

163
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**RETENCION DE CANINOS
Y TERCEROS MOLARES
SUPERIORES E INFERIORES**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTAN:

**IGLECIAS MOLINA R. YLDA
MONTROYA ESCUTIA MA. DOLORES**

MEXICO, D. F.

1 9 8 7



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

PROLOGO

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE MAXILARES Y MANDIBULA

ANATOMÍA DE MAXILARES	5
ANATOMÍA DE LA MANDÍBULA	8
IRRIGACIÓN E INERVACIÓN DE MAXILARES Y MANDÍBULA	13

CAPITULO II

GENERALIDADES DE LOS DIENTES RETENIDOS

DEFINICIÓN	23
ETIOLOGÍA	23
FRECUENCIA	26
COMPLICACIONES ORIGINADAS POR LOS DIENTES RETENIDOS	27

CAPITULO III

CLASIFICACION

TERCEROS MOLARES INFERIORES	31
CANINOS SUPERIORES	32
TERCEROS MOLARES SUPERIORES	34
CANINOS INFERIORES	36

CAPITULO IV

TRATAMIENTO

HISTORIA CLÍNICA	37
ESTUDIO CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO DE LOS DIENTES RETENIDOS	45
INDICACIONES PARA LA EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE LOS DIENTES RETENIDOS	53
CONTRAINDICACIONES	54
TÉCNICA QUIRÚRGICA	55
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO -ORTODONTICO DE CANINOS SUPERIORES	84

CAPITULO V

COMPLICACIONES TRAN Y POSOPERATORIAS

COMPLICACIONES LOCALES	89
HEMORRAGIA PRIMARIA	91
HEMORRAGIA SECUNDARIA	92
CONDUCTA CON PACIENTES HEMOFILICOS	93
CONDUCTA CON PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICUAGULANTES	96
HEMATOMA	97
INFECCIÓN	98
DOLOR	98
COMPLICACIONES GENERALES	
SÍNCOPE SIMPLE	99
SEPTICEMIA-BACTEREMIA	100

CAPITULO VI

TRATAMIENTO POSOPERATORIO

TRATAMIENTO LOCAL POSOPERATORIO

HIGIENE DE LA CAVIDAD BUCAL	102
FISIOTERAPIA POSOPERATORIA	102
CUIDADOS DE LA HERIDA	103
EXTRACCIÓN DE LOS PUNTOS DE SUTURA	104

TRATAMIENTO GENERAL DEL PACIENTE

ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN OPERADO	106
INSTRUCCIONES PARA LOS PACIENTES	106
FARMACOTERAPIA	107
CITA POSOPERATORIA	108

CONCLUSIONES	109
--------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	111
--------------	-----

PROLOGO

ESTE TRABAJO QUE LES PRESENTAMOS A CONTINUACIÓN, ES EL RESULTADO DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS DURANTE NUESTRA ESTANCIA EN LA " FACULTAD DE ODONTOLOGÍA " Y LA CLÍNICA " VENUSTIANO - CARRANZA ", QUE NOS FUÉ PROPORCIONADA POR NUESTROS PROFESORES Y DE LA RECOPIACIÓN EFECTUADA A TRAVÉS DE LA INVESTIGACIÓN DE DIVERSAS FUENTES.

LA PRESENTE OBRA CONSTA DE LO MÁS IMPORTANTE DE LOS CANINOS Y TERCEROS MOLARES RETENIDOS SUEPRIORES E INFERIORES.

EN EL PRIMER CAPITULO DAMOS A CONOCER LA ANATOMÍA DE LOS MAXILARES Y DE LA MANDÍBULA, ASÍ COMO SU INERVACIÓN E IRRIGACIÓN, PUESTO QUE ESTO ES DE SUMA IMPORTANCIA; PARA EVITAR COMETER IATROGENIAS POR FALTA DE CONOCIMIENTOS DE DICHAS REGIONES.

SE DICE, QUE UN DIENTE RETENIDO, ES AQUEL QUE LLEGADA LA ÉPOCA DE ERUPCIÓN NORMAL, QUEDA ENCERRADO DENTRO DE LOS MAXILARES, LO CUAL PUEDE SER OCASIONADO POR DIVERSAS CAUSAS QUE SERÁN DADAS A CONOCER EN EL CAPITULO CORRESPONDIENTE, ASÍ COMO TAMBIÉN LAS COMPLICACIONES QUE LLEGAN A CAUSAR ESTOS DIENTES.

LOS DIENTES SE CLASIFICAN DE ACUERDO A SU POSICIÓN, VERTICAL U HORIZONTAL Y A LA RELACIÓN QUE GUARDAN CON LAS ESTRUCTURAS O DIENTES VECINOS; SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE LOS DRs. PELLU, GREGORY Y WINTER.

PARA QUE UN TRATAMIENTO TENGA ÉXITO, DEBEMOS CONOCER LAS -

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA Y PARA EVITAR COMPLICACIONES DE ALTO GRADO, ES NECESARIO TENER UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA CON SUS RESPECTIVOS EXAMENES CLÍNICOS Y RADIOGRÁFICOS; YA QUE ESTOS ÚLTIMOS NOS SERÁN DE GRAN AYUDA PARA DETERMINAR SI EL TRATAMIENTO SERÁ QUIRÚRGICO O QUIRÚRGICO-ORTODONCICO, COMO SERÍA EL CASO DE ALGUNOS CANINOS SUPERIORES QUE PUEDEN SER LLEVADOS A SU POSICIÓN NOMAL -- DENTRO DE LA ARCADEA, POR MEDIO DE APARATOS ORTODONTICOS.

EN LOS ÚLTIMOS CAPITULOS DAMOS A CONOCER ALGUNAS DE LAS MUCHAS COMPLICACIONES QUE PODRÍAN PRESENTARSE DURANTE O DESPUÉS DE LA OPERACIÓN, Y SU RESPECTIVO TRATAMIENTO DE DICHAS COMPLICACIONES. ASÍ COMO LOS CUIDADOS QUE DEBE TENER EL PACIENTE EN SU CASA, ES DECIR, LAS INDICACIONES POSOPERATORIAS; ENTRE LAS CUALES PODEMOS MENCIONAR: EL TIPO DE DIETA QUE DEBE SEGUIR, LA HIGIENE, LA COLOCACIÓN DE COMPRESAS :TANTO FRÍOS -- COMO CALIENTES Y ALGO QUE ES DE VITAL IMPORTANCIA, LAS INDICACIONES FARMACOTERAPEUTICAS (ANALGÉSICO, ANTIBIÓTICO, ANTIINFLAMATORIO) PARA EVITAR CONTRARRESTAR INFECCIONES QUE PUDIERAN PRESENTARSE TRAS LA OPERACIÓN.

INTRODUCCION

A VECES, ES DIFÍCIL HACER UN DIAGNÓSTICO CUIDADOSO Y DETERMINAR SI UN DIENTE ESTA RETENIDO O SIMPLEMENTE NO HA HECHO ERUPCIÓN. ÉSTE ES EL CASO ESPECIALMENTE DE TERCEROS MOLARES, DEBIDO A QUE EN EL CURSO DEL DESARROLLO, EL DIENTE PUDO HABER TOMADO UNA POSICIÓN POCO COMÚN, QUE LE IMPIDIÓ SEGUIR LA VÍA NORMAL DE ERUPCIÓN, Y ASÍ TOMA UNA POSICIÓN ANORMAL DENTRO DEL BORDE ALVEOLAR. LOS DIENTES RETENIDOS MÁS FRECUENTEMENTE SON LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES, SEGUIDOS POR LOS CANINOS SUPERIORES Y PREMOLARES INFERIORES.

INDEPENDIEMENTE DE LA TERMINOLOGÍA PARTICULAR, CUALQUIER DIENTE QUE NO HAYA LOGRADO ADOPTAR UNA POSICIÓN FUNCIONAL NORMAL EN EL ARCO ALVEOLAR; QUE NO HAYA HECHO ERUPCIÓN O SÓLO EN PARTE, Y QUE NO TENGA NINGUNA FUNCIÓN DE UTILIDAD, DEBE EXTRAERSE PARA EVITAR FUTURAS COMPLICACIONES, TALES COMO EL DESARROLLO DE QUISTES DENTÍGEROS, LESIONES PERIODONTALES E IRRITACIÓN CRÓNICA DE LOS TEJIDOS ADYACENTES.

EMBRIOLÓGICAMENTE EL PROCESO MANDIBULAR SE DERIVA DEL PRIMER ARCO BRANQUIAL. DESDE LUEGO QUE LO MÁS COMPLICADO ES LA FORMACIÓN DE LOS MAXILARES SUPERIORES Y DE LA NARIZ.

EL PROCESO MEDIANO NASAL SE FUNDE EN SUS DOS LADOS CON EL PROCESO MAXILAR DEL LADO CORRESPONDIENTE, UNIÓN DE LA CUAL SE ORIGINARÁ EL MAXILAR SUPERIOR. AHORA BIEN, EL PRIMER ARCO BRANQUIAL SE HA SUBDIVIDIDO A SU VEZ EN DOS PARTES, UNA SUPERIOR, QUE ES EL PROCESO MAXILAR Y OTRA INFERIOR, QUE ES EL

PROCESO MANDIBULAR, DE ESTA MANERA EL PROCESO LATERAL FORMARÁ A LOS LADOS LAS VENTANAS DE LA NARIZ, MIENTRAS QUE LA RAMA MAXILAR DEL PRIMER ARCO BRANQUIAL ORIGINARÁ EL CARRILLO. AL MISMO TIEMPO LA PORCIÓN SUPERIOR DEL PROCESO FRONTO-NASAL ORIGINAL, PRODUCIRÁ LA FRENTE. LAS DOS RAMAS O PROCESOS DEL PRIMER ARCO BRANQUIAL CRECEN HASTA UNIRSE EN EL MEDIO, PERO SE UNE PRIMERO LA INFERIOR FORMANDO MÁS TARDE EL MENTÓN; EL MAXILAR-SUPERIOR SE FORMARÁ DESPUÉS.

TODOS ESTOS FENÓMENOS PARA INTEGRAR LA CARA HUMANA SE PRESENTAN GENERALMENTE ENTRE LA QUINTA Y LA OCTAVA SEMANA.

CAPITULO I

ANATOMIA Y FISILOGIA DE MAXILARES Y MANDIBULA

MAXILARES

FORMAN LOS PRINCIPALES HUESOS DEL MACIZO FACIAL SUPERIOR, CONTRIBUYENDO A FORMAR PARTE DE LAS FOSAS IRBITARIAS Y NASALES, ASÍ COMO, LA CAVIDAD BUCAL. ES UN HUESO PAR, SOBRE EL QUE SE IMPLANTAN LOS DIENTES SUPERIORES. EN ÉL PODEMOS DISTINGUIR UN CUERPO Y DOS APÓFISIS, ASCENDENTE O FRONTAL Y PALATINA.

EL CUERPO REPRESENTA UNA PIRAMIDE TRUNCADA, CUYA BASE FORMA PARTE DE LA PARED LATERAL DE LAS FOSAS NASALES. EL VÉRTICE, TRUNCADO Y RUGOSO, ES LA APÓFISIS PIRAMIDAL Y SE ARTICULA CON EL MALAR. LAS TRES CARAS DE LA PIRAMIDE SON: ANTERIOR, POSTERIOR Y SUPERIOR. LA BASE REPRESENTA DOS DETALLES MUY IMPORTANTES, LA APÓFISIS PALATINA Y UN GRAN ORIFICIO DE ENTRADA AL SENO MAXILAR. LA APÓFISIS PALATINA FORMA UNA LÁMINA ÓSEA HORIZONTAL, QUE SE DESPRENDE DE LA CARA NASAL EN UNIÓN DE SUS DOS TERCIOS CRANEALES CON EL CAUDAL. EN LA LÍNEA MEDIA SE ARTICULA CON LA DEL LADO OPUESTO (SUTURA PALATINA MEDIANA) Y CONTRIBUYE A FORMAR, POR SU CARA CAUDAL TRES CUARTOS DE LA BÓVEDA PALATINA ÓSEA, SIENDO RUGOSA LA CARA CRANEAL, LISA Y CÓNCAVA EN DIRECCIÓN TRANSVERSAL, FORMA PARTE DEL SUELO DE LAS FOSAS NASALES EN DIRECCIÓN DORSAL, LA APÓFISIS PALATINA NO LLEGA HASTA LA PARTE MÁS DORSAL DEL HUESO, SINO QUE EXISTE AQUÍ UNA POSICIÓN IMPORTANTE DEL MAXILAR POR DETRÁS DE LA APO

FISIS PALATINA, PORCIÓN QUE ESTÁ OCUPADA POR LA LÁMINA HORIZONTAL DEL PALATINO, CON LA QUE SE ARTICULA (SUTURA PALATINA-TRANSVERSAL). LA PARTE VENTRAL DE LA APÓFISIS PALATINA ES MÁS GRUESA QUE EL RESTO, Y EN ELLA EXISTE UN SEMICANAL QUE COMPLETADO POR EL OTRO LADO, FORMA EL CONDUCTO INCISIVO; EN DIRECCIÓN CRANEAL, ESTE CONDUCTO SE ABRE EN EL SUELO DE LAS FOSAS NASALES POR DOS ORIFICIOS DISTINTOS. DEL ORIFICIO DE ENTRADA DEL SENO MAXILAR SE DESPRENDE EN DIRECCIÓN ASCENDENTE LA ROBUSTA APÓFISIS FRONTAL, EN LA CARA MEDIAL DE ESTÁ APÓFISIS SE VE LA CRESTA CONCHAL, HORIZONTAL Y DESTINADA A ARTICULARSE CON LA CONCHA INFERIOR; MÁS ARRIBA, EN LA MISMA APÓFISIS TENEMOS LA CRESTA ETMOIDAL PARA EL CORNETE MEDIO DEL ETMOIDES. ENTRE LA BASE DE LA APÓFISIS FRONTAL Y LA ENTRADA AL SENO MAXILAR, TENEMOS EL CANAL LACRIMAL, QUE ES TRANSFORMADO EN CONDUCTO POR EL UNGIS.

LA PORCIÓN DEL MAXILAR COLOCADA CAUDALMENTE A LA APÓFISIS PALATINA SE LE LLAMA APÓFISIS ALVEOLAR; SOBRE SU BORDE LIBRE INCURVADO, SE ENCUENTRAN LOS ALVÉOLOS DENTARIOS, PARA ALOJAR LAS RAÍCES DE LOS DIENTES. LOS TABIQUES ÓSEOS QUE SEPARAN LOS ALVÉOLOS SE LLAMAN INTRA-ALVEOLARES. EN LOS ALVÉOLOS PARA LOS MOLARES QUE TIENEN VARIAS RAÍCES, EXISTEN TABIQUES INTRA-ALVEOLARES QUE SEPARAN UNAS RAÍCES DE OTRAS. EN LA PORCIÓN DE LA CARA ANTERIOR Y POSTERIOR DE LOS MAXILARES ESTAN SEPARADOS POR UN BORDE ROMO, LLAMADO CRESTA INFRACIGOMÁTICA, QUE SE EXTIENDE DESDE LA APÓFISIS PIRAMIDAL DEL PRIMER MOLAR. EL LÍMITE CRANEAL DE LA CARA ANTERIOR ES EL BORDE ORBITARIO, QUE

LAS SEPARA DE LA CARA ORBITARIA A 5 MM. DE ESTÉ BORDE QUE SE ENCUENTRA EN EL ORIFICIO SUBORBITARIO, QUE ES EL AGUJERO DE SALIDA DEL CONDUCTO ORBITARIO. CAUDAL A ESTÉ ORIFICIO, EL HUESO SE ENCUENTRA DEPRIMIDO FORMANDO LA FOSA CANINA, MIENTRAS QUE CERCA DEL BORDE ALVEOLAR FORMAN RELIEVES LA NARÍZ DE LOS INCISIVOS Y CANINOS. VENTRALMENTE, EL LÍMITE DE LA CARA ANTERIOR PRESENTA LA FUERTE ESCOTADURA NASAL; CAUDALMENTE CON RELACIÓN A ELLA EL MAXILAR SE ARTICULA CON EL DEL LADO OPUESTO, Y EN LA PARTE MÁS CRANEAL DE ESTÁ ARTICULACIÓN SE ENCUENTRA LA ESPINA NASAL ANTERIOR. POR ENCIMA DE LA ESCOTADURA NASAL SALE, EN DIRECCIÓN ASCENDENTE LA APÓFISIS FRONTAL. SU EXTREMO CRANEAL RUGOSO, SE ARTICULA CON EL FRONTAL; SU BORDE VENTRAL, CON EL HUESO NASAL Y EL DORSAL FINO, CON EL UNGUIS. SOBRE ESTA CARA LA APÓFISIS FRONTAL SE CONTINUA UN POCO A LA CRESTA ORBITARIA, FORMANDO AQUÍ EL LÍMITE VENTRAL DEL CANAL LAGRIMAL.

