especial.
- d).- Conservar un documento gráfico que pueda resultar útil en el caso de reclamación judicial por incompetencia profesional.

La Historia Clínica que a continuación se presenta, está basada en el cuestionario usado por la Cátedra de Cirugía Bucal que se imparte en la "Clínica Vallejo" perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México.

El motivo por el cual la publicamos se debe a que gran cantidad de estudiantes así como de Cirujanos Dentistas, se encuentran relacionados con ésta.

HISTORIA CLINICA

1.- FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

SEXO _____ EDAD _____

ESTADO CIVIL _____ DOMICILIO _____

_____ TELEFONO _____

OCUPACION _____ DOMICILIO _____

_____ TELEFONO _____

REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES _____

FECHA DE LA ULTIMA CONSULTA AL ODONTOLOGO _____

AL MEDICO _____

CONSTITUCION FISICA _____

CONFORMACION:

TAMANO DE LA CABEZA _____

CARA: FORMA _____ TEZ _____

ESTADO DE LA SUPERFICIE _____

DEFORMACIONES _____

MOVIMIENTOS ANORMALES _____

ARMONIA DE LAS PORCIONES DE LA CARA _____

2.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

GENERALIDAD _____ OBESIDAD _____
 HIPOTENSION _____ HIPERTENSION _____
 CARDIOPATIAS _____ HEMOFILIA _____
 DIABETES _____ NEFROPATIAS _____
 SIFILIS _____ TUBERCULOSIS _____
 ALERGIAS _____ NEOPLASIAS _____
 PADECIMIENTOS NERVIOSOS _____
 CAUSAS DEL FALLECIMIENTO DE ABUELOS, PADRES, HERMANOS, CONYU-
 GE, HIJOS Y COLATERALES _____

3.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

ALIMENTACION _____ PESO _____
 DEPORTES _____ HIGIENE _____
 TABAQUISMO _____ ALCOHOLISMO _____
 TOXICOMANIAS _____ MOVIMIENTOS ANORMALES _____

4.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

ALTERACIONES CONGENITAS _____
 VARIACION EN EL PESO _____ ASTENIA _____
 AMIGDALITIS _____ ANOREXIA _____
 FLEBITIS _____ OTITIS _____
 PALUDISMO _____ REUMATISMO _____

TUBERCULOSIS _____ PARASITOS INT. _____

ULCERAS _____ FIEBRE _____

ENFERMEDADES VENEREAS _____ NEOPLASIAS _____

ANEMIA _____ CRISIS CONVULSIVAS _____

5.- ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS MEDICOS Y QUIRURGICOS:

PENICILINA _____ CORTICOIDES _____ LAXANTES _____

ANTIACIDOS _____ ANTIREUMATICOS _____

ANESTESICOS GENERALES _____ LOCALES _____

ESTIMULANTES _____ DEPRESORES _____

INTERVENCIONES QUIRURGICAS _____

RESISTENCIA A LAS INFECCIONES _____

6.- MOTIVO DE LA CONSULTA:

PADECIMIENTO ACTUAL _____

EXPLORACION DE LA ZONA AFECTADA _____

7.- ESTADO ACTUAL:

a).- LABIOS: FORMA _____ VOLUMEN _____

CONSISTENCIA _____ COLOR _____

ESTADO DE LA SUPERFICIE _____

TEMPERATURA _____ MOVIM. ANORMALES _____

DEFORMACIONES (ETIOLOGIA) _____

b) .- CARRILLOS: VOLUMEN _____ COLOR _____

CONSISTENCIA _____ SUPERFICIE _____

TEMPERATURA _____ DEFORMACIONES (ETIOLOGIA) _____

c) .- MUCOSA: FORMA _____ VOLUMEN _____

CONSISTENCIA _____ COLOR _____

SUPERFICIE _____ TEMPERATURA _____

DEFORMACIONES (ETIOLOGIA) _____

d) .- MAXILAR:

PARODONTO: ENCIA INSERTADA _____ LIBRE _____

FORMA _____ VOLUMEN _____

PUNTILLO _____ CONSISTENCIA _____

INFLAMACION _____ EDEMA _____

CALCULOS _____ BOLSAS PARODONTALES _____

PLACA DENTOBACTERIANA _____

PALADAR: FORMA _____ VOLUMEN _____

CONSISTENCIA _____ COLOR _____

SUPERFICIE _____ EXOSTOSIS _____

RESORCIONES _____ SOLUCION DE CONTINUIDAD _____

PROFUNDIDAD DE LA BOVEDA _____

TUBEROSIDAD DEL MAXILAR _____

FORMA DEL ARCO _____ EXT. LONG _____

TAMAÑOS DE LAS AREAS DE SOPORTE _____

INSERCIONES MUSCULARES _____

GLANDULAS SALIVALES _____

e) .- MANDIBULA:

PARODONTO: ENCIA INSERTADA _____ LIBRE _____

FORMA _____ VOLUMEN _____ CONSISTENCIA _____

PUNTILLO _____ INFLAMACION _____

EDEMA _____ CALCULO _____

BOLSAS PARODONTALES _____ PLACA DENTOBACTERIANA _____

FORMA DE LA MANDIBULA _____ VOLUMEN _____

CONSISTENCIA _____ COLOR _____

SUPERFICIE _____ EXOSTOSIS _____

RESORCIONES _____ SOLUCION DE CONT _____

EXTENSION LONGITUDINAL _____ ESPACIO RECTOMOLAR _____

FORMA DEL ARCO _____ AREAS DE SOPORTE _____

INSERCIONES MUSCULARES _____

PISO DE LA BOCA (GLANDULAS) _____

f).- LENGUA: FORMA _____ VOLUMEN _____ CONSISTENCIA _____
COLOR _____ SUPERFICIE _____ TEMPERATURA _____
MOV. ANORMALES _____ RESTRINGIDOS _____

g).- RELACION DE LOS MAXILARES Y MANDIBULA

ORTOGNATICO _____ PROGNATICO _____
RETROGNATICO _____

h).- SALIVA: CANTIDAD _____ CONSISTENCIA _____

COLOR _____ OLORES _____

ANTECEDENTES DE LA OPERATORIA DENTAL _____

ANTECEDENTES ENDODONTICOS _____

ANTECEDENTES PARODONTICOS _____

ANTECEDENTES DE APARATOS PROTESICOS _____

ANTECEDENTES DE APARATOS ORTODONCICOS _____

ANTECEDENTES DE CIRUGIA BUCAL _____

8.- ORGANOS DE LOS SENTIDOS:

