



53
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U.N.A.M.

"CARRERA DE ODONTOLOGIA"

" EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES
EN CONSULTORIO "

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
GUILLERMO HERNANDEZ ENCISO



U N A M

San Juan Iztacala

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	PAG.
CAPITULO I	
INTRODUCCION	1
CAPITULO II	
DEFINICION E HISTORIA DE LA EXODONCIA	4
CAPITULO III	
INSTRUMENTAL PARA EXODONCIA	8
CAPITULO IV	
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXODONCIA	18
CAPITULO V	
ETIOLOGIA DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS O NO ERUPCIONADOS EN EL MAXILAR INFERIOR	23
CAPITULO VI	
CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS O NO ERUPCIONADOS	28
CAPITULO VII	
HISTORIA CLINICA	30
A) ESTUDIO RADIOGRAFICO	
B) PRUEBAS DE LABORATORIO	
CAPITULO VIII	
ASEPSIA Y ANTISEPSIA	49

	PAG.
CAPITULO IX	
INSTRUMENTAL PARA TERCEROS MOLARES	52
CAPITULO X	
CUIDADOS PRE, TRANS Y POST OPERATORIOS.....	55
CAPITULO XI	
TECNICAS QUIRURGICAS	56
CAPITULO XII	
CONCLUSIONES	69
CAPITULO XIII	
BIBLIOGRAFIA	71

CAPITULO I

INTRODUCCION

La práctica de la Odontología, debe estar plenamente respaldada por el conocimiento de todas las ciencias que están íntimamente ligadas a ella.

El Cirujano Dentista, debe de tener cualidades para ejercer la profesión y tener gran tacto y conocimiento sobre la zona que tratará en su carrera, ya que los dientes son de las partes más sensibles e importantes en el individuo; aparte de que tratará de proporcionar salud y funcionamiento ayudándose de los conocimientos que el Odontólogo ha adquirido para ello.

En esta breve introducción haremos un pequeño estudio sobre la extracción de los terceros molares incluidos en mandíbula, y los tratamientos quirúrgicos a seguir, basándonos fielmente en las técnicas que a través de la práctica han obtenido investigadores en el campo Odontológico.

Aunque las posiciones son variadas de los molares - incluidos en mandíbulas a tal grado de que muchas veces no -- entran en clasificación alguna, pero el Odontólogo debe estar capacitado, para efectuar dichas operaciones, y no debe de permitir al paciente con el Cirujano Especialista, a menos que - el paciente presente un cuadro clínico muy severo y que así - lo amerite, pues también hay que tomar muy en cuenta la seguridad del paciente.

Por lo tanto el Cirujano Dentista debe de poseer en su consultorio el equipo adecuado para ofrecer una mayor seguridad y precisión en los tratamientos que seguirá apoyándose también en asistente con preparación y práctica para ello.

Por lo tanto ofrecemos brevemente un pequeño resumen sobre los terceros molares incluidos en la mandíbula y el adecuado instrumental de que nos ayudamos para los tratamientos.

Breve descripción de los terceros molares, normalmente sus datos son los siguientes:

Principio de la formación de dentina y de esmalte de 8 a 10 años.

Calcificación completa de esmalte de 12 a 16 años.

Principio de la erupción de 17 a 30 años.

Formación completa de la raíz de 18 a 25 años.

El tercer molar inferior, es una muela de 5 ó 4 cúspides y, por lo tanto no necesita descripción pormenorizada, - aún cuando un número de estos dientes sea relativamente pequeño sea de forma irregular. Una de las variedades características del tercer molar inferior son iguales en número, nombre y posición que las del segundo molar inferior, pero pueden ser - proporcionalmente menores y estar 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, éste se debe a menudo al apiñamiento de los dientes en la mandíbula y a la falta de espacio suficiente para su desarrollo completo.

Por esta razón, el tercer molar inferior está a menudo incluido en el hueso.

Algunas veces esta inclusión es parcial y en otras es total, según el grado de obstrucción. La inclusión total del tercer molar inferior es relativamente frecuente y en tales casos la muela se coloca en la posición que ofrece menor resistencia para su desarrollo; la frecuencia de los terceros molares incluidos o su falta congénita nos ha llevado a pensar que está en camino de desaparecer por la evolución que estamos sufriendo.

CAPITULO I I

DEFINICION E HISTORIA DE LA EXODONCIA

EXODONCIA.- Es el arte quirúrgico dirigido a la extracción dentaria.

Historia de la Exodoncia.- Según la historia, los problemas quirúrgicos dentarios, datan desde casi 3,000 a.C. - no obstante la cirugía oral, comienza en el renacimiento, al encontrar los tratados dentarios escritos en el siglo XVI, donde se empieza a notar la separación de la cirugía oral de los tratamientos practicados por los barberos.

Pre-renacimiento.- Existen bajos relieves, utensilios y tablas con jeroglíficos que nos proporcionan algunos datos sobre la habilidad de los profesionales de la era Pre-griega, una tabla de madera encontrada en la tumba de Saqqara, --- Egipto, muestra el dibujo de un dentista. 3000 a.C.

Una inscripción cuneiforme de Babilonia de 2000 años AC. contiene un exorcismo contra los gusanos dentarios, el mito de los gusanos de los dientes como causa de destrucción se mantuvo hasta el siglo XVIII.

Hipócrates, en trabajos que se le atribuyen, aconseja la extracción de los dientes si estaban destruidos o si estaban movedizos, y cuando estaban destruidos y no movedizos se aconsejaba la disección con un cauterio.

Aristóteles.- Hace comentarios sobre los fórceps dentarios, explicando que estaban contruidos por dos palancas --- aplicadas una contra otra y con un fulcro común.

Celso Cornelio.- Un patricio romano desde el siglo I de nuestra era escribió un trabajo monumental de medicina, donde describe las úlceras de la boca y un método para extraer dientes con fórceps; tratamiento para dolor de muelas: incisiones y drenajes de los abscesos y la reducción de fracturas mandibulares con método semejante al de los Egipcios.

Galeno. 131-201 a.C. describió la anatomía de los incisivos, así como su función, la de los caninos y la de los molares, e hizo observaciones sobre la Odontología, la cual diferenciaba el dolor producido por pulpitis del producido -- por parodontitis, elaboró un procedimiento de farmacia con preparación de medicinas crudas por medios físicos (solución).

Renacimiento.- Giovanni Arcelani, profesor de medicina y cirugía en Bolonia 1422-1427 escribió un tratado de Cirugía Práctica, publicado en Venecia en 1483, por lo cual se le considera de los pioneros de la Cirugía Bucal, además de describir el relleno de las caries con oro, su libro contiene grabados del instrumental usado en ese tiempo: pelicanos, fórceps curvados y un pico de cigüeña para la extracción de las raíces.

Ambrosio Pare.- 1510-1590, describió métodos para el reimplante y trasplante de dientes, obturadores para paladar hundido y extraje dientes, drenó abscesos y consolidó --- fracturas, en el siglo XVII se publicaron cerca de 100 trabajos sobre dentisteria por el advenimiento de la imprenta.

Guillermo Fabry.- 1556-1634 publicó una obra que - describía 600 casos de afecciones bucodentarias, desde el dolor de muelas, hasta las tumoraciones.

Johann Schultes.- 1595-1645.- Autor de armamentos quirúrgicos, presenta los instrumentales de uso en ese tiempo, sus nombres sugieren más una colección de animales y no de instrumental médico.

Ejemplo de ellos: Pelicano, hocico de perro, pico - de cuervo y raíces y el fórceps de loro y de buitre, para malposiciones de dientes.

Pioneros de la cirugía oral desde el siglo XVII.

El siglo XVII fué época de teorizantes o implantadores del sistema.

Pierre Fauchard. 1678-1761, Francés, fué un gran -- clínico y comprendió la importancia de las enfermedades de la boca con relación a la salud corporal, escribió la cirugía dental, un compendio; el más completo de la época, contenía disertaciones sobre ortodoncia, cirugía, implantes, piórrea, dolores reflejos dentarios, anatomía dental, patología, materia -- médica y procedimientos de prótesis.

Robert Bunon.- Autor de 4 tratados dentales publicados en 1741 a 1744 señalaba el uso de las prótesis bucales - para el tratamiento de fracturas mandibulares.

Bunon, se opuso a la idea entonces predominante de - que a las mujeres embarazadas no se les podía practicar extracciones.

En 1910, se introduce el empleo de la anestesia local con la procaína y en la primera guerra mundial, por la gran cantidad de lesiones demuestran la preparación de cirujanos con los problemas orales.

Instrumental quirúrgico.- Para realizar una exodoncia, el Odontólogo debe de estar equipado con los instrumentos-necesarios, para realizar y tratar toda clase de casos y resolver los accidentes que puedan ocurrir en el consultorio.

Deberá tener los conocimientos indispensables de la anatomía de los órganos dentarios y su lugar de implantación: así mismo deberá conocer técnicamente la forma y el modo de uso del instrumental; puesto que de esta forma obtendrá el éxito al realizar cualquier intervención exodóntica.

En términos generales hay dos tipos de instrumental que se emplean en exodoncia:.

CAPITULO III

INSTRUMENTAL PARA EXODONCIA

I.- Los destinados a extraer el diente y que se dividen en:

A).- Fórceps.

B).- Elevadores.

II.- Los auxiliares que a su vez se dividen en:

A).- Los empleados para extraer el hueso que cubre o rodea al diente. Tales como: Escoplos o - cinceles, esteótomos, alveolotomo o pinza gu- bía, fresas quirúrgicas.

B).- Los relacionados con los tejidos blandos, ta- les como: abrebocas, pinzas hemostáticas, ti- jeras finas gingivales, bisturí periostótomo- o legra, retractor yugal, pinza de disección, cucharillas o curetas quirúrgicas, agujas y - material de sutura.

FORCEPS

La idea de introducir fórceps, adaptados al cuello- de los dientes se debe a Sir John Tomes, el fórceps para exo doncia, basado en el principio de palanca de primer grado, - siendo la resistencia el diente por extraer, la potencia -- las manos del operador y el punto de apoyo la charnel o eje, sobre el cual giran ambas ramas del fórceps.

El fórceps es un alicate modificado que consta de - dos partes principalmente que son:

Primera la pasiva o las ramas.

Segunda la activa o bocados, están unidas entre sí - por una articulación o charnela, los fórceps pueden clasificarse en dos grupos:

Los destinados a la exodoncia de dientes superiores; se caracterizan por tener un mango largo y los bocados en la - mayoría de ellos están en línea recta y en otros las ramas son biangulares en forma de bayoneta, pero siempre serán paralelas.

La numeración de los fórceps superiores es la siguiente:

- I.- El no. 62 y 150.- Para incisivos, caninos y premolares.
- II.- El No. 18 R y 18 L.- Para primeros y segundos molares derecho e izquierdo.
- III.- No. 210.- Para terceros molares superiores de - ambos lados, derecho e izquierdo.
- IV.- No. 88 R y 88 L.- Tricórneo por sus bocados en forma de cuernos que sirven para sujetar las raíces vestibulares y palatina derecha e izquierda superiores.
- V.- No. 65.- Para restos radiculares y en algunas - ocasiones para incisivos en forma de bayoneta.