LA CARA POSTERIOR O INFRA TEMPORAL, ES LISA Y CONVEXA TERMINANDO DORSALMENTE EN UN RELIEVE LLAMADO TUBEROSIDAD MAXILAR SU PARTE CAUDAL ES MÁS ESTRECHA Y RUGOSA, SE ARTICULA CON LA APÓFISIS PIRAMIDAL DEL PALATINO Y LA APÓFISIS PTERIGOIDES DEL ESFEROIDES. SOBRE LA CARA LATERAL DE LA TUBEROSIDAD SE VEN DOS O TRES ORIFICIOS ALVEOLARES (FORAMINA ALVEOLARIA), ENTRADA A LOS FINOS CONDUCTOS ALVEOLARES POSTERIORES, POR LOS QUE LLEGAN LOS NERVIOS Y VASOS A LOS DIENTES MÁS POSTERIORES DEL MAXILAR. CRANEALMENTE, LA CARILLA INFRATEMPORAL FORMA UN ÁNGULO CASI RECTO CON LA CARA ORBITARIA; ESTÁ ARISTA NO ARTICULAR FORMA CON EL ALA MAYOR DEL ESFENOIDES Y EL MALAR LA HENDIDURA

ESFENOMAXILAR, POR LA QUE COMUNICA LA FOSA SIGOMÁTICA CON LA ÓRBITA. LA CARA SUPERIOR U ORBITARIA FORMA PARTE DEL SUELO DE LA ÓRBITA; ES LISA Y EN ELLA SE VE UN CANAL ÁNTEROPOSTERIOR : ES EL CANAL SUBORBITARIO, QUE HACIA ADELANTE SE CONTINÚA CON EL CONDUCTO SUBORBITARIO, EL CUAL VIENE A ABRIRSE EN LA CARA ANTERIOR POR EL ORIFICIO SUBORBITARIO. DEL SUELO DE ESTÉ CONDUCTO DESCENDE HACIA LOS DIENTES ANTERIORES, Y LABRANDO EN EL ESPESOR DEL HUESO EL CONDUCTO ALVEOLAR ANTERIOR POR EL QUE LLEGAN VASOS Y NERVIOS.

SENO MAXILAR O CUEVA DE HIGMORO.- ASÍ SE LE LLAMA A LA GRAN CAVIDAD LABRADA EN EL ESPESOR DE HUESO QUE REPRODUCE SU MISMA FORMA. SE ABRE POR EL GRAN ORIFICIO DESCRITO EN LA CARA NASAL. ENVÍA PROLONGACIONES MÁS O MENOS GRANDES HACIA EL INTERIOR DE LAS APÓFISIS FRONTAL, PALATINA, PIRAMIDAL Y ALVEOLAR. ESTA ÚLTIMA QUEDA EN UN PLANO INFERIOR AL SENO MAXILAR, Y POR ESO, SI SE COLECCIONA PUS EN EL SENO SERÁ MUY DIFÍCIL EL DESAGÜE ESPONTÁNEO. LAS RAÍCES DE LOS MOLARES Y EL CONDUCTO SUBORBITARIO FORMAN RELIEVE EN LA LUZ DEL SENO, Y SÓLO ESTAN SEPARADAS DE ELLA POR UNA LÁMINA ÓSEA MUY FINA LO QUE FACILITA LA INFECCIÓN DEL SENO EN LAS AFECCIONES DENTARIAS.

MANDIBULA

FORMA PO SÍ SÓLO EL MACIZO FACIAL INFERIOR Y ES EL ÚNICO HUESO QUE SE UNE POR MEDIO DE UNA DOBLE DIARTROSIS CON DOS HUESOS DEL CRÁNEO (LOS DOS TEMPORALES), POR LO TANTO, ES EL ÚNICO HUESO DE LA CABEZA CAPAZ DE REALIZAR AMPLIOS MOVIMIENTOS.

LA MANDÍBULA ES UN HUESO IMPAR Y MEDIO, PODEMOS DISTINGUIR EN ÉL UN CUERPO Y DOS RAMAS.

EL CUERPO ES EN FORMA DE ARCO, CÓNCAVO EN DIRECCIÓN DORSAL. LA CARA EXTERNA O SUPERFICIAL, ES CONVEXA EN DIRECCIÓN TRANSVERSAL, ESTÁ LÍMITADA CAUDALMENTE POR EN BORDE REDONDEADO LLAMADO BASE MANDIBULAR. EL LÍMITE CRANEAL LO FORMA EL BORDE ALVEOLAR, ASÍ LLAMADO POR PRESENTAR LOS ALVÉOLOS, EN LOS QUE SE IMPLANTAN LOS DIENTES INFERIORES. LAS RAÍCES DE ESTOS DIENTES FORMAN RELIEVES EN LA CARA SUPERFICIAL DE LA MANDÍBULA. EN LA LÍNEA MEDIA DE ESTA CARA ENCONTRAMOS EL TRIGONO MENTONIANO - LÍMITADO EN SUS EXTREMOS LATERALES POR LAS EMINENCIAS MENTONIANAS. EL TRIGONO MENTONIANO TIENE UN LIGERO RELIEVE QUE CORRESPONDE A LA LÍNEA MEDIA: ES LA SÍNFISIS MENTONIANA, VESTIGIO DE LA SOLDADURA DE LOS DOS HUESOS PRIMITIVOS. DE CADA LADO DE LOS TUBERCULOS MENTONIANOS SALE LA LÍNEA OBLICUA, QUE CRUZA EN DIAGONAL LA CARA DEL HUESO Y TERMINA EN EL BORDE VENTRAL DE LAS RAMAS; A SU LARGO SE INSERTAN MÚSCULOS FACIALES. SOBRE LA LÍNEA OBLICUA Y A LA ALTURA DEL PRIMERO O SEGUNDO -- PREMOLAR ENCONTRAMOS EL AGUJERO MENTONIANO, ORIFICIO DE SALIDA DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR. LA CARA INTERNA O PROFUNDA MUESTRA, EN LA LÍNEA MEDIA CUATRO PEQUEÑAS EMINENCIAS, LAS APÓFISIS GENI : DOS CRANEALES UN POCO MAYORES, PARA LOS MÚSCULOS GENIOGLOSOS Y DOS CAUDALES MÁS REDUCIDAS PARA LOS GENIOHI- OIDEOS. DE LA PARTE LATERAL DE LAS APÓFISIS GENI CAUDALES - PARTE LA LÍNEA MOLOHIOIDEA, QUE CRUZA OBLICUAMENTE LA CARA DE LA MANDÍBULA EN DIRECCIÓN AL BORDE VENTRAL DE LAS RAMAS; PRES

TA INSERCIÓN AL MÚSCULO MILOHIOIDEO.

CRANEAL Y CAUDALMENTE A LA LÍNEA MILOHIOIDEA, EL HUESO ES LIGERAMENTE CÓNCAVO Y ESTÁ EN RELACIÓN CON LAS GLÁNDULAS SUBLINGUAL Y SUBMAXILAR, FOSILLAS SUBLINGUAL Y SUBMAXILAR. CERCA DEL BORDE CAUDAL Y A LOS LADOS DE LA LÍNEA MEDIA, SE ENCUENTRAN LAS FOSILLAS DIGÁSTRICAS; PEQUEÑAS DEPRESIONES PARA LA INSERCIÓN DEL MÚSCULO DIGÁSTRICO DE LA MANDÍBULA.

LAS RAMAS DE LA MANDÍBULA SON DOS RAMAS RECTANGULARES MÁS DELGADAS QUE EL CUERPO, CON EL QUE FORMA UN ÁNGULO MAYOR DE 90° . LA CARA LATERAL DE LAS RAMAS POSEE, SOBRE TODO CERCA DEL ÁNGULO, UNAS RUGOSIDADES Y RELIEVES, TUBEROSIDAD MASETERICA, PARA LA INSERCIÓN DEL MÚSCULO MASETERO. AL MISMO NIVEL PRESENTA LA CARA MEDIAL LA TUBEROSIDAD PTERIGOIDEA PARA LA INSERCIÓN DEL PTERIGOIDEO MEDIAL. CASI EN EL CENTRO DE ESTÁ CARA SE ENCUENTRA EL AGUJERO MANDIBULAR, ORIFICIO DE ENTRADA AL CONDUCTO DENTARIO. VENTRALMENTE EL ORIFICIO ESTA LÍMITADO POR LA ESPINA DE SPIX (LINGULA MANDIBULAR), LAMINILLA ÓSEA TRIANGULAR DE VÉRTICE CRANEAL, DONDE SE INSERTA EL LIGAMENTO ESFENOMAXILAR. DEL ORIFICIO MANDIBULAR PARTE EN DIRECCIÓN CAUDAL, UN CANAL ÓSEO POCO PRONUNCIADO, HUELLA DEL NERVIIO MILOHIOIDEO Y QUE PUEDE TRANSFORMARSE PARCIALMENTE EN CONDUCTO POR UNA LAMINILLA ÓSEA.

EL BORDE CRANEAL DE LAS RAMAS PRESENTA DOS ROBUSTAS APÓFISIS UNA DORSAL O ARTICULAR Y OTRA VENTRAL O MUSCULAR. EL DESARROLLO DE ESTA ÚLTIMA SE DEBE AL ROBUSTO MÚSCULO TEMPORAL QUE EN ELLA SE INSERTA; LA PORCIÓN QUE SEPARA AMBAS APÓFISIS ES

LA ESCOTADURA SIGMOIDEA, POR LA QUE PASAN EL NERVIYO Y LOS VASOS MASETERINOS. LA APÓFISIS ARTICULAR LLEVA LA SUPERFICIE ARTICULAR PARA EL TEMPORAL Y SE LLAMA CÓNDILO DE LA MANDÍBULA, EL CUAL SE ENCUENTRA SEPARADO DEL RESTO DE LA APÓFISIS POR -- UNA PORCIÓN MÁS ESTRECHA O CUELLO. EN LA PARTE MEDIAL DE ESTE EXISTE LA FOSILLA PTERIGOIDEA, LIGERA DEPRESIÓN PARA LA INSERCIÓN DEL MÚSCULO PTERIGOIDEO LATERAL. EL CÓNDILO ES CONVEXO - EN TODAS DIRECCIONES Y SOBRESALE MÁS POR DENTRO QUE POR FUERA DE LA RAMA MANDIBULAR. LA APÓFISIS MUSCULAR TAMBIÉN LLAMADA - APÓFISIS CORONOIDES, ES UNA LÁMINA TRIANGULAR, SOBRE CUYA CARA MEDIAL Y BORDE VENTRAL SE INSERTA EL MÚSCULO TEMPORAL; ESTE ÚLTIMO BORDE SE CONTINUA CON EL DE LA RAMA, Y EN DIRECCIÓN CAUDAL, CON LAS LÍNEAS OBLICUAS Y MIOHIOIDEAS, ENTRE LAS QUE QUEDA LÍMITADO UN CANAL, QUE A NIVEL DE SU UNIÓN CON EL BORDE ALVEOLAR, SE CONTINUA CON UNA SUPERFICIE TRIANGULAR COLOCADA DORSALMENTE AL ÚLTIMO MOLAR: ES EL ESPACIO RETROMOLAR. ESTE - SERÍA ALGO MAYOR A LA DERECHA QUE A LA IZQUIERDA, POR LO QUE EN ESTE LADO, SERÍAN MÁS FRECUENTES LOS ACCIDENTES RELACIONADOS CON LA ERUPCIÓN DEL ÚLTIMO MOLAR, POR DISPONER DE MENOS - ESPACIO EN EL LADO IZQUIERDO. EL BORDE DORSAL DE LAS RAMAS ES EDONDEADO, E INCURVADO Y POR RELACIONARSE CON LA PARÓTIDA SE LE LLAMA BORDE PAROTIDEO. LA UNIÓN DE ESTE BORDE CON LA BASE DEL CUERPO ES EL ÁNGULO MANDIBULAR O GONIÓN DE 120° EN EL ADULTO. ES UNA DE LAS PARTES MÁS ROBUSTAS DEL HUESO, POR LLEGAR HASTA ÉL, LAS TUBEROSIDADES MASETERICAS Y PTERIGOIDEAS.

CONDUCTO DENTARIO. LA MANDÍBULA TIENE LA ESTRUCTURA DE LOS HUSOS PLANOS, ESTANDO FORMADA POR DOS LÁMINAS DE TEJIDO COMPACTO, ENTRE LAS QUE EXISTE TEJIDO ESPONJOSO, SE ENCUENTRA ATRAVESADA POR EL CONDUCTO DENTARIO MANDIBULAR, EL CUAL COMIENZA EN LA CARA MEDIAL DE LA RAMA POR EL ORIFICIO DENTARIO COLocado EN LA PARTE MEDIA DE ESTÁ RAMA, LÍMITADO VENTRALMENTE CON LA ESPINA DE SPIX. ESTE ORIFICIO TIENE DE 6 A 8 MM, DE DIÁMETRO. EL CONDUCTO SE DIRIGE OBLICUAMENTE, EN EL ESPESOR DEL HUESO, EN DIRECCIÓN CAUDAL-VENTRAL, E INCURVÁNDOSE, SIGUE PARALELAMENTE, A UN CENTÍMETRO DE LA BASE DE LA MANDÍBULA HASTA CERCA DEL AGUJERO MENTONIANO, Y AQUÍ SE DIVIDE EN DOS RAMAS, UNA QUE SALE AL EXTERIOR O POR EL MENCIONADO ORIFICIO, QUE ES EL CONDUCTO MENTONIANO Y OTRA QUE SE CONTINÚA HACIA LA LÍNEA MEDIA O CONDUCTO INCISIVO. EN SU TRAYECTO POR DEBAJO DEL BORDE ALVEOLAR SALEN DEL CONDUCTO, EN DIRECCIÓN ASCENDENTE FINOS CANALÍCULOS ALVEOLARES DESTINADOS A LAS RAÍCES DE LOS MOLARES Y PREMOLARES, EL CONDUCTO DENTARIO, QUE SÓLO TIENE DE 2 A 3 MM, DE DIÁMETRO, GUARDA CASI EL MISMO CALIBRE EN TODO SU TRAYECTO, QUE SE DIVIDE EN CONDUCTO MENTONIANO E INCISIVO; EL PRIMERO, DEL MISMO CALIBRE QUE EL DENTARIO, EL SEGUNDO MUCHO MÁS PEQUEÑO, SIGUE HASTA CERCA DE LA LÍNEA MEDIA Y ABANDONA LOS CANALÍCULOS ALVEOLARES DEL CANINO E INCISIVOS.

EL CONDUCTO DENTARIO SE ENCUENTRA LÍMITADO POR UNA FINA CAPA DE TEJIDO COMPACTO RODEADO DE ESPONJOSO.

IRRIGACION E INERVACION DE MAXILARES Y MANDIBULA

LA IRRIGACIÓN DE LA MANDÍBULA Y MAXILARES ESTA DADA POR LA ARTERÍA MAXILAR INTERNA RAMA TERMINAL DE LA CAROTIDA EXTERNA. Y LA INERVACIÓN ESTA DADA POR LA SEGUNDA Y TERCERA RAMA DEL TRIGÉMINO.