GUSTO _____ OLFATO _____
 VISION _____ AUDICION _____
 TACTO _____

9.- ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

ANTECEDENTES TRAUMATICOS _____
 RUIDOS _____ DOLOR _____ ANQUILOSIS _____
 BRUXISMO _____ ALTERACIONES PATOLOGICAS _____
 OTROS _____

10.- ESTUDIO DE APARATOS:

a).- DIGESTIVO:

ANOREXIA _____ DESNUTRICION _____
 ESOPAGO _____ DISPEPSIA _____
 HIPERCLORIDIA _____ TRANSITO INTESTINAL _____
 HALITOSIS _____ EVACUACION INTESTINAL _____
 ICTERICIA _____ HIPOVITAMINOSIS _____
 DOLOR _____ NEOPLACIAS _____

b).- RESPIRATORIO:

OBSTRUCCION NASAL _____ TOS _____
 SINUSITIS _____ EPISTAXIS _____
 SIBILANCIA _____ HEMOPTISIS _____

DISNEA _____ EXPECTORACION _____

DOLOR _____ CIANOSIS _____

DISFONIA _____ LENGUAJE _____

OZENA _____

c).- CIRCULATORIO:

PRECORDIALGIAS _____ PRESION ARTERIAL _____

PALPITACIONES _____ DISNEA _____

CIANOSIS _____ SINCOPE _____

VARICES _____ EDEMA _____

OTROS _____

d).- GENITOURINARIO

INICIO DE LA PUBERTAD Y EVOLUCION EN EL HOMBRE

INICIO DE LA PUBERTAD Y EVOLUCION EN LA MUJER

EMBARAZOS _____ ABORTOS _____ LACTANCIA _____

MENSTRUACION _____ MENOPAUSIA _____ NEOPLASIAS _____

DIURESIS EN 24 HORAS _____ No. DE MICCIONES _____

DOLOR LUMBAR _____ OTROS _____

11.- ESTUDIO DE SISTEMAS.

a).- ENDOCRINO

DESARROLLO ESTATURAL _____ ACNE _____

HIPERTRICOSIS _____ DIABETES _____

BOGIO _____ HIPERTIROIDISMO _____

b).- NERVIOSO.

PARALISIS _____ PARESIAS _____

PARESTESIA _____ HIPOESTESIA _____

ANESTESIA _____ HIPERESTESIA _____

ATROPIA _____ TEMBLORES _____

SENSIBILIDAD _____ ALERGIAS _____

CEFALEA _____ EXITABILIDAD _____

DEPRESION _____ ANSIEDAD _____

SUEÑO _____ MEMORIA _____

PROBLEMAS PSICOSOMATICOS _____

12.- ESTUDIOS RADIOGRAFICOS E INTERPRETACION

PERIAPICALES O INTERPROXIMALES _____

OCLSIALES _____

EXTRAORALES _____

PANORAMICA _____

CEFALOMETRIA _____

OTRAS _____

13.- RESULTADOS DE LABORATORIO

BIOMETRIA HEMATICA _____

QUIMICA SANGUINEA _____

TIEMPO DE SANGRADO _____

TIEMPO DE COAGULACION _____

TIEMPO DE PROTROMBINA _____

TIPIFICACION SANGUINEA _____

PRUEBAS SERO - LUETICAS _____

ANTIESTREPOLISINAS (CULTIVOS) _____

GENERAL DE ORINA _____

OTRAS _____

14.- DIAGNOSTICO _____

15.- PRONOSTICO _____

16.- PLAN DE TRATAMIENTO _____

DIENTE	CARIES (GRADO)	PARODONTOPATIAS	MOVILIDAD	ANOMALIAS DENTARIAS
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 DE INICIACION DEL TRATAMIENTO _____

FECHA DE TERMINACION DEL TRATAMIENTO: _____

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL DOCTOR

ESTUDIOS DE LABORATORIO

Una prueba aislada del laboratorio es menos orientadora que una serie de ellas realizadas a los intervalos adecuado. Un resultado negativo en un análisis de orina (glucosa) no excluye necesariamente la existencia de una diabetes mellitus.

En algunas pruebas, como las de tiempo de protombina y el tiempo de trombo-plastina parcial se usan como patrones de comparación o estándar muestras de sangre normal, en relación con las cuales se interpretan los resultados de las pruebas. Por lo tanto es aconsejable obtener la escala de valores normales adoptada por un laboratorio determinado, de suerte que puedan interpretarse correctamente los resultados de este laboratorio.

PRUEBAS HEMATICAS

Un paciente puede presentar un trastorno hemorrágico por diversas causas: Cuando la sangre no se coagula; cuando no hay plaquetas en cantidad suficiente para taponar los capilares lesionados; cuando los hallazgos explorados de un paciente sugieren la existencia de un trastorno hemorrágico, deben ordenarse las siguientes pruebas: Tiempo de protombina, tiempo de trombo-plastina parcial, recuento de plaquetas, concentración de fibrinógeno y retracción del coágulo.

ANALISIS DE ORINA

El dentista puede realizar la prueba inicial para comprobar si un paciente sospechoso de afección renal o diabetes mellitus realmente padece la enfermedad.

En el comercio existen tiras preparadas con los reactivos - para averiguar la presencia de glucosa, proteína, acetona, - sangre oculta y pH; para ello basta sumergir dichas tiras en la muestra de orina y observar el cambio de color, instantáneamente o al cabo de unos segundos según la sustancia que - se investiga.

EXAMENES DE LABORATORIOBIOMETRIA HEMATICA

	HOMBRES	MUJERES
Cantidad de Glóbulos Rojos	5-6 millones por mm ³ .	4-5 millones por mm ³ .
Cantidad de Glóbulos Blancos	6 mil a 7 mil por mm ³ .	
Tiempo de Sangrado	1-3 min.	
Tiempo de Coagulación	3-5 min.	
Tiempo de Protrombina	15 seg.	
Fórmula Blanca:		
Neutrófilos	65%	
Linfocitos	25%	
Monocitos	6%	
Eosinófilos	3%	
Basófilos	1%	

QUIMICA SANGUINEA

Glucosa	80 - 120 mg
Albúmina	35 - 55 mg

Acido Urico	3 - 5 mg
Creatinina	1 - 2 mg
Colesterol	150 - 250 mg

Neutrofilia.	Nos proporciona datos de infección aguda.
Linfocitosis	Nos proporciona datos de infección aguda.
Acidofilia	Producto de enfermedades alérgicas.
Monocitofilia	Se observan en la osteomielitis
Basofilia	Se observan en enfermedades intestinales
Aumento de Glucosa.	Probable diabetes mellitus.
Aumento de Acido y Creatinina.	Anomalías renales.

