

24 194



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA U.N.A.M.

ODONTOLOGIA

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

T E S I S

Que para obtener el título de:
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a :
LETICIA MEDINA CARDOSO

San Juan Iztacala, Estado de México, Enero de 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.

I N D I C E

- I. Prólogo
- II. Definición de retención dentaria
- III. Clasificación de retención
- IV. Etiología
- V. Patología
- VI. Historia Clínica
- VII. Estudios Radiográficos
- VIII. Diagnóstico
- IX. Indicaciones y Contraindicaciones
- X. Planeación de la Cirugía y tratamiento
pre-operatorio
 - a) Instrumental
 - b) Esterilización
- XI. Trans-operatorio
 - a) Asepsia y antisepsia
 - b) Bloqueo
 - c) Incisión
 - d) Osteotomía
 - e) Odontosección
 - f) Luxación
 - g) Extracción
 - h) Lavado
 - i) Sutura
 - j) Técnica Quirúrgica
- XII. Post-operatorio
 - a) Complicaciones
- XIII. Conclusiones
- XIV. Bibliografía

P R O L O G O

A lo largo de mi carrera y del contacto con la Odontología, he podido observar la problemática existente de los terceros molares retenidos, lo cual me ha impulsado a desarrollar este trabajo basado en el mismo tema.

Este trabajo, persigue como finalidad fundamental, - servir como guía y fuente de consulta para el estudiante sobre la materia de Cirugía Bucal, a fin de que conozca el panorama tan amplio que los métodos quirúrgicos ponen a su alcance en el tratamiento de estos pacientes. No solo el tratar es tados anormales, sino que lo utilicen como medida preventiva y terapéutica, ya que considero que los terceros molares tienen importancia clínica desde su formación hasta su extracción primero, porque su erupción puede ir acompañada de dolor y se gundo, por las lesiones que causa en las estructuras que lo rodean.

Por lo que respecta a prevención, según mi criterio, es obvio mencionar que cualquier diente que no ha logrado adoptar una posición funcional normal en el arco dentario, que no haya hecho erupción, o lo haya hecho sólo parcialmente y no tenga una función de utilidad, debe extraerse para evitar com plicaciones futuras, tales como: irritación de los tejidos, - caries dental, necrosis pulpar, absceso periapical del segun- do molar, resorción de las raíces del mismo, perturbar el ali neamiento de los otros dientes, causándoles apiñamiento y res tándoles espacio.

En cuanto a la medida terapéutica, depende del criterio del Odontólogo el tratamiento a seguir, ya que algunos consideran que el tercer molar puede servir como pilar para alguna prótesis o que éste emigre, ocupando el espacio del segundo molar cuando se ha perdido.

II.- DEFINICION DE RETENCION DENTARIA.

Los órganos dentarios antes de hacer erupción, se encuentran dentro del maxilar, y aún después de erupcionados, están - parcialmente incluidos en éste, por lo tanto, este término, consideramos no ser el apropiado para nombrar a los dientes de que es objeto esta tesis.

Es también muy común que se denomine a esta anomalía, con el término de órganos dentarios impactados, pero en este caso para que se justifique dicho nombre, deberá ser sometido el diente a una fuerza externa que lo proyecte al interior del maxilar, como es el caso de los dientes intruidos por un traumatismo.

Teniendo en cuenta lo antes razonado, consideramos que lo más apropiado es el término de dientes retenidos.

Un diente retenido es aquel que se encuentra detenido por causas mecánicas, como aquellos que una vez llegada su época de erupción se han quedado total o parcialmente dentro de los maxilares, sin alcanzar el plano oclusal.

III.- CLASIFICACION DE RETENCION.

Existen varios libros de Cirugía Bucal, y en todos ellos, la clasificación de los terceros molares inferiores - retenidos está basada en las teorías de cualesquiera de los siguientes autores: Winter, Pell Gregory o Ginestet.

Los Dres. Javier Sánchez Torres y Rafael Reyes Fuentes, formaron una clasificación, tomando lo que han considerado útil de cada una de las anteriores, pero enfocado desde un punto de vista más práctico para la técnica quirúrgica, basándose en tres factores fundamentales y dos complementarios, que son:

FACTORES FUNDAMENTALES:

- 1.- Profundidad de la pieza
- 2.- Dirección de la pieza
- 3.- Número, dirección y forma de las raíces.

PROFUNDIDAD DE LA PIEZA.- Para determinarla, han considerado tres factores:

CLASE I.- Aquellas piezas que se encuentran por encima de una línea imaginaria que pasa por el cuello anatómico del segundo molar. Cuando no existe esta pieza, se puede considerar el primer molar, y en los desdentados un plano que pasa por la parte más alta del proceso alveolar. D - No. 1

CLASE II.- Aquellas piezas que se encuentran por debajo de esa línea cervical del segundo molar o variantes enun

ciadas anteriormente, siempre y cuando se encuentren exclusivamente dentro del hueso alveolar, o sea, un plano perpendicular a los ápices de las raíces de un segundo molar en posición normal. D - No. 2

CLASE III O PIEZAS ECTOPICAS.- En esta clase se consideran aquellas piezas que se encuentran en localización topográfica fuera del hueso alveolar y que se pueden agrupar en ectópicas hacia la rama ascendente, hacia el ángulo mandibular, - hacia la apófisis coronoides, hacia el cuello del cóndilo y hacia el borde cervical mandibular, es decir, hacia el hueso basilar. D - No. 3

Este concepto de profundidad, da una orientación práctica en cuanto a la mayor o menor dificultad que presentará la pieza para su extracción, ya que en términos generales, si la pieza se encuentra en Clase I, será más fácil la extracción que si está en Clase II, y ésta a su vez, será más fácil que si estuviera en Clase III.

DIRECCION DE LA PIEZA.- Es también de mucha importancia y se consideran como direcciones básicas las siguientes:

- 1.- Vertical
- 2.- Vertical invertida
- 3.- Mesioangular
- 4.- Distoangular
- 5.- Mesiohorizontal
- 6.- Distohorizontal

7.- Bucoangular

8.- Linguoangular

D - No. 4

Ahora bien, si ya se sabe la profundidad que presenta la pieza y su dirección, ya se tiene con esto un concepto más o menos fijo de la facilidad o dificultad que puede presentar a su extracción, pero falta saber ahora el tercer factor fundamental, que es el número, dirección y forma de las raíces, ya que este factor es tan importante como los demás, y puede por sí mismo, modificar toda la técnica quirúrgica.

NUMERO, DIRECCION Y FORMA DE LAS RAICES.- Se pueden agrupar de la siguiente manera:

- 1.- Raíces fusionadas en forma cónica
- 2.- Raíces curvas y convergentes (septum óseo grueso)
- 3.- Raíces divergentes
- 4.- Raíces curvas en dirección distal
- 5.- Raíces curvas en dirección mesial
- 6.- Anomalías radiculares diversas.

D - No. 5

FACTORES COMPLEMENTARIOS.

- 1) RELACION CON EL CONDUCTO DENTARIO.- Es muy importante observar la relación que guarda el tercer molar con el con

ducto dentario, ya que su contenido neurovascular puede ser traumatizado durante el acto quirúrgico y la lesión de este elemento ocasiona parestesia más o menos prolongada, y en algunas ocasiones puede ser permanente.

Para esto, es bueno recordar la disposición de este elemento en el cuerpo mandibular, así, al nivel de los premolares, guarda una relación central e inferior a los ápices de estas piezas, y a medida que se va hacia atrás, va tomando una relación vestibular, presentándose normalmente en posición vestibular al nivel del tercer molar.

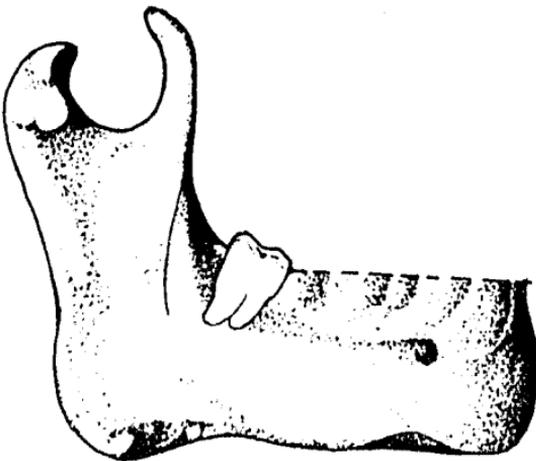
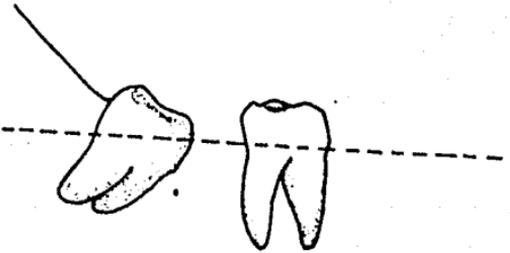
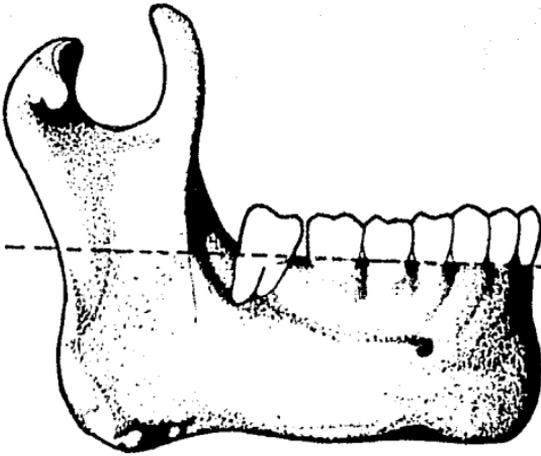
Esto es importante tomarlo en cuenta, ya que el abordaje quirúrgico siempre se efectúa por este lugar.

D - No. 6

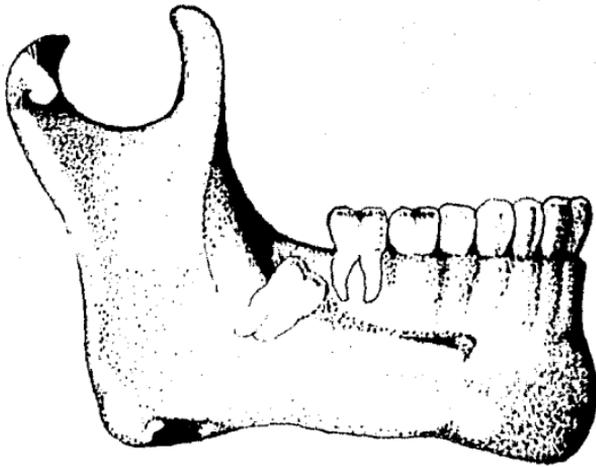
- 2) RELACION CON EL SEGUNDO MOLAR.- La proximidad con el segundo molar, hace que la altura y el espesor del hueso mesial al tercer molar, varíe de acuerdo con la distinta posición y dirección de esta pieza; también es importante observar el número, longitud y forma de las raíces del segundo molar, ya que esto imprime gran diferencia de procedimiento operatorio, así, cuando las raíces presentan una longitud y forma normales, podrán ofrecer un buen punto de apoyo, - si éste es útil, para la extracción del tercer molar. En cambio, si son más fuertes y poderosas que las del segundo molar y si se apoya en su parte mesial, se luxará o abulsionará el segundo molar y no el tercero.