La numeración de los fórceps inferiores es la siguiente:

- I.- El No. 151.- Para incisivos, caninos, premolares, y restos radiculares inferiores de ambos lados.
- II.- El No. 16 ó 23.- Para primeros y segundos molares inferiores de ambos lados, la diferencia en la numeración es por la forma de las ramas de los fórceps.
- III.- El No. 222.- Para terceros molares de ambos lados.

Existe una gran variedad de fórceps para exodoncia, sin embargo consideramos que los mencionados anteriormente, es posible practicar la odontectomía de cualquier órgano dentario de la cavidad bucal.

Los fórceps inferiores se caracterizan por su mango corto ya sea recto o curvo, pero invariablemente su parte activa se encontrará en ángulo recto con la pasiva.

Elevadores.- Los elevadores constan esquemáticamente de tres partes que son:

A).- Mango que es adaptable a la mano del operador, tiene según los distintos modelos, diversas formas. En general, el mango está dispuesto con respecto al tallo de dos maneras:

En la misma línea o perpendicular al tallo, formando una T.

B).- Tallo que es la parte del instrumento que une al mango con la hoja, debe adaptarse a las modalidades de la cavidad bucal.

C).- Hoja que es la parte activa, presenta diversas formas, según su aplicación puede presentarse en la misma línea con el tallo u originar con él un ángulo de grado variable. De esta forma pueden ser rectos o de bandera.

Elevadores indispensables en Exodoncia:

Se han diseñado múltiples números de elevadores en exodoncia, por los distintos autores (Seldin, WALTER, Morrison etc.) que tiene cada uno una función, trabajo y misión diferentes. Sin embargo creemos conveniente que con un número reducido de ellos puede ser posible cualquier tratamiento exodóntico, por ejemplo la numeración de los siguientes elevadores, los -- menciona el S.S. White Manufacturing CO.

- 1.- Elevadores rectos.- No. 301 y 12.
- 2.- Elevadores de Bandera Nos. 27 y 28 derecho e izquierdo.

27 S 28 S derecho e izquierdo, pero con punta de trabajo más pequeña. Como anteriormente fué mencionado, los elevadores actúan según los principios de Física y en forma de -- palanca de primer grado por lo tanto debe de tener, un punto de potencia y resistencia.

A).- El punto de apoyo.- Para actuar una palanca -- destinada a elevar un diente o una raíz dentaria debe valerse de un punto de apoyo. El cual está dado por dos elementos: El hueso maxilar o los dientes contiguos o vecinos.

El hueso maxilar es un punto útil como apoyo para el elevador.

El borde alveolar cuando es fuerte y resistente, permite el apoyo de instrumentos para movilizar un diente retenido en implantación normal o restos radiculares.

Generalmente el apoyo se busca en el ángulo mesiobucal del diente a extraer; pero cuando algunas condiciones así lo exigen, el elevador puede tener aplicación lingual, mesial, bucal o distal. La eficacia del punto de apoyo exige que esté desprovisto de partes blandas, las cuales le impiden actuar y son traumatizadas durante el acto operatorio, por lo tanto el tejido gingival debe de ser separado antes mediante maniobras previas, a la aplicación del elevador en las extracciones de dientes retenidos (terceros molares o caninos en paladar) la palanca es altamente eficaz con el objeto de multiplicar la fuerza útil, el punto de apoyo se busca en el hueso vecino, actuando el elevador como palanca de primero o segundo grado.

Para la extracción de restos radiculares en ambos maxilares, el punto de apoyo se busca en el hueso maxilar; -- pero en el caso de molares con dos o tres raíces, el punto de apoyo puede encontrarse en el borde alveolar, previa resección de la parte externa alveolar. (tabla ósea) o en el tabique interradicular.

Dientes vecinos como punto de apoyo; Los dientes - vecinos constituyen punto de apoyo útil, pero para apoyarse - en ellos deben llenar ciertos requisitos tales como:

La corona debe mantener su integridad anatómica, pues disminuyen la resistencia física los dientes que son portadores de obturaciones proximales o que porten aparatos protésicos. La raíz debe ser arquitectónicamente fuerte y bien implantada; los dientes unirradiculares o multirradiculares con raíces cónicas o fusionadas, pueden luxarse al ser utilizadas como punto de -- apoyo.

B).- Potencia, la fuerza destinada a elevar un órgano dentario, varía con grado de implantación y de resistencia--

que presenta el diente a extraer, siguiendo el principio de física, cuanto más cerca está el punto de apoyo de la resistencia, mayor será la eficacia de la fuerza a emplearse, el punto de apoyo debe de estar condicionado a esta premisa, la potencia que mueve el diente, cumplirá su cometido con mayor eficacia pudiendo multiplicarse la fuerza en la medida necesaria.

C).- La resistencia está representada por el diente a extraerse, está condicionada por la disposición radicular, la cantidad de hueso que cubre o rodea y la calidad de este hueso. Es decir, la mayor o menor calcificación del mismo, la distinta disposición o trabéculas óseas y la edad del paciente.

Acción del elevador usado como cuña.- Este instrumento puede aplicarse siguiendo otro principio de Física, la cuña, su modo de acción es el siguiente: La introducción de la punta de trabajo u hoja en un alveolo dentario, entre la pared ósea y el diente que la ocupa; desplaza el órgano dentario en la medida en que la cuña se profundiza en el alveolo; la raíz va siendo desalojada en la cantidad equivalente al grado de introducción y dimensiones del instrumento.

Instrumentos para extraer el hueso.- Los dientes que permanecen retenidos en los maxilares, o aquellos que para extraerlos sea necesario reseca las estructuras que lo cubren, exige el empleo de instrumentos para eliminar el hueso; estos instrumentos son los llamados osteótomos, los escoplos (cinceles para hueso), alveolótomo o pinza gubia y las fresas quirúrgicas.

1.- Osteótomo.- Los instrumentos destinados a efectuar la osteotomía, previa a la exodoncia se denominan osteótomos, de los cuales existen de dos tipos:

Los osteótomos de Winter y los cinceles para hueso a presión manual de Mead, también se denominan osteótomo el --

instrumento destinado a eliminar el tabique óseo interradicular para realizar las extracciones dentarias por el método de la --odontosección.

2.- Escoplos .- En exodoncia tienen aplicación los escoplos rectos y de media caña, impulsados por medio de martillo, la punta de los escoplos son cortantes y en forma puntia--guda cuando la hoja penetra en el hueso, el corte se aplica por rotación cuando se extirpa el hueso a lo largo de un diente, el instrumento se introduce entre el diente y el alveolo, apoyado el lado convexo contra la corona.

Escoplo automático.- Puede usarse de dos maneras: -- para practicar la osteotomía o para dividir los dientes, sec---cionándolos en trozos para facilitar su extracción.

El escoplo automático, accionado por el torno dental, consta de dos partes importantes, la parte impulsora, movida a resorte de fuerza graduable y las puntas de distinta forma, tamaño y biselés, que se adaptan a las múltiples funciones que le corresponden.

3.- Alveolótomo.- Llamado también pinza gubia, sirve para cortar el hueso, tiene gran potencia y sus ángulos permiten alcanzar todas las regiones de los bordes alveolares. Su correcto empleo deja las superficies óseas tan lisas que es necesario recurrir a limas o a fresas.

4.- Fresas quirúrgicas.- La osteotomía, en exodoncia, se puede realizar con fresas, instrumento útil, pero traumatizante y al cual está acostumbrado el dentista, se pueden utilizar fresas de carburo de tungsteno o fresas especiales -- para hueso, el empleo de la fresa exige ciertos requisitos: -- Debe de usarse una fresa nueva en cada intervención y reemplazarla repetidas veces para que el corte sea perfecto; el instrumento debe de ser accionado bajo un chorro de agua o de suero fisiológico, para evitar recalentamiento del hueso, que pueden causar su mortificación y necrosis, con los trastornos con

siguientes: dolor, tumefacción, alveolitis operatorio.

Para la separación de dientes o separación de raíces, la fresa presta grandes servicios, las fresas cortas para ángulo, en ocasiones no son suficientes para seccionar los dientes retenidos. Se soluciona este inconveniente, empleando fresas de pieza de mano. Cuando haya necesidad de cortar esmalte, o como medida previa para (prevenir) abrir camino a la fresa, pueden emplearse los discos de carborundum o piedras montadas las fresas de carburo, permiten extraer hueso, cortar y dividir dientes con suma facilidad. El uso de la fresa, en odontosección de molares inferiores retenidos, debe estar condicionado por la relación del diente con el paquete-vásculo nervioso inferior, con el objeto de no lesionar estos elementos, originando hemorragias y parestesias.

Instrumentos relacionados con los tejidos blandos.-

1.- Abrebocas.- Son de dos tipos: Autorretenitivos y los que requieren de la sujeción por el ayudante.

Consta de dos mangos de los cuales van a tomarse y la parte activa que es la que se va a adaptar a la superficie oclusal del diente, preferentemente molares del lado opuesto del que se va a trabajar.

Colocada ésta, se aprietan gradualmente los mangos hasta obtener la apertura deseada, su empleo está indicado en niños con problemas de cooperación y en adultos con problemas patológicos, como flemón por infección de los molares inferiores, trismus, anquilosis o cualquier otra causa por la cual el paciente tenga problemas para mantener abierta la boca. -- También se usa cuando el paciente se ha sometido a anestesia general.

2.- Pinzas hemostáticas y lingual.- Cuando se va a trabajar con anestesia general, se puede presentar el peligro-

de que la lengua del paciente caiga a la faringe o imposibilite la respiración, en estos casos se prensa la lengua con la pinza la cual debe presentar protecciones de goma estriadas -- para sujetarla sin que se lesione, las pinzas hemostáticas o de mosquito, se usa en exodoncia para cohibir hemorragias causadas en los vasos de la mucosa oral alveolar, en algunos casos, las pinzas de mosquito son útiles para sujetar restos radiculares ya luxados y evitar la deglución de los mismos por el paciente en un movimiento inadecuado.

3.- Tijeras gingivales.- Usada cuando la encía cubre al diente por extraer ocasionando poca visión del mismo. -- Se utiliza también posterior a la extracción dentaria para eliminar restos de mucosa gingival desgarrada o traumatizada y -- para que se practique la sutura con bordes nítidos que faciliten la cicatrización gingival.

4.-Bisturí.- Consta de un mango No. 3 y una hoja No. 11 ó 15 la cual debe de ser nueva en cada caso, se emplea para -- sindesmotomía o cuando es necesario realizar colgajos mucoperiostóticos.

5.- Periostótomo.- También llamado elevador de periostio consta de un mango de dos extremos de los cuales el -- menor se emplea para la elevación de los tejidos y el mayor -- se usa como separador, entre los elevadores de periostio tenemos el ideado por Sterling No. 2 o bien por Seldin No. 22 y -- 23 SS White.

6.- Retractor yugal.- Sirve para elevar la mejilla, -- permitiendo así mayor visión y campo de acción, su uso ocasiona ulceración de la comisura labial.