Para que puedan ser interpretados correctamente los resultados, se recomienda obtener la escala de valores - normales adoptada por el laboratorio.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Cuando está indicada una intervención quirúrgica en una superficie ósea o en sus proximidades, las radiografías constituyen una necesidad absoluta, ya que es indispensable que el dentista asegure la posición en que se encuentra el diente retenido y los obstáculos que pueda presentar durante la extracción del mismo.

Con la ayuda de estas radiografías se determinará tamaño forma en el maxilar o mandíbula, relación con el segundo molar, dirección y forma de sus raíces, relación radicular con las tablas externas e internas, con la rama ascendente y huesos palatinos, respectivamente, y la condición de los tejidos vecinos.

Radiografía Periapical.

Este tipo de radiografía proporciona datos acertados porque se adapta a la región por radiar.

Con este tipo de placas obtenemos las siguientes posiciones:

Vertical

Horizontal

Mesioangular

Buccoangular

Distoangular

Linguoangular e Invertida o Paranormal.

Radiografía Oclusal.

Está indicada cuando se trate de retención total, la radiografía oclusal es el medio que nos da a conocer la relación bocolingual del tercer molar con el segundo y las tablas externas o internas del tejido óseo.

Radiografías Extraorales.

La placa extraoral llamada lateral oblicua del ángulo mandibular se emplea en aquellos pacientes que por variadas causas no pueden abrir suficientemente su boca para colocar -- placas intraorales.

Las placas extraorales nos dan la imagen necesaria en casos en los que el diente se encuentre alojado ya sea dentro de la rama ascendente o en la proximidad de su ángulo.

Cuando se toma una serie de radiografías con la técnica de la "Bisectriz del ángulo", la placa radiográfica nos da la imagen más precisa de la altura de la cresta ósea interdental, porque cuando se obtiene esta vista el rayo central se dirige perpendicular al eje longitudinal del diente y a la placa.

Sea cual fuere la técnica radiográfica empleada, habrá -
problemas de interpretación. El dentista deberá estar -
dispuesto a utilizar otros métodos para el diagnóstico.

C A P I T U L O V

INSTRUMENTAL QUIRURGICO

No solo el nivel de limpieza que deba tener el consultorio es importante. En un consultorio en el que se tratan problemas dentales quirúrgicos y de otro tipo, es necesario evitar la contaminación cruzada en los pacientes por los instrumentos usados en la cirugía.

La práctica es la que nos llevará a la selección del instrumental, a continuación se describe el equipo mínimo para la cirugía del tercer molar inferior incluido:

Separadores	Parabeuf
Bisturi	De Bard-Parker # 3
Hojas para	
Bisturi	Tipo Bard-Parker # 15
Periostotomo	Tipo Mead # 2
Encoplos	de Barry # 1, 2 o 3 (opcional)
Martillo	Tipo Mead
Eleccadores	de Barry # 366 para aplicación mesial # 355 para aplicación bucal # 320 para extracción de raíces

Forceps	Universal Inf. # 151
	Cuerno de vaca Inf.# 23
Limas para	Tipo Seldin # 11
Hueso	
Curetaz	Tipo Mead # 2
Pinzas de disección	Curva y Recta
Portaagujas	Tipo Gardner
Jeringa para Irrigación	Estéril de 10 c.c.
Aguja para Sutura	Son muy útiles las curvas y pequeñas que llevan el hilo (seda o cat-gut) integrado y se expenden en el comer cio.

MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN

REPISA DE INSTRUMENTOS

Se ha de cubrir con una toalla estéril así como también los mangos de la lámpara y los botones de control.

PIEZA DE MANO

Existen piezas de mano que pueden ser esterilizadas en

el autoclave, así como fresas quirúrgicas.

BOQUILLA DE SUCCION

Se recomienda usar boquillas metálicas esterilizadas, cerciorándose de su limpieza interna.

GASAS

Se cortan de 5 x 5 cm., se esterilizan y se colocan en un recipiente estéril.

EQUIPO DE ANESTESIA LOCAL

AGUJAS DESECHABLES

Las jeringas se pueden esterilizar en autoclave, los cartuchos se colocan en recipientes estériles.

AUTOCLAVE

Un efectivo medio de esterilización. El tiempo y temperatura suficientes para eliminar virus y esporas además de bacterias es de 150°C. durante 15 mn.

CALOR SECO

Más común en el consultorio dental que el anterior, pero muy efectivo si este actúa el tiempo suficiente para que el --

calor llegue a todos los rincones del material.

El tiempo y temperatura usual es de media hora a 150°C. El tiempo se incrementa si el material es envuelto en toallas o en paños.

OXIDO DE ETILENO

Este gas es letal para virus esporas y hongos.

El material deberá estar expuesto al gas durante 45 mn. a una temperatura de 60°C.

Los materiales sensibles al calor serán sometidos al gas en mayor tiempo y a la temperatura ambiente.

ESTERILIZADORES ULTRASONICOS

La acción de este moderno sistema consiste en fracturar la pared celular de los microorganismos aplicando distintas - frecuencias de onda para cada germen. Este equipo esteriliza en 5 mn.

C A P I T U L O V ITECNICA QUIRURGICA

Como en cualquier cirugía general, la cirugía bucal se realiza siguiendo todos los principios quirúrgicos. Los tiempos a seguir para la extracción del 3er molar inferior impactado son los siguientes:

- 1o.- Anestesia (Bloqueo intraoral)
- 2o.- Incisión
- 3o.- Retracción del colgajo
- 4o.- Osteotomía
- 5o.- Exodoncia
- 6o.- Tratamiento de la cavidad
- 7o.- Sutura.

El tratamiento pre y postoperatorio se trata en el capítulo correspondiente.

El tratamiento indoloro es uno de los aspectos principales para que el tratamiento dental sea todo un éxito.

La anestesia tópica más que un efecto anestésico tiene un efecto psicológico y su aplicación demuestra la preocupación del operador por la comodidad del paciente. Otro deta-

lle que suprime el dolor durante la punción es el buen fi-
lo en la punta de la aguja respectiva.

10. ANESTESIA

Para causar un bloqueo íntegro de las ramas del nervio maxilar inferior es indispensable inyectar el anestésico en la proximidad inmediata de la estructura nerviosa.

Se pide al paciente que mantenga la boca bien abierta. La punción se inicia a 1 cm. por encima del plano de oclu-
sión inferior por dentro del borde interno en la rama ascen-
dente de la mandíbula. La posición de la jeringa debe ser
paralela al plano de oclusión inferior y por encima de los
premolares de lado opuesto. Se introduce la aguja lenta-
mente hasta topar suavemente con la cara interna de la ra-
ma, se deposita la cantidad conveniente de la solución blo-
queadora (prilocaina al 2% con felipresina 0.03 U.I.)