D - No. 7

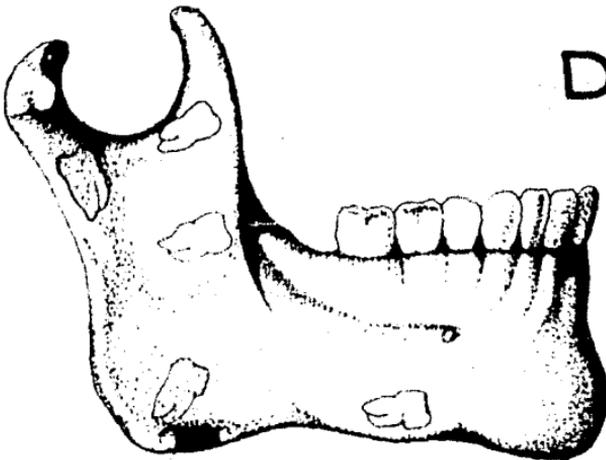
D-1



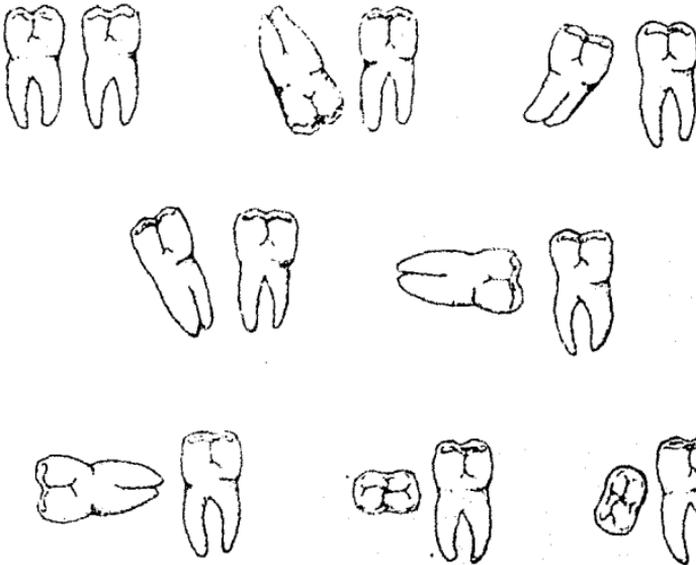
D-2



D-3



D-4



D-5



CONICAS FUSIONADAS



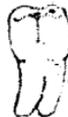
CONVERGENTES



DIVERGENTES

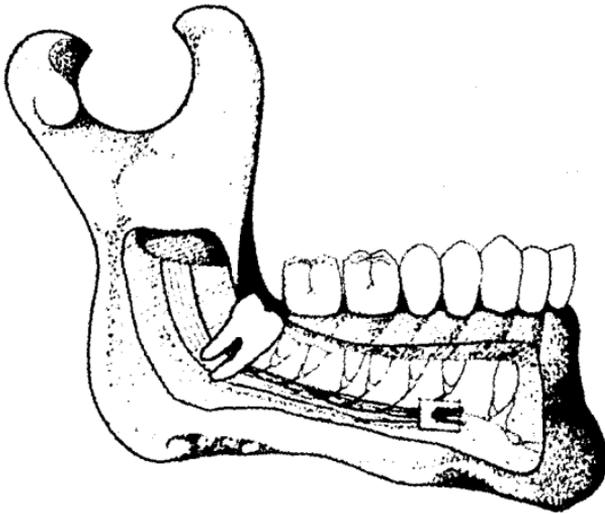


CURVATURA DISTAL

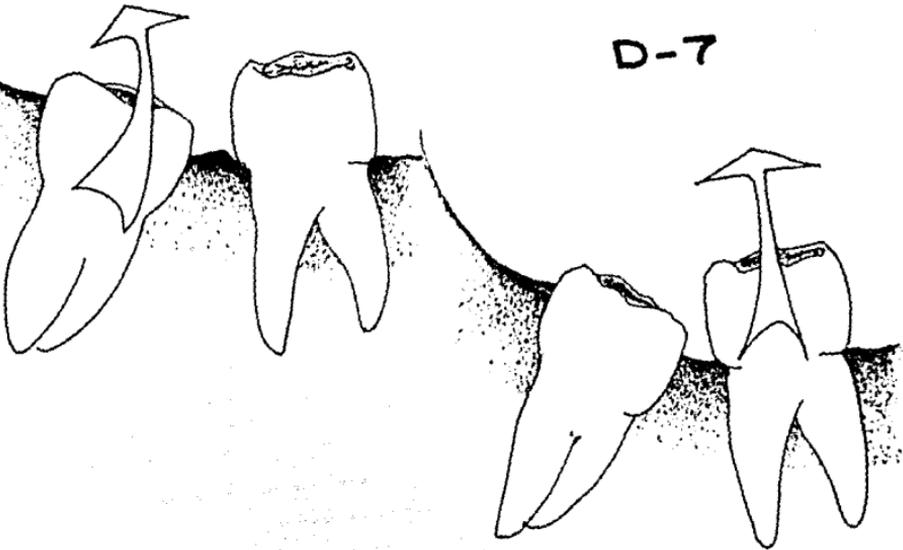


CURVATURA MESIAL

D-6



D-7



La clasificación antes expuesta, como se mencionó en un principio, está orientada a un fin práctico, es decir, hacia la mayor o menor dificultad que encontramos para la extracción del tercer molar inferior retenido, por lo que los autores tomaron lo que consideraron de utilidad de las clasificaciones de Winter, Pell Gregory y Gineatet, y agregando otras consideraciones, formaron esta clasificación.

Por lo tanto, si antes de intervenir sobre el tercer molar inferior retenido se estudia cuidadosamente en la radiografía éstas consideraciones, no solamente sabremos de antemano las dificultades que se van a presentar, sino que además, podremos orientar adecuadamente nuestra técnica quirúrgica, evitando con esto accidentes y situaciones desagradables para el paciente y para nosotros mismos.

NOTA:- La clasificación anterior, considero es muy explícita y sencilla, pero no se hace mención en la misma de la relación existente entre la rama ascendente de la mandíbula y el tercer molar ya que es una de las partes más retentivas que existen en relación con su extracción.

Por lo tanto he optado por hacer mención aunque mínima de la rama ascendente de la mandíbula o maxilar inferior, ya que es de suma importancia debido a que su forma anatómica va a dificultar la extracción del tercer molar y más aún cuando las raíces del mismo se encuentran en posición divergente o convergente.

IV.- ETIOLOGIA.

El problema de la retención dentaria, es ante todo, - un problema mecánico. El diente que está destinado a hacer su normal erupción y aparecer en la arcada dentaria, como - sus congéneres erupcionados, encuentra en su camino un obstáculo que impide la realización normal del trabajo que le está encomendado. La erupción dentaria se encuentra, por lo tanto, mecánicamente impedida.

Se pueden clasificar las razones por las cuales el - diente no hace erupción, de la siguiente manera:

1.- RAZONES EMBRIOLOGICAS.- La ubicación especial de un - germen dentario, en sitio muy alejado del de normal - erupción por razones mecánicas, el diente originado - por tal germen está imposibilitado para llegar hasta el plano oclusal. El germen dentario puede hallarse - en su sitio, pero en una angulación tal, que al calci - ficarse el diente y empezar el trabajo de erupción, - la corona toma contacto con un diente vecino, reteni- do o erupcionado; este contacto constituye una verda - dera fijación del diente en "erupción" en posición vi- ciosa.

2.- OBSTACULOS MECANICOS.

a) Falta de material de espacio.- Que puede ser debi - do a una macrodoncia, o bien, a dientes normales en - una mandíbula pequeña, llamada micrognacia, y estas -

dos anomalías van a impedir una normal erupción del tercer molar.

b) Hueso de tal condensación, que no puede ser vencido por el trabajo de erupción.

c) El impedimento que se opone a la normal erupción, puede ser: un órgano dentario, dientes vecinos, posición viciosa del diente retenido, que choca contra las raíces de los dientes vecinos.

d) Elementos patológicos que pueden oponerse a la normal erupción dentaria: dientes supernumerarios, tumores odontogénicos. Un quiste puede rechazar o retener profundamente al diente que se encuentre en su camino, impidiendo su normal erupción.

e) Anquilosis Temporomandibular.- Es la rigidez definitiva, completa e incompleta de los movimientos de una articulación y es debida a alteraciones anatómicas de los componentes articulares, que en este caso, dan como resultado un desarrollo inadecuado del maxilar inferior y como consecuencia la falta de espacio para la normal erupción del tercer molar.

f) Anquilosis Alveolodentaria.- La anquilosis alveolodentaria o soldadura del hueso del tejido dentario, aunque es rara, existe. En la anquilosis, la raíz dental parece soldada al hueso alveolar en una superficie variable, y todo este sector unido puede estar aislado del resto del hueso por el periodonto.

La anquilosis se produce invariablemente en dientes - con resorción cementaria, sugiriendo que podría representar una forma anormal de reparación. Asimismo, la anquilosis puede comenzar después de una inflamación periapical crónica, reimplante dentario, trauma oclusal y alrededor de dientes incluidos.

3.- CAUSA GENERALES.- Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endócrinas, pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencia de dientes. Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio, tienen también mucha - influencia sobre la retención dentaria.

4.- FACTOR FILOGENETICO.- A través de la evolución del - hombre, tanto el tejido óseo como el muscular, han sufrido una disminución en su tamaño, no siendo así en el tejido dentario, que ha conservado su tamaño. Estos cambios son debido a la disminución de la función, ya que la consistencia de la dieta, cada vez va siendo - más blanda, y el esfuerzo de la masticación es menor. Por consiguiente, la desproporción entre las dimensiones de los maxilares y de los dientes trae como consecuencia una maloclusión general, pero en particular, - es la razón por la que al brotar el último diente, y de carecer de espacio para ello, no puede adoptar su posición normal en el proceso, por lo tanto, el incompleto desarrollo de la estructura ósea y muscular, va acompañado de la imposibilidad de proporcionar espacio suficiente para la erupción de los terceros molares.

V.- PATOLOGIA.

Todo diente retenido es susceptible de producir trastornos de índole diversa, a pesar de que muchas veces pasan inadvertidos y no ocasionan ninguna molestia al paciente portador.

Los accidentes de erupción del tercer molar inferior, -ne deben a la infección del saco pericoronario. La infección de este saco, tiene repercusiones locales, regionales y a distancia.

Para producir la infección del saco, se relacionan dos factores: 1) aumento de la virulencia microbiana y disminución -de las defensas del organismo; 2) el establecimiento de una puerta de entrada, la que está condicionada por factores mecánicos: traumatismo sobre el "capuchón" que cubre el tercer molar, originados por las cúspides del diente en erupción, las cúspides de -los dientes antagonistas o por la acción conjunta de ambos.

- 1.- ACCIDENTES MECANICOS.- Los dientes retenidos, actuando mecánicamente sobre los dientes vecinos, pueden producir trastornos que se traducen sobre su normal colocación en el --maxilar y en su integridad anatómica.
- a) Trastornos sobre la colocación normal de los dientes.- El -trabajo mecánico del diente retenido, en su intento de "desinclusión", produce desviaciones en la dirección de los --dientes vecinos y difícilmente a distancia como apiñamiento de incisivos inferiores, que se ha descartado como producto de la presión de los terceros molares inferiores ya que difícilmente podrá vencer a dos molares, dos premolares y un canino que se encuentran delante de él, dejando el entrecru

zamiento de incisivos a un posible colapso del tercio anterior de la mandíbula, cuando ésta termina su crecimiento.

Así, también se produce una disminución de la resistencia - del ángulo de la mandíbula a los traumatismos.

- b) Trastornos sobre la integridad anatómica del diente.- La constante presión que el diente retenido o su saco dentario ejerce sobre el diente vecino, se traduce por alteraciones en el cemento, en dentina y aún en la pulpa de estos dientes. Como complicación de la invasión pulpar, puede haber procesos periodónticos de diversa índole.

2.- ACCIDENTES INFECCIOSOS.- Estos accidentes están dados, por la infección de su saco pericoronario. La infección de este saco puede originarse por distintos mecanismos y por distintas vías:

- a) Al hacer erupción el diente retenido, su saco se abre espontáneamente al ponerse el contacto con el medio bucal.
- b) El proceso infeccioso puede producirlo una complicación - apical o periodóntica de un diente vecino.
- c) La infección del saco puede originarse por la vía hemática.

La infección de saco folicular se traduce por procesos de distinta índole: inflamación local con dolor, aumento de temperatura local, abscesos y fistula consiguiente, osteítis y osteomielitis, adenoflebitis y estados sépticos generales.

3.- ACCIDENTES MUCOSOS.- Se denominan accidentes mucosos, las complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean el molar retenido. Su primer tipo es la pericoronitis.

La pericoronitis es la lesión inicial y el accidente de alarma. Está caracterizada por hechos clínicos que le son particulares. Este accidente se origina en una época en relación con la erupción del tercer molar. Su comienzo puede ser brusco o incidioso. Brusco, cuando aparece sin anuncio previo.- A nivel del capuchón que cubre el molar retenido, total o parcialmente, se instala un proceso inflamatorio, con sus signos característicos: dolor, tumor, calor y rubor.

DOLOR.- Casi siempre precoz.- Puede quedar localizado a la región del capuchón o irradiarse en la línea del nervio dental inferior o tomar distintas vías. En ocasiones el dolor se ubica en el oído o a nivel del tragus. Este dolor es generalmente nocturno, aumenta con el roce de los alimentos o con un cambio de temperatura. El dolor se debe a fenómenos de compresión del saco pericoronario y de la mucosa inflamada, o a la existencia de una úlcera debajo del capuchón, originada por el roce de una cúspide del molar en erupción.

TUMOR.- La encfa que cubre el molar, se encuentra edematizada, aumentada de volúmen, con la impresión de los - dientes antagonistas.

RUBOR.- La encfa ha cambiado su color normal y se presenta de color rojizo o rojo violáceo, cubierta de abundante saburra, restos alimenticios y coágulos de sangre.

CALOR.- La vasodilatación consiguiente ocasiona un cambio en la temperatura de la región.

El comienzo insidioso de la pericoronitis, está caracterizado por la aparición de dolores generalmente leves; - ligeros procesos inflamatorios que duran dos o tres días; trismus muy poco acentuados; entre el capuchón y el molar en erupción, brotan una gotas de pus y sangre y el - proceso remite hasta un nuevo fenómeno inflamatorio.

VI.- HISTORIA CLINICA.

Es el conjunto de métodos y procedimientos de los que nos valemos para saber el estado de salud de un individuo en una forma metódica y precisa.

La historia clínica, debe ser tan completa como para cualquier paciente que se someta a cirugía, poniendo mayor interés en aparato circulatorio y respiratorio, antecedentes alérgicos y anestésicos, datos del padecimiento actual y exploración de la cavidad bucal.

- 1.- ANTECEDENTES ANESTESICOS Y ALERGICOS.- Se pregunta al paciente si se ha sometido a anestesia general o si le han colocado bloqueadores locales y de qué tipo, para saber si hubo algún caso de alergia al bloqueador o anestésico, cuántas veces y qué tiempo tiene que se lo administraron. Si es alérgico a algún otro tipo de drogas (antibióticos, corticoesteroides), algunos alimentos, animales o plantas, cosméticos, etc.
- 2.- ANTECEDENTES QUIRURGICOS Y TRAUMATICOS.- Se pregunta cuántas intervenciones se le han realizado, de qué tipo y si ha quedado alguna secuela. Si el paciente reporta fracturas múltiples, se piensa en la posible presencia de enfermedades como la osteoporosis, hiperparatiroidismo, osteomielitis.

- 3.- PADECIMIENTO ACTUAL.- Se pregunta el motivo de la consulta, el tiempo de iniciación del problema, la sintomatología, la localización y la evolución de la enfermedad, si se ha efectuado algún tratamiento, y en caso de ser afirmativo, los resultados obtenidos del tratamiento, así como la terapéutica empleada y la etiología aparente del problema, haciendo una inspección general de la zona afectada.
- 4.- APARATO RESPIRATORIO.- Se interroga al paciente sobre tos frecuente, espectoración, epistaxis, disnea, cianosis, rinorrea y respiración bucal.
- 5.- APARATO CIRCULATORIO.- Se interroga al paciente sobre palpitaciones frecuentes, si éstas se presentan durante la mañana, se consideran emotivas; si se presentan a cualquier otra hora del día o con esfuerzos pequeños indican afección cardiovascular. Dolor precordial, que denota infarto que se irradia; cefaleas que se presentan cuando hay hipertensión arterial; mareos que se -- presentan cuando existe hipotensión arterial; desmayos, preguntar su frecuencia; edema de los tobillos, que -- también son de origen cardiovascular.
- Se investiga sobre las pulsaciones, que deben ser de 72 por minuto aproximadamente en un adulto normal; la presión arterial, que debe ser de 120/80 Hg. normalmento.