7.- Pinza de disección.- Se emplean para la aplicación de torundas y gasas para cohibir la hemorragia durante la operación y para extraer fragmentos de dientes y de otros elementos de la cavidad oral.

8.- Cucharillas.- Llamadas también curetas quirúrgicas, son instrumentos con su parte activa en forma de cuchara, con hoja ligeramente cóncava, su empleo es principalmente para -- extirpar tejidos y detritus degenerativos, resultantes de una infección prolongada o de procesos patológicos. Se utilizan también para retirar fragmentos huesos o de dientes después de la extracción y para suavizar los bordes cortantes del alveolo.

9.- Agujas y material de sutura.- Se utilizan para el término de una odontectomía correcta, la sutura de los bordes alveolares gingivales evita las hemorragias postoperatorias y facilita la cicatrización alveolar, al mantener fijo el coágulo en el alveolo dentario y a partir del coágulo la formación de fibrin y de tejido de reparación, epitelial y óseo.

CAPITULO IV

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXODONCIA

La exodoncia está indicada en los siguientes padecimientos:

1.- Afecciones dentarias.

- A).- Afecciones pulpares para las cuales no hubiera tratamiento conservador.
- B).- Caries penetrante de cuarto grado que no puedan ser tratadas.
- C).- Complicaciones de lesiones cariosas en los tejidos vecinos.

La Odontología conservadora, dispone actualmente de métodos y tratamientos que disminuyen extraordinariamente el número de dientes que deben ser extraídos, por adelanto logrado en el método de tratamiento de conductos radiculares, se han disminuido las indicaciones en la exodoncia quedando circunscritas en casos de afecciones del diente en las que la inaccesibilidad de los conductos o de la posición dentaria, no permiten aplicar las técnicas conservadoras.

2.- Afecciones parodontales.

- A).- Enfermedades parodontales degenerativas, p con tejido de soporte óseo con demasiada destrucción que ocasiona movilidad extrema del órgano dentario.

3.- Por razones ortodónticas, protésicas y estéticas.

- A).- Dientes temporales persistentes.

B).- Dientes supernumerarios.

C).- Dientes permanentes que por razones protésicas u ortodoncias, el especialista de estas dos ramas odontológicas indicará la extracción.

Los dientes temporales persistentes deben ser extraídos, cuando la edad del paciente, de acuerdo a la cronología de la erupción dentaria, indica la necesidad de su extracción para permitir la normal erupción del permanente.

Los dientes supernumerarios y ectópicos, que molestan a la estética, y al funcionamiento deben ser extraídos.

4.- Anomalías de sitio.

A).- Retenciones y semiretenciones dentarias sin tratamiento ortodóncico.

Los dientes que permanezcan retenidos en los maxilares, deben ser extraídos, sobre todo cuando producen accidentes nerviosos, inflamatorios o tumorales.

La exodoncia puede evitarse en aquellos casos en que la técnica ortodóncica logre ubicarlo en su sitio de normal implantación.

5.- Accidentes de erupción de los terceros molares.

Los accidentes de la erupción indican la eliminación del diente causante, como por ejemplo: pericoronitis o repetición, accidentes inflamatorios, nerviosos o tumorales.

6.- Previa a la radioterapia de tumores malignos, en los maxilares.

Cuando el paciente padezca de un tumor en el maxilar o en mandíbula cuyo tratamiento exija la radiación, es indispensable la extracción de los órganos dentarios del lado radiar, - para evitar dolores por mortificación pulpar y fijación de la radiación en los tejidos dentales con destrucción de los mismos.

CONTRADICCIONES EN EXODONCIA

Las contraindicaciones se pueden clasificar relacionándolas con:

- A).- El diente en sí
- B).- Con los tejidos peridentarios.
- C).- Con el estado general del paciente.

1.- Afecciones que dependen del estado del diente a extraer.

A).- Procesos inflamatorios.- El problema de la extracción dentaria en estados inflamatorios, no puede ser resuelto con fórmulas simples, ni dar preceptos generales para tratar casos eminentemente particulares, cada paciente y cada proceso infeccioso es un caso particular que necesita ser tratado desde ese punto de vista.

Nos referimos a la indicación o a la contraindicación de la extracción dentaria en procesos inflamatorios o infecciones agudas que dependen del diente a extraer, complicaciones de

caries de cuarto grado en todos sus tipos, es decir, si se debe o no extraer un diente con complicaciones agudas.

En la reproducción de un proceso infeccioso de origen dentario intervienen distintos factores: Locales, el estado -- del diente, el índice de sus defensas. Por este motivo es pru dente que salvo circunstancias especiales se debe extraer el -- órgano dentario enfermo, aclarando que desde luego, que no debe complicarse aún más el proceso, con la administración de la ane- tesia local que en general es la causa de la agravación de las - complicaciones dentarias.

2.- Estomatitis o gingivitis úlcero membranosa.

La única contraindicación sería para la extracción -- dentaria en la presencia de la zona a intervenir o en toda la - arcada alveolar, de una estomatitis úlcero membranosa, esta --- afección crea un mal terreno para las intervenciones: Por el - estado particular del tejido gingival, la virulencia microbiana se exagera en tales condiciones y no son raras las necrosis - y propagaciones infecciosas cuando se interviene en tales condi- ciones.

3.- Afecciones en dependencia con el estado general.

Estados fisiológicos:

A).- Menstruación, el concepto sobre la oportunidad- de la cirugía en este estado fisiológico ha variado en los úl-- timos años, ya no se contraindica la exodoncia en la época meng- trual, salvo que tal estado crea particulares problemas en la - paciente.

B).- Embarazo.- También en este estado, a excepción hecha, se contraindicará la extracción dentaria, acarrearán más - problemas y trastornos para la paciente y su hijo, los inconve-

nientes que ocasionan el dolor y las complicaciones de origen -
dentario que el acto quirúrgico.

Como regla general, se sostiene que cuanto más adelan-
tada esté la gestación, menos inconvenientes sufre la madre, --
por otra parte estos inconvenientes están más en relación con -
el shok psíquico que con el acto quirúrgico.

Estados Patológicos.

A).- Afecciones de los aparatos y de los sistemas.-
Nos referimos sólo levemente a las enfermedades generales que-
contraindican toda intervención en la cavidad oral, la prohi-
bición de la operación estará dada, por el clínico, enfermeda-
des de los aparatos y de los sistemas, estados infecciosos agu-
dos y tendencias hemorragiparas.

CAPITULO V

ETIOLOGIA DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS O NO ERUPCIONADOS EN EL MAXILAR INFERIOR

Todo diente retenido produce trastornos diversos, - aunque en algunas veces pasan inadvertidos por el paciente.

Los dientes retenidos producen desviaciones de dirección de los dientes vecinos o bien trastornos a distancia, produciendo entrecruzamiento de dientes y conglomerados antiestéticos. La constante presión ejercida por un diente retenido, a los dientes vecinos puede ocasionar alteraciones, sea en cemento, dentina o pulpa dentaria.

Los accidentes infecciosos son la causa de la infección de su saco pericoronario, al erupcionar un diente retenido, su saco se abre espontáneamente, poniéndose en contacto -- con el medio bucal, ésto puede ocasionar una complicación apical o pariodóntica en un diente vecino, la infección del saco puede ser por vía hemática y los síntomas pueden ser:

Inflamación local con dolor, aumento de la temperatura local, fístula, osteitis, osteomielitis.

Para producirse la infección del saco (pericoronitis) la relacionaremos con:

- 1.- Aumento de la virulencia microbiana y disminución de defensas en el organismo
- 2.- Factores mecánicos como traumatismos sobre el - capuchón que cubre el tercer molar, que es ori-

ginado por la cúspide de los dientes antagonistas en una acción conjunta.

Los accidentes nerviosos son frecuentes ya que la presión que ejerce sobre el nervio o sobre los troncos mayores pueden ocasionar problemas, como neuralgias de diversos tipos y duración, la presión del tercer molar sobre el nervio dentario inferior produce trastornos de toda índole.

Accidentes tumorales.- Los dientes retenidos sonquistes dentígeros en potencia ya que su origen es la hipergénesis del saco folicular ya que en él se ocasiona.

Se pueden también ocasionar tumores malignos ocasionados por dientes retenidos.

Patología de los terceros molares.- Los accidentes de erupción del tercer molar inferior, se deben a la infección del saco pericoronario, ésta puede ser local, regional o también a distancia.

Se produce por dos factores:

1.- Aumento de la virulencia microbiana y disminución de las defensas del organismo.

2.- Una puerta de entrada condicionada por factores mecánicos que pueden ser traumatismos sobre el capuchón originadas por las cúspides del diente del antagonista o por ambas.

Los accidentes causados por el tercer molar son de variedad clínica e intensidad distinta, puede haber desde un proceso local de poca importancia hasta un flegmón gangrenoso del proceso de la boca, estos accidentes se pueden clasificar en:

1.- Accidentes mucosos, éstos se presentan en las partes blandas que rodean al molar retenido, la pericoronitis es lesión inicial, se origina en la época del erupcionamiento del molar al nivel de capuchón, se produce un proceso inflamatorio con signos característicos, dolor, que puede estar localizado en la región del capuchón o bien irradiarse en la línea del nervio dentario inferior, el dolor se ubica en el oído o a nivel del tragus, por lo general es nocturno y aumenta con los roces y con los cambios térmicos.

Tumores, la encía se encuentra edematizada y aumenta de volumen, rubor se presenta el color rojizo violáceo cubierto de bastante saburra, restos alimenticios y coágulos de sangre.

Calor.- La vasodilatación consiguiente ocasiona cambios de temperatura de la región, el estado general es afectado por la fiebre, anorexia, astenia, los ganglios regionales son atacados, el proceso se acompaña de trismus, el comienzo de la pericoronitis se caracteriza por aparición de dolores leves, ligeros procesos inflamatorios que pueden durar dos o tres días, trismus leves, y brotan gotas de pus y sangre.

Accidentes nerviosos.- Sobre el nerviodentario puede haber reflejo y trastornos reflejopáticos y neutróficos que se traducen en herpes, irritaciones, etc. en estos accidentes el trismus se considera acción antálogica.

Accidentes celulares.- Thibault y Bercher, describen la complicación celular de la pericoronitis en:

1.- Inflamación y absceso consiguiente que puede tomar varias;

A).- Hacia dentro, arriba y atrás. El proceso purulento puede estar entre músculos constrictor superior de la --

faringe y la mucosa faringea y amigdalina produciendo absceso del pilar anterior de intensidad y gravedad variables.

B).- Hacia atrás y arriba entre los ascículos del músculo temporal, el músculo puede ir hacia la fosa temporal, aunque esta vía es rara.

C).- Hacia dentro, entre la cara interna del maxilar o mucosa y los órganos de la región sublingual pudiendo ir hasta el suelo de la boca, entre el músculo milohioideo y las regiones supradacentes dando(ros) procesos graves, algunas veces mortales.