Para bloquear el nervio bucal y así completar la anes-
tesia, se inyecta en la mejilla por encima del pliegue mucoso del tercer molar inferior.

20. INCISION

a). En presencia del 20. molar.

El trazo lo iniciamos siguiendo una línea recta que va sobre la rama ascendente de la mandíbula hacia la mitad de la cara distal del segundo molar.

Con un bisturí de hoja corta (No. 12), incidimos la región de una sola intención y enérgicamente hasta percibir la sensación de tocar hueso o cara dentaria.

Continuamos el trazo contorneando el cuello por sus caras vestibulares del segundo y primer molar, llegando hasta hueso y deteniendo el trazo hacia la parte distal de la papila interdientaria con el objeto de no tocarla, evitando así su retracción posterior.

b). Ausencia del 20. molar

Incidimos a nivel de la cresta alveolar hacia la cardistal del 1er. molar, contorneando y llegando hasta la papila interdientaria.

c). En desdentado total.

En este caso la longitud del corte corre aproximadamente 2 cm. más allá de la cara mesial del molar detenido. La variedad en este tipo de incisión dependerá de la posición y ubicación de dicho molar.

3o. RETRACCION DEL COLGAJO

Por tratarse de una zona abundantemente irrigada hay gran cantidad de sangrado, el que cohibimos con una gasa estéril una vez cohibida la hemorragia procedemos a desprender el colgajo, existen distintos instrumentos para realizar dicha tarea el ideal es el periostotomo, pudiendo realizarse también con una legra pequeña o espátula de Freer.

Se introduce el periostotomo entre los labios de la incisión, tocando hueso, desprendemos la mucosa vestibular con giros suaves del instrumento dirigido de distal hacia mesial y deteniéndose a nivel del espacio interdentario. El desprendimiento del colgajo lingual o interno se hace de igual manera que el anterior, llegando al límite de la cara lingual de molar detenido.

Podemos mantener fijo el colgajo vestibular con unas pinzas de disección y el colgajo lingual lo mantendremos pasando el hilo de sutura final con su aguja respectiva.

El objetivo que se persigue en este tiempo es el de proporcionar una buena visibilidad.

4o. OSTEOTOMIA

Este tiempo quirúrgico es de gran utilidad pues de esta-

manera eliminaremos la retención ósea que pueda tener el molar incluido, haciendo esto evitamos aplicar la fuerza durante la extracción que pudiera causar lesiones alveolares e incluso fracturas mandibulares.

Para la realización de la osteotomía en cirugía bucal, empleamos instrumentos tales como: escoplos y fresas.

Osteotomía con escoplos.

Se recomienda al operador el empleo del escoplo auxiliado por el ayudante que golpea con el martillo dicho instrumento, pudiendo el operador de este modo, separar el -- colgajo vestibular con la mano izquierda, facilitando así la operación.

CUIDADOS DURANTE LA OPERACION

- 10.- Debemos evitar el contacto del escoplo con la cara del molar para conservar cortante el borde del instrumento.
- 20.- El golpe del martillo sobre el escoplo será jugo y enérgico.
- 30.- Mantener el bisel cortante hacia arriba.
- 40.- Retirar todos los residuos óseos.

Osteotomía con Fresas.

De gran utilidad y simple manejo siempre y cuando se -
procuren los siguientes cuidados:

- 10.- Irrigación constante de solución estéril sobre
la fresa para evitar el calentamiento.
- 20.- Limpieza continua en la fresa de los residuos -
óseos para mayor eficacia en el desgaste.
- 30.- Previa esterilización de las fresas, del contra-
ángulo así como también de la pieza de mano.

Si siguiendo estos principios se practican pequeños orifi-
cios vecinos unos de otros, alrededor del hueso retentivo,
debilitándolo así, una vez hecho esto, lo eliminamos con --
golpes de escoplo.

50.- EXTRACCION (EXODONCIA)

La extracción ideal sería aquella en la que al colocar
el elevador entre la cara mesial del molar retenido y la ca-
vidad ósea aplicamos la fuerza de palanca desalojándolo así
de su cavidad. Comunmente, la retención del molar incluido
llega a ser tal que es necesaria la aplicación de la odonto-
tomía u odontosección.

Ventajas de la odontosección.

- a). Menor corte del tejido óseo.
- b). No existe lesión de los dientes vecinos.
- c). Disminuye el riesgo de fractura en las tablas alveolares.

Desventajas principales.

- a). La intensidad del golpe de escoplo necesario para efectuar la odontotomía repercute sobre la articulación temporomandibular y el oído.

El éxito de este tiempo quirúrgico y de la operación, dependerá directamente del cumplimiento inteligente de las indicaciones y la habilidad manual del cirujano.

60. TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

Tiene dos objetivos

- a). Eliminación del saco pericoronario
- b). Obturación médica de la cavidad.

La primera consiste en retirar dicho saco tomando con una pinza curva (de Kocher) y despegándolo de la pared ósea con una cucharilla filosa.

Debemos tener cuidado en no dejar residuos ya que se convertirían en fuentes infecciosas y en ocasiones neoplásicas.

La segunda consiste en colocar dentro de la cavidad conos de acción antibiótica que se encuentran en el mercado. Recomendamos el uso de este producto ya que es fácilmente absorbible por el organismo (Silverman 1941) y en algunos casos con acciones hemostáticas. (Albogyl)

Para evitar complicaciones, se requerirá de un tratamiento postoperatorio adecuado, el cual lo trataremos en -- páginas siguientes.

70. SUTURA

Para realizar este paso debemos estar seguros de que han quedado completamente limpias las paredes de la cavidad así como también de los colgajos.

Teniendo lista en la mano derecha del operador la aguja curva enhebrada con seda (optativo) y pinzada con el portaagujas, se atraviesa el colgajo lingual y en seguida el -- bucal, en este sentido se corre el hilo dejando un extremo -- libre de 3 cm. aproximadamente. Sujetamos entre los dedos -- índice y pulgar de la mano izquierda el extremo que contiene la aguja y damos dos vueltas alrededor del bocado del instrumento, pinzamos el extremo libre con el portaagujas y jalamos simultáneamente los dos extremos del hilo, de modo que --

el extremo libre pase entre las vueltas y deslizándose hacia la punta del portaagujas. Sin soltar tesamos los extremos y para obtener mayor firmeza repetimos la maniobra realizando las vueltas en sentido inverso.

Para el caso del lado izquierdo atravesamos los colgajos en sentido bucolinqual.

Las cualidades que debe presentar una sutura son:

- a). Que no haga tracción en los tejidos.
- b). Que abarque el tejido necesario para que éste no se rasgue.