- 6.- INSPECCION DE LA CAVIDAD ORAL.- Se tiene que explorar cada una de sus partes: forma, color, consistencia, volumen y número, siguiendo siempre un mismo orden.
- a) Vestíbulo o surco gingivo bucal
 - b) Encía en sus tres porciones (margen gingival o libre, insertada y alveolar).
 - c) Región yugal, poniendo atención en el conducto de Stenon, tanto el trayecto como en la salida.
 - d) Dientes.- Presencia de caries, movilidad, alteraciones en número, ya sea que se encuentren disminuidos o aumentados así como alteraciones de posición y dirección.
 - e) Bóveda palatina, en su porción blanda y dura, que puede estar alterada por afecciones de tipo congénito (paladar hendido).
 - f) Piso de boca.- Poniendo atención en la salida de las glándulas salivales, tanto submandibulares como sublinguales.
 - g) Espacios retromolares, en los cuales se puede encontrar órganos dentarios retenidos o estados inflamatorios, como son las pericoronitis de los terceros molares.
 - h) Pilares anteriores, amígdalas, úvula y pilares posteriores, en donde encontramos principalmente alteraciones de tipo infeccioso.

Con la obtención de todos los datos anteriores de la historia clínica, se hace una evaluación del estado de salud del paciente y se procede a hacer el diagnóstico, ayudándose para la elaboración del mismo, con el estudio radiográfico.

VII.- ESTUDIO RADIOGRAFICO.

El estudio radiográfico, informará al operador de múltiples detalles de interés quirúrgico. Las radiografías pueden ser intraorales o extraorales.

INTRAORALES:

- 1.- PERIAPICALES.- Dan como resultado detalles y contrastes correctos y cantidad de tejido óseo que cubre al tercer molar; forma de la corona y raíz, posición del eje mayor, tipo de desviación, dirección del segundo molar, ya que es de suma importancia por ser uno de los puntos de apoyo durante la extracción; profundidad del molar, que se tomará en relación con la línea oclusal y cervical.
- 2.- OCLUSALES.- Por la extensión tan grande de esta radiografía, da la posición buco-lingual, la dirección antero-posterior del tercer molar y la relación que existe con la rama ascendente; distancia y cantidad de hueso que existe entre las caras bucal y lingual.

EXTRAORALES:

Son empleadas en casos en que el paciente no pueda abrir la boca lo suficiente para la toma de una radiografía intraoral, como en el caso de trismus, inflamación, etc., o bien, una retención de clase III, cuya localización está fuera del alcance de las intraorales.

- 1.- LATERAL OBLICUA.- La placa se encuentra inclinada sobre la mesa a 30° , y el paciente se coloca en posición de cúbito lateral, tocando la placa con el lado de la cara que se quiere radiografiar. El plano sagital de la cabeza, irá paralelo a la placa y el plano interpupilar irá perpendicular a la placa. La cabeza debe estar en hiperextensión para evitar sobreposiciones de estructuras óseas, y el rayo central irá dirigido verticalmente, entrando por debajo de las estructuras mandibulares más cercanas al cono. La posición del rayo principal puede variar según la zona que se quiere radiografiar.

VIII.- DIAGNOSTICO.

Resulta del conjunto de informaciones suministradas - por el estudio de los datos próximos y remotos, obtenidos de el examen objetivo del paciente, por medio de la historia - clínica y el estudio radiográfico, que permite definir el carácter o el tipo de enfermedad que se considere, en este caso, el tipo de retención que presente el tercer molar.

IX.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

Como todo acto quirúrgico, la extracción de los terceros molares, también tiene indicaciones y contraindicaciones.

INDICACIONES:

- 1.- Anomalías de sitio, cuando el molar se encuentra retenido total o parcialmente.
- 2.- Cuando sea obstáculo para la erupción normal del segundo molar.
- 3.- Síntomas neurológicos por compresión del nervio dental inferior.
- 4.- Formación de quistes.
- 5.- Infección pericoronar.
- 6.- Infección de Vincent.
- 7.- Caries e infección periapical.
- 8.- Resorción interna
- 9.- Por razones ortodónticas.

CONTRAINDICACIONES GENERALES:

Los pacientes que presenten cualesquiera de las siguientes enfermedades, se tendrán que remitir con su médico y aplazar la extracción hasta que indique que la operación puede realizarse con cierta seguridad.

- 1.- Enfermedades cardíacas
- 2.- Reumatismo cardíaco
- 3.- Discrasias sanguíneas: Leucemia, Leucopenia, púrpura hemorrágica, hemofilia y anemia.

- 4.- Diabetes
- 5.- Nefritis
- 6.- Hipertiroidismo
- 7.- Ictericia
- 8.- Sífilis
- 9.- Avitaminosis
- 10.- Infecciones de las vías respiratorias (sólo cuando es necesaria la anestesia general)
- 11.- Lesión hepática

CONTRAINDICACIONES LOCALES:

- 1.- Infecciones gingivales agudas
- 2.- Pericoronitis aguda
- 3.- Extracción en zonas con procesos malignos

X.- PLANEACION DE LA CIRUGIA Y TRATAMIENTO PRE-OPERATORIO.

En la realización de una cirugía, es necesario planearla con detenimiento, estudiando cada uno de los puntos básicos de la intervención quirúrgica, tales como su posición, - profundidad, relación con el segundo molar, etc.

Para realizar una operación cualquiera en el organismo, salvo las operaciones de urgencia, se requiere en éste una - preparación previa, es decir, ponerlo en las mejores condiciones para soportar con éxito una intervención. Las operaciones de Cirugía Bucal, no escapan a éstas indicaciones, - aunque indudablemente, por tratarse por lo general de un paciente con una afección local, la preparación que necesita - es menor que las indicaciones para la Cirugía General.

Esta preparación previa, es la que en Cirugía se llama el pre-operatorio, definido por Arce como la apreciación del estado de salud de una persona en vísperas de operarse, con el fin de establecer si la operación puede ser realizada sin peligro, y en caso contrario, adoptar las medidas necesarias para que ese peligro desaparezca o sea reducido al mínimo.

Estas medidas pre-operatorias pueden clasificarse en - generales, que son las que se refieren al organismo total; o locales, las que se realizan en el campo operatorio, antes - de nuestra intervención.

MEDIDAS GENERALES:

Primeramente, es esencial la elaboración de una buena -

historia clínica, poniendo atención especial en los puntos mencionados en el capítulo correspondiente a la misma, apoyado en el estudio radiográfico, para determinar el tipo de retención - de que se trate.

Los exámenes de laboratorio, también son importantes - porque permiten al cirujano la detección de enfermedades generales en pacientes sospechosos, pero nunca debe realizarse en sustitución de una historia clínica completa y de una exploración clínica meticulosa. A veces se requiere la información de tres fuentes (historia clínica, exploración y pruebas de laboratorio) para poder identificar a un paciente con una enfermedad general grave.

Durante la elaboración de la historia clínica, se puede sospechar de alguna enfermedad general por los datos referidos por el paciente, basándonos en los signos y síntomas.

A continuación, y en forma breve, se describen los signos y síntomas de algunas enfermedades generales, en las que debemos poner la mayor atención posible, ya que si el paciente refiere algún síntoma de éstos, es necesario remitirlo con su médico y aplazar la intervención quirúrgica hasta que el paciente esté controlado y la operación se pueda realizar con un mínimo de riesgos.

HIPERTENSION ARTERIAL.

Se habla de hipertensión arterial, cuando en estado de reposo, los valores de la presión máxima o sistólica sobrepasan

los 150 mm de mercurio (Hg) y los de la presión mínima o diastólica los 90 mm de Hg. Los valores de la presión diastólica tienen gran importancia; en efecto, no se puede hablar de auténtica hipertensión cuando los valores de la presión mínima sean inferiores a 90 mm de Hg.

Los síntomas que la revelan más a menudo son: cefaleas, sensación de desequilibrio, de embriaguez, pérdida de la memoria, astenia física, trastornos oculares (sensación de deslumbramiento, pérdida transitoria de la vista); pérdida de sensibilidad en los dedos, hormigueo en las extremidades, etc.

Los síntomas como disnea, dolores anginosos, poliuria, poliquiuria, etc., son más escasos.

HIPOTIROIDISMO.

El hipotiroidismo puede ser primario (insuficiencia de la glándula tiroides) o secundario (por insuficiencia del lóbulo anterior de la hipófisis). El primario se presenta en forma esporádica como resultado de una insuficiencia en el desarrollo normal del tiroides, a causa de una deficiencia materna de yodo o por factores genéticos. El hipotiroidismo secundario se presenta en cualquier edad y resulta por insuficiencia de la hipófisis anterior.

Los niños son enanos, gruesos y algo abesos, de nariz chata y ancha, los ojos están separados debido a alguna anomalía en el desarrollo naso-orbital; muestran labios gruesos

y piel jaspeada y pálida; la actividad intestinal y el tono muscular están disminuidos, las manos son cortas y anchas.

HIPERTIROIDISMO:

Es una enfermedad caracterizada por dilatación cardíaca, palpitaciones, exoftalmos y trastornos nerviosos y menstruales.

Las manifestaciones clásicas incluyen exoftalmos, bocio, temblor de finas oscilaciones, sobre todo en los dedos extendidos y la lengua, nerviosidad, irritabilidad e inestabilidad emocional. Suele haber intolerancia al calor, disnea, palpitaciones, arritmias paroxísticas y no es rara la insuficiencia cardíaca en individuos de más de 40 años de edad.

ANEMIA:

Es una reducción del número de glóbulos rojos (hemática) o de la cantidad de hemoglobina, o bien, de ambos factores, por unidad de volumen de sangre.

Las causas de la anemia son muchas y según su mecanismo fisiopatológico pueden clasificarse de modo siguiente: - Anemia por rápida pérdida o destrucción de los glóbulos rojos, que comprenden las anemias posthemorrágicas (por pérdida de sangre, abundante o mínima, pero repetida), y las anemias hemolíticas, en las cuales los glóbulos no se pierden en el exterior, sino que son destruidos por el organismo.

Cuando es bastante marcada, la anemia produce palidez de la piel y de las mucosas, especialmente visibles en las conjuntivas y en las uñas, a veces se observa también disnea de esfuerzo, con taquicardia y soplos cardiacos. Si la anemia es marcada, puede darse cefalea y tendencia a la lipotimia.

PURPURA TROMBOCITOPENICA:

Existe una reducción importante de la cuenta de plaquetas, prolongación del tiempo de sangrado, positividad de la prueba del torniquete y retracción del coágulo insuficiente, con normalidad de los tiempos de coagulación y de protrombina.

Se presenta más frecuentemente en los niños y los adultos jóvenes, y es un poco más común en la mujer que en el varón; menos del 10% de los casos principian después de los 40 años.

Las lesiones de la piel consisten habitualmente en pequeñas hemorragias de color rojo, que no se desvanecen mediante la presión. Son frecuentes las hemorragias de las mucosas, especialmente de la nariz y de la boca, que suelen ser graves. También es frecuente que se observen hemorragias exageradas después de extracciones dentales, de la amigdalectomía y de otras operaciones o traumatismos.

HEMOFILIA:

Es una enfermedad hereditaria, transmitida por el cromosoma sexual X, que se presenta casi exclusivamente en los varones, pero que es transmitido por las mujeres.

La enfermedad se debe a una carencia de factores protromboplastínicos plasmáticos que impiden la coagulación de la sangre: factor antihemofílico A, llamado también factor VIII (hemofilia A, en el 85% de los casos) y factor antihemofílico B, también llamado factor IX o factor Christmas (hemofilia B, en el 15% de los casos).

En su forma más grave (la A), la hemofilia provoca hemorragias importantes, prolongadas y a veces incoercibles, debidas incluso al más pequeño traumatismo (herida cutánea, extracción dentaria, intervención quirúrgica); otras veces se trata de hemorragias de las mucosas (epistaxis, gingivorragias). Al menor golpe se producen hematomas superficiales. Pueden presentarse también hematomas profundos, cuya gravedad depende del volumen y de su localización, y que con frecuencia son causa de trastornos por compresión en el pavimento de la boca, en el cuello, en las extremidades o en el abdomen. Finalmente, pueden observarse hemorragias en el sistema nervioso (raras), en el aparato digestivo y hematurias.

DESNUTRICION:

Agotamiento causado por una aportación inadecuada de alimentos o por una asimilación insuficiente de los mismos.

La desnutrición es un fenómeno patológico: habitual cuando se produce en la vejez, pero anormal en la juventud o en la edad adulta, ya que durante el crecimiento la asimilación debe prevalecer sobre la desasimilación, y en la edad adulta al me-

nos deben compensarse mutuamente. Así pues, en el joven y en el adulto se produce desnutrición cuando interviene un factor anormal o enfermizo que modifica las relaciones del equilibrio nutritivo. Todas las enfermedades o infecciones son causa de desnutrición, aún cuando el peso parezca aumentar; pues en este caso lo que aumenta no es la masa de materia viva, sino la masa de las reservas (obesidad) y de los líquidos (edema) retenidos en el organismo. Por lo contrario, la disminución de peso no significa necesariamente desnutrición.

HIPERGLUCEMIA:

Se caracteriza por una constante elevación de la tasa hemática de glucosa, a la que corresponde una pérdida de azúcar en la orina. El aumento de azúcar en la sangre es el dato que mejor define esta enfermedad, permitiendo diferenciarla de otra entidad nosológica, la denominada diabetes renal, que se caracteriza por glucosuria sin hiperglucemia.

El paciente presenta una sed excesiva (polidipsia) y un aumento del volumen de la orina (poliuria). El aumento de apetito (polifagia), es menos frecuente que los síntomas mencionados. En cambio, son frecuentes una sensación de profunda astenia, la disminución de la potencia viril y pruritos dermatológicos genitales.

Si el paciente se somete a la intervención quirúrgica, padeciendo alguna de las enfermedades antes mencionadas, sin estar bajo el control de su médico, pueden sobrevenir complica

ciones leves o graves, tales como: shock anafiláctico, paro cardíaco, shock hipovolémico, lipotimia, formación inadecuada del coágulo, etc.

Si sólo se sospecha de la existencia de enfermedad general, se solicitan los análisis o pruebas de laboratorio necesarias para confirmarlo o descartarlo. Si los exámenes de laboratorio indican la presencia de enfermedad general, la información obtenida, permite al cirujano una mejor elección del especialista al cual se ha de remitir al paciente.

PRUEBAS DE LABORATORIO.

- 1.- Tiempo de coagulación.- El normal es de 3 a 7 minutos
- 2.- Tiempo de sangrado.- Es el tiempo que se necesite para que la hemorragia cese espontáneamente, que varía de 1 a 5 minutos
- 3.- Tiempo de protrombina.- Es de 3 a 5 minutos
- 4.- Tiempo de tromboplastina parcial.- Es de 30 a 50 segundos
- 5.- Tiempo de retracción del coágulo.- Principia entre los 30 y 60 minutos, debiendo ser completa no más de 18 horas después.