IRRIGACION.- LAS RAMAS DESCENDENTES DE LA MAXILAR INTERNA SON CINCO Y ENTRE ELLAS SE ENCUENTRA LA DENTARIA INFERIOR, QUE SE ORIGINA A LA ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO, DESCENDIENTE HACIA ABAJO Y AFUERA, PENETRA AL CONDUCTO DENTARIO POR ÉL CORRE EN TODA SU EXTENCIÓN HASTA SALIR POR EL AGUJERO MENTONIANO Y TERMINA EN LAS PARTES BLANDAS DEL MENTÓN. EN SU TRAYECTO PRODUCE DIVERSOS RAMOS COMO LA RAMA PTERIGOIDEA, PARA EL PTERIGOIDEO INTERNO; LA RAMA MILOHIOIDEA, QUE NACE AL NIVEL DEL ORIFICIO SUPERIOR DEL CONDUCTO DENTARIO, CORRE POR EL CANAL MILOHIOIDEO Y TERMINA EN EL MÚSCULO DEL MISMO NOMBRE; LAS RAMAS DENTARIAS ALCANZAN EL ÁPICE DE LAS PIEZAS DENTARIAS, CORREN POR SU CONDUCTO ÁPICAL Y VAN A DISTRIBUIRSE EN SU PULPA DENTARIA, EMITIENDO ANTES RAMITAS PARA EL COJINETE ÁPICAL Y EL LIGAMENTO PIRAMIDAL; POR ÚLTIMO, LA RAMA INCISIVA CONTINÚA LA DIRECCIÓN DE LA ARTERÍA E IRRIGA LOS DOS INCISIVOS Y EL CANINO CORRESPONDIENTE. OTRA DE LAS RAMAS DESCENDENTES ES LA ARTERÍA MASETERINA, QUE SE DIRIGE HACIA BAJO Y AFUERA, PASA CON EL NERVI^O MASETERINO POR LA ESCOTADURA SIGMOIDEA Y SE DISTRIBUYE EN LA CARA PROFUNDA DEL MASETERO. LA ARTERÍA BUCAL CORRE HACIA ABAJO Y AFUERA JUNTA CON EL NERVI^O BUCAL Y ALCANZA LA

CARA EXTERNA DEL BUCCINADOR, DONDE TERMINA. LAS ARTERÍAS PTERIGOIDEAS VAN A IRRIGAR LOS MÚSCULOS PTERIGOIDEOS. FINALMENTE LA ARTERÍA PALATINA SUPERIOR O DESCENDENTE SE DIRIGE HACIA ABAJO Y CORRE A LO LARGO DEL CONDUCTO PALATINO POSTERIOR; AL SALIR, SE CURVA HACIA ADELANTE PARA LLEGAR AL CONDUCTO PALATINO ANTERIOR, DONDE SE ANASTOMOSA CON LA ESFENOPALATINA, EMITIENDO CON ANTERIORIDAD RAMAS QUE IRRIGAN A LA MUCOSA GINGIVAL Y PALATINA, ASÍ COMO LA BÓVEDA PALATINA.

LAS RAMAS ANTERIORES SON: LA ARTERÍA ALVEOLAR QUE CAMINA HACIA LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR SUPERIOR, DONDE SE DIVIDE EN TRES RAMAS QUE PENETRAN EN LOS CONDUCTOS DENTARIOS POSTERIORES Y VAN A TERMINAR A LOS GRUESOS MOLARES; Y LA INFRAORBITARIA, LA CUAL NACE ANTES QUE LA MAXILAR INTERNA PENETRE AL TRANSFONDO DE LA FOSA PTERIGOMAXILAR; SE INTRODUCE LUEGO EN EL CONDUCTO INFRAORBITARIO HASTA SALIR POR EL AGUJERO SUBORBITARIO, E IRRIGA EL PÁRPADO INFERIOR, LA PARTE ANTERIOR DE LA MEJILLA Y LABIO SUPERIOR. EN SU TRAYECTO EMITE UNA RAMA ORBITARIA QUE DESPUÉS DE INTRODUCIRSE EN LA ÓRBITA, SE PIERDE EN LA GLÁNDULA LAGRIMAL; RAMOS MUCOSOS AL SENO MAXILAR, Y UNA RAMA DENTARIA ANTERIOR QUE RECORRE EL CONDUCTO DENTARIO ANTERIOR, DANDO RAMAS A LOS INCISIVOS SUPERIORES.

INERVACION.- EL MAXILAR Y LA MANDÍBULA ESTAN INERVADOS POR LA RAMA MAXILAR Y MANDIBULAR DEL QUINTO PAR CRANEAL (TRIGÉMINO).

LA RAMA MAXILAR SE ORIGINA EN EL GANGLIO SEMILUNAR, PASA,-

HORIZONTALMENTE, HACIA DELANTE Y SALE DEL CRÁNEO POR AGUJERO REDONDO. ATRAVIESA LA FOSA PTERIGOPALATINA Y ENTRA EN LA ÓRBITA POR ENTRE LA FISURA ORBITARIA INFERIOR, Y PASA POR EL SURCO Y EL CANAL INFRAORBITARIO, POR EL PISO DE LA ÓRBITA, SALE A LA CARA POR AGUJERO INFRAORBITARIO, DONDE SE SUBDIVIDE EN VARIAS RAMAS QUE VAN AL LADO DE LA NARIZ, AL PÁRPADO INFERIOR Y AL SUPERIOR, ANASTOMOSÁNDOSE CON FILAMENTOS DEL NERVIO FACIAL. DESDE LA PARTE DONDE EL NERVIO MAXILAR ENTRA DESDE EL CANAL INFRAORBITARIO, HASTA QUE SALE POR EL AGUJERO INFRAORBITARIO SE LE DA TAMBIÉN EL NOMBRE DE NERVIO INFRAORBITARIO.

EL NERVIO MAXILAR DA ORIGEN A CUATRO GRUPOS DE RAMAS. UN GRUPO EN EL CRÁNEO, Y SEGUNDO EN LA FOSA PTERIGOPALATINA, EL TERCERO EN EL CANAL INFRAORBITARIO Y EL CUARTO EN LA CARA. EN EL CRÁNEO, SOLAMENTE DA UNA RAMA, LA MENÍNGEA MEDIA. EN LA FOSA PTERIGOPALATINA DA TRES RAMAS QUE SON: LA CIGOMÁTICA, LA ESFENOPALATINA Y LA ALVEOLAR PÓSTERIOR.

LA RAMA SIGOMÁTICA COMIENZA EN LA FOSA PTERIGOPALATINA, ENTRE LA ÓRBITA Y SE DIVIDE, EN LA PARTE POSTERIOR DE AQUÉLLA EN DOS RAMAS: LA CIGOMÁTICO TEMPORAL Y LA CIGOMÁTICO-FACIAL.-

LA RAMA CIGOMÁTICO-TEMPORAL PASA POR LA PARED DE LA ÓRBITA EN LA FISURA QUE ESTÁ EN EL HUECO CIGOMÁTICO, DONDE SE COMUNICA CON LA RAMA LACRIMAL DEL OFTÁLMICO; DE AHÍ PASA A TRAVÉS DEL HUESO CIGOMÁTICO Y ENTRA EN LA FOSA TEMPORAL; ASCIENDE ENTONCES ENTRE EL HUESO Y EL MÚSCULO TEMPORAL, PENETRA POR ENTRE LA FACIA TEMPORAL, DONDE SE DISTRIBUYE A LA PIEL, QUE ESTÁ A UN LADO DE LA FRENTE.

LA RAMA SIGOMÁTICOFACIAL CORRE POR EL ÁNGULO INFERIOR DE LA ÓRBITA, SALE A LA CARA POR EL AGUJERO SITUADO EN EL HUESO CIGOMÁTICO E INERVA LA PIEL DE LA PROMINENCIA DE LA MEJILLA.

LA RAMA ALVEOLAR PÓSTEROSUPERIOR SALE DEL NERVIIO MAXILAR ANTES DE ENTRAR ÉSTE EN EL SURCO INFRAORBITARIO. DESCIENDE HACIA LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR , Y DA VARIAS RAMITAS QUE VAN A LAS ENCÍAS Y A LA MEMBRANA MUCOSA DEL CARILLO. DE AHÍ ENTRA EN LOS CANALES ALVEOLARES POSTERIORES, SITUADOS EN LA CARA INFRATEMPORAL DEL MAXILAR: PASA HACIA ADELANTE, DENTRO DEL HUESO, DONDE SE COMUNICA CON EL NERVIIO ALVEOLAR SUPERIOR Y MEDIO DANDO RAMAS QUE VAN A LA MEMBRANA MUCOSA DEL SENO MAXILAR Y TANTAS RAMITAS COMO RAÍCES TIENEN LOS MOLARES SUPERIORES. ESTAS PENETRAN EN LOS CANALES DE LAS REPETIDAS RAÍCES DE CADA MOLAR POR SUS AGUJEROS ÁPICALES.

EL NERVIIO INFRAORBITAL, AL ESTAR DENTRO DEL CANAL DA DOS RAMAS, LA ALVEOLAR SUPERIOR MEDIA Y LA ALVEOLAR ÁNTEROSUPERIOR.

LA RAMA ALVEOLAR SUPERIOR MEDIA CORRE HACIA ABAJO Y HACIA ADELANTE EN EL CANAL QUE ESTÁ SITUADO EN LA PARED DEL SENO MAXILAR. INERVA LOS DOS PREMOLARES SUPERIORES, POR MEDIO DE PEQUEÑAS RAMAS QUE ENTRAN EN LOS CANALES DE LOS PREMOLARES POR SUS RESPECTIVOS AGUJEROS ÁPICALES. ESTE NERVIIO FORMA UN PLEXO EN CIRCUITO CON LOS NERVIIOS ALVEOLARES ÁNTEROSUPERIORES Y PÓSTEROSUPERIORES.

LA RAMA ALVEOLAR ÁNTEROSUPERIOR, SE DESPRENDE DEL NERVIIO INFRAORBITARIO, INMEDIATAMENTE AL SALIR POR EL AGUJERO INFRA-

ORBITARIO, Y DESCIEENDE EN EL CANAL QUE ÉSTA EN LA PARED ANTERIOR DEL SENO MAXILAR, DIVIDIENDOSE DESPUÉS EN VARIAS RAMAS - QUE INERVAN A LOS INCISIVOS CENTRALES, LATERALES Y CANINOS SUPERIORES. FORMA PARTE DEL CIRCUITO, CON LA RAMA ALVEOLAR SUPERIOR MEDIA Y DA UNA RAMA NASAL QUE SE COMUNICA A LAS RAMAS NASALES DEL NERVIO ESFENOPALATINO. INERVA EL SUELO DE LA CAVIDAD NASAL Y LA MEMBRANA MUCOSA DE LA PARTE ANTERIOR DEL MEATO INFERIOR.

EL ÚLTIMO GRUPO DE RAMAS QUE DA EL NERVIO INFRAORBITARIO, - DESPUÉS DE HABER PASADO POR EL AGUJERO INFRAORBITARIO EN LA CARA, SON: LA PALPEBRAL INFERIOR, NASAL EXTERNA Y LABIAL SUPERIOR.

LA PALPEBRAL INFERIOR INERVA LA PIEL Y LA CONJUNTIVA DEL PÁRPADO INFERIOR; SE ANASTOMOSAN CON LOS NERVIOS FACIAL Y CIGOMÁTICOFACIAL.

LA NASAL EXTERNA ENERVA LA PIEL DEL LADO DE LA NARÍZ Y SE ANASTOMOSA CON LAS RAMITAS TERMINALES DEL NASOCILIAR (NASAL).

LAS RAMAS LABIALES SUPERIORES; INERVAN LA PIEL DEL LABIO SUPERIOR Y LA MEMBRANA MUCOSA DE LA BOCA. SE UNEN A ELLA INMEDIATAMENTE DEBAJO DE LA ORBITA, FILAMENTOS DEL NERVIO FACIAL, QUE JUNTOS FORMAN EL PREXO INFRAORBITARIO.

EL GANGLIO DE MECKEL, ES EL MAYOR DE LOS GANGLIOS SIMPÁTICOS ASOCIADOS CON LAS RAMAS DEL NERVIO TRIGÉMINO; ESTÁ COLOCADO PROFUNDAMENTE EN LA FOSA PTERIGOPALATINA, CERCA DEL AGUJERO ESFENOPALATINO. LO FORMAN DOS RAMAS SENSORIAS, MOTRICES Y SIMPÁTICAS. SU RAÍZ SENSORIA SE DERIVA DE ALGUNAS FIBRAS DE -

DOS RAMAS ESFENOPALATINAS DEL NERVIIO MAXILAR. SU RAÍZ MOTORA, QUE CONSTA, EN PARTES DE FIBRAS SIMPÁTICAS EFERENTES DE LA MÉDULA, Y SE DISTRIBUYE DENTRO DE LAS RAMAS PROFUNDAS DEL TRIGÉMINO, HASTA LA MEMBRANA MUCOSA DE LA NARÍZ, DEL PALADAR BLAN- DO, DE LAS AMÍGDALAS, LA ÚVULA, LOS LABIOS SUPERIORES, LAS EN- CÍAS Y LA PARTE SUPERIOR DE LA FARINGE. LA RAÍZ SIMPÁTICA SE DERIVA DEL PLEXO CAROTÍDEO A TRAVÉS DEL NERVIIO PETROSO PROFUN- DO.

LOS NERVIOS PETROSOS SUPERFICIAL MAYOR Y PETROSO PROFUNDO, SON LOS DOS NERVIOS QUE SE UNEN PARA FORMAR EL NERVIIO DEL CA- NAL PTERIGOIDEO ANTES DE ENTRAR AL GANGLIO. EL NERVIIO DEL CA- NAL PTERIGOIDEO PASA HACEA ADELANTE A TRAVÉS DEL CANAL PTERI- GOIDEO, Y AHÍ, SE LE UNE UNA PEQUEÑA RAMA ESFENOIDAL ASCENDEN- TE DEL GANGLIO ÓTICO, QUE ENTRAEN LA FOSA PTERIGOIDEA Y SE -- UNE AL ÁNGULO POSTERIOR DEL GANGLIO ESFENOPALATINO.

LA RAMA DE DISTRIBUCIÓN ES LA ORBITARIA, QUE ENTRA EN LA - ÓRBITA POR EL AGUJERO INFRAORBITARIO, INERVA EL PERIOSTIO Y, - PROBABLEMENTE LA MEMBRANA MUCOSA DE LOS SENOS ETMOIDALES POS- TERIORES Y ESFENOIDALES.

LOS NERVIOS PALATINOS SE PUEDEN DIVIDIR EN ANTERIORES, ME- DIOS Y POSTERIORES, LOS CUALES ESTAN DISTRIBUÍDOS DEN EL PALA- DAR BLANDO Y DURO, LAS AMÍGDALAS Y EN LA MEMBRANA MUCOSA DE - LA CAVIDAD NASAL. SIN EMBARGO, LA MAYOR PARTE DE SUS FIBRAS - PROVIENEN DE LAS RAMAS ESFENOPALATINAS DEL NERVIIO MAXILAR. LA RAMA PALATINA ANTERIOR INERVA LAS ENCÍAS, LA MUCOSA Y LAS -- GLÁNDULAS DEL PALADAR DURO, Y SE COMUNICA ADELANTE CON LOS FI

LAMENTOS NASALES DEL NERVIU PALATINO. EN EL CANAL PTERIGOPALATINO DE LAS RAMAS NASALES PÓSTERIORES, QUE ENTRAN EN LA CAVIDAD NASAL Y DA, AL SALIR DEL CANAL, OTRA RAMA QUE SE DISTRIBUYE EN EL PALADAR BL'ANDO.

LA RAMA PALATINA MEDIA DA OTRAS QUE VAN A LA ÚVULA, A LA AMÍGDALA Y AL PALADAR BL'NADO. LA PALATINA POSTERIOR SALE POR EL CANAL PTERIGOPALATINO E INERVA EL PALADAR BL'ANDO, LA AMÍGDALA Y LA ÚVULA. LAS RAMAS NASALES PÓSTEROSUPERIORES AYUDAN A INERVAR LA MEMBRANA MUCOSA DE LA NARIZ Y DE LAS SELDAS ETMOIDALES, Y PARTE DEL TABIQUE DE LA NARÍZ.