La seda de tres ceros y el cat-gut son los hilos de sutura más usuales.

C A P I T U L O V I I

TRATAMIENTO PREOPERATORIO Y POSTOPERATORIO

TRATAMIENTO PREOPERATORIO.

Consiste en realizar un examen completo del paciente antes de su intervención quirúrgica, para esto estamos de acuerdo con la definición que el Doctor Arce nos da:

"Es la apreciación del estado de salud de una persona en vísperas de ser operada, con el fin de establecer si la operación podrá ser realizada sin peligro, y en el caso contrario, adoptar las medidas necesarias y en el momento preciso".

Sabemos de antemano que una operación realizada en la cavidad bucal requiere de una serie de cuidados previos, parte de estos deberá efectuarlos el paciente (higiene) y parte el profesional.

La colaboración entre el odontólogo y el enfermo llevarán a intervención al éxito.

Hay que tener presente que antes de intervenir al enfermo, debemos de tener en mano los exámenes médicos de rutina. Se le darán instrucciones precisas sobre la dieta. Antes de una operación que se realiza con anestesia local,

el paciente no debe ayunar ni ingerir bebidas alcohólicas.

La intervención quirúrgica deberá programarse para las primeras horas del día, ya que así, tanto paciente como operador están descansados y en el caso de que se presentara alguna complicación en el paciente, tendrá tiempo de ponerse en contacto con el cirujano mientras se encuentra en el consultorio.

La premedicación se tratará en el capítulo correspondiente a Técnica Quirúrgica.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

Es el tratamiento que se efectúa después de la extracción y se debe de estudiar en 2 tiempos. El tratamiento inmediato y el mediato.

Este tratamiento contribuye a mejorar los posibles inconvenientes surgidos durante la intervención.

El Tratamiento Postoperatorio Inmediato.

Una vez terminada la operación, procedemos a limpiar la cara del paciente con un trozo de gasa empapado en agua oxigenada o alguna otra solución antiséptica. Después de esto colocaremos un pedazo de gasa esterilizada sobre el lugar de la extracción recomendándole al paciente que no

ejerce demasiada presión sobre ella y que la retire al término de 3 horas.

Se le indicará colocarse una bolsa de hielo sobre la mejilla del lado intervenido durante algunos minutos, recomendándole al paciente que continúe esta aplicación en su casa pues la baja temperatura disminuye la inflamación y tiene acción sobre la prevención de hematomas y del dolor postoperatorio.

El Tratamiento Postoperatorio Mediato.

Consiste en dar al paciente las instrucciones pertinentes con el fin de evitarle algún traumatismo, hemorragia o infección posterior, instrucciones tales como tratar de no examinarse la herida. Con respecto a su dieta, ésta deberá ser blanda, alimentos que no contengan semillas, frutos secos u otras partículas duras que pudieran lesionar o alojarse en la incisión y causar alguna complicación.

Los puntos de sutura se quitarán a los 5 días después de la intervención aproximadamente.

Se le prescribirán los medicamentos adecuados en caso de presentársele alguna molestia (analgésicos, antiinflamatorios, antibióticos, etc.)

Deberá continuar con su higiene habitual auxiliada de colutorios de soluciones antisépticas.

C A P I T U L O V I I I

COMPLICACIONES

CON LA ANESTESIA

Son de dos tipos: INMEDIATAS y MEDIATAS.

Las complicaciones inmediatas más comunes son las siguientes:

ROTURA DE AGUJAS

Las causas corrientes se deben a un movimiento brusco del paciente, agujas defectuosas o demasiado delgadas. Al introducir la aguja debemos dejar parte de esta fuera del tejido pues en caso de que se fracture, podremos retirarla inmediatamente con pinzas hemostáticas.

DOLOR AGUDO EN LA PUNTA DE LA LENGUA O EN EL LABIO INFERIOR

Es producto de una lesión al N. dentario inf. o al N. lingual con la punta de la aguja y se caracteriza por una sensación quemante en las zonas arriba mencionadas. Es reversible cuando solo se llegó a tocar sin cortarlo.

DOLOR AGUDO EN LA REGION LUMBAR

Se presenta inmediatamente después de haber aplicado una anestesia regional del N. dentario inferior. Afortunadamente su acción es pasajera (2 o 3 minutos) No deja hue--llas posteriores.

Se cree que es causado por una acción refleja, provo--cada por adrenalina empleada en las soluciones anestésicas.

ENFISEMA O INFILTRACION GASEOSA

El tejido-generalmente del carrillo- se hincha inme--diatamente después de retirar la aguja en forma rápida y --voluminosa.

Al presionar el tejido afectado con relativa intensi--dad, logramos expulsar parte del aire infiltrado y el gas -excedente tarda aproximadamente 5 días en ser absorbido. La única molestia es de tipo estético para el paciente.

PARALISIS FACIAL

Se presenta en el mismo lado en que se aplicó la inyec--ción regional del Nervio dentario inf. Se caracteriza por--que al retirar la aguja se presentan los siguientes signos:

- a) Párpado caído.- b).- Ala de la nariz deprimida.- c). Me

jilla flácida.- d) Boca torcida.

De acuerdo con el Doctor Avellanal, este accidente se debe a la infiltración de la solución bloqueadora en la cápsula parotídea, pues el nervio facial como sabemos, penetra en la glándula parotídea bifurcándose. Si el bloqueo ha comprendido las dos ramas (temporofacial y cervicofacial) la anestesia es completa. Si la rama involucrada ha sido la cervico-facial, la parálisis se manifiesta únicamente en los músculos suprahioides y el labio inferior. Generalmente el efecto es temporal (3 horas aproximadamente).

LIPOTIMIA.

Es el primer grado del síncope. Se caracteriza por la pérdida de conciencia, con mantenimiento de la respiración y circulación.

Inmediatamente después de que aparecen los primeros síntomas, se colocará al paciente en posición de trendelenburg y se le aflojarán las ropas apretadas con el fin de contrarrestar la hipoxia cerebral.

SINCOPE

En algunos casos es de origen psíquico. En otros casos-

por factores predisponentes como la debilidad, la fatiga y el calor excesivo se caracteriza por pérdida del conocimiento, disminución circulatoria y respiratoria, palidez, sudoración fría, el globo ocular se vuelve hacia arriba, - hay relajación total del cuerpo.

El tratamiento consiste en colocar al paciente en posición de trendelenburg, ayudar a la libre circulación sanguínea flojando los objetos que pudieran impedirla, aplicar respiración artificial y en caso de que no responda, - administrar hidrocortizona 500 mg. por vía intramuscular - o endovenosa.