MEDICACION PREANESTESICA.

En Cirugía Bucal, se refiere principalmente a la administración de drogas anticolinérgicas e hipnóticas. Las drogas anticolinérgicas disminuyen la secreción salival.

Entre los sedantes e hipnóticos se utilizan, los derivados de la benzodiazepina, por ejemplo: librium, valium, y -

equanil, se administra una noche antes de la intervención, para que el paciente tenga un sueño tranquilo y profundo.

La dosis es de 50 a 100 mg. por vía oral y una hora antes de la intervención 100 mg. por vía I.M. La dosificación varía dependiendo del paciente y de acuerdo a su edad. La dosis máxima es de 100 mg.

Entre la medicación preanestésica utilizada, también están los barbitúricos, como el meconal sódico, que es de acción rápida, compuesto por secobarbital sódico, y se administra para premedicación una cápsula 10 o 20 minutos antes de la intervención.

DIETA.

Los pacientes que van a ser sometidos a alguna intervención quirúrgica con anestesia general, se les debe controlar la dieta antes de la operación; 24 horas antes de la misma.

El paciente sólo deberá tomar líquidos, suspendiéndolos totalmente seis horas antes de la intervención.

Con anestesia local.- El paciente se alimentará perfectamente 2 horas antes de la intervención, manteniendo de esta forma los niveles de glucosa cerebral y previniendo el shock neurogénico (ataque vaso vago).

MEDIDAS LOCALES.

Es necesario que la boca se encuentre en óptimas condiciones para poder realizar la operación.

Si existen restos radiculares, es necesario extraerlos, así como obturar las piezas que se encuentran cariadas. Si existe enfermedad parodontal, darle tratamiento inmediato; así como la antisepsia de la región, que consiste en lavado, rasu rado, y en el sexo femenino la eliminación de cosméticos.

a) INSTRUMENTAL:

El instrumental que se utiliza en Cirugía Bucal, es muy variado, y se divide en: a) Instrumentos para tratar tejidos - blandos, y b) Instrumentos para tratar tejidos duros.

INSTRUMENTOS PARA TRATAR TEJIDOS BLANDOS:

- 1.- Bisturí
- 2.- Tijeras
- 3.- Pinzas de disección
- 4.- Legras
- 5.- Separadores
- 6.- Pinzas de Kocher
- 7.- Agujas para sutura
- 8.- Porta agujas
- 9.- Sondas
- 10.- Sutura

INSTRUMENTOS PARA TRATAR TEJIDOS DUROS:

- 1.- Escoplos
- 2.- Pinzas gubias
- 3.- Fresas
- 4.- Limas para hueso
- 5.- Cucharillas para hueso
- 6.- Fórceps
- 7.- Elevadores

b) ESTERILIZACION:

El instrumental que se utiliza en cualquier acto quirúrgico, debe estar debidamente esterilizado para evitar complicaciones post-operatorias, tales como infecciones, transmisión de enfermedades, etc.

El término esterilización, se define como la ausencia total de gérmenes patógenos y no patógenos o ausencia total de vida.

Existen muchos métodos de esterilización, pero sólo haremos una breve descripción de los más utilizados en una intervención quirúrgica.

- 1.- Esterilizador.- Es un aparato muy utilizado en los consultorios, que trabaja a base de calor seco y sirve para esterilizar instrumental, a una temperatura de 250° C. durante 15 minutos.
- 2.- Autoclave.- Aparato usado para esterilizar mediante vapor saturado y baja presión. Se trata de un recipiente cilíndrico, herméticamente cerrado, en el que el agua de un depósito se calienta hasta la ebullición, el vapor que entonces se forma hace que la presión aumente en el interior del recipiente, por lo que también aumenta la temperatura de ebullición del agua. El calor húmedo obtenido de esta forma llega a alcanzar una temperatura que oscila entre los 115° y los 135° C.

En su forma más común, se utiliza a 120° C., a 20 libras - de presión, durante 20 minutos.

- 3.- Metales pesados o compuestos mercuriales.- Mercurio cromo, merthiolate o timerasol y sales de plata, que se utilizan en el momento de la antisepsia sobre la región que se va a intervenir.
- 4.- Detergentes aniónicos.- Jabones y soluciones jabonosas, que se usan para el lavado quirúrgico de manos y brazos del operador.
- 5.- Detergentes catiónicos.- Benzal o cloruro de benzalconio, que se usa para la esterilización de instrumental sumergido en dicha solución, que debe ser al 1 x 100.
- 6.- Colorantes.- Verde brillante, que sirve para el diseño de la incisión, cuando la extracción se hace extraoralmente, debido a que el molar retenido se encuentra en posición egtópica.

XI.- TRANS-OPERATORIO:

Son todas aquellas medidas que se realizan desde el momento en que se efectúa la antisepsia de la región hasta que el paciente sale de la sala de operaciones o del consultorio. Estas medidas constituyen prácticamente la técnica quirúrgica.

a) ASEPSIA Y ANTISEPSIA:

El término asepsia, se puede definir como el conjunto de reglas o procedimientos de que nos valemos para evitar la llevada o llegada de gérmenes al área quirúrgica.

La cavidad bucal nunca está quirúrgicamente limpia, sin embargo se puede evitar la mayor parte de la contaminación antes de la intervención.

Antes de cualquier operación, aún una extracción sencilla, la boca debe limpiarse bien. Todos los instrumentos deben ser esterilizados y colocados en una charola cubierta por una toalla estéril. En la región operada sólo deben introducirse gasas o esponjas estériles. Las manos del operador deben estar limpias. Las manos y los brazos hasta los codos deben cepillarse con agua y jabón y se debe dar atención especial a las uñas.

En Cirugía es costumbre cepillar las manos y los brazos hasta los codos durante 10 minutos, enjuagándose frecuentemente con agua corriente, después de lo cual, las manos y los brazos se lavan con alcohol antes de ponerse la bata estéril.

Todos los campos deben ser estériles y el operador y sus ayudantes deben llevar cubrebocas, gorros, batas y guantes de hule también estériles.

Aunque el cirujano no sea responsable de la infección que se encuentra en una región, sí lo es de la que pueda introducir en la herida. El cirujano y sus ayudantes esterilizan el campo operatorio y los instrumentos por medio de calor, sustancias químicas y fármacos que poseen propiedades antisépticas, germicidas o bactericidas. La cirugía aséptica es aquella que está libre de toda infección o contaminación por instrumentos o materiales empleados al operar.

ANTISEPSIA:

Son todos aquellos métodos que se llevan a cabo antes de la intervención, como lo son el lavado de la región con sustancias antisépticas como el merthiolate o timorasol y el alcohol; el rasurado y la eliminación de cosméticos.

b) BLOQUEO:

Un bloqueador local se puede definir como un agente químico que tiene la propiedad de bloquear temporalmente la transmisión de un estímulo doloroso.

La mayoría de los bloqueadores locales que se emplean en la actualidad, están agrupados en dos apartados: 1) - los compuestos de tipo éster, tales como la procaína, la mayoría de los cuales derivan del ácido paraaminobenzóico y, 2) - los compuestos de tipo no éster; por ejemplo, la lidocaína y la mepivacaína. Este último grupo parece conseguir un bloqueo más profundo, con un comienzo más rápido y, por otra parte más satisfactorio. Los compuestos de tipo éster son hidrolizados por el plasma y el hígado, mientras que los compuestos no ésteres se detoxican principalmente por la orina.

CLORHIDRATO DE PROCAINA (NOVOCAINA)

La procaína es una sustancia sólida, cristalina, blanca, inodora, soluble en agua. Es uno de los agentes menos tóxicos, y cuando se emplea en bajas concentraciones se destruye rápidamente por el plasma y el hígado. Posee propiedades vasodilatadoras que facilitan una rápida absorción en el torrente circulatorio. Se aplica generalmente para fines dentales al 2% con o sin adrenalina al 1:100.000 ó 1:50.000.

CLORHIDRATO DE LIDOCAINA (XILOCAINA)

La lidocaína es un polvo blanco, cristalino y soluble -

agua. El potencial bloqueador de la lidocaína es doble del de la procaína. Produce una mayor profundidad, una zona más ancha y una duración mayor de bloqueo que un volumen y concentración igual de procaína. Según estudios realizados, es más tóxica - que la procaína. Sin embargo, las reacciones tóxicas que aparecen con su empleo clínico no son demasiado acusadas. Cuando aparecen, se produce directamente una fase de depresión sin la fase preliminar de estimulación cortical. La lidocaína es hidrolizada en el plasma y detoxificada en el hígado. En Odontología se emplea en soluciones al 2% con concentraciones variables de vasoconstrictor.

CLORHIDRATO DE MEPIVACAÍNA (CARBOCAINA):

La mepivacaína es un sólido blanco, cristalino, inodoro y soluble en agua. Es un bloqueador más potente que la procaína y semejante a la lidocaína en cuanto a potencia, período de latencia y duración de su acción. En Odontología se utiliza - en soluciones al 2% con vasoconstrictor y en soluciones al 3% sin vasoconstrictor.

MODO DE ACCION DE LOS BLOQUEADORES:

Cada uno de los bloqueadores usados hoy en día, se emplean en forma de sales básicas, alcaloides solubles en agua. Esto tiene un doble objeto: primero mantiene la estabilidad - del agente, y segundo, permite el transporte extracelular de - forma que entre en contacto con las fibras nerviosas. No obstan

te, para que sean realmente efectivos, es preciso que se produzca una disociación de la base anestésica libre. Básicamente, éstas soluciones salinas se preparan combinando una base anestésica débil (el bloqueador) con un ácido fuerte (principalmente ácido clorhídrico). La hidrólisis de esta solución sucede rápidamente en un medio alcalino (pH alrededor de 7). De esta forma se libera la base anestésica que se vuelve apta para difundirse en el interior de las fibras nerviosas produciéndose el bloqueo. El tejido nervioso tiene un alto contenido en lípidos y cuanto más grande es la solubilidad en los lípidos de la base anestésica, tanto más potente será el bloqueador.

COMPLICACIONES:

Siempre que se administre una droga por vía parenteral, pueden aparecer complicaciones y los bloqueadores locales no son la excepción a este fenómeno. Las complicaciones del bloqueo local son varias, por lo que resulta importante el conocimiento de los signos clínicos de cada una de ellas y el tratamiento adecuado. Generalmente se presentan las siguientes complicaciones: síncope, reacciones tóxicas y alérgicas y otras resultantes de la administración menos impropia del fármaco, más que del agente mismo. Las complicaciones pueden variar desde ligeras hasta graves, e incluso amenazar la vida.

SINCOPE:

El síncope es la complicación que se presenta con más frecuencia. Afortunadamente se corrige con facilidad y no sue-

le ir acompañada de consecuencias graves. Clínicamente se manifiesta por palidez muy marcada, sudoración excesiva, náuseas y sensación de pérdida de conciencia. Fisiológicamente, es un estado de anemia cerebral. En general es de origen neurógeno, y no está relacionada con la naturaleza del bloqueador que se administra.

El tratamiento es muy sencillo: consiste en colocar al paciente en una posición inclinada con una ligera elevación de los pies y emplear una terapéutica de aporte de oxígeno y sustancias aromáticas de amonio. Esto causa una vasodilatación cerebral con el consiguiente aflujo de sangre al cerebro y un retorno al estado normal. Esta complicación se corrige precozmente y el tratamiento se debe realizar con prontitud, muchas veces se autocorrigue antes de que se produzca la pérdida de conciencia.

REACCIONES TOXICAS:

Las reacciones tóxicas a los bloqueadores locales son mucho más graves. Si es de mediana intensidad, el paciente -- presenta signos de estimulación del sistema nervioso central. Se reconoce por un aumento del estado de aprensión del paciente, excitabilidad y verborrea. También existe un aumento de la frecuencia de pulso y de la presión sanguínea.

La mayoría de las reacciones tóxicas son de este tipo y acostumbra a ser inmediatas y transitorias. Normalmente no es necesario ningún tratamiento.

Las reacciones más graves que pueden llegar a hacer peligrar la vida, pueden ser desde la estimulación antes mencionada hasta convulsiones, pérdida de conciencia y todos los signos de depresión del sistema nervioso central.

Fisiológicamente, durante la fase de estimulación, existe un aumento a la presión sanguínea, de la frecuencia del pulso y de la frecuencia respiratoria. Según la gravedad de las reacciones, cuando el paciente entra en la fase depresiva, éstos signos vitales pueden permanecer, disminuir ligeramente ó producirse una ausencia completa de presión sanguínea, de frecuencia de pulso y respiratoria. Es importante hacer constar que los agentes bloqueadores locales como la xilocaína y la carbocaína no producen esta fase estimulatoria, sino que pasan directamente al estado depresivo.

El tratamiento de estas manifestaciones varía según su gravedad. En las reacciones más graves, cuando las convulsiones son inminentes o ya están presentes, se debe emplear un tratamiento más específico. Para detener las convulsiones puede resultar beneficiosa la administración intravenosa de un barbitúrico (no más de 100 mg.). Sin embargo, estos fenómenos son depresores del sistema nervioso central y pueden acumular sus efectos a la depresión que acostumbra presentarse posteriormente.

La respiración se controlará cuidadosamente y la administración de oxígeno es sumamente importante. Normalmente se administra inmediatamente en forma de ventilación ayudada en

los casos en que el enfermo todavía posee un cierto grado de respiración, o bien, mediante respiración completa controlada, con la inserción de un tubo orofaríngeo en los casos en que la respiración haya cesado por completo.

El motivo más frecuente de reacciones tóxicas es la inyección del fármaco dentro de la circulación general. Para prevenir la inyección intravascular, la mejor garantía es el empleo de jeringas aspiradoras.

REACCIONES ALERGICAS:

Puede ser de tipo inmediato o anafiláctico o de tipo diferido, tales como el edema angioneurótico, la urticaria y el rash. El tipo anafiláctico, por ser el más grave, requiere tratamiento inmediato para evitar el colapso cardiovascular o respiratorio. Deberá aplicarse una inyección intramuscular o subcutánea de adrenalina, 0,5 cm³. al 4% al mismo tiempo que se aseguran las medidas para obtener libertad de las vías respiratorias. Normalmente éstas medidas serán suficientes para hacer ceder la crisis.

Los casos diferidos, aunque son menos graves, precisan un tratamiento adecuado mediante antihistamínicos administrados oralmente hasta la desaparición de los síntomas.