D).- Hacia afuera y atrás, rodeando el borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior, la infección puede ir hacia el masetero, atravesando el músculo, puede originar un trismus intenso y sobre la cara externa una tumefacción de gran eje vertical paralelo al cuerpo del masetero.

E).- Hacia fuera y adelante, por la anatomía que existe favorece la colección purulenta, está limitada por el hueso maxilar inferior en su cara externa y muscular, por detrás del borde inferior del triángulo de la barda, por debajo cierra el espacio del borde inferior del maxilar.

Accidentes óseos.- Son muy raros, pero se pueden convertir en verdaderas osteitis, osteoflemones y osteomielitis.

Algunos autores mencionan que el tercer molar actúa como bulbo óseo u óseo, fisiológicamente congestionado y que la infección es por vía hemática.

Accidentes linfáticos y ganglionares.- Van ligados por una pericoronitis y la repercusión ganglionar. Los ganglios afectados son:

Ganglio de Chassaignac o submaxilares. Por lo general en una adenitis que evoluciona acorde del proceso pericoronario, siendo que si el paciente no tiene una salud general buena, se puede convertir de una infección grave a un flemón del ganglio. Al haber adenoflemón, el ganglio se encuentra agrandado, dolor a la palpación y espontáneo, el ganglio tiene a la supuración.

Se combate favorablemente con antibióticos.

Accidentes tumorales.- Son quistes dentígeros, éstos pueden infectarse dando procesos supurativos de intensidad variable. En otros casos sin llegar a ser quiste, el saco pericoronario puede infectarse y sus consecuencias son las ya mencionadas.

CAPITULO VI

CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES

RETENIDOS O NO ERUPCIONADOS

Las clasificaremos en base a:

- 1.- Posición de la corona.
- 2.- Forma radicular.
- 3.- Naturaleza de la óseoestructura que rodea al molar retenido.
- 4.- Posición del tercer molar en relación con el segundo.

- I.- Posición de la corona.- Puede estar parcial o totalmente cubierta por hueso.

Se caracteriza por su eje que el mayor es paralelo a el eje mayor del segundo primer molar.

II.- Horizontal.- El eje mayor del tercer molar es perpendicular a los ejes del molar primero y segundo.

III.- Mesioangular.- El eje del tercer molar está -- dirigido hacia el segundo molar formado o n el el eje de éste,- un ángulo de grado variable aproximadamente 45 grados.

IV.- Disto angular.- Es opuesta a la mesioangular, el tercer molar tiene su eje hacia la rama montante, la corona ocupa dentro de esta rama una posición variable, de acuerdo -- con el ángulo en que está desviado.

V.- Invertida.- El tercer molar presenta su corona hacia el borde inferior del maxilar, y sus raíces hacia la cavidad bucal. Es un tipo común de retención, se le llama también retención paranormal.

VI.- Buco angular.- Su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados los molares anteriores, pero la corona del molar retenido está dirigido hacia bucal.

VII.- Linguoangular.- El eje del diente es perpendicular al plano en que están orientados los molares anteriores, pero la corona del diente retenido está dirigida hacia el lado lingual.

CAPITULO VII

HISTORIA CLINICA

A).- Estudio radiográfico.-

B).- Pruebas de Laboratorio.-

La mayoría de los pacientes están deseosos de justificar su visita al médico o al odontólogo y se complacen en describir sus síntomas y explicar las circunstancias de sus dolencias. Lo más sensato suele ser permitirselo. El prestar atención cuidadosa a los informes así obtenidos constituye el primer paso del examen, pues generalmente aclaran la principal dolencia o los síntomas más molestos.

En la historia del caso han de ser breves y con las mismas palabras del paciente: por ejemplo hinchazón de los labios, dolor de dientes, dientes flojos y encías sangrantes, -- por último son de valor incalculable dichos datos, exactos para el análisis de la historia clínica.

Algunas veces el paciente declara que acude para un examen habitual, en tales casos lo mejor es empezar en seguida haciendo la anamnesis.

Para obtener una historia sistematizada es preciso -- interrogar según las circunstancias del caso. Los datos aclarados más tarde durante la intervención o con los cuidados --- postoperatorios, se añadirán a esta información prediagnóstica la finalidad de esta sistemática acumulación de hechos, consiste en agrupar los datos necesarios para un diagnóstico correcto y coadyuvar al plan terapéutico.

La anamnesis se hace en forma de breves notas dispuestas en lógica correlación y se registra en una ficha de historia que se coloca en un sobre particular para cada caso, en el que se pueden archivar los rontgenogramas y los informes de las consultas, primeramente se anota el nombre y apellidos, edad, sexo, raza, estado civil y profesión del enfermo. Inmediatamente se anotan el lugar de nacimiento, el tiempo de residencia en el país y por último la dolencia principal.

En muchas enfermedades es de importancia la edad del enfermo. La caries dentaria por ejemplo es más frecuente antes de los 25 años.

El sexo no es tan importante como la edad, aunque también hay que tomarlo en cuenta, la raza resulta interesante, por ejemplo la judaica es más propensa a la diabetes y a la xantomatosis, mientras que los indios americanos están predispuestos a la tuberculosis.

El lugar de nacimiento tiene importancia en las enfermedades adquiridas durante la infancia. Determinados hábitos alimentarios pueden haber sido la causa de enfermedades por carencia.

Historia familiar.- También interesa saber todo, si el paciente procede de una familia longeva, así como la enfermedad que causó la muerte de sus distintos miembros y si prevalecieron las enfermedades en la familia. El odontólogo está más interesado en las anomalías faciales y hendiduras que tuvieron sus antecesores, maloclusiones, incluso la existencia de dientes supernumerarios o la falta de alguno o algunas piezas dentarias, la susceptibilidad para las caries y para las infecciones estreptocócicas, y la ocurrencia de la periodontitis.

Historia personal.- Los antecedentes patológicos pueden obtenerse mediante una de las formas seleccionadas de interrogatorio empleadas en la actualidad.

Dichos modelos se formulan de manera que el dentista pueda obtener una información sobre el estado normal y patológico sin invadir el campo del médico general.

Si hay antecedentes patológicos o si el paciente debe someterse a la anestesia, se ha de hacer un interrogatorio sobre posibles incidentes anteriores debido a diversos tipos de anestésicos.

Se le preguntará si tiene disnea, sobre todo cuando sube una cuesta o escaleras, o si sufre molestias cardiacas -- cuando se coloca en decúbito. Si contesta afirmativamente a estas preguntas, se consultará al médico del paciente o si no tiene médico se le remitirá a un consultorio para que se emita el informe correspondiente. En los casos de la denominada infección focal, se examinará la anamnesis personal, así como -- la familiar, para averiguar la susceptibilidad a ser hipersensible a cualquier substancia, se efectuará un examen concienzudo antes de administrar o de emplear cualquier medicamento -- muy afin a dicha substancia.

A grandes rasgos presentaremos un modelo general de interrogatorio sobre el sistema cardiovascular.

- 1.- Algún médico le ha dicho a usted que tiene un trastorno cardiaco?
- 2.- Respira usted con facilidad?
- 3.- Sabe usted actualmente como se encuentra su presión sanguínea, si muy alta, muy baja o normal?
- 4.- Tuvo usted de niño fiebre reumática, dolores de crecimiento o sacudidas de las extremidades?
- 5.- Se ha desmayado más de dos veces en su vida?

- 6.- Tiene ataques de vértigo?
- 7.- Ha tenido alguna vez cardiopatías reumáticas o baile de San Vito?
- 8.- Se le hinchan los tobillos con frecuencia?
- 9.- Ha tenido a veces grandes epistaxis?
- 10.- Necesita respirar pronto?

SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO

- 1.- Tiene con frecuencia fuertes dolores de cabeza?
- 2.- Le ha dicho alguna vez un médico que tiene usted neuralgia?
- 3.- Le ha dicho alguna vez un médico que tiene usted neuritis?
- 4.- Le ha dicho alguna vez su médico que tiene usted neurosis?
- 5.- Le ha dicho alguna vez su médico que tiene usted un trastorno nervioso?
- 6.- Le ha dicho alguna vez su médico que tiene usted epilepsia?

TRACTO GENITOURINARIO

- 1.- Le ha dicho a usted alguna vez un médico que tenía usted trastornos de los riñones o de la vejiga?

ORGANO DE LOS SENTIDOS

- 1.- Ha sido tratado alguna vez de algún trastorno -- auditivo?

- 2.- Ha sido tratado alguna vez de algún trastorno - visual distinto de la corrección de lente?

APARATO RESPIRATORIO

- 1.- Se obtura continuamente su nariz?
- 2.- Tiene asma?
- 3.- Tiene fiebre del heno?
- 4.- Ha tenido alguna vez tuberculosis?
- 5.- Tiene anginas con frecuencia?
- 5.- Tiene sinusitis?

TRACTO GASTROINTESTINAL

- 1.- Padece del estómago?
- 2.- Tiene diarreas con frecuencia?

SISTEMA ENDOCRINO

- 1.- Tiene usted sed con frecuencia?
- 2.- Tiene diabetes algún pariente de usted?
- 3.- Ha tomado alguna vez usted tabletas de tiroideas?
- 4.- Ha tenido usted diabetes?
- 5.- A qué edad llegó usted a la pubertad?
- 6.- Tiene la menstruación con regularidad?
- 7.- A qué edad cesó la menstruación?

SANGRE

- 1.- Ha tenido alguna vez anemia?
- 2.- Tuvo alguna hemorragia anormal después de la extracción de los dientes o de alguna cortadura?

PIEL

- 1.- Ha sido tratado alguna vez de una enfermedad de piel?
- 2.- Qué enfermedad?

HUESOS Y ARTICULACIONES

- 1.- Se hinchan y le duelen a menudo sus articulaciones?
- 2.- Sufrió algunas veces más de alguna fractura?
- 3.- Se le han dislocado más de algunas veces algunas articulaciones?
- 4.- Tiene artritis?
- 5.- Se ha tratado últimamente de los dientes, y -- cuándo?

O T R O S

- 1.- Tiene hipersensibilidad a algún medicamento especial como aspirina, antibiótico, sulfonamidas, barbitúricos y otros?
- 2.- Ha aumentado o perdido últimamente mucho de -- peso?

- 3.- Tuvo alguna vez sífilis o enfermedad de la sangre?
- 4.- Se ha tratado alguna vez con rayos X?
- 5.- Le han hecho alguna operación antes?
- 6.- Le han aplicado series de inyecciones o de infusiones?
- 7.- Le ha dicho alguna vez un médico que tenía usted tumor o cancer?
- 8.- Ha sido usted alguna vez sometido a la anestesia bucal o general?
- 9.- Ha experimentado alguna vez una reacción desagradable frente a un anestésico?
- 10.- Sigue algún tratamiento con anticoagulantes?
- 11.- Toma usted alguna preparación con cortisona?
- 12.- Sigue actualmente el tratamiento de algún médico?

En odontología y en cirugía el dolor constituye el -- factor que mayormente provoca reacciones psicológicas. Mien--- tras predomina el miedo podemos encontrar, como reacciones concomitantes, irritabilidad, ansiedad, aflicción o ira.