Sin embargo la mejor forma de evitar una complicación será tomar las siguientes precauciones:

a). Tratar de no depositar la solución bloqueadora en el interior de un vaso sanguíneo, pues se ha demostrado que la inyección endovenosa es 6 veces más tóxica que la realizada en tejido conjuntivo. Para esta maniobra se recomienda emplear jeringa que además contenga succionador.

b). Depositar lentamente la solución bloqueadora -- pues disminuye la toxicidad de la anestesia (30 segundos por cada cm^3 .)

c). Colocar al paciente reclinado hacia atrás en el momento de la inyección y minutos después, hasta que se haya

alcanzado el efecto necesario.

57

d). Cuando existan antecedentes de oclusión coronaria y de angina de pecho, no se deberá administrar epinefrina, pues se desencadenaría una trombosis coronaria.

PARO CARDIACO

Este tipo de accidentes puede ser de consecuencias fatales, por lo tanto es obligado para el cirujano estar pendiente del momento en que se presente para tratarlo oportuna y adecuadamente y posteriormente remitirlo al especialista.

El tratamiento inmediato consistirá en colocar al paciente en posición trendelenburg, respiración artificial y aplicar masaje cardiaco simultáneamente con oxigenación y como último recurso administrar hidrocortisona por vía intravenosa.

COMPLICACIONES MEDIATAS

Las complicaciones mediatas más importantes son:

DOLOR EN EL SITIO DE LA PUNCIÓN.

Causas:

- a).- Traumatismo producido por una aguja de filo deficiente.

- b). Brusquedad al tratar de tocar el hueso doblándose la aguja que desgarrar tejido al retirarla.
- c). Exceso de punción.
- d). Rápida inyección de la solución, desgarrando así los frágiles tejidos orgánicos.
- e). Infección por deficiente esterilización de agujas.

CONTRACCION DE LOS MUSCULOS ELEVADORES DE LA MANDIBULA.

Causas:

- a). Como consecuencia del bloque regional en el nervio dentario inferior que traumatiza, principalmente al músculo Pterigoideo interno produciendo contracción de sus fibras. Esta contracción desaparece a los pocos días, sin mayores molestias.
- b). Por infección, aparece una zona de edema que se extiende hasta el velo del paladar, dificultando la deglución. Se trata a base de antibióticos.

HEMATOMA

Principalmente producto de un corte venoso por la aguja. Aparece horas más tarde coloreando las mucosas o la --

piel.

Se facilita su absorción con fomentos calientes sobre el sitio afectado. No presenta más molestias que la alarma del paciente.

ANESTESIA PROLONGADA

Este fenómeno se produce muy a menudo y se le atribuye a una lesión en las fibrillas nerviosas que hubieren sido cortadas por el bisel de la aguja.

La única terapéutica más o menos eficaz es la administración de complejo B.

ZONAS DE NECROBIOSIS.

Se observa en las regiones donde se han practicado las inyecciones de la solución bloqueadora, por acción prolongada del vasoconstrictor que contienen.

Aparecen zonas perfectamente circunscritas de aspecto gangrenoso que a los pocos días se desprenden por la acción reparadora del tejido.

Una vez llegado esto, se mantendrá una rigurosa asepsia bucal.

CON LOS ANESTESICOS (loco-regionales)

En la actualidad las sustancias bloqueadoras que se expenden en el comercio tienen un mínimo riesgo de complicación si se siguen las instrucciones del fabricante. Sin embargo, su asociación con sustancias vasoconstrictoras obliga a tomar precauciones al administrarlo a personas -- con antecedentes de hipertensión o alteraciones cardiovasculares.

Su sobredosificación puede producir efectos colaterales tales como cefaleas, insomnio, mareos, náuseas, escalofrío, palpitaciones o nerviosismo que ceden a las pocas horas de su administración.

CON LOS MEDICAMENTOS**CON LOS ANTIBIOTICOS.**

El uso indiscriminado de éstos y la automedicación -- son los factores principales que llegan en un momento dado a desencadenar alguna complicación. Complicaciones que son variables dependiendo de la sensibilidad de cada persona -- y que van desde las leves, como el prurito, hasta las graves como el shock anafiláctico.

Hay que hacer notar que para evitar este tipo de reac

ciones es necesario que los antibióticos sean recetados y administrados por el profesional competente y este deberá saber, basándose en la historia clínica qué tipo de antibióticos, dosificación y presentación será la indicada para cada caso.

A continuación se presentan las principales contraindicaciones y efectos colaterales por sobre dosificación, de los antibacterianos más comunes en la práctica médica.

Tetraciclinas.

Contraindicaciones.- Durante la formación de complejo cálcico de tejidos osteorgánicos en desarrollo dental (casamanchas en los dientes).

En hipersensibilidad a la tetraciclina.

Durante el embarazo (tercer trimestre inclusive) o lactancia

Enfermedad hepática o renal

Estados hemorragíparos.

Efectos colaterales.- Por vía oral: Náusea, diarrea, glositis.

Por vía i.m. dermatitis, vómitos.

En pacientes con antecedentes de foto sensibilidad, se recomienda evitar la exposición solar durante el tratamiento.

Estreptomicinas.

Contraindicaciones.- Alergia a la estreptomicina.

Enfermedad Hepática o Renal.

Efectos colaterales.- Puede afectar el VIII par craneal, ocasionando disminución auditiva y trastornos del equilibrio.

- Ampicilinas.

Contraindicaciones.- En personas hipersensibles al medicamento.

En infecciones producidas por estafilococos productos de penicilina.

Efectos colaterales.- Desde dermatopatias hasta shock anafiláctico. Adormecimiento de la boca. En algunos casos el uso de antibióticos puede ocasionar superinfecciones por lo que se recomienda en estos casos suspender el tratamiento.

-Cefalexinas.

Contraindicaciones.- Durante el embarazo.

Efectos colaterales.- Desde trastornos gastrointestinales hasta shock anafiláctico.

- Eritromicina.

Indicada en pacientes alérgicos a la penicilina

Contraindicaciones.- Por vía oral: produce alteraciones en la flora intestinal.

En la administración de antibióticos en presentación de spray bucofarigeos no deberá abusarse, pues altera la flora bacteriana oral.

- Cloranfenicol.

Contraindicaciones.- En discrasias sanguíneas, enfermedades renales y durante el embarazo.

Efectos colaterales.- Su uso prolongado puede producir leucopenia trombocitopenis, anemia aplásica, neuritis, reacciones alérgicas o fiebre medicamentosa.

- Fungistaticos

Griseofulvina.

Contraindicaciones.- Insuficiencia hepática y renal.