OTRAS COMPLICACIONES:

Se puede producir un hematoma por la punción inadecuada de la aguja o por el desgarramiento de un vaso sanguíneo; la gan-

gre se difunde por los tejidos formando una hinchazón dolorosa.

También se puede producir un trismus varios días después de la inyección de un bloqueador local como resultado de la inyección intramuscular, muy frecuentemente en el músculo pterigoideo interno o en el músculo temporal.

En otras ocasiones menos frecuentes se puede presentar una parálisis facial por la inyección del bloqueador y su penetración en la glándula parótida.

Las infecciones por la punción de las agujas, aunque cada vez son menos frecuentes, constituyen no obstante un serio problema. Por este motivo se aconseja el empleo de agujas desechables preesterilizadas. La aguja desechable asegura la esterilidad y minimiza la posibilidad de rotura al no estar sometida a ebulliciones y calentamientos repetidos.

TECNICA BLOQUEADORA.

Las técnicas de infiltración afectan a los extremos terminales del nervio mediante una inyección submucosa o subperióstica. Se emplean sobre todo, en la extracción de los dientes maxilares o para bloquear algunas zonas de la membrana mucosa.

La anestesia nerviosa por bloqueo se usa con mayor frecuencia en las intervenciones dentales extensas, tales como las extracciones múltiples, alveoloplastias, trabajos restauradores extensos, así como la extracción de los dientes maxilares inferiores.

Son varias las técnicas bloqueadoras, pero en este caso, sólo haremos mención del bloqueo nervioso del nervio alveolar inferior, lingual y bucal. Estos nervios son los que se bloquean con mas frecuencia si los comparamos con cualquier otro nervio del organismo. Las indicaciones para este tipo de bloqueo varían desde una simple extracción a cualquier otro tipo de intervención en la arcada mandibular. Su administración es sencilla junto con el alto poder de anestesia y la facilidad del procedimiento.

Anatómicamente los nervios alveolar inferior y lingual, están en muy estrecha relación en el foramen mandibular y, por otra parte, ambos se bloquean simultáneamente con una sola inyección. Normalmente esto se consigue con una técnica intra-oral de la forma siguiente: con la boca del enfermo muy abierta, con el dedo índice contacta con el borde oblisco externo, y se continúa hacia atrás hasta la rama ascendente, alcanzando su mayor profundidad. En este punto, el dedo está en la línea directa con el foramen mandibular. La aguja se inserta en el interior de los tejidos en un punto que coincide con el centro de la uña del dedo índice, en la depresión pterigo-temporal. El ángulo de penetración se toma desde el área premolar del lado opuesto. La aguja se introduce hasta que esté en contacto con el hueso. Entonces se retira aproximadamente un milímetro y se deposita la solución.

El nervio lingual se anestesia a menudo por este procedimiento debido a las propiedades de difusión de la solución -- bloqueadora. No obstante se puede depositar una pequeña canti

dad de solución a una distancia que es la mitad de la de su penetración original, para conseguir el bloqueo lingual adecuado. Anatómicamente, si la administración se realiza en forma debida, la aguja penetrará en un mínimo de estructuras, entre mucosa, membrana, músculo buccinador y tejido conectivo.

El bloqueo bucal se lleva a cabo por medio de puntos locales, depositando unas gotas del bloqueador al nivel del primero y segundo molar y en la región del molar retenido por el lado vestibular. Con esto se consigue un bloqueo más efectivo y de mayor duración.

c) INCISION.

No es posible mencionar un tipo específico de incisión, dadas las variaciones de posición que suele adoptar el tercer molar inferior. Lo que sí es conveniente, es mencionar lo referente a los postulados que debe reunir toda incisión, y que son:

- 1.- Debe hacerse por deslizamiento y no por presión.
- 2.- Debe hacerse de un solo trazo, para no formar escalones y facilitar la sutura.
- 3.- Debe ser perpendicular a los tegumentos, perpendicular a la superficie de la región.
- 4.- De ser posible, que se realice la incisión con soporte óseo (va a tener menos desplazamiento y la cicatrización va a ser más rápida).
- 5.- Debe tener la amplitud, forma y profundidad adecuadas.

En Odontología, la incisión se puede definir como: la separación o abertura del tejido gingival, llegando a hueso por medio de instrumentos cortantes.

Existe gran variedad de incisiones, el Odontólogo elegirá la que crea más conveniente.

WINTER.- Contornear la encía y el cuello de los dientes, hacia la rama ascendente y se efectúa desde la cara distal del segundo molar. La extensión dependerá del tipo de retención que exista.

ARCHER.- La incisión se inicia por lingual, en la línea oblicua externa; por la cara distal del segundo molar, dirigiéndose hasta la línea media, se continúa por vestibular hasta el espacio interproximal, de allí hacia el fondo de saco.

MAGNUM.- Se le llama incisión de bayoneta, que consta de tres trazos, dos de ellos sagitales o verticales y uno transversal. El primer trazo, que parte de la base del pilar anterior y termina en el ángulo distolingual de la corona del segundo molar. Este trazo debe seguir el borde interno o lingual del borde del proceso alveolar, siguiendo las caras linguales de los órganos dentarios. El segundo trazo, que va del ángulo distolingual al ángulo distobucal del segundo molar; se sigue el plano de la cara distal del segundo molar. El tercer trazo, llegará hasta la línea oblicua externa de la mandíbula.

BELL Y GREGORY.- Recomiendan que la incisión se efectúe lo menos extensa posible, abarcando la línea distal de la corona del diente y de esta forma reducir la posibilidad de lesionar tejidos circundantes, especialmente el nervio dentario inferior

Para pacientes desdentados o con ausencia del segundo molar, la incisión se hace sobre la cresta alveolar hasta la cara distal del primer molar contorneando el cuello del mismo llegando a vestibular.

Cualesquiera de las incisiones antes mencionadas es buena y el objetivo es el mismo, pero nosotros recomendamos la incisión de Magnum, o sea, la de bayoneta, porque se obtiene un colgajo menos amplio y una mayor visibilidad.

Una incisión se realiza para obtener un colgajo que, refiriéndose a la mucosa bucal, es el trozo de mucoperiostio limitado por dos incisiones o la superficie de una incisión arqueada.

Realizada la incisión se coloca entre los labios de la herida, o entre la fibromucosa y la arcada dentaria, una legra o espátula. Apoyándose decididamente contra el hueso, y merced a suaves movimientos de lateralidad con los cuales gira la espátula a expensas de su eje mayor, se despega el colgajo de su inserción con el hueso, elevando, por lo tanto, mucosa y periostio. El desprendimiento del colgajo debe realizarse en toda la extensión que requiere la operación.

d).- OSTEOTOMIA:

La osteotomía es la parte de la operación que consiste en eliminar o extraer el hueso que cubre el objeto de la intervención. Esta osteotomía se puede realizar con escoplos, pinzas y guías o fresas.

El instrumento más utilizado en la osteotomía es la fresa por ser menos traumática y más sencilla de manejar, evita el shock que el golpe de escoplo provoca, el cual resulta muy desagradable.

La fresa actúa ya eliminando el hueso en su totalidad, o realiza perforaciones vecinas entre sí sobre la tabla ósea; el hueso limitado por las perforaciones es levantado con un escoplo.

La fresa debe actuar siempre bajo un chorro de agua esterilizada o suero fisiológico y a baja velocidad para evitar calentamientos del hueso, que pudieran acarrear lesiones y secuestros. El agua se proyecta con una jeringa de goma o de vidrio, lo que da como resultado una mayor visibilidad.

Es preferible usar baja velocidad y no alta, ya que la pieza de mano de baja velocidad termina en forma de pluma y permite una mayor visibilidad.

Aparte de las perforaciones que se hacen sobre la tabla ósea se hace un surco profundo y neto hasta media altura del diente para permitir el paso y el apoyo de un elevador, así como también se debe excavar hacia adelante y al ras de la corona,

una perforación con fresa cilíndrica que va a servir como punto de apoyo.

e).- ODONTOSECCION.

El método de la extracción dentaria por seccionamiento, como su nombre lo indica, es dividir previamente al diente antes de extraerlo. Esta división puede aplicarse a los dientes erupcionados y a los dientes retenidos. La sección puede ubicarse a nivel del cuello del diente, separando la corona de la porción radicular, o bien, dividir al órgano dentario en dos ó más fragmentos, de acuerdo con el número de raíces que posea.- Con este método, se trata de hacer de un cuerpo único, dos o más elementos separados entre sí para simplificar su extracción.

F).- LUXACION:

La luxación o desarticulación del diente es el movimiento por medio del cual el diente rompe las fibras del periodonto y dilata el alveólo y puede hacerse con fórceps o elevadores.

En la extracción de los terceros molares se usa casi exclusivamente el elevador y en muy raras ocasiones el fórceps, de bocados pequeños y finos.

Logrando el punto de apoyo y sitio de aplicación del elevador, se dirige el instrumento con movimientos de rotación o descenso o elevación, maniobras con las cuales el diente rompe su adherencia periodóntica y dilata el alveolo pertimiendo así su extracción.

El tiempo de luxación no tiene límites precisos con el de aplicación del instrumento. En realidad, desde la iniciación o penetración del elevador, el diente comienza su luxación.

g) EXTRACCION.

Es el último movimiento destinado a desplazar finalmente al diente del alveolo. Este movimiento se realiza cuando los movimientos preliminares han dilatado al alveolo y roto los ligamentos.

La fuerza aplicada a este fin, extráe al diente del alveolo, desarrollándose en sentido inverso a la dirección del diente. Generalmente la cantidad de fuerza exigida es pequeña y la resultante de la fuerza tiende a dirigir al diente en sentido oclusal-distal y de la tabla interna.

Al abandonar el diente su alveolo, está terminada la parte mecánica de la exodoncia.

Una vez realizada la extracción, debe hacerse la resección completa del capuchón o saco pericoronario haciendo un raspado de la cavidad y así evitar la formación de quistes residuales y ameloblastomas que actualmente se ha puesto en duda por algunos autores.

h) LAVADO.

El lavado es sumamente importante para lograr la limpieza del alveolo y regiones adyacentes. Se hace a presión por medio de una jeringa y se utilizan agua destilada o suero fisiológico y se hace con el objeto de eliminar falsos coágulos y pequeñas partículas de hueso que pudieran haberse desprendido, ya sea del diente o de la tabla ósea, y que generalmente quedan atrapados debajo del colgajo, evitando así, post-operatorios más molestos por la reducción del cuerpo extraño que estos desencadenan, y de esta forma, encontrándose el alveolo ya limpio, proceder a la sutura.

i) SUTURA.

Es el procedimiento mediante el cual se reúnen los tejidos separados por la incisión.

Existen varios tipos de sutura, pero en intervenciones quirúrgicas de terceros molares, la más usual son los puntos aislados.

Hay ciertas condiciones que debe reunir toda sutura y son:

- 1.- Afrontamiento perfecto de los bordes para no dejar espacios muertos, lo cual nos traería como consecuencia cicatrización inadecuada de los tejidos y defectos en la función.
- 2.- Suturar tejidos de la misma naturaleza.
- 3.- Realizar la sutura en heridas limpias y desprovistas de coágulos principalmente.
- 4.- Utilizar el tipo de sutura y material adecuados.

CANALIZACION.- Es el procedimiento mediante el cual se coloca una mecha de drenaje en la herida, cuando esta no ha tenido un sangrado suficiente para la formación de un buen coágulo. Esta gasa puede ser yodoformada o con cemento medicado, o bien, mediante la colocación de un Pen-Rose, que es una porción de hule en forma de tubo, quedando parte de éste dentro de la herida y parte fuera de ella.

j).- TECNICA QUIRURGICA.

Es la técnica a seguir para la extracción del tercer molar retenido, a través de la cual se rigen cada uno de los pasos de la intervención, los cuales han sido descritos individualmente en los incisivos anteriores, para dar una visión más amplia de lo que representa la operación.

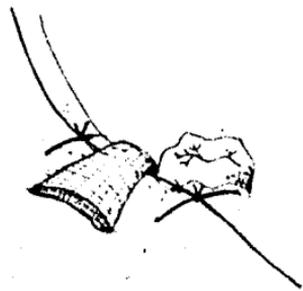
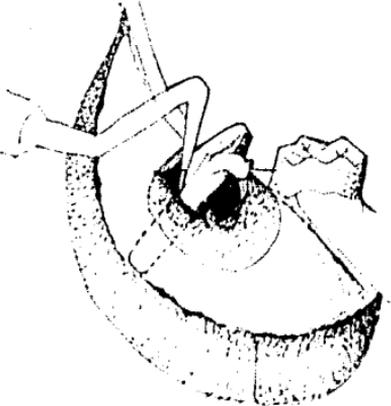
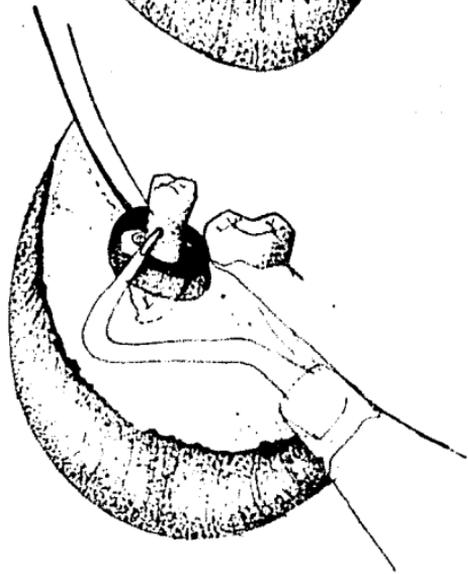
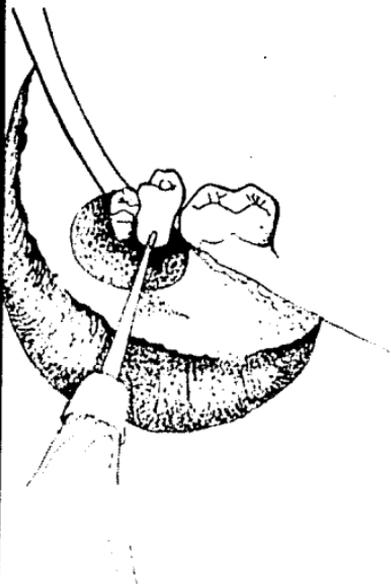
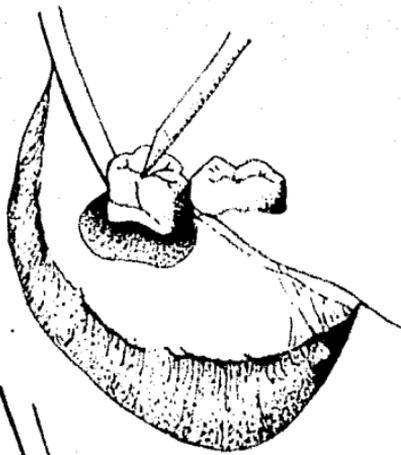
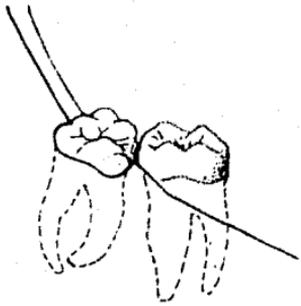
La técnica quirúrgica varía de acuerdo al tipo de retención que se trate, pero en este caso, sólo vamos a describir la técnica para retención mesioangular en Clase I y II, ya que es la más común de todas las retenciones y a la que más frecuentemente nos enfrentamos, así como también mencionaremos algunas de las variantes más comunes según la profundidad y dirección del órgano dentario.