El sentido del tiempo puede alterarse, y a menudo sigue agotamiento o irreprimibles ganas de dormir. Por otra parte, el dolor puede proporcionar en ciertos individuos una agradable-sensación, que puede estar íntimamente relacionada con las creencias religiosas y aceptarse como alivio de una gran sensación de pecado o como expiación de un delito.

En otros, el dolor puede aliviar un malestar mental más angustioso, pues según Critchley, el dolor agudo e intenso suele dominar el sensorio hasta excluir otras impresiones internas y externas. Así veremos que los llamados sujetos -- normales varían en gran manera en cuanto a su tolerancia para el dolor o sus reacciones.

En nuestra práctica tenemos que tratar, además con otra clase de pacientes:

Los que sufren alguna forma de neurosis o psiconeurosis.

Estudio Radiográfico

Este estudio, es tanta su importancia coadyuvante -- para el diagnóstico, que a menudo se descuidan otros métodos. -- Proporciona abundante información, que antes de su descubrimiento sólo podía obtenerse en la sala de operaciones o en la mesa de autopsia. Puede confirmarse una enfermedad sospechosa, descubrirse estados insospechados oscuros que guían al diagnosticador hacia una nueva pista de investigaciones, y en la práctica corriente el examen rontgenológico puede revelar una enfermedad iniciada sin sistomatología en tan precoz fase de su evolución y hacer que sea mucho más fácil eliminarla.

El peligro de la radiación excesiva acompañado de la depilación, ha motivado últimamente la insistencia sobre el -- el hecho de que fundamentalmente no es necesaria la exposición a la irradiación. Considerando este peligro, es mayor la utilidad del examen rontgenológico.

Es de gran utilidad para descubrir, confirmar, clasificar, definir y precisar tópicamente una lesión; colabora en el establecimiento de un diagnóstico precoz, en el hallazgo -- del origen de los síntomas y de la causa de la enfermedad, y -- en el descubrimiento de la extensión en que se encuentran inte

resados los tejidos. Es de gran valor para establecer un diagnóstico diferencial entre los procesos inflamatorios y los tumores benignos e infiltrantes.

No debe privarse a los pacientes de las ventajas --- inherentes al examen rontgenológico por el peligro remoto de lesiones idioplasmáticas u otras. Por el mismo motivo el Odontólogo debe emplear todos los medios de que disponga, con el fin de reducir al mínimo la exposición del paciente a los rayos rontgenianos de sí mismo y de sus ayudantes, junto con las prácticas eficaces de la Odontología, aún cuando los rontgenogramas pueden ser algo menos útiles para el diagnóstico.

En todos los casos de interpretación rontgenogramas en relación con los resultados del examen clínico y de otras pruebas de laboratorio. Por ejemplo varios tumores de los --- maxilares pueden semejar alteraciones quísticas en la imagen rontgeniana, y sólo es posible establecer la diferenciación --- con el examen histológico de la biopsia.

La mayoría de los Odontólogos se hacen sus rontgenografías, pues comprenden mejor los problemas que les afectan. El examen es generalmente de índole sumamente técnica, y las cuestiones a que da su origen necesitan inmediata respuesta -- para que su utilidad no disminuya notablemente. La posibilidad de obtener rontgenografías rápidamente cuando resultan necesarias, capacita al operador para usar los rayos X extensamente. Constituyen un accesorio de su arsenal y le ahorran mucho tiempo, así como innecesariamente muchas exploraciones, manipulaciones y experimentación, el Odontólogo puede desear la transferencia de su enfermo a un rontgenólogo dental o a un Estomatólogo Clínico para obtener ciertos tipos de rontgenogramas o para la consulta.

Las rontgenografías de la cabeza, maxilares y dientes pueden efectuarse con:

- 1.- Películas dentales intrabucales.
- 2.- Películas oclusivas intrabucales grandes.

3.- Películas dentales de aleta de mordida, tamaño pequeño y grande.

4.- Películas extrabucales.

Las películas extrabucales cabe usarlas con pantallas o sin ellas.

La película sin pantalla que es un tipo de doble -- emulsión, goza de la más elevada velocidad compatible con la obtención de buenos resultados en exposición directa, pero -- requiere un tiempo de exposición largo.

La película ultrarrápida tiene también dos emulsio-- nes, que resultan de la máxima sensibilidad cuando se usan --- con pantallas de refuerzo de los rayos X, pero también se le - puede usar para exposiciones directas; sin embargo, empleada de esta manera es mucho más lenta que la película sin panta--- llas.

Con la radiografía instantánea se consigue de la ma-- nera más sencilla reducir la exposición a los rayos rontgenia-- nos en el paciente dental.

PRUEBAS DE LABORATORIO

Tiempo atrás se utilizaban con relativa parquedad - en la práctica odontológica los análisis de sangre y el urinario y las demás pruebas de laboratorio.

El Odontólogo debe conocer, por lo menos, cuándo se encuentra ante un proceso insólito, y recomendar el método que conduzca al reconocimiento de la enfermedad en cuestión. Se - recordará que más que el tratamiento local está indicada la -- terapéutica de las enfermedades generales con manifestaciones-- bucales.

El problema planteado al Odontólogo se refiere al momento y a la manera de usar las pruebas de laboratorio.

Ciertos procedimientos, como la obtención de la --- biopsia se efectúa por el Odontólogo, pero en el caso de una --- biopsia el Anatomopatólogo examina el tejido e interpreta los resultados del examen. Se puede preguntar, deba efectuar el --- mismo Odontólogo los exámenes sanguíneos, análisis de orina y reacciones suerológicas? la contestación es negativa porque --- necesitará no sólo personal auxiliar para la práctica de este método, sino que también pueden necesitarse los servicios del médico para el examen físico y la valoración de los resultados, el examen de sangre lo puede utilizar el Odontólogo con una -- finalidad especial, pero si se sospecha de una anemia o de una leucemia, se requerirá el auxilio del Hematólogo, para deter-- minar el tipo y el tratamiento de la enfermedad. Si se sospecha de la presencia de sífilis, el Odontólogo necesita algo -- más que un informe serológico, porque es preciso el juicio del médico que tomará en consideración las anamnesis y el estado - físico.

El Odontólogo se reservará su responsabilidad por lo menos en lo que se refiere en el saneamiento bucal, y deben -- aprender a usar al médico como consultor.

El diagnóstico de la enfermedad general requiere mucho más que la interpretación de los resultados obtenidos con las pruebas de laboratorio.

Dichas pruebas son auxiliares del diagnóstico, igual que los exámenes de la pulpa con radiografías y el examen del sedimento urinario; dichas pruebas no se utilizan solas ni -- como un dato fundamental y no pueden sustituir el examen físico completo, no obstante que el Odontólogo conocerá perfectamente las reacciones de laboratorio y su significación.

EXAMEN HEMATICO

Las pruebas hemáticas se usan para el diagnóstico de gran variedad de procesos.

Las pruebas de utilidad diagnóstica para las afecciones bucales son las siguientes:

- A).- Cuenta Hemática.
- B).- Valoración hemoglobínica
- C).- Pruebas del tiempo de coagulación y de hemorragia.
- D).- Ciertas pruebas químicas.
- E).- Reacción de Wassermann y pruebas de Kahn e - Hinton.

Valoración Hemoglobínica.- Puede efectuarse por diferentes métodos y en el informe debe indicarse cual de ellos se ha utilizado. La más corriente es la prueba de Sahli por el método de hematina ácida. La hemoglobina normal es de 100% o 15 g. Sahli, se nivela con ácido clorhídrico decinormal, hasta la señal de 10 se aspira la sangre en la pipeta, hasta la división de los 20 mm. y se la vierte en el tubo que contiene el -- ácido. Se mezcla bien y se deja reposar un minuto. Se diluye el líquido gota a gota con agua destilada, se mezcla después de cada adición, y se compara el color con el patrón del tubo de -- contraste. La graduación fronterera a la cima de la columna de -- la solución indica el porcentaje de hemoglobina, el material -- que para ello se utiliza consiste en un microscopio, una lanceta de muelle para obtener sangre, un hemocitómetro que consta de una cámara de recuento con la cuadrícula de Neubaer y una -- pipeta graduada de soluciones diluidas para la cuenta de células y la valoración de la hemoglobina. Se obtiene una gota de

sangre mediante la lanceta de muelle y la primera gota que se exprime se utiliza para la valoración de la hemoglobina.

EL TIEMPO DE HEMORRAGIA Y DE COAGULACION

Tienen importancia para el Cirujano Estomatólogo. - Si existe anamnesis de indebida hemorragia en una lesión anterior o en una extracción dentaria, o si se proyectan intervenciones quirúrgicas importantes, debe de hacerse la prueba de hemorragia y de coagulación. Se trata en realidad de pruebas protectoras, y cuando sus resultados no están dentro de los límites normales, pueden estar indicados exámenes más completos por un médico, sin embargo, hay que recordar que muchas de estas hemorragias provienen de vasos sanguíneos en cierto modo lesionados y de otros estados locales. Se preguntará al paciente si se ha administrado algún anticoagulante contra una enfermedad vascular, y por lo general se establecerá el correspondiente juicio clínico.

TIEMPO DE HEMORRAGIA

Practiquen un corte limpio en el lóbulo de la oreja. Apúntese la hora, y obsérvese una parte de sangre con papel filtro cada medio minuto, anótese la hora en que dejan deformarse las gotas (tiempo normal de 2 a 4 minutos).

El tiempo de sangría no siempre es paralelo al tiempo de coagulación, está ligeramente aumentado en las anemias graves. Se encuentra muy aumentado, de 10 a 90 minutos, cuando el número de plaquetas disminuye considerablemente (púrpura hemorrágica, leucemia aguda) y en los pacientes de fibrinemia sumamente baja (intoxicación por fósforo, hepatopatía destructiva).

La paradoja de un tiempo de sangría, prolongado por un tiempo de coagulación normal, se explica por el hecho de que en una enfermedad como la púrpura trombopénica, el número de --

de plaquetas es demasiado pequeño para taponar el defecto de los capilares, pero lo suficientemente elevado para indicar el proceso de coagulación.

TIEMPO DE COAGULACION

Hágase una incisión en el lóbulo de la oreja, y -- cuando la sangre salga libremente, llénese un tubo capilar. -- Se anota la hora exacta y se sujeta el tubo en la palma de la mano. Cada medio minuto se rompe un pedazo del tubo. Cuando un hilillo de fibrina conecta los pedazos rotos, se ha iniciado la coagulación. Márquese el tiempo transcurrido (normal de 2 a 8 minutos) otro método para determinar el tiempo de coagulación es el siguiente: Colóquense dos gotas de sangre en un portaobjetos y pásese una aguja a través de ellas cada minuto; en el momento en que se arrastre un pedazo de fibrina es que ha empezado la coagulación.

Es signo de peligro un tiempo de coagulación tres veces que el normal. No constituye una contraindicación quirúrgica, pero cuando existe, resultan indicadas las adecuadas precauciones o el tratamiento profiláctico.

Preferentemente después del enjuiciamiento adecuado por el médico.