Reacciones secundarias.- Puede presentarse náusea, vómito, cefalea, fotofobia, erucción cutánea, que ceden a comprender el tratamiento.

- Sulfas.

Contraindicaciones.- Alergia a la fórmula, insuficiencia hepática y renal, glomerulonefritis.

Efectos colaterales.- Hepatitis tóxica, nefrosis, náuseas y vómitos.

CON LOS ANTIINFLAMATORIOS

-Tripcina y Quimiotripcina, Bromelina.

Contraindicaciones.- Pancreatitis, enfermedades hemorragiparas, insuficiencia hepática y renal. Es recomendable investigar antecedentes alérgicos a las enzimas protolíticas y en --

caso de duda, recurrir a la prueba de escarificación. En infecciones severas locales o generales.

Efectos colaterales.- Aumentan el tiempo de coagulación. Hematuria. Prurito. Erupción cutánea. Antecedentes de fotosensibilidad.

En ocasiones como en cualquier proteína heterogénea pueden aparecer reacciones individuales que ceden con antihistamínicos o corticoesteroides.

- Cloroquina.

Contraindicaciones.- Úlceras del tracto digestivo. Insuficiencia renal y cardiovascular. Diabetes. Nefritis.

Efectos colaterales.- Gastritis, somnolencia.

- Papaina.

Contraindicaciones.- Discracias sanguíneas. Hemorragias.

Efectos colaterales.- Sensación de ardor en la mucosa oral específicamente en el sitio de colocación de la tableta.

CON LOS ANALGESICOS

- Pirazolonas.

Contraindicaciones.- Insuficiencia hepática y renal, hepato-

tis, nefritis, agranulocitopenia, úlcera gastroduodenal, displasia medular, glomerulonefritis.

Efectos colaterales.- Náuseas, vómitos, urticaria, maculas, eritematosas, herpes labial, sequedad de la mucosa oral.

- Salicilato.

Contraindicaciones.- Úlcera gastroduodenal, gastritis, insuficiencia hepática o renal.

Efectos colaterales.- Náuseas, vómitos, pirosis, erupciones cutáneas.

CON LOS ANTIALERGICOS

Principalmente los antihistamínicos indicados para contrarrestar la alergia de tipo medicamentoso:

Difenhidramina

Parabromodilamina

Tripelenamina.

Estas deberán evitarse en personas que operen aparatos de motor o precisión. Por sobre dosificación pueden presentarse efectos colaterales tales como somnolencia o cefalalgia

CON ANTIHEMORRAGICOS

Menadiona (vitamina K)

Aunque útil en estados hemorrágicos y los causados por hipoprotrombinemia. Su administración se restringe en pacientes con antecedentes de infarto almeocardio, hemorragia cerebral y durante el embarazo. No sucediendo así con la fitonadiona (vitamina K 1), la cual no presenta ni efectos colaterales como tampoco contraindicaciones.

CON LOS ANTICOAGULANTES

Warfarin.

Util en los padecimientos tromboembólicos infarto del miocardio, tromboflebitis.

Se contraindica en padecimientos tales como la endocarditis bacteriana, ulceraciones granuloma viscerales hemorrágicos y en lesiones hepáticas o renales.

Esta sustancia debe usarse controlando su dosificación en relación con las respuestas del tiempo de protrombina.

Las hemorragias por sobredosis deben tratarse con vitamina K-1 de 5 a 10 mg. por vía oral o 30 a 60 mg. por vía intramuscular

CON LOS TRANQUILIZANTES

Un medio de prevención al recetar este tipo de fármacos será a conocer las contraindicaciones a la fórmula así como sus posibles efectos colaterales, evitando así una posible -- reacción indeseada al paciente.

- Diazepam

Contraindicaciones.- En administración conjunta de alcohol o fármacos psicotrópicos, pues potencializan su acción. En personas hipotensas. Los ancianos o debilitados se indicarán las dosis mínimas. Englaucoma. En miastenia grave. Y en niños - menores de 6 años.

Reacciones colaterales.- Somnolencia, resequedad de la mucosa oral, disminución de la función sexual, y alergia que ceden al reducir la dosis.

- Meprobamato.

Contraindicaciones.- Estados depresivos, pacientes con tendencias suicidas y en personas alérgicas.

Efectos colaterales.- Petequias, rash, escalofrío, diplopia, o cefaleas.

- Difenilhydantoina.

Contraindicaciones.- Precación en pacientes hipersensibles a la fórmula, anemia e hipotensión.

Efectos colaterales.- Hipertrofia gingival en pacientes hipersensibles a la defenilidantoina y pueden observarse fenómenos atáxicos.

COMPLICACIONES HEMORRAGICAS

Fundamental en la práctica odontológica, saber controlar la hemorragia así como tratar a la persona que la padece.

Cualquiera que sea la causa el profesional deberá calmar al paciente mientras averigua la cantidad de sangre perdida, - decide si está indicada la transfusión e intenta diagnosticar la causa y la mejor terapéutica posible.

Un método simple y rápido para saber cual fue la disminución del volumen sanguíneo cuando no es posible realizar estudios complicados de laboratorio, es la siguiente: La toma del pulso, la presión con cambios de posición, es decir, se coloca al paciente en decúbito durante 2 o 3 minutos, se mide con frecuencia cardíaca y presión arterial, posteriormente el pacien-

te se sienta y pasados 30 segundos se vuelven a medir dichos valores. Cuando la frecuencia cardiaca aumenta en 20 latidos cuando menos y la presión arterial disminuye en 20 mm.Hg. es indicio de una considerable pérdida de volumen sanguíneo y en este caso deberá realizarse una transfusión sanguínea inmediata.

CAUSAS DE SANGRADO BUCAL

FACTORES LOCALES:

- a) INFECCIONES
- b) IRRITANTES LOCALES
 - Dientes en mal oclusión
 - Prótesis mal adaptadas
- c) POSTQUIRURGICO O POSTRAUMATICO
- d) TRAUMATISMOS LOCALES

Debemos buscar íntegramente la causa general cuando la hemorragia no responda a la terapéutica local. Cuando no parece existir relación con el grado de trastorno local o cuando existen antecedentes familiares o personales de este tipo. En padecimientos como la gingivitis, el paciente solo presenta sangrado al cepillarse los dientes.

Otra causa de sangrado al cepillarse los dientes y de la aparición de manchas de sangre al dormir sobre la almohada

es el causado por las fusoespiroquetas. Este sangrado generalmente cede al aplicar colutorios de peróxido de hidrógeno que puede ir acompañado de antibioterapia.

La hemorragia postquirúrgica o pstraumática puede ser abundante y antes de emprender maniobras que puedan dar lugar a pérdida de sangre, el cirujano debe haber realizado una historia clínica completa.