Los principios generales que nosotros adoptamos, son válidos para todos los terceros molares inferiores retenidos.

Los molares retenidos en Clase III, o sean, los molares en posición ectópica, también tienen mucha importancia, aunque no sean muy frecuentes, y por lo mismo, no podemos excluirlas a la descripción que se hará en este capítulo.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO, CLASE I, EN POSICION MESIOANGULAR.- En este tipo de retención, la parte posterior del diente está parcialmente descubierta. Los obstáculos a la extracción son: las "espaldas" óseas que bloquean el diente hacia atrás, y la cúspide anterior que tiende a estar metida y en contacto, bajo un techo óseo, con el diente precedente.

La incisión se inicia en la base del pilar anterior hasta la cara distal del tercer molar, siguiendo el reborde de su corona por vestibular, hasta el ángulo disto-bucal del segundo molar, y de ahí se profundiza hacia fondo de saco. Con una legra larga y fina, se desprende el colgajo y se hace la eliminación del hueso que rodea la corona, para así tener más visibilidad y libertad para hacer la odontosección, que se hace con una fresa larga de finura, dividiendo al diente en dos porciones. Se perfora un punto en el cuello de la raíz mesial y con la punta de un elevador apical, esta porción del diente es elevada y luxada hacia distal simultáneamente. El mismo elevador apical, se coloca nuevamente entre la raíz distal y el hueso, a lo largo de la superficie distal. Con la cresta del reborde como punto de apoyo, la raíz distal es luxada hacia mesial y sacada de su alveolo. Se lava la cavidad, se coloca una mécha yodoformada y se sutura el colgajo.



EXTRACCION DE TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO, CLASE II, EN POSICION MESIOANGULAR POCO PROFUNDA.- Se hace una incisión - en forma de bayoneta de ramas longitudinales de dos a tres centímetros: una en el borde interno del triángulo, partiendo de la base del pilar y llegando hasta el ángulo póstero-interno del segundo molar; la otra, partiendo del ángulo póstero-externo de este diente se dirige oblicuamente hacia adelante, hacia la línea oblicua externa; una rama transversal las une a lo largo de la cara posterior del segundo molar.

Se hace la liberación del colgajo mucoso, con una legra larga y fina, con precaución para no desgarrar la mucosa. La legra se debe manejar guardando el contacto óseo, llegando hacia adentro hasta el descubrimiento completo de la zona ósea que recubre el diente, cuya posición, forma y relaciones han sido determinadas previamente por las radiografías. En ese momento se levanta el colgajo y se lo reclina hacia afuera con la ayuda de un separador apropiado.

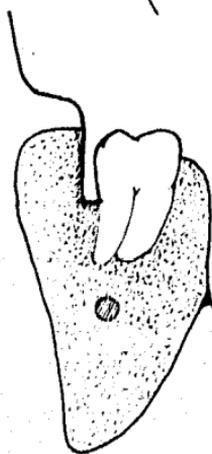
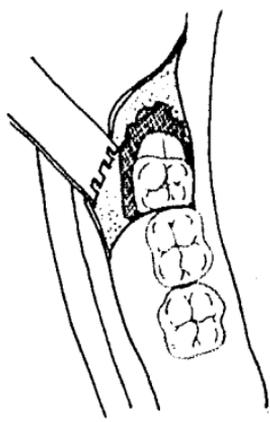
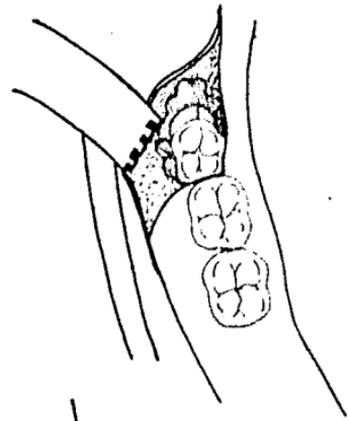
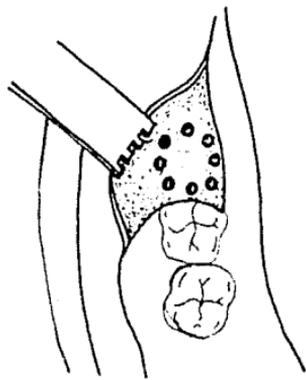
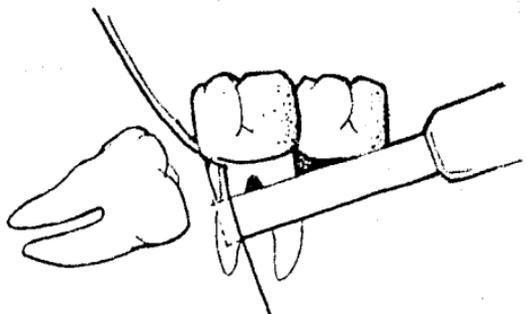
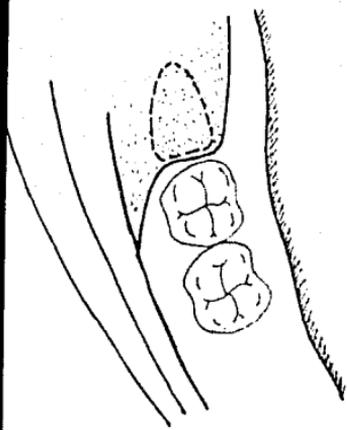
Inmediatamente después, se procede a hacer la osteotomía, haciendo una serie de perforaciones con fresa redonda en un trazo ovoide paralelo al eje del diente. Se unen las perforaciones entre sí con una fresa de fisura y se levanta el opérculo óseo así trazado mediante un golpe de cincel. Destruir el tejido esponjoso en toda el área descubierta, con fresa redonda, hasta dejar al descubierto la corona.

Liberar la totalidad de la corona y el comienzo de la raíz (cara distal) insistiendo a ese nivel en eliminar bastante

tejido óseo sobre "la espalda" del diente para permitir su endereamiento ulterior. Liberar discretamente, con fresa, los flancos - externo e interno del diente, o mejor, hacer con fresa de fisura - un surco externo profundo y neto hasta media altura del diente, para permitir el paso y el apoyo de un elevador.

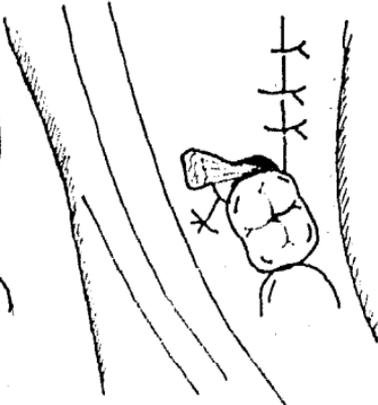
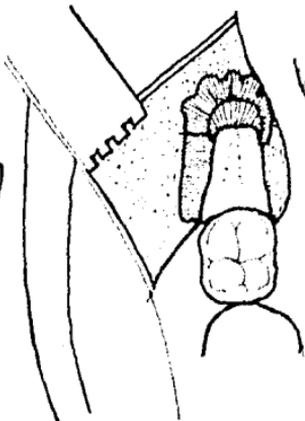
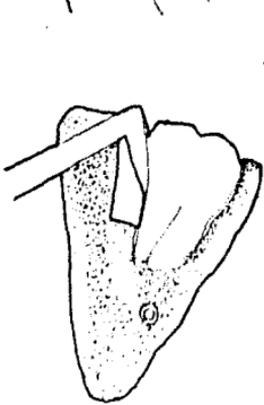
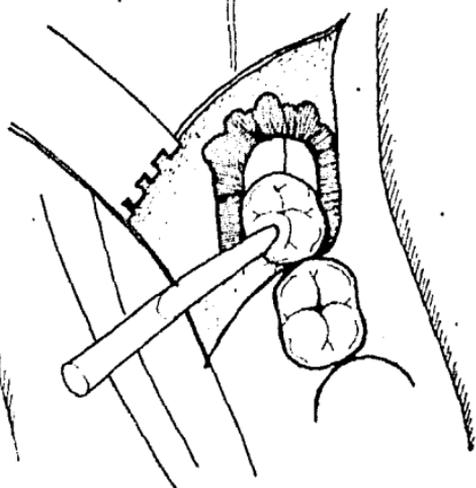
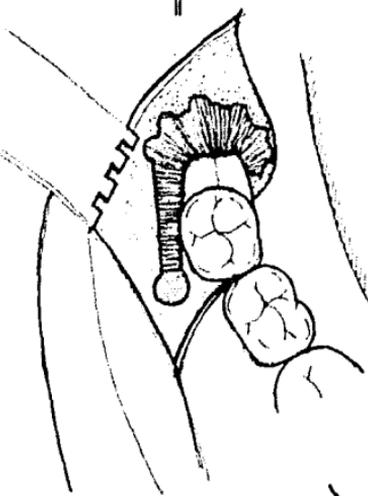
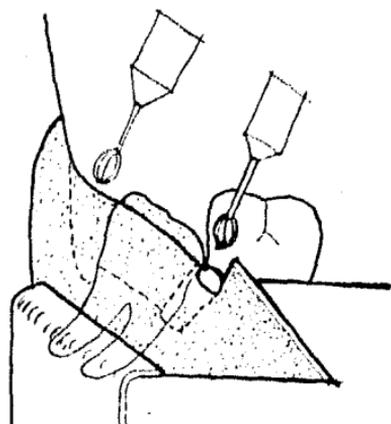
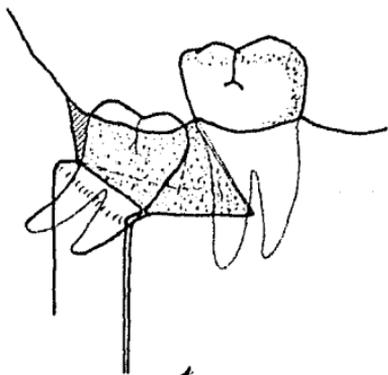
En ese estado el diente es liberado, por su flanco externo, por el surco abierto con la fresa, y por su cara posterior por la resección de la "espalda" ósea. El molar podrá ser desplazado hacia atrás y adentro, pero para levantarlo se debe excavar, hacia adelante y al ras de la corona, una perforación con fresa cilíndrica, y con un elevador introducido del lado vestibular de esa perforación, y tomando punto de apoyo sobre su borde anterior, se endereza el diente y se lo levanta. Es posible luxarlo hacia adentro - con un elevador acodado introducido en el surco externo, y tomando como punto de apoyo su borde externo.

La cavidad, limpia de restos óseos y de sangre, se debe curar para eliminar los elementos del saco pericoronario que pudieran subsistir. Se deja en la herida una mecha yodoformada y se sutura el colgajo mucoso rebatido.



EXT.

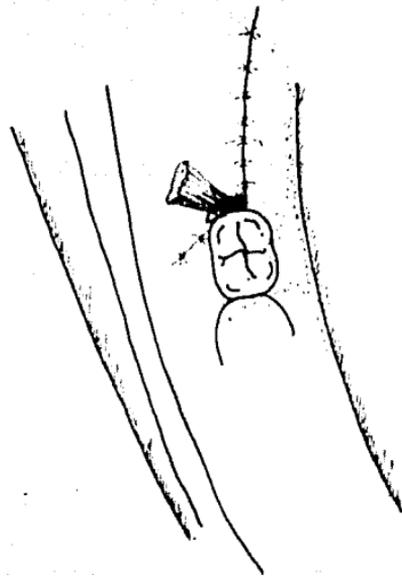
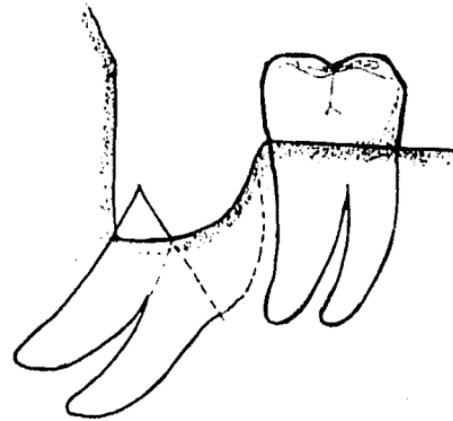
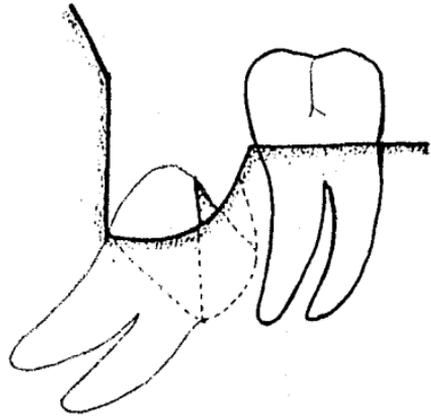
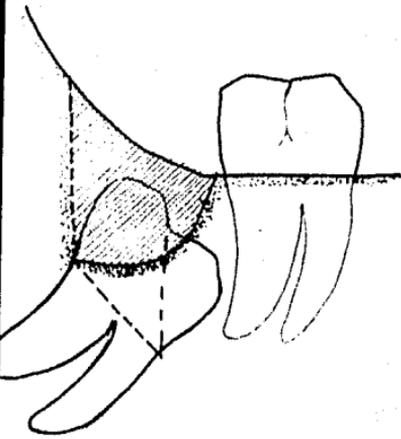
INT.