EL NERVIU NASOPALATINO ES LA RAMA MAYOR QUE PASA POR ENTRE LA NARÍZ Y DESCIENDE AL PALADAR POR EL CANAL INCISIVO. SE ANASTOMOSA CON EL NERVIU CORRESPONDIENTE DEL LADO OPUESTO Y CON EL NERVIU PALATINO ANTERIOR.

LA ÚLTIMA RAMA, O SEA LA FARÍNGEA, ES PEQUEPA Y SE DESPRENDE DE LA PARTE POSTERIOR DEL GANGLIO, YENDO A DISTRIBUIRSE A LA MEMBRANA MUCOSA DE LA PARTE NASAL DE LA FARINGE.

EL NERVIU MANDIBULAR, MAYOR RAMA DEL TRIGÉMINO, ESTÁ FORMADO POR DOS RAÍCES: LA GRAN RAMA SENSORIA, QUE SE DESPRENDE DEL ÁNGULO INFERIOR DEL GANGLIO SEMILUNAR, Y LA PEQUEÑA RAÍZ MOTORA QUE PASA DEBAJO DEL GANGLIO Y SE UNE CON LA RAÍZ SENSORIA INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE SALIR, ESTÁ POR EL AGUJERO OVAL

ESTÉ NERVIU SE DISTRIBUYE EN LOS DIENTES Y LAS ENCÍAS DE LA MANDÍBULA, EN LA PIEL DE LA REGIÓN TEMPORAL, LA OREJA, EL LABIO INFERIOR, LA PORCIÓN INFERIOR DE LA CARA, LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN Y EN LA MEMBRANA MUCOSA DE LOS DOS TERCIOS

ANTERIORES DE LA LENGUA.

EL NERVIU MANDIBULAR SE DIVIDE EN UN TRONCO ANTERIOR Y UN TRONCO POSTERIOR.

EL ANTERIOR ES EL MENOR Y RECIBE LA MAYOR PARTE DE FIBRAS DE LA RAÍZ MOTORA; INERVA LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN, LA PIEL, Y LA MEMBRANA MUCOSA DE LAS MEJILLAS. SUS RAMAS SON :- LA MASETERICA, LA TEMPORAL PROFUNDA, LA BUCCINATORIA Y LA PTERIGOIDEA EXTERNA.

LA RAMA MASETERICA PASA POR ENCIMA DE LA PTERIGOIDEA EXTERNA, ENFRENTA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y DETRÁS DEL TENDÓN DEL MÚSCULO TEMPORAL; ATRAVIEZA LUGO HACIA LA CARA PROFUNDA DEL MACETERO, EN EL CUAL SE RAMIFICAN CASI HACIA SU BORDE ANTERIOR. DA, ADEMÁS, UN FILAMENTO A LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

LA RAÍZ TEMPORAL PROFUNDA SE DIVIDE EN ANTERIOR Y POSTERIOR; PASA POR ENCIMA DEL BORDE SUPERIOR DEL PTERIGOIDEO EXTERNO Y ENTRA EN LA SUPERFICIE DEL MÚSCULO TEMPORAL.

LA RAMA BUCCINATORIA PASA HACIA DELANTE ENTRE LAS DOS RAMAS DEL MÚSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO, BAJA DESPUES HACIA LA PARTE INFERIOR DEL MÚSCULO TEMPORAL Y SALE DE DEBAJO DEL BORDE ANTERIOR DEL MACETERO; SE RAMIFICA EN LA CARA DEL BUCCINADOR Y SE UNE CON LAS RAMAS BUCALES DEL NERVIU FACIAL. AL PASAR POR EL PTERIGOIDEO EXTERNO, DEJA UNA PEQUEÑA RAMA PARA ESTE MÚSCULO; TAMBIEN INERVA LA PIEL DEL BUCCINADOR Y LA MUCOSA QUE LO CUBRE EN SU CARA INTERNA.

EL NERVIU PTERIGOIDEO EXTERNO INERVA EL MÚSCULO DEL MISMO-

NOMBRE, NACE JUNTO CON EL BUCCINADOR Y PENETRA EN LA CARA -
DEL MÚSCULO.

EL TRONCO POSTERIOR, EL MAYOR, ES SENSORIO EN SU MAYOR PARTE, SE DIVIDEN EN AURÍCULOTEMPORAL, LINGUAL Y DENTARIO INFERIOR.

LA RAMA AURÍCULOTEMPORAL, GENERALMENTE NACE DE DOS RAÍCES, CORRE HACIA ATRÁS POR DEBAJO DEL PTERIGOIDEO EXTERNO HACIA EL CUELLO DE LA MANDÍBULA Y AHÍ SE VUELVE HACIA ARRIBA ENTRE LAS OREJAS Y EL CÓNDILO DE LA MANDÍBULA, CUBIERTA POR LA GLÁNDULA PARÓTIDA, SALE DE DEBAJO DE LA GLÁNDULA, ASCIENDE POR ENCIMA DEL ARCO CIGOMÁTICO Y SE DIVIDE EN LAS RAMAS TEMPORALES SUPERFICIALES, SE COMUNICA CON EL NERVIIO FACIAL Y CON EL GANGLIO ÓTICO; CON EL FACIAL, EN EL BORDE POSTERIOR DEL MASETERO Y -- CON EL GANGLIO ÓTICO Y SUS FILAMENTOS, CERCA DEL PUNTO DE ORIGEN DEL NERVIIO AURÍCULOTEMPORAL: SUS RAMAS SON: AURICULARES ANTERIORES, QUE VAN A LA PARTE FRONTAL DE LA AURÍCULA; LAS RAMAS DEL MEATO EXTERNO QUE, ENTRANDO EN EL MEATO, INERVA LA MUCOSA QUE LO CUBRE, MANDANDO OTRO FILAMENTO A LA MEMBRANA TIMPÁNICA; ARTICULARES, ESTAS RAMAS SON PEQUEÑOS FILAMENTOS QUE VAN A LA PARTE POSTERIOR DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR; PARÓTIDA, QUE INERVA LA GLÁNDULA PARÓTIDA Y LA TEMPORAL SUPERFICIAL QUE INERVA A LA PIEL DE LA REGIÓN TEMPORAL Y SE COMUNICA CON LOS NERVIOS FACIAL Y CIGOMÁTICO TEMPORAL.

EL NERVIIO LINGUAL INERVA LA MEMBRANA MUCOSA DE LOS DOS TERCIOS ANTERIORES DE LA LENGUA. EN SU ORIGEN, ESTÁ SITUADO DEBAJO DEL PTERIGOIDEO EXTERNO Y DE ENFRENTA DEL NERVIIO ALVEOLAR

INFERIOR. PASA LUEGO ENTRE EL PTERIGOIDEO INTERNO Y LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA, CRUZA OBLICUAMENTE AL LADO DE LA LENGUA Y, FINALMENTE, SIGUE EL CURSO DEL CONDUCTO DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR Y A LO LARGO DE LA LENGUA, HASTA LLEGAR A LA PUNTA.

EL NERVI^U DENTARIO INFERIOR, DESCIENDE DE DEBAJO DEL PTERIGOIDEO EXTERNO A LO LARGO DE LA CARA INTERNA DE LA RAMA DE LA MANDÍBULA, HASTA LLEGAR AL AGUJERO MANDIBULAR. ENTRANDO EN EL CANAL MANDIBULAR, CORRE HACIA LA BASE DE LA RAMA, DONDE SE VUELVE DIRECTAMENTE HACIA DELANTE, EN EL CUERPO DE LA MANDÍBULA Y POR DEBAJO DE LOS ÁPICES DE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES INFERIORES HASTA LLEGAR AL AGUJERO MENTONIANO, EN LA REGIÓN SITUADA ENTRE LOS DOS PREMOLARES INFERIORES, DONDE SE DIVIDE EN DOS RAMAS TERMINALES: LA MENTONIANA QUE SALE DE LA MANDÍBULA POR EL AGUJERO MENTONIANO Y LA INCISIVA, QUE CONTINÚA DENTRO DEL CUERPO DE LA MANDÍBULA, HASTA LA SÍNFISIS, DONDE SE ANASTOMOSA CON LA RAMA INCISIVA DEL OTRO LADO. ANTES DE ENTRAR EL NERVI^U DENTARIO INFERIOR EN EL AGUJERO MANDIBULAR, DE LA RAMA MILOHIOIDEA QUE INERVA EL MÚSCULO DEL MISMO NOMBRE Y PARTE DEL DIGÁSTRICO. EN EL CUERPO DE LA MANDÍBULA, EL NERVI^U MANDIBULAR DA TANTAS RAMAS COMO RAÍCES QUE TIENEN LOS MOLARES Y PREMOLARES INFERIORES.

LA RAMA INCISIVA INERVA LOS DIENTES ANTERIORES INFERIORES. EL NERVI^U MENTONIANO VA A DAR A LA PIEL Y A LA MEMBRANA MUCOSA DEL LADO INFERIOR.

CAPITULO II

GENERALIDADES DE LOS DIENTES RETENIDOS

DEFINICION

SE DENOMINAN DIENTES RETENIDOS O INCLUIDOS A AQUELLOS QUE UNA VEZ LLEGADA LA ÉPOCA NORMAL DE SU ERUPCIÓN QUEDAN ENCERRADOS DENTRO DE LOS MAXILARES, MANTENIENDO LA INTEGRIDAD DE SU SACO PERICORONARIO FISIOLÓGICO.

LA RETENCIÓN DENTARIA PUEDE PRESENTARSE EN DOS FORMAS: EL DIENTE ESTA COMPLETAMENTE RODEADO POR TEJIDO ÓSEO (RETENCIÓN INTRAÓSEA) O EL DIENTE ESTA CUBIERTO POR MUCOSA GINGIVAL (RETENCIÓN SUBGINGIVAL).

ETIOLOGIA

SEGÚN WAITE EXISTEN TRES TEORIAS, QUE SON: LA ORTODONTICA, LA FILOGENÉTICA Y LA MENDELIANA.

ORTODONTICA.- YA QUE EL CRECIMIENTO NORMAL DE LA MANDÍBULA Y EL MOVIMIENTO DE LOS DIENTES SE HACEN EN UNA DIRECCIÓN ANTERIOR; CUALQUIER COSA QUE INTERFIERA CON TAL DESARROLLO, CAUSA RÁ INCLUSIÓN DENTAL.

OCASIONALMENTE, UNA PÉRDIDA TEMPRANA DE LOS DIENTES DESIDUA LES PUEDE CAUSAR UNA RETENCIÓN DEL DESARROLLO DE LA MANDÍBULA Y/O UNA POSICIÓN INADECUADA DE LOS DIENTES PERMANENTES, DANDO POR RESULTADO INCLUSIONES DENTARIAS.

FILOGENETICA.- LA NATURALEZA TRATA DE ELIMINAR AQUELLO QUE NO SE UTILIZA Y NUESTRA CIVILIZACIÓN CON SUS HÁBITOS NUTRICIONALES CAMBIANTES, PRACTICAMENTE HA ELIMINADO LA NECESIDAD HUMANA PARA TENER MANDIBULAS GRANDES Y PODEROSAS.

MENDELIANA.- EN FORMA HEREDITARIA SE TRANSMITE LA MANDÍBULA PEQUEÑA DE UNO DE LOS PADRES Y DIENTES DEL OTRO.

SEGÚN HARCHER EXISTEN CAUSAS LOCALES Y GENERALES:

CAUSAS LOCALES

- 1) IRREGULARIDAD EN LA POSICIÓN Y PRESIÓN DE UN DIENTE ADYACENTE.
- 2) LA DENSIDAD DEL HUESO QUE LO CUBRE.
- 3) INFLAMACIONES CRÓNICAS CONTINUADAS CON SU RESULTANTE.
- 4) UNA MEMBRANA MUCOSA MUY DENSA.
- 5) FALTA DE ESPACIO EN MAXILARES POCO DESARROLLADOS.
- 6) INDEVIDA RETENCIÓN DE LOS DIENTES PRIMARIOS.
- 7) PÉRDIDA PREMATURA DE LA DETENCIÓN PRIMARIA.
- 8) ENFERMEDADES ADQUIRIDAS TALES COMO NECROSIS DEBIDA A INFECCIÓN O ABSCESOS.
- 9) CAMBIOS INFLAMATORIOS EN EL HUESO POR ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS EN LOS NIÑOS.

CAUSAS GENERALES O SISTEMICAS

A) CAUSAS PRENATALES:

- 1) HERENCIA
- 2) MEZCLA DE RAZAS

B) CAUSAS POSNATALES: TODAS LAS CAUSAS QUE PUEDEN INTERFERIR EN EL DESARROLLO DEL NIÑO TALES COMO:

- 1) RAQUITISMO
- 2) ANEMIA
- 3) SÍFILIS CONGÉNITA
- 4) TUBERCULOSIS
- 5) DISENDOCRINEAS
- 6) DESNUTRICIÓN

C) CONDICIONES RARAS:

- 1) DISITOSIS CLEIDOCRANEAL
- 2) OXICEFALIA
- 3) PROGERÍA
- 4) ACRONDPLASIA
- 5) PALADAR FISURADO.

1) DISOSTOSIS CLEIDOCRANEAL

ES UNA CONDICIÓN CONGÉNITA MUY RARA, EN LA CUAL HAY OSIFICACIÓN DEFECTUOSA DE LOS HUESOS CRANEALES, AUSENCIA COMPLETA O PARCIAL DE LAS CLAVICULAS, RECAMBIO DENTARIO RETARDADO, DIENTES PERMANENTES NO ERUPCIONADOS Y DIENTES SUPERNUMERARIOS - RUDIMENTARIOS.

2) OXICEFALIA

ES LA LLAMADA (CABEZA CÓNICA), EN LA CUAL LA PARTE SUPERIOR DE LA CABEZA ES PUNTIAGUDA.

3) PROGERIA

REPRESENTA ENVEJECIMIENTO PREMATURO. ES UNA FORMA DE INFANTILISMO CARACTERIZADA POR ESTATURA PEQUEÑA, AUSENCIA DE VELLO FACIAL Y PÚBICO, PIEL ARRUGADA, CABELLO GRIS, Y EL ASPECTO FACIAL, ACTITUDES Y MARCHAS DEL ANCIANO.

4) ACONDROPLASIA

ES UNA ENFERMEDAD DEL ESQUELETO, QUE EMPIEZA EN LA VIDA FETAL Y PRODUCE UNA FORMA DE ENANISMO. EN ESTAS CONDICIONES EL CARTÍLAGO NO SE DESARROLLA NORMALMENTE.

5) PALADAR FISURADO

ES UNA DEFORMIDAD MANIFIESTA POR UNA FISURA CONGÉNITA EN LA LÍNEA MEDIA.

LAS MISMAS CAUSAS LOCALES O GENERALES PUEDEN SER EL FACTOR ETIOLÓGICO DE DIENTES EN MALA POSICIÓN O NO ERUCCIONADOS.

FRECUENCIA

SEGÚN LA ESTADÍSTICA DE BERTEN- CIESZYMSKI, LA FRECUENCIA QUE CORRESPONDE A LOS DIENTES RETENIDOS ES LA SIGUIENTE:

TERCER MOLAR INFERIOR	35.0 %
CANINO SUPERIOR	34.0 %
TERCER MOLAR SUPERIOR	9.0%
SEGUNDO. PREMOLAR INFERIOR	5.0%
CANINO INFERIOR	4.0%
INCISIVO CENTRAL SUPERIOR	4.0%

SEGUNDO PREMOLAR SUPERIOR	3.0%
PRIMER PREMOLAR INFERIOR	2.0%
INCISIVO LATERAL SUPERIOR	1.5%
INCISIVO LATERAL INFERIOR	0.8%
PRIMER PREMOLAR SUPERIOR	0.8%
PRIMER MOLAR INFERIOR	0.5%
SEGUNDO MOLAR INFERIOR	0.5%
PRIMER MOLAR SUPERIOR	0.4%
INCISIVO CENTRAL INFERIOR	0.4%
SEGUNDO MOLAR SUPERIOR	0.1%

COMPLICACIONES ORIGINADAS POR LOS DIENTES RETENIDOS

COMPLICACIONES MECANICAS

A) TRANSTORNOS 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 AÚN TRANSTORNOS A DISTANCIA, COMO EL QUE PRODUCE EL TERCER MOLAR SOBRE EL CANINO E INCISIVOS, A LOS CUALES DESVÍA DE SU NORMAL DIRECCIÓN, PRODUCIENDO ENTRECRUZAMIENTO DE LOS DIENTES.