El paciente que sangra abundantemente por primera vez, a pesar de haberse sometido a maniobras quirúrgicas previas de la cavidad bucal, representa seguramente un caso de sangrado local, es casi seguro descartar un defecto hereditario de la coagulación.

Muchas veces la simple compresión de las placas óseas a nivel del alveolo vacío, tanto por bucal como por lingual basta para detener la hemorragia.

En ocasiones es necesario desbridar el alveolo, quitando sustancias extrañas, hueso necrótico o un coágulo infectado, dejando que se forme un neocoágulo.

Si las medidas locales no logran cohibir la hemorragia postquirúrgica, se debe investigar con todo cuidado una posible alteración en las plaquetas o factores de coagulación.

CON LOS TRAUMATISMOS.

LUXACION DEL CONDILO MANDIBULAR

Pueden ser uni bilaterales de 3 tipos: anterior, poste_rior o superior. La primera, la más común consiste en la ex--cursión del cóndilo de su cavidad glenoidea, quedando enclava--do por detrás de la eminencia articular de la apófisis sigomá--tica que le impide deslizarse hacia atrás. Se produce general_mente por abrir demasiado la boca durante intervenciones lar--gas y fatigantes.

El maxilar luxado puede volver a ser ubicado (en oca--siones bajo anestesia general) colocando los dedos pulgares de ambas manos del cirujano sobre las arcadas de la mandíbula, los dedos restantes sosteniendo el borde inferior. Se imprimen dos movimientos, uno hacia abajo y adelante y otro hacia arriba y --atrás. Reducida la luxación se podrá continuar la operación --con suma precaución.

CON FRACTURAS DEL MAXILAR INFERIOR

DEL ANGULO

Un factor desfavorable en este nivel, es el gran espa--

cio alveolar del tercer molar, debilitando así la resistencia ósea del ángulo mandibular correspondiente. Su tratamiento es quirúrgico y dura tres semanas aproximadamente.

DEL CONDILO

Generalmente a nivel del cuello del cóndilo, pues es la zona de menor resistencia ósea.

Ambos casos son causados principalmente por una aplicación excesiva en incorrecta de la fuerza, al intentar extraer el molar. Aunque existen factores predisponentes tales como afecciones generales, operaciones en el metabolismo del calcio, diabetes, osteomielitis, etc.

Las fracturas condilares se tratarán conservadoramente, manteniendo su fijación aproximadamente tres semanas.

COMPLICACIONES CON LAS INFECCIONES

PERICORONITIS.

El término se refiere generalmente a la inflamación de la encía que rodea a los terceros molares inferiores parcialmente erupcionados. El capuchón que los cubre es traumatizado por las cúspides de estos molares por debajo y por las cúspides del molar antagónico por arriba, produciendo la irritación y consecuente inflamación pericoronaria.

La acción en los restos alimenticios producen en la cara inferior del capuchón, una ulceración extremadamente dolorosa. Estos dolores son locales y muchas veces irradiados.

Para su tratamiento se recomienda la antibioterapia -- acompañada de irrigación tibia en la zona, con una solución -- antiséptica posteriormente si no existe espacio para su completa erupción, se procederá a su extracción y la de su antagonista.

ALVEOLITIS

Se caracteriza por un dolor intenso e irradiado que se presenta en el segundo y quinto día posterior a la extracción.

Es producto de una falta de coagulación en el alveolo, por eliminación mecánica o por destrucción bacteriana.

Se trata a base de colutorios con soluciones antisépticas aunado a la aplicación de apósitos con óxido de zinc y eugenol, colocado cuidadosamente para retirarlo al cabo de 48 horas aproximadamente, durante 4 días.

ABCESO

Se puede presentar en el espacio aponeurótico anterior limitado por el borde posterior del músculo triangular de los labios, borde inferior del buccinador, por el borde cervical mandibular y por el borde anterior del macetero, con un tiempo de evolución de tres a quince días posterior a la intervención en este tipo de molares.

Se caracteriza por un aumento de volumen bien delimitado.

Se trata haciendo una incisión para colocar una canalización y conseguir el drenaje del contenido purulento, evitando así el desarrollo de posible flegmón.

Posteriormente se manda antibioterapia junto con antiinflamatorios y analgésicos.

TEJIDO DE GRANULACION

De naturaleza patológica, se forma ocasionalmente en las heridas en vías de cicatrización y dificultando a esta misma.

Se deberá extirpar completamente el tejido de granulación de los alveolos y tejido gingival con tijeras o con curetas.

El tejido de granulación al retirarlo, produce gran hemorragia por su abundante vascularizado, debiendo aplicarse hemostasis con presión digital por medio de gasas estériles. El tejido de granulación, además de ser un factor causal de la hemorragia postoperatoria, puede contener residuos óseos que de no extirparlos a tiempo, da lugar a la formación de quistes incipientes.

CONCLUSIONES

- 1o.- "Ser conscientes en todo momento de que el paciente es un ser humano y no solo un caso más por tratar.
- 2o.- "Estar seguros de la completa valoración del caso a intervenir antes de proceder a la operación quirúrgica.
- 3o.- "La manera más eficaz para prevenir un accidente, será conocer las complicaciones más comunes, así como su tratamiento.
- 4o.- "El éxito completo del tratamiento estará relacionado directamente con la aplicación inteligente de los conocimientos del cirujano y su experiencia, así como también de la plena cooperación del paciente".

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

- ANATOMIA HUMANA.- Fdo. Quiroz.- Sexta Edic.- 1970.-
Ed. Porrúa.
- EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.- Ries Centeno Guillermo
A.- Edit. "El Ateneo".- Buenos Aires.
Primera Edic.- 1960.
- CIRUGIA BUCAL.- Ries Centeno Guillermo A.- Edit. "El
Ateneo".- Buenos Aires.- Séptima Edic.
1968.
- CIRUGIA ORAL.- Guralnik Walter C.- Edit.Salvat.-1971.
- TRATADO DE ODONTO-ESTOMATOLOGIA.- Schuchard Karl.- Edit. -
Alahambra.- Tomo III.- 1962.
- DICCIONARIO ODONTOLOGICO.- Durante Avellanal C.- Edit. -
Mundi.- Segunda Edic.- Argentina.-1964.
- TRATAMIENTO PRE Y POSTOPERATORIO.- Mason Robert L.- Ediciones
Científicas.- J.B.- Primera Edición.
en castellano.- Argentina 1948.

LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA GENERAL.

Alvin L. Morris.

Harry M. Bohannon.- Edit. Labor.--

Segunda Edic.- Barcelona 1976.-