Se observa un tiempo de coagulación prolongado en la hemofilia, en la que llega a varias horas; en las anemias y en las leucemias, en muchas enfermedades infecciosas y en la ictericia. Es posible un tiempo de coagulación ligeramente superior al normal en individuos sanos, explicándose así los rezumamientos prolongados a partir de pequeños vasos en casos de amigdalectomía e intervenciones en la cavidad oral incluyen do la extracción dentaria.

REACCIONES DE WASSERMANN.- HINTON Y KAHN

Son pruebas específicas para la sífilis.

Se obtienen la sangre de una vena y se manda al -- patólogo. La de Wassermann, prueba de fijación del complemento. Es más complicada que la de Hinton y la de Kahn, basadas en la fijación por floculación. Generalmente se practican las-- tres.

La prueba de Wassermann puede ser negativa o posi-- tiva, de una a cuatro cruces; estas últimas indican gran posi-- tividad y sugieren que el paciente tiene o ha tenido sífilis. -- La prueba de Kahn es precozmente positiva en los primeros pe-- ríodos de la enfermedad (quinto día después de la infección) -- y en la sífilis terciaria latente, una prueba de Kahn positiva-- puede ayudarnos a sentar el diagnóstico ante una infección o -- una reacción de Wassermann y la Kahn negativas, especialmente -- si se ha repetido, excluyen la enfermedad.

Una Wassermann con una o dos cruces no debe conside-- rarse positiva, especialmente con una Kahn negativa.

La sífilis congénita de, generalmente, una Wassermann negativa, pero la prueba de Kahn es frecuentemente positiva, -- otras reacciones para la sífilis son las pruebas de Mazzini, de-- Eagle y la de Mever-Nelson.

Líquido Cefalorraquídeo.- A veces se examina el -- líquido cefalorraquídeo para investigar la sífilis, cuando la -- prueba serológica de Wassermann es negativa, el líquido cefalo-- rraquídeo puede dar un resultado positivo, especialmente en la -- neurosífilis.

Análisis de orina.- La orina se examina como proce-- dimiento habitual en todos los hospitales, antes de administrar--

algún anestésico.

Ante todo proporciona información relativa a las enfermedades renales. Pero tiene también importancia para el estudio de las irregularidades o deficiencias del metabolismo. Las cuales pueden tener a su vez una más directa relación con los trastornos bucales.

Rara vez el Odontólogo emplea el análisis de orina, pero puede desear conocer los resultados del mismo por el informe del médico o por la historia clínica del hospital donde se encuentra el paciente.

El clínico debe de observar la cantidad de orina --- (la cual normalmente es de 1.000 a 2.000 cm³. en 24 hrs.) y la frecuencia de la micción, pues generalmente proporciona información importante. La poliuria constituye a menudo un signo de nefritis, diabetes, tumores hipofisiarios o hiperparatiroidismo.

Albumina.- Se observa la presencia de albúmina en la fiebre, gestación (tóxica) y nefritis, especialmente si --- existen cilindros. A veces se le encuentra en casos de pro---nunciada infección dentaria.

Glucosa.- Se descubre con la prueba de Benedict, se expenden paquetes para el simple análisis cualitativo.

En la diabetes sacarina se encuentra más del 0.2% -- de azúcar; y lo propio ocurre en la diabetes renal, en la cual es regularmente pasajero y proviene a menudo del excesivo uso del alcohol, féculas o azúcar o del sobre esfuerzo nervioso. - La presencia de demasiada glucosa en la orina indica la necesidad de efectuar un examen médico completo.

ACETONA.- Se encuentra en la orina de los pacientes con acidosis consecutiva al metabolismo imperfecto de la gra--

sa. Se presenta en la diabetes mellitus y puede indicar caquexia, inanición o coma.

UREA.- La prueba cuantitativa informa respecto al metabolismo orgánico o respecto a la cantidad de nitrógeno excretado, que es eliminado principalmente por los riñones en forma de urea.

La urea se suele excretar en cantidad de 15-40 gr. - cada 24 hrs. resulta aumentada en el bocio tóxico diabetes, carcinoma y estados febriles, así como en supuraciones bucales tales como la acentuada piorrea periodóntica.

METABOLISMO BASAL.- Se emplean los exámenes del metabolismo basal para averiguar el estado de la función tiroidea. Las imperfecciones existentes en los exámenes de la tasa del metabolismo basal han motivado la disminución de su uso, generalizado antes.

Para los exámenes de la función del tiroides se emplea más del yodo conjugado con la proteína del suero y se consideran como límites normales de 4 a 8 microgramos por cm.³, - así mismo, se ha generalizado la administración de pequeñas dosis de yodo radiactivo (131), se fija normalmente por el tiroides del 20 al 40% de la dosis.

ESTUDIO ENDOCRINO

Las secreciones internas desempeñan un gran papel en el desarrollo, crecimientos y metabolismo orgánicos, el desarrollo, crecimientos y metabolismo orgánicos, el desarrollo de las mandíbulas y de los dientes, resulta a menudo gravemente retardado o acelerado a causa de trastornos de las glándulas endocrinas. En tales casos se citan con frecuencia la posición irregular de los dientes y las alteraciones en el tiempo de su erupción.

Las glándulas que mayor influencia ejercen en las -

estructuras bucales son las paratiroides, la hipófisis y el -
tiroides.

El examen y las investigaciones clínicas pueden com-
pletarse con los auxiliares siguientes:

Pruebas funcionales del tiroides (en todos los ca-
sos) rontgenogramas de la silla turca, de los dedos de las --
manos y del maxilar inferior, (casos de alteraciones hipofi-
siarias).

Prueba de tolerancia a la glucosa (todos los casos);
y examen del quimismo sanguíneo y determinación de la excre-
ción hormonal en la orina. Es imprescindible la cooperación
activa de un médico experto, para el diagnóstico de los dese-
quilibrios endocrinos.

PRUEBAS CUTANEAS.- Se usan como pruebas para la --
sensibilización proteínica o bacteriana en la llamada prueba-
de la placa, el material que se quiere comprobar se pone en -
contacto con la piel, mediante un espadrapo.

Las aplicaciones intradérmicas se aplican con inyec-
ciones o con la prueba de la escarificación, que únicamente --
debe penetrar en la piel sin causar hemorragia alguna. Des-
pués se ponen en contacto las proteícas con la piel por espa-
cio de media hora y se anota el resultado, la reacción positi-
tiva toma la forma de una pápula de urticaria con eritema cir-
cundante, o sencillamente un eritema, la caspa del cabello, --
y del perro y los pólenes de flores dan reacciones con gran fre-
cuencia; los alimentos los dan muy rara vez. Ultimamente se --
ha creído que algunos de los fenómenos de la infección focal -
proviene de una respuesta alérgica de los tejidos sensibiliza-
dos (sinoviales nervioso), más que de una nueva colonización -
bacteriana distante del foco, como ocurre en la endocarditis -
y otras infecciones orgánicas.

Las ulcérulas y otras infecciones bucales (aftas habituales) provienen a menudo de una alteración alérgica que produce sensibilización proteínica. Para la determinación del factor etiológico, se han determinado no sólo pruebas cutáneas, sino también gingivales.

Aunque se ha indicado que es preferible la extracción del agente a las pruebas de contacto ante la posibilidad de obtener resultados positivos. Por ejemplo la presión de una dentadura artificial a los agentes infecciosos pueden ser la causa de la infección que también nos dará una reacción, en vez del material protésico, en casos de sospechosa reacción alérgica a la dentadura artificial puede colocarse en la piel toda la dentadura artificial o raspaduras de la misma, preferentemente sobre la cara interna del brazo inmediatamente debajo de la axila se considera como reacción positiva al material la aparición de una areola roja al cabo de 24 hrs.

CAPITULO VIII

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

A grandes rasgos podemos decir que asepsia: Es el conjunto de reglas que mediante la higiene previene la infección.

Antisepsia. Podemos decir que es el conjunto de medios de que nos valemos para combatir una infección ya declarada en el organismo.

Sepsis. Es el crecimiento de microorganismos perjudiciales en tejido vivo.

Asepsia. En sentido estricto es la ausencia de gérmenes infecciosos en los tejidos vivos, pero el término se aplica generalmente para designar las técnicas que impiden el acceso de todas las bacterias no deseables en el campo de trabajo o de observación, el trabajo de un cirujano o de un bacteriólogo presupone una técnica aséptica.

El cirujano y sus ayudantes usan instrumentos asépticos, los manejan con guantes esterilizados, cubren al paciente con sábanas estériles para evitar que el polvo infectado, las gotitas de saliva, el sudor y los esputos caigan sobre el campo estéril y posiblemente infecten al enfermo. La piel de éste no puede esterilizarse completamente sin lesión, pero el lugar de la operación se desinfectará del modo más completo posible, mediante la aplicación de antisépticos adecuados o desinfectante diluido.

ESTERILIZACION Y DESINFECCION. Una fase muy importante en la Odontología es el conocimiento de los métodos para destruir, eliminar o inhibir (prevenir) el crecimiento de microorganismos.

Puesto que las especies de microorganismos varían - según la facilidad con que pueden ser destruidas, inhibidas o eliminadas, y como las localizaciones en que pueden presentarse difieren grandemente (sangre, alimentos, desechos, agua, ropa, etc.) no son aplicables uno o dos métodos. Cada situación es un problema en sí y los métodos empleados deben depender del conocimiento, ingenio y fines del operador.

Sin embargo, hay normas básicas que guían nuestro proceder en cualquier situación.

Hay cuatro razones principales para destruir, inhibir, o eliminar las bacterias, y son las siguientes:

1. Prevenir la infección de los hombres, animales y de plantas.
2. Evitar la descomposición de los alimentos y de otros productos.
3. Evitar la interferencia por microorganismos contaminantes, en varios procesos industriales que dependen de cultivos puros.—
4. Para prevenir la contaminación de materiales usados en el -- trabajo con cultivos puros.

En los laboratorios (diagnóstico), investigación e -- industria de modo que los estudios sobre el desarrollo de un tipo determinado de microorganismo en un medio particular o en un animal infectado, no pueden confundirse por la presencia (de) y -- desarrollo simultáneo de otras especies.

ESTERILIZACION. La esterilización de una sustan - cia u objeto, significa mantenerla libre de toda clase de vida. - Con fines microbiológicos, los organismos se exterminan in situ: por calor, gases como el formaldehído, óxido de etileno o B pro - pilactona; soluciones de varios agentes químicos, rayos x, gama - o ultravioleta. Pueden ser eliminados rápidamente por centrifu - gación rápida o filtración.

DESINFECCION. La desinfección significa la muerte o la eliminación de los gérmenes capaces de causar infección. La desinfección no abarca necesariamente la esterilización, aunque - algunos procedimientos antisépticos realizan una verdadera esterili -

zación. En general, la desinfección la realizan agentes químicos como el ácido fénico (fenol).

FORMALDEHIDO. Cloro o bicloruro de mercurio. En el caso de la leche, la desinfección pero no la esterilización se consigue con la pasteurización, la desinfección se considera generalmente como destructora de las células vegetativas más sensibles, pero no de las esporas resistentes al calor.