B) TRANSTORNOS SOBRE LA INTEGRIDAD ANATÓMICA DEL DIENTE. - LA CONSTANTE PRESIÓN QUE EL DIENTE RETENIDO O SU SACO DENTARIO EJERSE SOBRE EL DIENTE VECINO, SE TRADUCE POR ALTERACIONES EN EL CENTRO, EN LA DENTINA Y AÚN EN LA PULPA DE ESTOS DIENTES.

C) TRASTORNOS PROTÉTICOS EN PACIENTES PORTADORES DE APARATOS DE PROTESIS ADVIERTEN QUE EN SUS CHAPAS BASCULAN EN SU BOCA Y NO SE ADAPTAN CON LA COMODIDAD EN QUE ESTABAN ACOSTUMBRADAS.

SINTOMAS NEUROLÓGICOS

LA COMPRESIÓN DEL NERVIIO DENTARIO INFERIOR POR UN MOLAR RETENIDO ORIGINA A VECES CIERTOS SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS, ENTRE ELLOS DOLOR, QUE EN OCACIONES ES REFERIDO A ZONAS INERVADAS POR CUALQUIER OTRA DE LAS RAMAS DEL QUINTO PAR CRANEAL O DE LOS NERVIOS QUE SE ANASTOMOSAN CON ÉL. EN INDIVIDUOS DE MENOS DE TREINTA AÑOS, ES EN QUIENES CON MAYOR FRECUENCIA SE PRODUCEN SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS, PORQUE LA PRESIÓN ES MÁS FRECUENTE QUE SE EJERSA DURANTE LA ETAPA DEL DESARROLLO DEL MOLAR; CUANDO LAS RAÍCES CRECEN SIN ERUPCIÓN COMPENSADORA DEL DIENTE RETENIDO. LA CAUSA DE LA IRRITACIÓN PUEDE SER TAMBIEN UN MOLAR QUE EN LUGAR DE HACER ERUPCIÓN A TRAVÉS DEL HUESO QUE LO CUBRE, LLEGA DETENERSE EN UN DIENTE CONTIGUO. LA FUERZA DE LAS TENTATIVAS PERIÓDICAS DE ERUPCIÓN POR DIENTES EN MAL POSICIÓN ORIGINA LOS SÍNTOMAS INTERMITENTES. DESPUÉS EN LA SUPERFICIE DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR PUEDEN EFECTUARSE PROCESOS DE RESORCIÓN QUE SON CAUSA DE PULPITIS. LA CARIES SE DESARROLLA TAMBIÉN EN DIENTES PARCIALMENTE BROTADOS Y AVECES SE EXTIENDE A LA PULPA DE INCLUSO EL TERCER MOLAR; LA PATOLOGÍA DE LA PULPA ES UNA DE LAS CAUSAS MÁS COMUNES DE DOLOR FACIAL Y REFLEJOS.

CEFALEAS FRONTALES Y OCCIPITALES Y UNA OSCURA E INDEFINI-

DA SENSACIÓN DE PRESIÓN SON LOS SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES QUE PUEDEN SUPRIMIR LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR CRIPTODONTICO, AUNQUE HABRA TAMBIÉN QUE DIAGNOSTICAR Y ELIMINAR OTRAS CAUSAS.

LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS PRODUCEN FRECUENTEMENTE OTALGÍA DE ORIGEN DENTAL, TINNITUS Y SE HAN REGISTRADO CASOS DE NEURALGÍA GLOsofaríngea CURADO POR LA EXTRACCIÓN DE ESTOS DIENTES.

EL ESTIMULO ORIGINADO POR UN MOLAR CRIPTODONTICO O PARCIALMENTE BROTADO, PUEDE EN ALGUNOS CASOS PRODUCIR IRRITABILIDAD, MAL HUMOR, DEPRSIÓN DE ANIMO, INSOMNIO Y TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA, ASÍ COMO PERTURBAR EL EQUILIBRIO PSÍQUICO EN LOS PACIENTES JOVENES.

FORMACION DE QUISTES

MUCHAS VECES EL FOLÍCULO DENTAL EN LOS DIENTES RETENIDOS FORMAN UN QUISTE, QUE SUELE HAYARSE SITUADO ALREDEDOR DE LA CORONA Y APARECE EN LA PLACA RADIOGRÁFICA, COMO UN PEQUEÑO QUISTE DE ERUPCIÓN INMEDIATAMENTE POR DEBAJO DE LA ENCIA. LA MEMBRANA ESTA ADHERIDA AL CUELLO DEL DIENTE. EN ALGUNOS CASOS LOS QUISTES ALCANSAN GRANDES MAGNITUDES Y PUEDEN SER DENTIGEROS (ENCERRANDO LA CORONA) O PARODÓNTICOS (DESARROLLADOS EN EL LADO DISTAL DEL DIENTE). LOS QUISTES DE ERUPCIÓN PASAN FRECUENTEMENTE INADVERTIDOS HASTA QUE LLEGAN A ADQUIRIR TALES DIMENSIONES QUE POR PRESIÓN DESVIAN LOS DIENTES A CONSIDERABLES DISTANCIAS.

COMPLICACIONES INFECCIOSAS

ESTOS ACCIDENTES ESTAN DADOS EN LOS DIENTES RETENIDOS, POR INFECCIÓN DE SU SACO PERICORONARIO, LA INFECCIÓN DE ESE SACO PUEDE ORIGINARSE POR DISTAS VÍAS Y MECANISMOS:

- A) AL HACER ERUPCIÓN EL DIENTE RETENIDO, EL SACO SE ABRE ESPONTÁNEAMENTE AL PONERSE EN CONTACTO CON EL MEDIO BUCAL.
- B) EL PROCESO INFECCIOSO PUEDE PRODUCIRSE COMO UNA COMPLICACIÓN ÁPICAL O PERIODONTICA DE UN DIENTE VECINO.
- C) LA INFECCIÓN DEL SACO PUEDE ORIGINARSE POR LA VÍA HEMÁTICA.

LA INFECCIÓN DEL SACO FOLICULAR SE TRADUCE POR PROCESOS DE DISTINTA ÍNDOLE: INFLAMACIÓN LOCAL, CON DOLOR Y SIN DOLOR, AUMENTO DE LA TEMPERATURA LOCAL, ABSCESOS Y FÍSTULAS, CONSIGUIENTE OSTEITIS Y OSTEOMELITIS, ADENOFLEMONES Y ESTADO SÉPTICO GENERAL.

CAPITULO III

CLASIFICACION

TERCER MOLAR INFERIOR

A.- RETENCIÓN DEL DIENTE CON RELACIÓN A LA RAMA ASCENDENTE -
DEL MAXILAR INFERIOR Y DEL SEGUNDO MOLAR.

CLASE I.- HAY SUFICIENTE ESPACIO ENTRE LA RAMA Y EL LADO DIS-
TAL DEL SEGUNDO MOLAR, PARA LA ACOMODACIÓN DEL DIÁ-
METRO MESIODISTAL DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR.

CLASE II.- EL ESPACIO ENTRE LA RAMA Y EL EXTREMO DISTAL DEL -
SEGUNDO MOLAR ES MENOR QUE EL DIÁMETRO MESIODISTAL
DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR.

CLASE III.- TODO O CASI TODO EL TERCER MOLAR ESTA LOCALIZADO -
EN LA RAMA ASCENDENTE.

B.- PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO:

POSICION A.- LA POSICIÓN MÁS ALTA DEL DIENTE ESTÁ AL NIVEL DE -
LA LÍNEA OCLUSAL O POR SOBRE ELLA.

POSICION B.- LA POSICIÓN MÁS ALTA DEL DIENTE ESTÁ POR DEBAJO -

DEL PLANO OCLUSAL PERO POR ENCIMA DE LA LÍNEA -
CERVICAL DEL SEGUNDO MOLAR.

POSICION C.- LA POSICIÓN DEL EJE LONGITUDINAL DEL TERCER MO--
LAR INFERIOR RETENIDO EN RELACIÓN CON EL EJE LON
GITUDINAL DEL SEGUNDO MOLAR (DE LA CLASIFICACIÓN
DE WINTER, PELL Y GREGORY).

- I.- VERTICAL
- II.- HORIZONTAL
- III.- INVERTIDO
- IV.- MESIOANGULAR
- V.- DISTOANGULAR
- VI.- VESTIBULOANGULAR
- VII.- LINGUOANGULAR

ESTOS PUEDEN PRESENTARSE EN:

- A) DESVIACIÓN VESTIBULAR
- B) DESVIACIÓN LINGUAL
- C) TORCIÓN.

CANINOS SUPERIORES

LA RETENCIÓN DE LOS CANINOS SUPERIORES. PUEDE PRESENTARSE-
DE DOS MANERAS, DE ACUERDO CON EL GRADO DE PENETRACIÓN DEL -
DIENTE EN EL TEJIDO ÓSEO.

RETENCIÓN INTRAÓSEA, CUANDO LA PIEZA DENTARIA ESTÁ POR -
ENTERO CUBIERTA DE HUESO, Y RETENCIÓN SUBGINGIVAL, CUANDO -

PARTE DE LA CORONA EMERGE DEL TEJIDO ÓSEO, PERO ESTA CUBIERTA DE FIBRA MUCOSA.

LOS CANONOS PUEDEN SER CLASIFICADOS DE ACUERDO:

- 1.- CON EL NÚMERO DE DIENTES RETENIDOS.
- 2.- CON LA POSICIÓN QUE ESTOS DIENTES PRESENTAN EN EL MAXILAR.
- 3.- CON LA PRESENCIA O AUSENCIA DE DIENTES EN LA ARCADA.

1.- LA RETENCIÓN PUEDE SER SIMPLE O DOBLE, PRESENTÁNDOSE AMBOS CANINOS RETENIDOS.

2.- CANINOS SITUADOS EN EL LADO PALATINO O SITUADOS EN EL LADO VESTIBULAR.

3.- CANINOS EN MAXILARES DENTADOS O EN MAXILARES DESDENTADOS.

CLASE I.- MAXILAR DENTADO, DIENTE UBICADO DEL LADO PALATINO. RETENCIÓN UNILATERAL: A) CERCA DE LA ARCADA DENTARIA; B) LEJOS DE LA ARCADA DENTARIA.

CLASE II.- MAXILAR DENTADO, DIENTES UBICADOS DEL LADO PALATINO. RETENCIÓN BILATERAL.

CLASE III.- MAXILAR DENTADO. DIENTE UBICADO DEL LADO VESTIBULAR. RETENCIÓN UNILATERAL.

CLASE IV.- MAXILAR DENTADO. DIENTES UBICADOS DEL LADO VESTIBULAR. RETENCIÓN BILATERAL.

CLASE V.- MAXILAR DENTADO. CANINOS VESTIBULO-PALATINOS -

(CON LA CORONA O RAÍZ HACIA EL LADO VESTIBULAR).

CLASE VI.- MAXILAR DENTADO. DIENTES UBICADOS DEL LADO PALATINO: A) RETENCIÓN UNILATERAL, B) RETENCIÓN BILATERAL.

CLASE VII.- MAXILAR DENTADO. DIENTES UBICADOS DEL LADO VESTIBULAR: A) RETENCIÓN UNILATERAL, B) RETENCIÓN BILATERAL.

TERCER MOLAR SUPERIOR

I.- PROFUNDIDAD RELATIVA DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES - RETENIDOS EN EL HUESO:

CLASE A.- LA POSICIÓN INFERIOR DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO, ESTÁ A NIVEL DEL PLANO OCLUSAL DEL SEGUNDO MOLAR.

CLASE B.- LA POSICIÓN INFERIOR DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO, ESTÁ ENTRE EL PLANO OCLUSAL DEL SEGUNDO MOLAR Y LA LÍNEA CERVICAL.

CLASE C.- LA PORCIÓN INFERIOR DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO, ESTÁ EN LA LÍNEA CERVICAL O POR DEBAJO DE ELLA.

II.- LA POSICIÓN DEL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE RETENIDO - EN RELACIÓN CON EL EJE LONGITUDINAL DEL SEGUNDO MOLAR:

- A) VERTICAL
- B) HORIZONTAL
- C) MESIOANGULAR
- D) DISTOANGULAR
- E) INVERTIDO
- F) VESTIBULO ANGULAR
- G) LINGUOANGULAR

ESTOS SUELEN PRESENTARSE SIMULTANEAMENTE EN :

- A) DESVIACIÓN VESTIBULAR
- B) DESVIACIÓN LINGUAL
- C) TORCIÓN.

III.- RELACIÓN DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO CON EL SENO MAXILAR.

APROXIMACIÓN SINUSAL (A.S.): NO HAY HUESO O HAY UNA PEQUEÑA LÁMINA DE HUESO, ENTRE EL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO Y EL SENO MAXILAR, CONOCIDA COMO APROXIMACIÓN SENO - MAXILAR

NO HAY APROXIMACIÓN SINUSAL (N.A.S.) HAY DOS MILIMETROS O MÁS DE HUESO, ENTRE EL TERCER MOLAR Y EL SENO MAXILAR, - CONOCIDA COMO NO APROXIMACIÓN SENO MAXILAR.

CANINOS INFERIORES

CLASE I .- MAXILAR DENTADO. RETENCIÓN UNILATERAL. DIENTE UBICADO EN EL LADO LINGUAL: A) POSICIÓN VERTICAL, B) POSICIÓN HORIZONTAL.

CLASE II .- MAXILAR DENTADO. RETENCIÓN UNILATERAL. DIENTE UBICADO EN EL LADO BUCAL: A) POSICIÓN VERTICAL, B) POSICIÓN HORIZONTAL.

CLASE III.- MAXILAR DENTADO. RETENCIÓN BILATERAL: A) DIENTES UBICADOS EN EL LADO LINGUAL POSICIÓN HORIZONTAL; POSICIÓN VERTICAL. B) DIENTES UBICADOS EN EL LADO BUCAL POSICIÓN HORIZONTAL; POSICIÓN VERTICAL.

CLASE IV .- MAXILAR DESDENTADO. RETENCIÓN UNILATERAL: A) POSICIÓN HORIZONTAL, B) POSICIÓN VERTICAL.

CLASE V .- MAXILAR DESDENTADO. RETENCIÓN BILATERAL: -
A) POSICIÓN HORIZONTAL, B) POSICIÓN VERTICAL.

CAPITULO IV

T R A T A M I E N T O

HISTORIA CLINICA

PASOS A SEGUIR EN LA ELABORACIÓN DE UNA HISTORIA CLÍNICA:
EL PRIMER PUNTO DE ESTÁ, ES LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PA-
CIENTE: NOMBRE DEL PACIENTE, EDAD, ESTADO CIVIL, DIRECCIÓN, O
CUPACIÓN Y LUGAR DE RESIDENCIA.