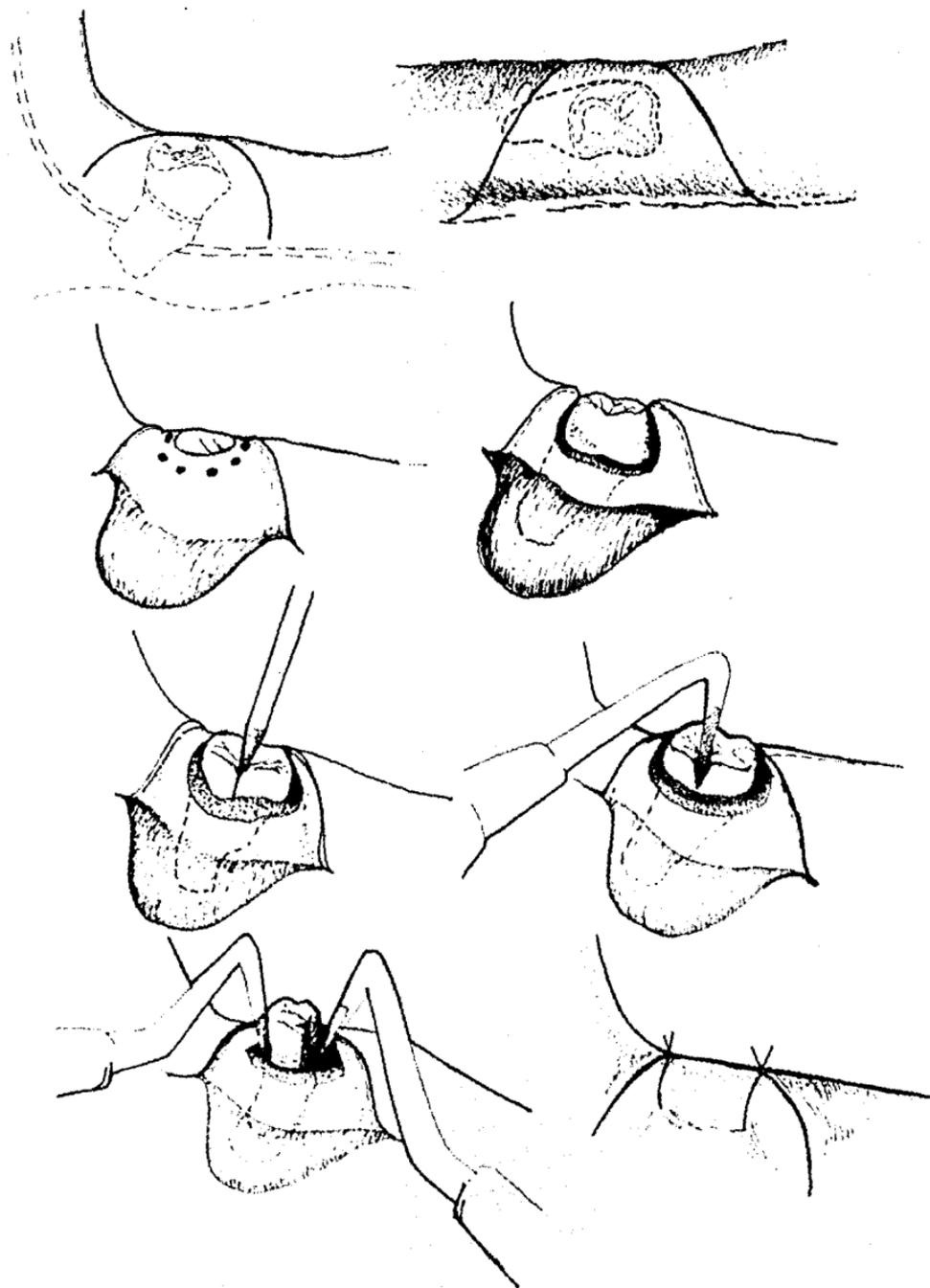
EXTRACCION DE TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO, CLASE II, EN POSICION MESIANGULAR MAS PROFUNDA.- El obstáculo óseo es muy importante. Querer descubrir el diente completamente, obligaría a hacer una resección ósea demasiado amplia, causando desgastes serios que pueden significar a menudo, secuelas importantes (hemorragias, infecciones, neuritis y hasta fracturas).

Se hace la incisión en forma de bayoneta, explicada anteriormente, se desprende el colgajo y se reseca el hueso que recubre el diente en la línea de la corona hasta la parte distal del cuello y aún sobrepasarlo. Hacer un surco externo a todo lo largo de la corona para liberarla. Amputar con la fresa de fisura - su tercio anterior. En ese momento, el diente, cuyas raíces no son ya retentivas, es movilizado con el elevador y puede ser luxado hacia la brecha ósea donde puede ser tomado por un forceps fijo.

Si el movimiento de rotación se comprueba imposible, a pesar de la amputación coronaria parcial, se hace la odontosección, decapitando la corona con una fresa de fisura, movilizar el muñón radicular y luxarlo con el elevador. Si las raíces no pueden ser extraídas a pesar de esta maniobra, separarlas con fresa y extraerlas individualmente. Se lava la cavidad, se coloca la mecha y se sutura.



EXTRACCION DE TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO, CLASE II, EN POSICION MESIOANGULAR SIN DIENTES VECINOS.- La incisión comienza y termina en el tejido vestibular. Esta incisión semicircular es llevada sobre la línea media de la cresta del reborde alveolar hacia la cortical lingual. Se acepta que esto viola una de las leyes de la confección del colgajo, a saber, porque la irrigación del colgajo que está hacia lingual de la línea media se interrumpe. Sin embargo, la circulación en particular de este colgajo, es restablecida rápidamente y hay poco peligro de necrosis de la parte lingual del colgajo. El colgajo se levanta y se hace una serie de perforaciones, unidas entre sí para levantar el hueso; se hace la odontosección y se coloca el elevador apical en la división y se eleva el fragmento mesial de la corona. Con las corticales mesial y distal como punto de apoyo, se insertan los elevadores apicales, moviendo el diente hacia el espacio mesial creado y hacia oclusal, desalojándolo de su alveolo. Se lava la cavidad, se coloca la mecha y se sutura.



EXTRACCION DE TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO, CLASE III,

EN LA REGION CONDILEA.- El tercer molar, evoluciona muy raramente en la región cóndilea. Si ello provoca accidentes, o si existe riesgo de causar fractura, se lo debe extraer. La región está "encerrada" por las ramas superiores del VII par. Las radiografías deben precisar bien la posición, la forma y las relaciones del diente.

Se puede utilizar anestesia local o general, aunque es mejor usar la general.

Se hace la incisión de abordaje de la articulación, tipo Ginestet, alargada hacia abajo.

Descubrimiento de la cápsula de la articulación temporomaxilar; ponerla bien al desnudo, reclinar las partes blandas - en todo su espesor, hacia abajo y adelante, incluyendo los filetes nerviosos del VII par.

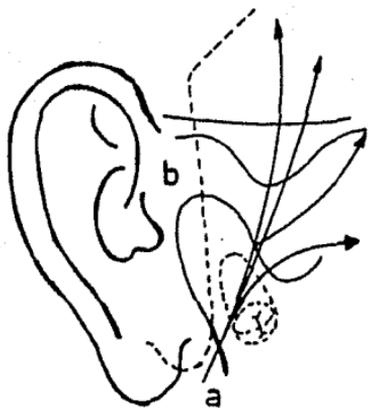
Legnar el cuello del cóndilo y su base. Localizar el borde posterior del hueso y proteger el conducto auditivo. Localizar la escotadura sigmoidea.

Abordar el hueso con fresa frente al diente, mediante una serie de perforaciones; el hueso allí no es espeso y se encuentra pronto frente al diente; unir las perforaciones con fresa, para evitar el traumatismo del martillo, levantar la cubierta ósea con la gubia o con cincel de mano, agrandar la brecha sin llegar a las partes blandas, reclinadas hacia abajo y adelante. Denudar al diente al máximo (la mayor parte de la corona y del

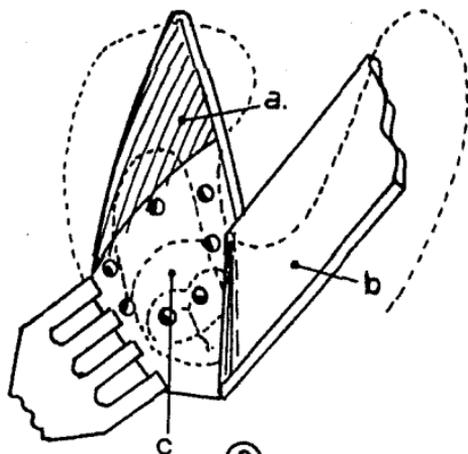
cuello) sin hacer fuerza; no usar el elevador a menos que el diente "flote".

Cortarlo con fresa por debajo del cuello, extraer el blo que radicular aumentando la resección dentaria y ósea, en superficie y en altura, si fuera necesario. Luego extraer la corona vuelta abordable y móvil. Cerrar sin dejar drenaje.

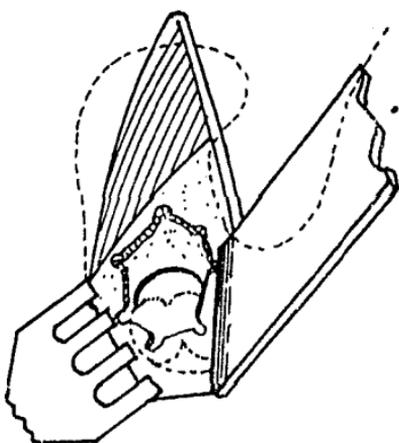
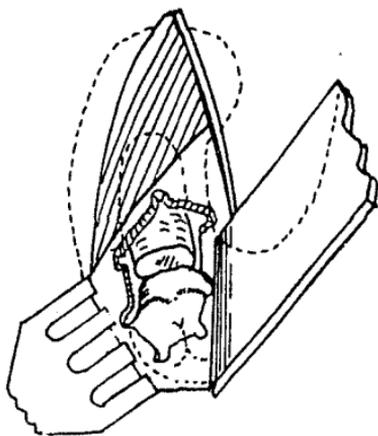
Esta es una operación muy delicada. Inmovilizar la mandíbula durante quince días.



①



②



EXTRACCION DE TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO, CLASE III, EN LA RAMA MONTANTE.- Esta extracción también es delicada, pero prácticamente sin riesgos. Se realiza por vía bucal.

Se hace una incisión vertical de 3 a 4 cm. a lo largo del borde anterior de la rama montante, frente al diente. Es generalmente anterior.

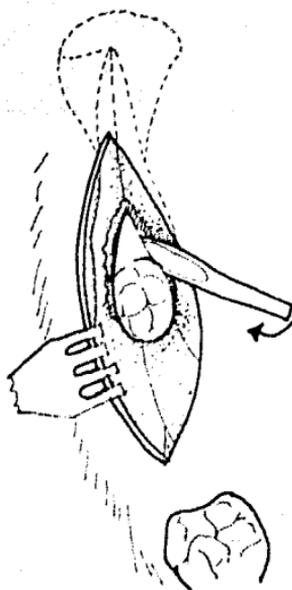
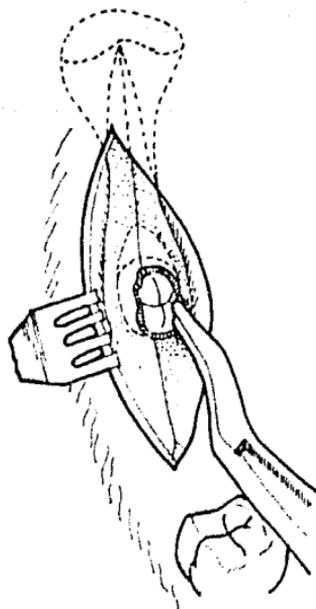
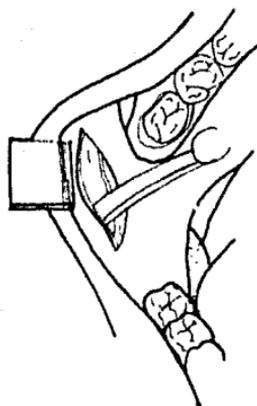
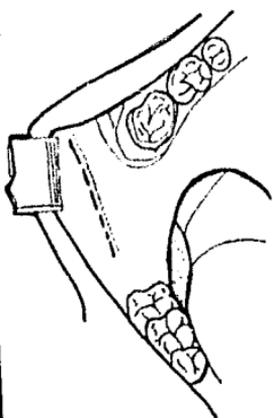
Separar la fibras del masetero hacia afuera, también del temporal que cubre más abajo de la base de la coronoides y del borde anterior de la rama montante; legar bien el hueso sobre la proyección del diente, separar con separadores de Farabeuf modificados.

Generalmente se deben pinzar y coagular dos o tres vasos. Abordar el hueso con pinza gubia larga y fina, se puede preparar también la ventana ósea con fresa, como se indicó en el caso anterior.

Eliminar de modo progresivo el borde anterior de la rama montante hacia el encuentro del diente. Cuando el diente es descubierto, agrandar la brecha con la pinza gubia y con fresa si es necesario. El martillo podrá provocar la fractura; crear lugar hacia arriba y abajo hasta que el diente pueda ser luxado.

Tratar de extraerlo entero para evitar que caiga algún fragmento que, en razón de la profundidad, pueda ser difícil de encontrar. Es indispensable un aspirador potente para liberar el campo operatorio de sangre y de saliva.

Cerrar sin drenaje, después de haber suturado la brecha con cat-gut.



EXTRACCION DE TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO, CLASE III, EN EL ANGULO DE LA MANDIBULA.- El molar se encuentra en el espesor del ángulo al que abulta, generalmente con la corona hacia abajo; se haya muy posterior, frecuentemente a lo largo del borde de la rama montante. Puede permanecer allí mucho tiempo silencioso, pero es conveniente extraerlo. También en este caso es preferible emplear la anestesia general.