DESINFECTANTES. Es el agente que realiza la desinfección.

El término se emplea con frecuencia como sinónimo de antiséptico, por lo general se piensa que la desinfección y los desinfectantes constituyen una operación y unos agentes aplicables principalmente a situaciones y objetos que no forman parte del cuerpo: pisos, platos, lavandería y objetos de cama.

ANTISEPTICO. Es un término indefinido, muy parecido a desinfectante.

Un desinfectante se usa a menudo como antiséptico y viceversa.

Los antisépticos son sustancias que destruyen o inhiben los microorganismos, especialmente en contacto con el cuerpo. La mayoría de los desinfectantes son demasiado perjudiciales a los tejidos como para ser útiles como antisépticos.

CAPITULO IX

INSTRUMENTAL PARA TERCEROS MOLARES

A grandes rasgos, el Odontólogo debe estar equipado con los instrumentos necesarios para realizar y tratar toda clase de casos y resolver los accidentes que puedan ocurrir en el consultorio.

Deberá tener los conocimientos necesarios de la anatomía dentaria y su lugar de implantación; así mismo deberá conocer la forma y el modo del uso del instrumental; puesto que de esta forma obtendrá el éxito al realizar cualquier intervención exodóntica.

En la extracción del tercer molar incluido, tenemos afortunadamente, una amplia gama de instrumental a usar; y de acuerdo a la posición y grado en que se encuentra incluido el molar, se usará el instrumental adecuado y con el cual se tenga mayor manipulación y un óptimo grado de eficiencia.

La extracción consiste en la búsqueda por medios mecánicos e instrumentales, del diente retenido y su eliminación del interior del hueso donde se encuentra y, si es necesario aplicando el método de colgajo y de la odontosección.

Las indicaciones las haremos basándonos en los problemas que originan los dientes retenidos.

El diagnóstico lo determinaremos por los medios clínicos de inspección, palpación y exámen radiográfico.

Antes de intervenir quirúrgicamente, debemos precisar a que clase pertenece el diente incluido, para ver el tipo de operación necesaria, así evitaremos operaciones mutilantes traumáticas y llenas de inconvenientes, seleccionando de esta manera el instrumental adecuado a usar.

Por ejemplo: para extracciones de terceros molares inferiores bien erupcionados, aquí no existirá ningún problema y podemos hacerla por los medios convencionales; usaremos el fórceps No. 222 que es el indicado.

Entre los elevadores, se han diseñado múltiples por los distintos autores (Seldin, Walter, Barry, Morrison etc.) que tienen cada uno una función, trabajo y misión diferentes.

A grandes rasgos mencionaremos algunos de ellos, entre los cuales los menciona el S. S. White Manufacturing C O. -

1. Elevadores rectos Nos. 3, 301 y 12

2. Elevadores de bandera Nos. 27 y 28 derecho e izquierdo.

27S y 28S derecho e izquierdo pero con la punta de trabajo más pequeña.

Aunque la hoja de los elevadores que es la parte activa puede presentar diversas formas y ángulos variables para adaptarse a las modalidades de la cavidad bucal.

FRESAS. Que existe una gran variedad para su uso. Entre ellas seleccionaremos las que mejor llenen las necesidades de uso; entre ellas mencionaremos algunas de las más frecuentes:

Fresa redonda No. 6

Fresa redonda No. 8 de carborundum

Fresa de fisura No. 557, 560, 570 etc.

INSTRUMENTAL QUIRURGICO A USAR.

1. Los destinados a extraer el diente y que son:

a). Forceps.

b). Elevadores, (existe una amplia gama de ellos con forma y angulación variable).

2. Los auxiliares que a su vez se dividen en:

a). Los empleados para extraer el hueso que cubre o rodea al diente, como son:

1. Escoplos o cinceles.
 2. Osteótomo.
 3. Alveolótomo o pinza gubia.
 4. Fresas quirúrgicas (existe una gran variedad -- de ellas).
- b). Los relacionados con los tejidos blandos como son:
1. Abrevocas.
 2. Pinzas Hemostáticas.
 3. Tijeras finas gingivales.
 4. Bisturios.
 5. Periostótomo (legra)
 6. Retractor yugal.
 7. Pinzas de disección.
 8. Cucharillas o curetas quirúrgicas.
 9. Aguja y materiales de sutura. (Entre las agujas y el hilo que se empleará, también existe una variedad distinta tanto de material como de formas).

A grandes rasgos, esto es lo que el Cirujano Dentista necesita tener en el consultorio para llevar a cabo las extracciones de piezas dentarias incluidas o no erupcionadas, para llevar a cabo con buen éxito su profesión.

CAPITULO X

CUIDADOS PRE TRANS Y POST OPERATORIOS

Los cuidados que debemos de observar para el paciente en el tratamiento pre operatorio, son parte del cuidadoso estudio de su historia clinica, debemos tener en cuenta que el manejo pre operatorio de los enfermos están en razón del conocimiento que tengamos del estímulo agresivo que ha sufrido y del que va a ser sometido, de la presencia de alteraciones endocrinas o metabólicas y de la corrección oportuna y adecuada de la misma.

Nuestra conducta en el trans operatorio debe tender a no aumentar innecesariamente la agresión con maniobras bruscas, mayor lesión de los tejidos blandos o prolongación del tiempo quirúrgico.

Las prescripciones y cuidados post operatorios, deben seguir una rutina general, pero vendrán determinados por la clase de técnica quirúrgica y las necesidades médicas individuales de cada paciente.

CAPITULO XI

TECNICAS QUIRURGICAS

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN
POSICION VERTICAL, SIN RETENCION Y CARAMESIAL
ACCESIBLE.

Para realizarla tomaremos en cuenta la posición del molar en relación con la arcada, en las diversas variaciones se hará mayor o menor osteonomía según sea el caso.

Realizaremos la incisión extendiéndola por la cara triturante y otra incisión que sea perpendicular a ésta, con el objeto de no tener problemas post operatorios.

La incisión la iniciamos 1 cm. por detrás de la cara distal del segundo molar hasta llegar a esta muela, la prolongamos contorneando el cuello de los dientes hasta el primer premolar. Así el colgajo no es traumatizado y descansa sobre el hueso.

Osteotomía.- Se puede realizar con osteótomos de "interresecando de bucal a lingual, o bien la osteonomía con fresa se emplea la fresa No. 560 colocada en el contrángulo o fresa redonda No. 8 de carborundum.

Separamos los labios, carrillos y la lengua, colocamos la fresa sobre el borde óseo distal a resecarse, según sea la posición radicular, eliminamos el hueso y procedemos a la extracción.

Introducimos el elevador en el espacio interdentario moviendo hacia su eje en sentido distal, disecando el borde inferior de su hoja, sobre la estructura ósea del espacio del-

segundo y tercer molar y sale hacia atrás.

Emplearemos la odontosección en casos de raíces divergentes como cementosis.

Retención Vertical sin desviación, Cara mesial inaccesible.

La incisión la haremos de la misma forma del caso anterior.

Podemos hacer la osteomía con osteótomo o bien con fresa. En este caso puede presentarse la cara triturante totalmente cubierta por hueso, la vía de acceso la realizaremos con fresa redonda No. 6 y sobre la tapa ósea, hacemos una serie de perforaciones y las unimos con una fresa de fisura No. 557. -- Con fresa de fisura No. 560 realizamos osteotomía del lado distal llegando hasta el centro del diente, esto es con el objeto de desplazar el órgano dentario hacia distal.

Introducimos un botador de hoja delgada y hacemos movimientos de torción hacia mesial y distal, después eliminamos el molar del alveolo con un elevador de "inter, colocado por el lado bucal entre corona del molar y la tabla ósea externa.

Si no es posible hacerlo, introducimos una fresa redonda en la parte media del hueso bucal y así facilitaremos la entrada del elevador.

Retención Vertical, Ausencia de Dientes Vecinos.-

Es necesario eliminar suficiente cantidad de hueso -- llegando hasta la cara mesial y aplicar ahí el elevador.

Realizaremos una incisión angular o una incisión como en los casos anteriores.

La osteotomía se hará con escoplo o bien con fresa redonda No. 6 u 8. Usaremos para su eliminación, elevadores de hoja delgada, introduciéndolos entre cara mesial y pared mesial del alveolo.

Cuando el instrumento está colocado sobre la cara mesial y logramos dirigir el molar hacia arriba y hacia distal en casos inaccesibles usaremos la odontosección.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION MESIOANGULAR

En estos casos, la cantidad de hueso distal se encuentra con más abundancia que en las verticales, el contacto con el segundo molar, constituye un sólido anclaje por lo que usaremos la odontosección para evitar traumatismos inútiles.

En muchos casos, aún eliminando el hueso distal, es inaccesible para la eliminación de la pieza, por lo que eliminaremos las cúspides mesiales del mismo.

Retención mesioangular, sin desviación con cara mesial accesible o inaccesible.

Extracción por osteotomía a fresa, con una fresa redonda No. 8, colocada en el contrángulo practicaremos pequeños orificios en el hueso, los cuales llegarán hasta el molar retenido, tomando en cuenta que la cantidad de hueso a reseñar debe estar de acuerdo con el grado de inclinación del mo-

lar, eliminaremos el hueso con una fresa de fisura No. 560.

Puede usarse el escoplo para la osteotomía.

Realizaremos la extracción por odontosección, puede aplicarse en dos formas: Aplicando una división en el diente según su eje mayor o según su eje menor.

La odontosección se puede realizar con discos, fresas de carburo o escoplo recto automático.

La odontosección, para realizarla tomaremos en cuenta:

El acceso.- Debemos de hacer una incisión amplia, y osteotomía suficiente para no lesionar tejidos blandos, manteniendo el tejido gingival separado con el instrumental adecuado.

El instrumento.- Podemos usar discos de carburo, piedras montadas o fresas de carburo, de fisura No. 560 o redonda No. 8.

Técnica del empleo del instrumental.- Con fresa emplearemos primeramente una piedra montada, después introduciremos una fresa de fisura No. 570, dirigiéndola de bucal a lingual, tratando de seccionar en toda su amplitud la corona del molar retenido.

Debemos cuidar que la sección de la corona sea suficiente, y que no se pase de los límites de las mismas ya que podríamos dañar el hueso, seccionar la tabla lingual y herir los tejidos blandos y podemos herir hasta el nervio dentario inferior.

Dividido el diente entramos a extraer sus partes por separado.

Si seccionamos el diente según su eje menor, la extracción de la corona la realizaremos con elevadores finos, - introduciendo el elevador en el espacio creado por la fresa, - gracias a este espacio, desplazamos la corona hacia mesial y luego a distal.

Si la cara mesial del molar es inaccesible haremos una vía con fresa para dar espacio al elevador, lo introduciremos por debajo de la corona y la elevamos.

La extracción de la raíz.- Podemos hacerla con elevadores rectos, curvos o de Winter. El elevador lo introducimos entre la porción radicular y el tejido óseo subyacente. -- Se hace girar el mango del instrumento hacia el lado bucal. - En caso de divergencia radicular o gran cementosis, separaremos las dos raíces con fresas de fisura y cada raíz se extrae por separado con el elevador.