ANTECEDENTES FAMILIARES.- INVESTIGAR HACERCA DE LOS PADRES
CONYUGE, HIJOS, HERMANOS Y COLATERALES MÁS CERCANOS; SI HAN -
PADECIDO O PADECEN DE CÁNCER, DIABETES, TUMORACIONES, OBESI--
DAD, SÍFILIS, EPILEPSIA, TUBERCULOSIS, FIEBRE REUMÁTICA, CAR-
DIOPATIAS Y TRANSTORNOS MENTALES.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.- ENFERMEDADES PROPIAS
DE LA NIÑES, COMO: ESCARLATINA, TOS FERINA, PAROTIDITIS, DIS-
TERIA, POLIOMELITIS, FIEBRE REUMÁTICA, ARTRITIS, AMÍGDALITIS
FRECUENTES, COREA, EPATITIS, OTITIS, TUBERCULOSIS, NEUMONÍA,
PALUDISMO, CRISIS CONVULSIVAS, PARASITOSIS Y ENFERMEDADES VE-
NÉREAS. ASÍ COMO SI EXISTE HIPERSENSIBILIDAD BA ALGUN MEDICA-
MENTO.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.- INVESTIGAR SI LA
HAVITACIÓN ES BUENA O DEFICIENTE; TIPO DE ALIMENTACIÓN, HÁBI-
TOS (ALCOHOLISMO Y TABAQUISMO), HIGIENE PERSONAL, ESCOLARIDAD

SI PRÁCTICA ALGÚN DEPORTE Y QUE INMUNIZACIONES LE FUERON APLICADAS (D.T.P., B.C.G., ANTIVARIOLOSA, ANTIPOLIO).

PADECIMIENTO ACTUAL.- MOTIVO DE LA CONSULTA, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS PRINCIPALES (CÓMO, CUÁNDO Y DÓNDE), EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS, TIEMPO DE DURACIÓN DEL PADECIMIENTO, TERAPÉUTICA (MEDICAMENTO QUE TOMO Y DOSIS).

INTERVENCIONES QUIRURGICAS.- CAUSA, FECHA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

APARATO DIGESTIVO.- INVESTIGAR SI HAY PIROSIS, REGURGITACIONES, DOLOR, METEORISMOS, EMBORRAGÍA, VÓMITO, CONSTIPACION, PRURITO ANAL, DISFAGIA, NÁUSEAS, DIARREA, HEMATEMESIS U OTROS.

APARATO CARDIOVASCULAR.- INDAGAR SI HAY DISNEA, CEFALÉAS, CLAUDICACIÓN INTERMITENTE, EDEMA, ECUFENOS, PALPITACIONES, FOSFENOS, VARICES, LIPOTIMIAS U OTROS.

APARATO RESPIRATORIO.- AVERIGUAR SI HAY PRESENCIA DE RINORREA, TOS, AMÍGDALITIS, DOLOR TORACICO, DOLOR FACIAL, ESPECTORACIONES (COLOR Y CONSISTENCIA), FARINGITIS, EPIXTASIS, -

HEMOPTISIS, DISFONIA.

APARATO URINARIO.- SI HAY TRASTORNOS DE LA MICCIÓN, NÚMERO DE MICCIONES AL DÍA, MICTURIA, HEMATURIA, PIURIA U OTROS.

GENITALES MASCULINOS.- ALTERACIONES TESTÍCULARES O PENEA--NAS, ESCURRIMIENTO URETRAL U OTRAS.

GENITAL FEMENINO.- INVESTIGAR SU MENARCA, RITMO, SI HAY --PRESENCIA DE AMENORREA, DISMENORREA, MENORRAGIA, METRORRAGIA, TIPO DE FLUJO, PRURITO U OTROS.

SISTEMA MUSCULO-ESQUELETICO.- ALTRALGÍAS, MIALGÍAS, FRACTURAS, ESGUÍNCES.

SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS.- CEFALALGIAS, PERDIDA DEL CONOCIMIENTO, AMNESIA, TRASTORNOS DE LA CONDUCTA, INSOMNIO, IPERSOMNIO, PARÁLISIS, CONVULSIONES, TEMBLORES U OTROS.

OJOS. FENÓMENOS IRRITATIVOS, CONJUNTIVALES, TRASTORNOS DE AGUDEZA VISUAL, SI USA LENTES. OÍDOS: OTORREA, OTALGÍA, TINNITUS, HIPOACUSIA U OTROS. NARIZ: TRASTORNOS DEL OLFAO U OTROS.

PIEL Y ANEXOS.- ALERGÍAS, DERMATITIS, ALTERACIONES DE LOS ANEXOS U OTRAS.

SINTOMAS GENERALES.- ALTERACIONES DEL APETITO, POLIDIP-
CIA, HIPODINAMIA, DIAFORESIS, FIEBRE, ASTENIA, PÉRDIDA O
AUMENTO DE PESO.

EXPLORACION FISICA.

PESO, ESTATURA, TEMPERATURA, PRESIÓN ARTERIAL Y PULSO.

INSPECCION GENERAL.- CONSTITUCIÓN (ENDOMORFO, MESOMORFO,
ECTOMORFO), CONFORMACIÓN, MARCHA, FACIES.

CABEZA .- CRÁNEO; PELO (COLOR C.N. R. TIPO).

CARA .- PARÁLISIS, TIQUES, EDEMA.

OJOS .- (COLOR C.V.A.G.), CONJUNTIVAS, REFLEJOS (FOTOMOTOR,
MOTOMOTOR Y CONSENSUAL), DIPLOPIA, MOVIMIENTOS, ES-
TRABISMOS, NISTAGMO, AGUDESA VISUAL (O.D.E I).

NARIZ .- SECRESIÓN, OBSTRUCCIÓN, DESVIACIÓN DEL TABIQUE, A--
NOSMIA, PAROSMIA.

BOCA .- LABIOS: HIDRATACIÓN, COLOR, FORMA, FRENILLOS (POSI
CIÓN).

ENCÍAS: COLOR, FORMA, TEXTURA.

DIENTES: COLOR, FORMA, ESTADO DE LA SUPERFICIE (
DESCALSIFICACIÓN), CARIES, MAL OCLUSIÓN, DIENTES RE
TENIDOS, FRACTURAS U OTROS.

LENGUA: FORMA, TAMAÑO, ESTADO DE LA SUPERFICIE, FRE
NILLO.

AMÍGDALAS: ALTERACIONES DE TAMAÑO Y COLOR.

FARÍNGE : ALTERACIONES DE TIPO INFLAMATORIO.

CUELLO .- MOVIMIENTOS, PULSO CAROTIDEO, GANGLIOS, TIROIDES, -
YUGULARES.

TORAX .- MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS, VIBRACIONES BOCAL'ES, RUI-
DOS RESPIRATORIOS, ÁREA PRECORDIAL', RUIDOS CARDIA--
COS, FENÓMENOS AGREGADOS.

COLUMNA VERTEBRAL .- PARED ABDOMINAL', DOLOR, HERNIAS, TUMORA-
CIONES, PELVIS ÓSEA.

EXTREMIDADES .- ALTERACIONES ARTICULARES, EDEMA, REFLEJOS, DE
FORMACIONES, MOVIMIENTOS, VARICES, NÓDULOS PARA-AR-
TICULARES.

DIAGNOSTICO

PRONOSTICO.- EXCELENTE, BUENO, REGULAR, RESERVADO, MALO.

PLAN DE TRATAMIENTO.

EXAMENES DE GABINETE

CITOLOGIA HEMATICA

FORMULA ROJA

ERITROCITOS. VARÍAN DE 5 A 5.5 MILLONES POR MM^3 EN LA MUJER Y
DE 5.5 A 6.0 MILLONES POR MM^3 EN EL HOMBRE.

HEMOGLOBINA. VARÍA DE 14.5 A 15.5 POR 100 ML' EN LA MUJER Y DE

15.5 A 16.5 POR 100 ML EN EL HOMBRE.

HEMATÓCRITO. PAQUETE GLOBULAR POR CIENTO; VARÍAN DE 40 A 45% EN LA MUJER Y DE 45 A 52 % EN EL HOMBRE.

RETICULOCITO. AL NACIMIENTO CERCA DE 5 % Y A PARTIR DE LA SEGUNDA SEMANA DE 0.5 A 2.5.

PLAQUETAS. 150 - 400 MIL POR MM³.

FORMULA BLANCA

LEUCOCITOS. EN EL ADULTO DE 5.000 A 10.000 POR MM³.

NORMALES EN EL ADULTO.

MONOCITOS. DE 200 A 800 POR MM³.

LINFOCITOS. DE 1.000 A 4.000 POR MM³.

EOSINÓFILOS. DE 50 A 300 POR MM³.

BASÓFILOS. DE 0 A 100 POR MM³.

NEUTROFILOS:

SEGMENTADOS 2.500 A 6.000 POR MM³.

EN BANDA 0 A 500 POR MM³.

METAMIELOCITOS 0 A 50 POR MM³.

MIELOCITOS 0 POR MM³.

QUIMICA SANGUINEA

GLÚCOSA. DE 80 A 120 MG/100 ML.

UREA Y NITROGENO DE UREA. 21 A 32 MG/100 ML. COMO UREA. 10 A 15 MG/100 ML. COMO NITROGENO URÉTICO.

ACIDO ÚRICO. DE 3 A 6 MG/100 ML (EN SUERO).

CREATININA. DE 0.5 A 1.5 MG/100 ML (EN SUERO).

PROTEÍNAS PLASMÁTICAS. DE 6.3 A 8 G/100 ML.

TIEMPO DE SANGRADO: DE 1 A 3 MINUTOS MÉTODO DE DUKE).

TIEMPO DE COAGULACIÓN:

DE 5 A 8 MINUTOS (MÉTODO DE LEE Y WHITE).

DE 1 A 7 MINUTOS (MÉTODO DE TUBO DE CAPILAR).

DE 10 A 30 MINUTOS (MÉTODO DE HOWELL).

TIEMPO DE PROTOMBINA. DE 12 A 14 SEGUNDOS (MÉTODO DE QUICK).

GENERAL DE ORINA

COLOR. I, II, III EN LA ESCALA DE VOGEL.

ASPECTO. CRISTALINO U OPALESCENTE.

VOLUMEN. DE 800 A 1,600 ML POR 24 HORAS.

OSMOLARIDAD. DE 0.6 A 1.26 ES PROPORCIONAL AL CONTENIDO DE SÓLIDOS EN LA ORINA.

PH. 5.0 A 7.0.

EXAMEN QUIMICO

PROTEÍNA. 30 A 100 MG/24 HORAS (NEGATIVA).

GLÚCOSA. DE 100 A 400 MG/24 HORAS (NEGATIVA).

CUERPOS CETÓNICOS. MENOS DE 100 MG/HR (NEGATIVO).

HEMOGLOBINA. (NEGATIVA).

BILIRRUBINA. (NEGATIVA).

GENERAL DE HECES

PESO. NORMALMENTE SE ELIMINA ENTRE 80 Y 160 GRAMOS, DEPENDIENDO DE LA DIETA.

CONSTITUCIÓN. ESTAN INTEGRADAS DE 60 A 70 % DE AGUA Y DE 30 A 49 % DE SÓLIDOS OBTENIDOS AL DESECARLAS.

COLOR. NORMALMENTE ES CAFÉ.

CONSISTENCIA Y ASPECTO. SE PRESENTAN EN ESCÍBALOS DE CONSISTENCIA Y OLOR CARACTERÍSTICO NO OFENSIVO.

pH. OSCILA ENTRE 6 Y 7.

ESTUDIO CLINICO Y RADIOGRAFICO DE LOS DIENTES RETENIDOS

CANINOS SUPERIORES

EL DIAGNÓSTICO DE UN CANINO RETENIDO EN EL MAXILAR SUPERIOR, SU POSICIÓN, LA RELACIÓN CON LOS DIENTES VECINOS Y SU CLASIFICACIÓN, SE REALIZAN POR LOS MEDIOS CLÍNICOS DE LA INSPECCIÓN, LA PALPACIÓN Y EL EXAMEN RADIOGRÁFICO.

INSPECCION. - LA AUSENCIA DEL CANINO PERMANENTE EN LA ARCADA Y LA PERSISTENCIA DEL TEMPORARIO, HACE SOSPECHAR LA RETENCIÓN PALATINA O VESTIBULAR, LA INSPECCIÓN VISUAL DESCUBRE UNA ELEVACIÓN EN EL PALADAR O VESTÍBULO.

LA ALTURA Y FORMA DE LA BÓVEDA PALATINA NOS DARÁ UNA INDICACIÓN PRELIMINAR DE LA PROBABLE UBICACIÓN DEL DIENTE RETENIDO.

PALPACION. - EL DEDO ÍNDICE QUE INVESTIGA, CONFIRMA LA EXISTENCIA DE LA TABLA ÓSEA.

EN CASO DE EXISTIR ALGÚN PROCESO INFECCIOSO O UNA FÍSTULA, CON UNA SONDA INTRODUCIDA POR ELLA, NOS LLEVA A CHOCAR CONTRA UN CUERPO DURO, QUE REPRESENTA LA CORONA DEL CANINO.

EXAMEN RADIOGRAFICO. - PARA ENCARAR EL PROBLEMA QUIRÚRGICO, NO ES SUFICIENTE UNA RADIOGRAFÍA INTRABUCAL, TOMADA SIN REGLAS RADIOGRÁFICAS PRECISAS, IMPRESCINDIBLES PARA UBICAR EL DIENTE A EXTRAER.

POR LO QUE EXISTEN NORMAS PARA LAS RADIOGRAFÍAS DE UTILIDAD QUIRÚRGICA QUE SERÁN DADAS EN SEGUIDA:

ES NECESARIO UBICAR EL DIENTE SEGÚN LOS TRES PLANOS DEL ESPACIO; ES IMPRESCINDIBLE VER LAS CÚSPIDES Y ÁPICES, Y CONOCER LAS RELACIONES DE VECINDAD DE ESTAS PORCIONES Y DE TODO EL DIENTE CON LOS ÓRGANOS VECINOS (SENO Y FOSAS NASALES) Y CON LOS DIENTES ADYACENTES. LA RADIOGRAFÍA NOS DARÁ EL TIPO DE TEJIDO ÓSEO (DENSIDAD, RAREFACCIÓN, PRESENCIA DEL SACO PERICORONARIO, EXISTENCIA DE PROCESOS ÓSEOS PERICORONARIOS).

ANTES DE ENCERRAR UN PROBLEMA QUIRÚRGICO DE ESTA ESPECIE, DEBEMOS VERIFICAR CON ABSOLUTA PRECISIÓN, LA CLASE A LA QUE PERTENECE EL CANINO RETENIDO (POSICIÓN VESTIBULAR O PALATINA, DISTANCIA DE LOS DIENTES VECINOS, NÚMERO DE CANINOS RETENIDOS) PARA IMPONER EL TIPO DE OPERACIÓN NECESARIA (VÍA DE ACCESO, INCISIÓN ETC.). SÓLO ASÍ EVITAREMOS OPERACIONES MUTILANTES, TRAUMÁTICAS Y LLENAS DE INCONVENIENTES.

VERIFICACION DE LA RELACION VESTIBULOPALATINA

(NOS ESTAMOS REFIRIENDO A MAXILAR CON DIENTES).

ES NATURAL QUE LO PRIMERO QUE SE NECESITA CONOCER, ES LA POSICIÓN VESTIBULAR O PALATINA DEL DIENTE RETENIDO, PARA ELLEGIR LA VÍA DE ACCESO. A PESAR DE QUE APROXIMADAMENTE UN 85 % DE LOS CANINOS RETENIDOS SON PALATINOS Y EN MUCHAS OCASIONES EL RELIEVE QUE PRODUCE EN LA BÓVEDA LOS IDENTIFICA, HAY QUE TENER LA ABSOLUTA SEGURIDAD DE SU POSICIÓN.

UN MÉTODO QUE NO SIEMPRE ES PRECISO PARA UBICAR CON EXACTITUD APROXIMADA LA RELACIÓN VESTIBULO-PALATINA, ES EL EMPLEO DE LA RADIOGRAFÍA OCLUSAL, CON EL RAYO CENTRAL PARALELO AL EJE DE LOS INCISIVOS. LA TÉCNICA PARA OBTENER ESTA PLACA ES LA SIGUIENTE: PACIENTE SENTADO CON LA ESPALDA DIRIGIDA VERTICALMENTE. EL PLANO DEL ARCO DENTARIO SUPERIOR DEBE SER HORIZONTAL; POR LO TANTO, LA PELÍCULA OCLUSAL, DESPUÉS DE SER SOSTENIDA ENTRE AMBOS MAXILARES EN OCLUSIÓN, DEBE ESTAR TAMBIÉN HORIZONTAL. EN ESTÁ POSICIÓN PARA QUE EL RAYO CENTRAL SEA PARALELO AL EJE MAYOR DE LOS INCISIVOS, EL CONO DEL APARATO RADIOGRÁFICO DEBERÁ COLOCARSE SOBRE LA CABEZA DEL PACIENTE, SOBRE EL HUESO FRONTAL, APROXIMADAMENTE 2 CENTÍMETROS Y MEDIO SOBRE LA GLABELA, QUE COINCIDE CON LA PROLONGACIÓN DEL EJE DE LOS INCISIVOS.