Incisión curva, sobre el ángulo, a 1 cm. de distancia del hueso, de 3 a 4 cm. de largo, abarcando la piel el tejido celular subcutáneo y la aponeurosis superficial. En profundidad se siente, con el dedo, el ángulo enmascarado corrientemente por una capa de tejido celulo-adiposo, recubierto de filetes nerviosos dependientes del plexo cervical, y de vasos sin importancia. Disecando este tejido, se llega al contacto del hueso, que es liberado progresivamente, abordándolo por atrás para evitar remontarse sobre la mejilla o pasando por encima del ángulo y de los filetes del VII par. La profundidad sorprende, porque al palpar el ángulo pareciera estar directamente bajo la piel. Separando bien los planos incididos, se descubre a la disección roma, luego con la legra, el maxilar recubierto por las inserciones del masetero afirmadas por su aponeurosis. Esta es incidida en todo lo largo del ángulo, al ras de su borde libre, en una extensión de 3 a 4 cm. hasta el hueso.

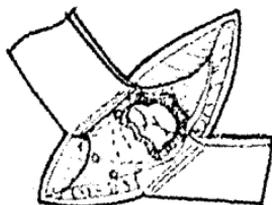
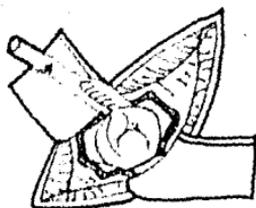
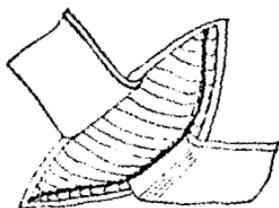
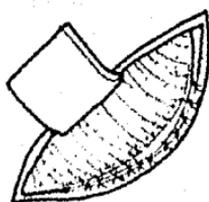
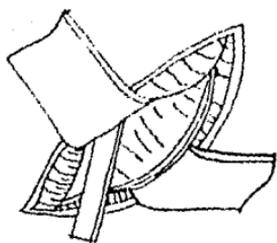
Las inserciones musculares son separadas a todo lo largo de la incisión sobre una altura de 1.5 a 2 cm. frente a la saliente del diente, que aparece netamente; los fascículos muscula

res son elevados por el separador. El hueso queda bien al de cubierto en la porción correspondiente a la proyección del - diente, y es así abordado con fresa que traza una abertura ósea de acuerdo con la técnica.

El opérculo así delimitado es levantado con golpe de - cincel o eliminado con la fresa hasta hacer que aparezca el - diente en su mayor extensión; el hueso esponjoso que lo rodea es eliminado con fresa o con cincel hasta que puede ser movi- lizado el diente con un elevador, y es luxado fuera de su ni- cho.

Hacer escrupuloso curetaje de la cavidad ósea. Reponer en su lugar la lámina maseterina elevada por el separador; su tura cuidadosa de su aponeurosis a la del pterigoideo interno que la continúa por dentro.

Hemostasia, si fuera necesaria, ya sea por coagulación, o con cat-gut. Cuidadosa sutura de los bordes cutáneos. Venda je compresivo.



XII.- POST-OPERATORIO.

Es un conjunto de maniobras que se realizan después de la operación, con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico.

El tratamiento post-operatorio, es la fase más importante de nuestro trabajo. Tanto es así, que la vigilancia, cuidados y tratamiento del paciente, una vez terminada la operación, puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

TRATAMIENTO LOCAL POST-OPERATORIO.- El paciente en su domicilio (ya realizada la formación del coágulo), hará lavajes suaves de su boca 4 horas después de la operación con una solución antiséptica cualquiera.

También se recomienda el empleo de agentes físicos como elementos post-operatorios para mejorar y modificar las condiciones de las heridas en la cavidad bucal, como lo son el frío y el calor.

El frío se aconseja bajo la forma de bolsas de hielo o toallas afelpadas mojadas en agua helada, que se colocan sobre la cara, frente al sitio de la intervención. El papel del frío es múltiple, evita la congestión y el dolor post-operatorio, - previene hematomas y las hemorragias, disminuye y concreta los

edemas post-operatorios. El frío se usa por un período de dos horas, seguido de un lapso de descanso de 30 minutos.

Esta terapéutica se aplica el día de la operación, inmediatamente después de realizada la misma.

El calor se usa a partir del segundo día para disminuir las alveolalgias y dolores post-operatorios, así como la inflamación cuando ya está presente.

CUIDADOS DE LA HERIDA.— Las heridas de la cavidad bucal, cuando evolucionan normalmente, no necesitan terapéutica. En términos generales, un alveolo que sangra y se llena con un coágulo, tiene la mejor defensa contra la infección y los dolores post-operatorios.

La sutura se retira cinco días después de la intervención aún cuando después del segundo día, la sutura actúa como un cuerpo extraño, provocando inflamaciones localizadas y supuraciones, por lo tanto, estos puntos deberían ser retirados a las 24 ó 48 horas después de la operación, no siendo así debido al trismus muscular que sufre el paciente.

MEDICACION POST-OPERATORIA.— Es importante hacer una medicación post-operatoria, debido a las molestias y complicaciones que pudieran presentarse.

Para el dolor se recetan analgésicos como el ácido acetil salicílico y los narcóticos, aunque éstos últimos no son empleados frecuentemente en Cirugía Bucal, debido a su alto grado de toxicidad y farmacodependencia cuando no son bien ad-

ministrados, además de que el dolor resultante de una extracción de tercer molar, no es tan intenso como para que el paciente requiera un narcótico. Por lo general se administra - ácido acetyl salicílico (aspirina) a una dosis de un comprimido cada 6 u 8 horas.

Los relajantes musculares también forman parte de la medicación post-operatoria, debido al trismus producido por la contracción muscular resultante del traumatismo que representa la intervención, y pueden ser como por ejemplo, los derivados de la fenacetina como el Soma Compuesto, a una dosis de una tableta cada 8 horas.

Los antibióticos del tipo de las penicilinas se usan para contrarrestar una posible infección, como el Bactopen - en dosis de una cápsula de 250 mg. cada 6 horas, y en casos de alergia a la penicilina, se administra eritromicina, como el Ilosone en dosis de una cápsula de 250 mg. cada 6 horas.

Por último, en la medicación post-operatoria, intervienen los antiinflamatorios, que son derivados de los corticosteroides, como el Tanderil, que se administra a una dosis de dos grageas cada 8 horas.

ALIMENTACION DEL PACIENTE RECIEN OPERADO.- La primera comida la hará 6 horas después de operado, consistente en líquidos; y 6 horas después podrá tomar puré de verduras y jugos, ya sean de carne o de frutas. Al día siguiente, puede ingerir alimentos blandos que no necesiten mucha masticación, siempre excentos de grasas e irritantes.

A).- COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS.

Toda operación puede ser seguida de complicaciones de distinta índole, que el operador debe prevenirlas, tomando muy en cuenta la técnica quirúrgica y la asepsia de la operación.

Se puede presentar hemorragia, que aparece algunas horas o algunos días después de la operación; puede deberse a la caída del coágulo después de un esfuerzo del paciente, o por haber cesado la acción vasoconstrictora de la anestesia. A estos factores locales puede agregarse una causa general que favorezca la hemorragia. Estas hemorragias adquieren características e intensidad variables. El tratamiento de tal accidente se realiza por métodos locales y métodos generales.

Métodos locales.- Se lava la región que sangra con un chorro de agua caliente o se hace para activar al enfermo un enjuagatorio de su boca para retirar los restos del coágulo y la sangre, que dificulta la visión y la individualización del punto sangrante. Localizado el lugar por donde mana la sangre, la hemostasia se realiza por taponamiento a presión con gasa, (simple o con medidamento). Encima de la herida y comprimiendo sus bordes, se deposita un trozo grande de gasa seca, la cual se mantiene bajo la presión masticatoria. Esta presión debe mantenerse, por lo menos, durante media hora; transcurrida la cual se retira con suma precaución la gasa seca que hace compresión.

Si el sangrado proviene de un vaso del tejido óseo, - podemos usar la cera para hueso, que en éstos casos es muy útil.

También se puede utilizar Gelfoam, que es una esponja de gelatina estéril hemostática, que se puede usar seco o saturado con solución salina o trombina, ya que al ser implantado en - los tejidos actúa como auxiliar en las hemorragias capilares y - venosas.

Se aplica sobre el punto sangrante, ejerciendo ligera presión durante 10 ó 15 segundos y, una vez que el sangrado se - ha controlado, la esponja debe dejarse en el sitio en que fué aplicada. No debe emplearse en heridas quirúrgicas muy contaminadas o infectadas.

Métodos Generales.- Según la cantidad de sangre perdida, será el estado del paciente. En general, las hemorragias en Cirugía Bucal, no son mortales, aunque se conocen algunas alarmantes.

Se mejorará el estado general (pulso, tensión, corazón) administrando tónicos cardiacos (aceite alcanforado, cardiazol), y se tratará de reemplazar la sangre perdida por la inyección de suero glucosado, transfusión sanguínea y medicamentos coagulantes (coaguleno).

También se presenta el hematoma, accidente frecuente, - que escapa la mayor parte de las veces a nuestras previsiones, - consiste en la entrada y depósito de sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación, que puede adquirir un volúmen considerable, con el consiguiente cambio de coloración del lugar de la operación y la piel, que dura de 8 a 10 días.

La enfa que cubre la región operatoria, se pone turgente y dolorosa. Las regiones vecinas acompañan la tumefacción - sanguínea y el todo adquiere un aspecto inflamatorio.

El hematoma puede llegar a supurar, dando en éstas ocasiones repercusión ganglionar, escalofríos y fiebre.

La conducta en tales casos debe ser expectante. Después de un tiempo variable y con suma lentitud el hematoma se reabsorbe; cuando supura, se trata como un absceso, incidiéndolo.

Algunas veces puede intentarse disminuir la tensión absorbiendo con una jeringa la sangre, aún líquida del hematoma.

Otra de las complicaciones post-operatorias es la infección. Pueden sobrevenir a raíz de una operación flemones, abscesos, celulitis y aún procesos de mayor intensidad e importancia, tales como el flemón difuso del suelo de la boca. El proceso infeccioso más común es el denominado alveolitis, y su tratamiento es: lavar con suero fisiológico o agua bidestilada la zona de la herida y retirar los restos del coágulo con una gasa hasta hacerlo sangrar para después taponarlo con cemento medicado.

El dolor es una más de las complicaciones post-operatorias que se presenta a causa de la intervención, y debe ser calmado por medicamentos preconizados para tal objeto: antipirina, piramidón. El frío sobre la región operada, calma en las primeras horas los dolores post-operatorios.

Otra de las complicaciones, tal vez la más frecuente, es el trismus muscular.

La dificultad de la extracción de los terceros molares mal ubicados, es debida en parte a su inaccesibilidad y en parte a la tumefacción concomitante de los tejidos que les rodean, pues, invadiendo la inflamación las regiones maseterina y pteri-goidea, produce parcial o completamente la constricción de dichos músculos (trismus).

Después de la extracción de un tercer molar, por lo general se presenta trismus, debido a que el paciente permanece con la boca abierta por algún tiempo y por el traumatismo que representa la intervención; impidiéndole al enfermo abrir la boca y sufriendo dolor agudo de la región en donde se intervino, acompañado de inflamación.

El trismus se puede tratar por medio de compresas frías y calientes y la administración de relajantes musculares.

XIII.- CONCLUSIONES.

Habiendo estudiado el crecimiento y desarrollo de los terceros molares inferiores retenidos y sus zonas circunvecinas, debemos considerar que estas piezas en sí, deben tratarse con sumo cuidado, pues de este cuidado dependerá no solo el éxito de nuestra operación, sino también de los accidentes yatrogénicos y post-operatorios que pudieran presentarse, debiendo entonces el operador, estudiar detenidamente en la radiografía los puntos básicos para la intervención, tales como: el tipo de retención de que se trate, la profundidad, su relación con el segundo molar, etc., y de esta forma elaborar un buen plan de trabajo, para obtener con ello, la técnica de extracción adecuada.

Los terceros molares son muy importantes, debido a los trastornos de que se acompañan, como su mala ubicación, - la cual es muy frecuente; el dolor ocasionado por su erupción cuando carece de espacio suficiente; la infección producida - en los tejidos concomitantes a la región, etc.

En la intervención quirúrgica de los terceros molares, se pueden presentar complicaciones, tanto trans-operatorias como post-operatorias, siendo estas últimas las más frecuentes, pero, aplicando nuestro conocimiento y realizando una buena asepsia, las complicaciones pueden reducirse al mínimo, logrando con esto un mayor éxito en nuestra intervención.

Tomando en cuenta todos los trastornos ocasionados por los terceros molares, es necesaria su extracción como medida preventiva y terapéutica, a fin de evitar los problemas, amén de que su función en el aparato masticatorio, una vez erupcionado, es mínima.

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

1. Cirugía Bucal con Patología Clínica y Terapéutica.
Guillermo A. Ries Centeno.
Tomo I
Editorial "El Ateneo"
Buenos Aires, Argentina.
Págs. 77, 78, 107, 109, 128, 129, 320, 321
2. Cirugía Bucal, Atlas paso por paso de Técnicas Quirúrgicas
W. Harry Archer
Tomo I
Editorial "Mundi"
Págs. 155, 158
3. Tratado de Cirugía Oral
Walter C. Guralnick
Salvat Editores, S. A.
España.
Págs. 521, 523, 527, 528
4. Tratado de Cirugía Bucal
Gustav O. Kruger
Editorial Interamericana, S. A.
Págs. 78, 79, 123, 126, 127
5. Cirugía Bucal
Sterling V. Mead
Editorial Hispano-Americana.
Págs. 543, 544, 545
6. Tercer Molar Inferior Retenido
Guillermo A. Ries Centeno
Editorial "El Ateneo".
Buenos Aires, Argentina.
Págs. 25, 53, 192, 193

7. Cirugía Estomatológica y Maxilo-Facial
Gustave Ginestet
Editorial "Mundi", S. A.- C.I.F.
Paraguay 2100, Buenos Aires.
8. Farmacología Médica, Principios y Conceptos
Dr. Andrés Goth
Editorial Interamericana
Págs. 125, 244, 413, 414, 498
9. El Mundo de la Medicina desde la A hasta la Z.
Anesa/Noguer/Rizzoli/Larousse
América Norildis Editores, S. A.
Págs. 151, 294, 300, 343, 344
10. Revista de Estomatología
Organo Oficial de la Academia Nacional de
Estomatología.
México, Junio de 1969
Vol. 7, No. 1
Págs. 63, 64, 69, 70
11. Apuntes de la Cátedra de Cirugía Bucal, (1976-1977)
Dr. José Angel González Oliver.
12. Apuntes de la Cátedra de Patología Bucal (1975)
Dr. Pablo Fuentes.