Inspeccionamos la cavidad ósea, retiramos las esquirlas, lavamos y adaptamos nuevamente el colgajo a su posición, - y lo saturamos con dos o tres puntos.

Si seccionamos según su eje mayor, lo haremos con -- escoplo automático, dividiendo así el diente en porción mesial y distal. Eliminaremos primeramente la porción distal.- In--troduciremos un elevador recto o de Winter, entre ambas por--ciones, con esto luxaremos ligeramente la porción distal, in--troduciremos elevador lo más profundamente posible para evitar riesgo de fractura, dirigiendo la raíz hacia arriba y atrás.- Ya eliminada la cara distal, introducimos el botador entre la cara mesial del molar y el borde óseo, si no es accesible se - hace una vía por medio de una fresa de escoplo. Se hacen movi--mientos iguales como si se tratara de una pieza completa.

En caso de que la corona se encuentre por debajo de la línea cervical del segundo molar o exista cementosis, haremos un corte a nivel del cuello y haremos nuestra extracción - por odontosección.

Retención Mesioangular con ausencia de dientes.-

En estos casos eliminaremos sólo la resistencia ósea, realizaremos un buen estudio radiográfico para prevenir la necesidad de realizar odontosección, en caso de que nuestro molar presente cementosis o raíces divergentes si la realizaremos.

Incisión.- La realizaremos en la forma ya mencionada.

Osteotomía.- Se puede hacer con escoplos o con fresa No. 7, resecamos la cara distal hasta dejar al descubierto la cara distal de la corona. Emplearemos los elevadores de Winter o uno de hoja delgada. Colocamos la hoja del elevador entre la cara mesial del molar y la superficie anterior del alveolo, giramos el mango hacia mesial y con esto conseguimos la elevación del molar hacia atrás y hacia arriba.

O bien colocar el elevador entre la cara bucal y la pared externa del hueso, y por movimientos rotatorios de derecha a izquierda luxar el molar.

RETENCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR EN POSICION DISTO ANGULAR

Las dificultades que podemos encontrar, están en la posición del molar, que para ser extraído debe ser dirigido - en sentido distal, hacia la rama ascendente y la cantidad de hueso a reseca para vencer el contacto del molar por la rama.

Puede emplearse la técnica de Winter o bien con fresa.

Incisión.- Se hará lo suficientemente amplia para - que cubra la posición del campo operatorio. Parte de 2 cm. -- por detrás de la cara distal del segundo molar y pasa por la cara interna del maxilar, dirigimos la lengua hacia abajo, --- afuera y adelante, manteniendo los colgajos para (mantener) -- permitir una perfecta visión del hueso a reseca.

Osteotomía.- Empleamos fresa redonda del No. 6 ó 7, eliminaremos todo el tabique interdentario.

Para la extracción emplearemos elevadores delgados, - lo introduciremos entre la cara bucal del molar y del hueso -- bucal, tratando de luxarlo, y hacemos lo mismo por distal y -- lingual, ya luxado el diente, empleamos un elevador fino por - el lado distal y giramos el mango hacia adelante haciendo que - se eleve el molar y la terminamos de extraer con uno más delgado por el lado bucal.

Haremos dos o tres puntos de sutura.

En caso de que el hueso distal, el grado de inclinación del molar, forma y disposición de las raíces se empleará la odontosección.

En este caso la retención del diente, se cortará por su eje más pequeño, haremos la sección con una fresa de fisura, introduciéndola paralela a la línea cervical del molar retenido entre la cara bucal del molar y la tabla ósea externa, previo uso de una piedra montada sobre la corona, para facilitar la entrada a nuestra fresa.

Introducimos un elevador entre el espacio creado por la fresa y hacemos tracción elevándola.

Dependiendo de la forma y disposición de las raíces, haremos su extracción, desplazaremos las raíces hacia distal siguiendo el eje o curvatura radicular, terminamos la extracción con una pinza y algodón.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION HORIZONTAL

Se puede emplear la técnica de Winter o bien la fresa y escoplo que es la que explicaremos.

Debemos tener cuidado en la palanca hacia distal, ya que podríamos vencer la elasticidad ósea, ésta sólo se podrá aprovechar un poco en los pacientes jóvenes pero es relativo.

Incisión.- Se hará desde un cm. atrás de la cara distal del segundo molar siguiendo por la línea gingival de éste - hasta dejar descubierta la cara bucal.

Csteotomía.- Con una fresa No. 6 reseca el hueso distal si la cara mesial no es accesible, se practica la osteotomía en la cara bucal para que podamos aplicar el elevador.

Extracción.- Con un elevador de Winter o con un recto, colocamos entre la cara del molar y el borde óseo, dirigimos el molar hacia arriba y hacia distal.

Sutura.- Eliminando el molar, limpiamos la cavidad, eliminamos el saco pericoronario, cubrimos el alveolo con el -- colgajo y lo suturamos con dos o tres puntos.

Extracción por odontosección.- En esto podemos reducir la cantidad de hueso distal por reseca.

Extracción del molar seccionado según su eje menor.

Se corta el diente de la altura del cuello con una -- fresa de fisura, y la extracción la efectuamos con elevadores -

finos como en el caso de la retención mesioangular.

Extracción del molar, seccionando según su eje mayor.- Lo aplicaremos cuando la corona del molar está ligeramente bucalizada.

La sección se practica con escoplo de hoja ancha, aplicándolo sobre el centro de la cara triturante, dividiendo el molar en dos porciones, los extraeremos por separado.

Extracción de la porción mesial.- En algunos casos, esta porción está sólidamente retenida por debajo de la línea cervical del segundo molar.- Es útil separar en dos partes la porción mesial seccionándola con una fresa de fisura.

La raíz mesial se elimina realizando un orificio sobre su cara distal con la misma fresa de fisura o con una bola, introduciremos en éste un instrumento y haremos tracción mesial.

RETENCION HORIZONTAL.- AUSENCIA DE DIENTES**VECINOS.**

El molar puede encontrarse en retención ósea o subgingival.

La accesibilidad de la cara mesial determina la cantidad de osteotomía.

Al no existir el segundo molar podemos aplicar en el elevador, sobre la cara mesial del molar y el hueso mesial y - dirigir la pieza hacia arriba y distal, en algunos casos lo extraeremos sin necesidad de dividirlo, aplicaremos las técnicas que empleamos para la retención mesioangular, con las variantes que implica la posición horizontal.

Los fundamentos del éxito y la preservación de los - peligros reside en la aplicación de la ley del menor trauma--- tismo, que en el caso de estos molares, se cumple con los mé-- todos de osteotomía y odontosección.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION
LINGUANGULAR

Su cara triturante se encuentra con un grado de inclinación variable hacia la tabla lingual del maxilar.

En la mayoría de estos casos, las raíces se presentan incompletas en su formación.

Incisión.- La rama anteroposterior de la incisión, debe ser trazada al mismo nivel de la tabla interna del hueso. La rama vertical separa la encía que cubre el molar de la cara distal del segundo molar y se continúa hacia afuera, adelante y abajo.

Osteotomía.- Es necesario aplicar una amplia osteotomía pues en estos casos, como las raíces no están completamente formadas, tienden a rodar dentro de la cavidad alveolar.

Eliminamos el hueso con fresa redonda No. 8. El hueso de la tabla lingual lo eliminamos con fresa de fisura o fresa redonda separando el colgajo de la cara lingual para no traumatizarlo.

Extracción.- Eliminada la cantidad ósea que cubre el molar, se introduce un alveolar entre la cara mesial y el hueso, y se trata de elevar el molar hacia arriba y atrás.

La odontosección.- La haremos seccionando con fresa redonda a nivel de su cuello (si tiene raíces). La eliminación de los fragmentos, la haremos con un pequeño elevador o con una pinza de Kocher.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION BUCAL

Emplearemos las técnicas ya mencionadas, la sección del diente en sentido de su eje menor, dividiéndolo con una fresa de fisura, de mesial a distal nos evitará problemas. - Las partes se extraen por separado.

Extracción del tercer molar retenido en posición invertida.

La técnica variará según la profundidad del molar en el hueso que cubre la cara más cercana al borde alveolar (distal).

Realizamos odontosección, según el eje mayor del diente y según la posición del molar, se extrae la raíz o la corona y con ayuda del espacio que queda, eliminamos la otra posición.

Los molares profundamente ubicados, requieren una amplia osteotomía y una cuidadosa odontosección del molar, debemos tener en estos casos una absoluta certeza de la posición del molar y emplearemos los distintos tipos de elevadores.

CAPTULO XII

C O N C L U S I O N E S

El estudio breve de esta gran cantidad y variedad de casos, nos lleva a tener en cuenta de una manera muy especial el estudio radiográfico.

Este estudio debe ser realizado en forma consciente y en caso de que nosotros no podamos realizarlo, encomendarlo al profesionalista competente en este ramo. Ya que los datos que nos aporte este estudio serán determinantes para valorar la ubicación de la muela que vamos a intervenir.

La valoración de nuestro paciente para determinar el tipo de medicación y anestésico que deben ser empleados.

La necesidad de una variedad de instrumental requerido que se encuentre adecuado a cada caso, para evitar traumatismos y dolores post operatorios innecesarios.

Sumamente importante es la limpieza del Odontólogo, y una adecuada asepsia al instrumental, limpieza absoluta en el consultorio y cada una de estas cosas que vamos a emplear en nuestra intervención.

Al terminar nuestra intervención, no olvidar cosas tan importantes como son:

La regularización de los bordes óseos, asegurarnos de que no han quedado residuos, tanto dentígeros como óseos dentro de nuestra cavidad, al igual que el lavado de la misma.

La sutura cuidando de no causar desgarres en la mucosa, y que quede en el lugar que ocupará antes de nuestra intervención.

Dar a nuestro paciente la dieta adecuada y las indicaciones necesarias para lograr su pronta recuperación, estando en contacto con él para la evolución de la misma.

Siempre que tengamos en cuenta todos estos factores - podemos asegurar un grado de éxito lo suficientemente alto.

CAPITULO XIII

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

- 1.- Cirujía Bucal.- Guillermo A. Centeno, Editorial El Ateneo 1973.
- 2.- Tratado de Cirugía Oral.- Walter C. Guralnick
- 3.- Microbiología.- Martín Frobisher.
- 4.- Anatomía Dental.- M. Diamond.
- 5.- Manual de Urgencias Quirúrgicas.- Academia Mexicana de Cirugía, 1967, Dr. Arturo Sánchez. Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía.
- 6.- Estomatología de Thoma.- Tercera Edición Salvat.
- 7.- Periodontología Clínica.- Irving Glickman.- Editorial Mundi, tercera edición.
- 8.- Diccionario Odontológico.- Durante Avellanal.
- 9.- Remedios dentales Aceptados.- Asociación Dental Americana, 1960.
- 10.- Anatomía Dental y Oclusión.- Dr. Bertram S. Kraus.- Editorial Interamericana.