CON ESTA RADIOGRAFÍA OCLUSAL, LOS INCISIVOS CENTRALES HAN DE APARECER RADIOGRAFIADOS DE TAL MODO, QUE SOLO SEA PERCEPTIBLE EL RECORTE ELÍPTICO DEL ECUADOR DE CADA DIENTE, NO VIÉNDOSE LA PROYECCIÓN DE LA RAÍZ. EL DIENTE RETENIDO APARECERÁ POR DELANTE, O POR DETRAS (VESTIBULAR O PALATINO) DE LA PROYECCIÓN RADIOGRÁFICA DE LOS DIENTES ANTERIORES.

UBICACION DEL DIENTE EN EL PLANO ANTEROPOSTERIOR (PLANO SAGITAL)

LA UBICACIÓN DEL DIENTE EN EL PLANO SAGITAL SE LOGRA BAJO TRES TOMAS QUE SON NECESARIAS PARA CONOCER LA DIRECCIÓN ANTE-

ROPOSTERIOR DEL DIENTE RETENIDO, Y LAS RELACIONES DE LA CORONA Y ÁPICE CON LOS ÓRGANOS, CAVIDADES Y DIENTES VECINOS. ESTAS TOMAS RADIOGRÁFICAS LAS DENOMINAREMOS: A, M, P, (ANTERIOR, MEDIA Y POSTERIOR).

TOMA ANTERIOR (A): SE COLOCA LA PELÍCULA EN EL LADO PALATINO, HACIENDO COINCIDIR LA LÍNEA MEDIA DE LA PLACA CON EL ESPACIO INTERINCISIVO. EL RAYO DEBE SER NORMAL A LA PLACA.

TOMA MEDIA (M): SE COLOCA LA PELÍCULA ORIENTADA VERTICALMENTE HACIENDO COINCIDIR SU BORDE ANTERIOR CON EL ESPACIO INTERINCISIVO. RAYO NORMAL A LA PELÍCULA.

TOMA POSTERIOR (P): SE COLOCA LA PELÍCULA, HACIENDO COINCIDIR EL BORDE ANTERIOR CON LA CARA DISTAL DEL INCISIVO LATERAL. RAYO NORMAL A LA PELÍCULA.

EN LAS TRES TOMAS EL BORDE INFERIOR DE LA PELÍCULA HA DE ESTAR HORIZONTALMENTE COLOCADO Y GUARDANDO UNA DISTANCIA MISMA CON EL BORDE INCISAL DE LOS DIENTES VECINOS.

IMPORTANCIA DE CONOCER LA PORCIÓN CORONARIA.

LA RADIOGRAFÍA DEBE MOSTRAR CON PERFECTA NITIDEZ; LA FORMA DE LA CORONA, LA EXISTENCIA Y DIMENSIONES DEL SACO PERICORONARIO, LA DISTANCIA Y LA RELACIÓN DE LA CÚSPIDE DEL CANINO CON LOS INCISIVOS CENTRAL, LATERAL Y LA DISTANCIA CON EL CONDUCTO PALATINO ANTERIOR.

LA CÚSPIDE DEL CANINO PUEDE ENCONTRARSE ENCLAVADA ENTRE DOS DIENTES, O EN CONTACTO CON UNA CARA DE LA RAÍZ DEL CENTRAL O LATERAL. CUALQUIERA DE LAS DOS FORMAS SIGNIFICA UN SÚ

LIDO ANCLAJE PARA LA CORONA DEL DIENTE RETENIDO Y UNO DE LOS PRINCIPALES OBSTACULOS PARA SU ELIMINACIÓN.

EL OBSTACULO PARA LA ELIMINACIÓN DEL DIENTE RETENIDO, CANINO O CUALQUIER OTRO DIENTE EN LAS MISMAS CONDICIONES, ESTÁ EN SU CORONA Y NO EN SU PORCIÓN RADICULAR.

IMPORTANCIA DE CONOCER LA PORCIÓN RADICULAR

EL ÁPICE DEL CANINO RETENIDO PRESENTA POR LO GENERAL, UNA PRONUNCIADA DILACERACIÓN. LA EXISTENCIA DE ESTA ANOMALIA, Y LA UBICACIÓN EXACTA DEL EXTREMO RADICULAR, DEBEN SER CONOCIDAS ANTES DE LA OPERACIÓN. SU COLOCACIÓN A NIVEL, O POR ENCIMA DE LOS ÁPICES DE LOS DIENTES VECINOS, SU PROXIMIDAD CON EL SENSO MAXILAR, DEBEN SER SATISFACTORIAMENTE INVESTIGADAS POR EL EXAMEN RADIOGRÁFICO.

CUANDO LOS CANINOS MUESTRAN EL EXTREMO RADICULAR MUY GRUESO, DEBE SOSPECHARSE UNA DILACERACIÓN RADICULAR, QUE SE PRESENTA PRACTICAMENTE EN TODOS LOS CASOS DE CANINOS INCLUIDOS.

DELIMITACION DEL CANINO EN EL PLANO HORIZONTAL

LA SIGUIENTE TÉCNICA ES PARA LOCALIZAR EL CANINO RETENIDO EN EL PLANO HORIZONTAL:

A) RADIOGRAFÍA OCLUSAL CON EL RAYO CENTRAL EN LA LÍNEA MEDIA E INCIDENCIA PERPENDICULAR A LA PLACA. CON ESTA SOLA RADIOGRAFÍA NO SE OBTIENE LA PRECISA UBICACIÓN DEL CANINO, PUES LOS RAYOS SECUNDARIOS DAN UNA IMAGEN DEL DIENTE QUE NO ES LA CORRECTA, PROYECTÁNDOLO A TRAVÉS DE LAS RAÍCES DE LOS DEMÁS --

DIENTES DE LA ARCADA.

B) CON UNA SEGUNDA RADIOGRAFÍA, TAMBIÉN OCLUSAL, CON RAYO CENTRAL PERPENDICULAR A LA PLACA Y PASANDO POR LOS PREMOLARES, SE EVITA EL INCONVENIENTE ANTES CITADO, OBTENIENDO UNA IMAGEN DEL DIENTE EN RELACIÓN CON LAS DEMÁS PIEZAS DENTARIAS DEL MAXILAR.

DELIMITACION DEL CANINO EN EL PLANO VERTICAL

SE COLOCA UNA PLACA (PELÍCULAS OCLUSALES O UNA PELÍCULA COMÚN PARA RADIOGRAFÍAS EXTRABUCALES) SOBRE LA MEJILLA OPUESTA AL CANINO RETENIDO, DIRIGIENDO EL RAYO CENTRAL ATRAVESANDO EL MAXILAR EN SENTIDO HORIZONTAL Y CON INCIDENCIA PERPENDICULAR A LA PLACA.

DE ACUERDO CON EL EXAMEN RADIOGRÁFICO PREVIO, LA COMPARACIÓN DE LAS RADIOGRAFÍAS Y EL EXAMEN CLÍNICO DEL CASO, TENDREMOS LA UBICACIÓN DEL CANINO, SU POSICIÓN Y SUS RELACIONES (CON LOS DIENTES Y CAVIDADES VECINAS).

LOS CANINOS QUE ESTAN COLOCADOS DEL LADO PALATINO DE LOS DIENTES (CON LA ARCADA DENTARIA COMPLETA), DEBEN SER EXTRAÍDOS POR VÍA PALATINA; LOS CANINOS QUE SE ENCUENTRAN COLOCADOS DEL LADO PALATINO PERO CERCA DE LA ARCADA DENTARIA, Y CON UN ESPACIO ENTRE INCISIVO LATERAL Y PRIMER PREMOLAR O ENTRE INCISIVO CENTRAL Y PRIMER PREMOLAR (POR AUSENCIA DEL LATERAL), PUEDEN SER ABORDADOS POR LA VÍA VESTIBULAR.

CANINOS INFERIORES

COMO PARA LOS CANINOS DEL MAXILAR SUPERIOR, LOS DEL INFERIOR HAN DE SER PROLIJAMENTE RADIOGRAFIADOS PARA FIJAR SU POSICIÓN Y SU RELACIÓN VESTIBULO-LINGUAL. POR LO QUE SE TOMARÁN RADIOGRAFÍAS LOCALES Y RADIOGRAFÍAS OCLUSALES, CON EL RAYO CENTRAL DIRIGIDO PARALELAMENTE AL EJE DE LOS DIENTES VECINOS. ESTÁ ÚLTIMA TOMA ES IMPORTANTE PARA CONOCER CON TODA PRECISIÓN LA POSICIÓN BUCAL O LINGUAL QUE PUEDE TENER EL DIENTE-RETENIDO. POR OTRA PARTE, LA INSPECCIÓN CLÍNICA Y LA PALPACIÓN INDIVIDUALIZAN LA EXISTENCIA DEL DIENTE RETENIDO Y SU POSICIÓN VESTIBULAR O LINGUAL, POR QUE EN LA MANDÍBULA EL RELIEVE DEL DIENTE RETENIDO ES MÁS VISIBLE, O POR LO MENOS PALPABLE.

UN GRAN NÚMERO DE CANINOS RETENIDOS SON PORTADORES DE QUISTES DENTÍGEROS, DE VOLUMEN Y ESTADO CLÍNICO VARIABLE.

TERCEROS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES

EL DIAGNÓSTICO DE UN TERCER MOLAR RETENIDO EN EL MAXILAR O EN LA MANDÍBULA, SU POSICIÓN, LA RELACIÓN CON LOS DIENTES VECINOS Y SU CLASIFICACIÓN SE REALIZAN POR MEDIO DEL EXAMEN RADIOGRÁFICO.

ES NECESARIO UBICAR EL DIENTE SEGÚN LOS PLANOS DEL ESPACIO; ES INDISPENSABLE VER LA CORONA, LAS RAÍCES Y CONOCER LAS RELACIONES DE VECINDAD DE ESTÁS PORCIONES Y DE LAS CÚSPIDES Y ÁPICES CON LAS ESTRUCTURAS QUE SE ENCUENTRAN EN SU ALREDEDOR -- (SENO MAXILAR O EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR) Y CON LOS --

DIENTES VECINOS. LA RADIOGRAFÍA NOS DARÁ, EL TIPO DE TEJIDO ÓSEO (DENSIDAD, RAREFACCIÓN, PRESENCIA O AUSENCIA DEL SACO PERICORONARIO Y EXISTENCIA DE PROCESOS ÓSEOS PERICORONARIOS).

ANTES DE SELECCIONAR EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEBEMOS VERIFICAR, CON ABSOLUTA PRECISIÓN, LA CLASE A LA QUE PERTENECEN DICHS DIENTES RETENIDOS (POSICIÓN VESTIBULAR O PALATINA Y BU CAL O LINGUAL Y EXISTENCIA DEL SEGUNDO MOLAR). PARA APLICAR EL TIPO DE OPERACIÓN NECESARIA (VÍA DE ACCESO, INCISIÓN, -- ETC.). SÓLO ASÍ EVITAREMOS OPERACIONES MUTILANTES, TRAUMAT-- CAS Y LLENAS DE INCONVENIENTES.

INDICACIONES PARA LA EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS DIENTES RETENIDOS

CANINOS SUPERIORES E INFERIORES

EXTRACCIÓN PROFILACTICA (CUANDO NO PUEDEN LLEVARSE A LA POSICIÓN CORRECTA POR MÉTODOS ORTODONTICOS).

RESORCIÓN DE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES CONTIGUOS.

ALTERACIÓN DE POSICIÓN DE LOS DIENTES CONTIGUOS, CUANDO APARECEN SÍNTOMAS DE DESPLAZAMIENTO.

FORMACIÓN DE QUISTES.

INFECCIÓN.

SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS.

ESTIMULO POR DENTADURAS ARTIFICIALES.

POSICIÓN OBLICUA U HORIZONTAL.

TERCEROS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES

CUANDO PERTURBAN EL ALINEAMIENTO DE LOS DIENTES CONTIGUOS, RESTANDOLE'S ESPACIO Y APIÑONANDOLE'S.

SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS.

FORMACIÓN DE QUISTES.

INFECCIÓN.

RESORCIÓN DE LAS RAÍCES DEL SEGUNDO MOLAR.

MAL POSICIÓN DENTRO DE LA ARCADA.

CONTRAINDICACIONES

LA ÚNICA CONTRAINDICACIÓN PARA LA EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE LOS CANINOS RETENIDOS, ES CUANDO DICHOS DIENTES PUEDEN SER LLEVADOS A SU POSICIÓN NORMAL DENTRO DE LA ARCADA DENARIA, POR MEDIO DE TRATAMIENTOS ORTODONTICOS O QUIRÚRGICO-ORTODONTICO.

TECNICA QUIRURGICA

DESPUÉS QUE SE HA EVALUADO AL PACIENTE, SE HA REVISADO LA HISTORIA CLÍNICA, SELECCIONADO EL INSTRUMENTAL Y DECIDIDO EL TIPO DE ANESTESIA QUE VA HA ÚTILIZARSE; LA ATENCIÓN DEBE DIRIGIRSE A LOS DETALLES DE LA CIRUGÍA. EL PACIENTE DEBE PREPARARSE Y COLOCARSE EN LOS CAMPOS QUIRÚRGICOS DE UNA MANERA ACEPTABLE PARA TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DE LA CIRUGÍA BUCAL BÁSICA. UNA BOCA CON HIGIENE PRECARIA PUEDE REQUIERIR RASPADO PROFILÁCTICO O ENGUAJES CON PEROXIDO DE HIDROGENO ANTES DE LA CIRUGÍA. LOS CAMPOS DEBEN INCLUIR UN CAMPO ESTERIL A TRAVÉS DEL TORAX UNIDO AL CAMPO ESTERIL DE LA CABEZA. EL PROPÓSITO DE LOS CAMPOS EN LOS PROCEDIMIENTOS DE LA CIRUGÍA BUCAL ES AISLAR LAS ZONAS CONTAMINADAS, TALES COMO EL PELLO Y LAS BARBAS.

TERCER MOLAR INFERIOR

PASOS BASICOS EN EL PLANTEAMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS:

- 1) DETERMÍNESE SI LAS RADIOGRAFÍAS MUESTRAN EL TAMAÑO EXACTO Y COMPLETO, EL NÚMERO DE CURVATURAS DE LAS RAÍCES, ASÍ COMO LA PROXIMIDAD CON LA CORONA O RAÍCES DEL DIENTE ADYACENTE O ESTRUCTURAS VITALES.
- 2) CLASIFIQUESE LA RETENCIÓN.
- 3) ESTÚDIESE LA RADIOGRAFÍA OCLUSAL PARA ESTABLECER LA RELACIÓN VESTIBULAR CON EL DIENTE.

4) EXAMÍNESE LA POSICIÓN DE LAS RAÍCES EN RELACIÓN CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR.

5) REVÉLENSE LOS RESULTADOS DEL EXAMEN VISUAL Y DIGITAL DE LOS TEJIDOS DUROS Y BLANDOS QUE RODEAN EL SITIO DE LA OPERACIÓN.

FACTORES QUE COMPLICAN LA TECNICA OPERATORIA

- A) CURVATURA ANORMAL DE LAS RAÍCES.
- B) HIPERCEMENTOSIS.
- C) PROXIMIDAD DEL CONDUCTO DENTARIO.
- D) GRAN DENSIDAD ÓSEA, ESPECIALMENTE EN LOS PACIENTES ANCIANOS.
 - E) ESPACIO FOLÍCULAR LLENO DE HUESO, LO QUE SE OBSERVA CON MAYOR FRECUENCIA EN LOS PACIENTES DE 25 AÑOS.
 - F) A VECES LA CORONA DE LOS DIENTES, EN LOS PACIENTES ANCIANOS, SON PARCIALMENTE REABSORBIDAS POR ACTIVIDAD OSTEOCLÁSTICA, Y LA SUPERFICIE EROSIONADA SE LLENA DESPUÉS CON HUESO POR LA ACTIVIDAD OSTEOBLÁSTICA. EL RESULTADO ES UNA ANQUILO--SIS ENTRE EL DIENTE Y EL HUESO.
- G) ACCESO DIFÍCIL AL CAMPO OPERATORIO CAUSADO POR:
 - 1) MÚSCULO ORBICULAR DE LOS LABIOS PEQUEÑOS.
 - 2) INCAPACIDAD PARA ABRIR LA BOCA.
 - 3) LENGUA GRANDE.

TIEMPOS OPERATORIOS

LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EXIGE -
ABRIR POR MEDIOS QUIRÚRGICOS LA ENCÍA QUE TAPIZA LA REGIÓN DE
ESTÉ DIENTE, PREPARAR LOS COLGAJOS RESULTANTES DE LA PRIMERA-
MANIOBRA, ELIMINAR EL HUESO QUE PROTEGE EL MOLAR RETENIDO, --
EXTRAER EL MOLAR Y TERMINAR LA OPERACIÓN PROCURANDO QUE SOBRE
VENGA LA RESTITUCIÓN E INTEGRACIÓN DE LOS TEJIDOS AFECTADOS -
POR LAS MANIOBRAS QUIRÚRGICAS, POR LO TANTO, LA OPERCIÓN ---
CONSTA DE LOS TIEMPOS SIGUIENTES:

INCISION. PARA LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR SE HACE CON
BISTURÍ DE PARKER, SE INICIA LA INCISIÓN EN LA PARTE MÁS ALTA
DE LA CRESTA DISTAL, POR DETRAS DE LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO
MOLAR, CON TRAZO ENÉRGICO QUE PERMITA PERCIBIR DEBAJO DEL INS
TRUMENTO LA SENSACIÓN DE HUESO O DE LA CARA DENTARIA. LA LON
GITUD DE LA INCISIÓN ESTARÁ DADA POR EL TIPO DE RETENCIÓN DEL
TERCER MOLAR; POR LO TANTO, SE FUNDA EN DETALLES QUE SE OBTEN
GAN DEL EXAMEN RADIOGRÁFICO.

AL LLEGAR A LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR CONTORNEA, SU
CUELLO Y CONTINUA DESPUÉS "FESTONEANDO" LA ENCÍA EN SU ADAPTA
CIÓN AL CUELLO DEL SEGUNDO Y PRIMER MOLAR, EN TANTO QUE SU -
PROFUNDIDAD LLEGUE TAMBIÉN HASTA EL HUESO Y SECCIONA EN SU PE
NETRACIÓN LOS LIGAMENTOS CORRESPONDIENTES; ESTÁ INCISIÓN SE -
DETIENE EN EL ESPACIO INTERDENTARIO DEL PRIMER MOLAR Y SEGUN
DO PREMOLAR

EN LOS CASOS DE AUSENCIA DEL SEGUNDO MOLAR, LA INCISIÓN SE REALIZA SOBRE LA CRESTA ALVEOLAR, SE DETIENE EN EL CENTRO DE LA CARA DISTAL DEL PRIMER MOLAR, Y PROSIGUE HACIA EL CUELLO DE ESTE DIENTE, CONTORNEANDO. EN CASO DE AUSENCIA DE TODOS LOS DIENTES DE LA ARCADA, LA INCISIÓN CORRE POR EL BORDE HASTA APROXIMADAMENTE DOS CENTÍMETROS DEL LÍMITE MESIAL DEL MOLAR RETENIDO Y PUEDE EVENTUALMENTE PROLONGARSE HACIA LA CARAVESTIBULAR DE LA MANDÍBULA, LO CUAL NO ES IDEAL, PUES CREA CONDICIONES DESFAVORABLES PARA LA CICATRIZACIÓN.

PREPARACION DE LOS COLGAJOS. DESPUÉS DE REALIZADA LA INCISIÓN, SE INSINÚA EL PERIOSTÓTOMO EN LA BRECHA QUIRÚRGICA, PROGRESANDO DESDE EL LADO DISTAL AL MESIAL. EL PERIOSTÓTOMO TOCA FRANCAMENTE EL HUESO, Y APOYÁNDOSE EN ÉL Y GRACIAS A SUAVES MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD Y DE GIRO DEL INSTRUMENTO, SE DESPRENDE EL LABIO BUCAL DE LA INCISIÓN EN TODA LA EXTENSIÓN QUE VA DEL TERCER MOLAR AL ESPACIO SITUADO ENTRE EL PRIMER MOLAR Y EL SEGUNDO PREMOLAR Y AÚN AL ESPACIO INTERDENTARIO SUBSIGUIENTE. DESPRENDIDO EL COLGAJO SE MANTIENE CON EL MISMO PERIOSTÓTOMO O CON EL SEPARADOR DE AUSTIN (O SIMILARES).

OSTECTOMIA. EL OBJETO DE ELA, ES RESPETAR LA CANTIDAD NECESARIA DE HUESO COMO PARA TENER ACCESO AL MOLAR Y DISMINUIR LA RESISTENCIA. TIEMPO IMPORTANTE EN LA CIRUGÍA DEL TERCER MOLAR, LA OSTECTOMÍA JUNTO CON LA ODONTOSECCIÓN, SIMPLIFICA EXTRAORDINARIAMENTE UN PROBLEMA QUE DE OTRA MANERA SERÍA ALTA-

MENTE TRAUMATIZANTE.

OSTECTOMIA CON FRESA. LA FRESA ES UN INSTRUMENTO MUY ÚTIL PARA REALIZAR LA OSTECTOMÍA; SU EMPLEO ES SIMPLE Y SU FUNCIÓN PUEDE SER REALIZADA CON ÉXITO CON SÓLO EVITAR SU CALENTAMIENTO POR EL EXCESIVO Y PROLONGADO FRESADO (ELLO SE LOGRA OPERANDO BAJO UN CHORRO DE SUERO FISIOLÓGICO) Y PROCURANDO QUE NO SE EMBOTEN LAS PARTÍCULAS ÓSEAS QUE SE DEPOSITEN ENTRE LOS DIENTES. SON SUMAMENTE ÚTILES LAS FRESAS DE CARBURO DE TUNGSTENO, QUE RESECA EL HUESO CON PRECISIÓN Y RÁPIDEZ.

LA REGIÓN ÓSEA QUE DEBE ELIMINARSE, ES LA QUE CUBRE PARCIALMENTE O TOTALMENTE EL DIENTE RETENIDO. EL GRADO Y EXTENSIÓN DE LA RESECCIÓN ÓSEA DEPENDE DEL TIPO DE RETENCIÓN, CANTIDAD DE HUESO Y FORMA PARTICULAR; DETALLES QUE DEBEN SER ESTUDIADOS PREVIAMENTE CON EL APOYO DEL EXAMEN RADIOGRÁFICO.

EL OBJETO DE LA OSTECTOMÍA PUEDE RESUMIRSE EN DOS ENUNCIADOS: OSTECTOMÍA DE ACCESO Y OSTECTOMÍA PARA LA EXTRACCIÓN. LA DE ACCESO SE REFIERE A LA REMOSIÓN DE HUESO NECESARIO PARA LLEGAR INSTRUMENTALMENTE A LA CARA MESIAL INACCESIBLE. LA OSTECTOMÍA PARA LA EXTRACCIÓN ESTÁ REGULADA POR LA CONSISTENCIA Y LA CANTIDAD DE HUESO PERICORONARIO, LA POSICIÓN DEL MOLAR, SUS DESVIACIONES, LA FORMA DE LA CORONA Y DISPOSICIÓN DE SUS RAÍCES.

OPERACION PROPIAMENTE DICHA. (EXTRACCIÓN DEL MOLAR RETENIDO). SE APLICA SOBRE LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR (UN ELEVAADOR NÚMERO 2 DE WINTER), QUE SIGUIENDO LOS PRINCIPIOS MECÁ-

NICOS DE LA PALANCA DE PRIMERO Y SEGUNDO GENERO, CON PUNTO DE APOYO SOBRE EL BORDE ÓSEO MESIAL O MESIOBUCAL, ELEVA EL MOLAR DIRIGIÉNDOSE HACIA EL LADO DISTAL Y HACIA ARRIBA. ÉSTE ES UN ENUNCIADO GENERAL, COMO SE COMPRENDE, MODALIDADES ANATÓMICAS Y CLÍNICAS, IMPONEN LA NECESIDAD DE RECURRIR A NUEVAS MANIOBRAS QUE PERMITAN DISMINUIR AÚN MÁS INCLUSIVE ANULAR LOS FACTORES DE RESISTENCIA: OBRAR SOBRE EL MISMO CUERPO DEL MOLAR Y DIVIDIRLO (ODONTOSECCIÓN), PARA QUE LA UNIDAD ESTRUCTURAL QUE ES EL MOLAR RETENIDO RESULTE EN VARIAS PORCIONES, LAS CUALES SE ELIMINARAN POR SEPARADO.

ODONTOSECCION. LA ODONTOSECCIÓN EN MOLARES RETENIDOS, SIGNIFICA QUE SE SIMPLIFICA Y AJILIZA UNA OPERACIÓN, QUE DE OTRA MANERA SERÍA TRAUMÁTICA, LACERANTE E IMPRODUCTIVA. REQUIERE UN MENOR SACRIFICIO DE UN TEJIDO ÚTIL, COMO ES EL ÓSEO, Y SE REALIZA SOBRE UN TEJIDO QUE VA A SER ELIMINADO, COMO ES EL DIENTE. SEGÚN PELL Y GREGORY, EL MÉTODO DE LA DIVISIÓN DEL DIENTE, TIENE INNUMERABLES VENTAJAS QUE HACEN EL ÉXITO DE LA OPERACIÓN Y EL BIENESTAR DEL PACIENTE.

LA ODONTOSECCIÓN PUEDE REALIZARSE EN DOS FORMAS DISTINTAS: SEGÚN SU EJE MAYOR O SEGÚN SU EJE MENOR, Y AMBAS MANIOBRAS PUEDEN EFECTUARSE CON VARIOS TIPOS DE INSTRUMENTOS.

LA ODONTOSECCIÓN CON FRESA, EN LA DIVISIÓN SEGÚN EL EJE MENOR SE REALIZA A NIVEL DEL CUELLO DEL MOLAR BAJO UN CHORRO DE SUERO FISIOLÓGICO, PARA EVITAR EL RECALENTAMIENTO DEL MOLAR. LA DIRECCIÓN QUE DEBE DARSE AL CORTE DEL MOLAR, ES LA QUE PER

MITE QUE LA PARTE DISTAL DE LA CORONA DEL MOLAR SECCIONADO -- SEA MAYOR QUE LA PARTE MESIAL, CON EL OBJETO DE QUE LA CORONA PUEDA SER ELEVADA COMODAMENTE.

EXTRACCIÓN DE LAS PARTES SECCIONADAS SEGÚN EL EJE MAYOR: - SUPONGAMOS UN TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICIÓN MESIOANGULAR, DESVIACIÓN BUCAL, CON LA CARA MESIAL ACCESIBLE, - AMBAS RAÍCES DIRIGIDAS HACIA EL LADO DISTAL. SE INTRODUCE ENTRE LAS PORCIONES DIVIDIDAS, UN ELEVADOR RECTO DE HOJA FINA Y SE GIRA EL MANGO DEL INSTRUMENTO, TRATANDO DE DESPLAZAR HACIA EL LADO DISTAL LA PORCIÓN DISTAL DE LA ODONTOSECCIÓN. ELIMINADA LA PORCIÓN, SE APLICA EL ELEVADOR NÚMERO 2 DE WINTER O SIMILARES POR DEBAJO DE LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR; ROTANDO AHORA EL INSTRUMENTO EN EL SENTIDO DE SU EJE, SE DIRIGE LA PORCIÓN MESIAL HACIA EL LADO DISTAL (LO PERMITE EL ALVÉOLO DISTAL QUE ESTÁ VACÍO POR LA ELIMINACIÓN DE LA PORCIÓN DISTAL).

EXTRACCIÓN DE LAS PORCIONES EN LA SECCIÓN SEGÚN EL EJE MENOR: SE INTRODUCE UN ELEVADOR RECTO EN LA CARA MESIAL DEL TERCERO Y SE GIRA EL MANGO DEL INSTRUMENTO PARA EL LADO DERECHO, Y SE ELEVA LA CORONA SECCIONADA. SI LA CORONA NO ASCIENDE POR ESTE MÉTODO, SE PROCEDE CON EL ELEVADOR COMO UNA PALANCA DEL PRIMER GÉNERO, CON APOYO EN LA CIMA DEL HUESO MESIAL; SE DESCIENDE EL MANGO DEL INSTRUMENTO Y LA CORONA SE LEVANTARÁ EN SENTIDO OPUESTO AL DE ESTE MOVIMIENTO (ESTO ES ESPECIALMENTE CIERTO TRATÁNDOSE DE LAS POSICIONES MESIOANGULAR Y HORIZONTAL). PARA LA ELIMINACIÓN DE LA PORCIÓN RADICULAR, SE TENDRÁ-

EN CUENTA SI SE TRATA DE RAÍCES FUSIONADAS O DE RAÍCES QUE -
CONSERVAN SU INDIVIDUALIDAD.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA. EXTRÍDO EL TERCER MOLAR, -
DEBE INSPECCIONARSE CUIDADOSAMENTE LA CAVIDAD ÓSEA Y EXTRAER-
LAS ESQUIRLAS DE HUESO O DE DIENTE QUE PUEDEN QUEDAR Y ELIMI-
NAR EL SACO PERICORONARIO DEL DIENTE RETENIDO; ÉSTE SE EXTIR-
PA CON UNA CUCHARILLA FILOSA, LA OMISIÓN DE ESTÁ MEDIDA PUEDE
TRAER TRANSTORNOS INFECCIOSOS Y TUMORALES.

LOS BORDES ÓSEOS AGUDOS Y PROMINENTES DEBEN SER REALIZADOS
CON UNA FRESA REDONDA O LIMAS PARA HUESO.

SUTURA. EL CIERRE CON SUTURA ES EL IDEAL QUIRÚRGICO, AUN-
QUE SUS RESULTADOS NO SEAN SATISFATORIOS EN TODOS LOS CASOS.
SE REALIZA CON UNA AGUJA CURVA E HILO SEDA O NYLON, PUEDE REA-
LIZARSE UN PUNTO, DOS O UN PUNTO CRUZADO. TAMBIÉN ES NECESA--
RIO AFIANZAR EL COLGAJO; ATRAVEZADO CON AGUJA A NIVEL DE LA -
L'ENGÜETA ENTRE EL PRIMER Y SEGUNDO MOLAR, SE SURCA EL ESPACIO
INTERDENTARIO, SE TOMA LA PORCIÓN L'INGUAL DE LA ENCÍA Y DES--
PUÉS DE UN RECORRIDO EN SENTIDO INVERSO, SE ANUDA EL HILO SO-
BRE LA CARA BUCAL DE LA MANDÍBULA.

CANINOS SUPERIORES

EL PLAN OPERATORIO CONSISTE EN:

- A) CLASIFICACIÓN DE LA RETENCIÓN.
- B) DETERMINACIÓN DEL TIPO DE COLGAJO.
- C) DECIDIR SI EL TIPO DE SECCIONAMIENTO DEL DIENTE FACILITARÁ SU EXTRACCIÓN Y AL MISMO TIEMPO LA CONSERVACIÓN DE HUESO.

FACTORES QUE COMPLICAN LA EXTRACCIÓN

EN RAZÓN DE LA PROXIMIDAD DE LA CORONA O RAÍZ DE LOS CANINOS RETENIDOS A LOS DIENTES ADYACENTES (CENTRALES Y PREMOLARES), HAY MUCHO PELIGRO DE LESIONARLOS Y AFECTAR TAMBIÉN LAS ESTRUCTURAS VITALES EN EL ÁREA DE LA INTERVENCIÓN.

EN GRAN PORCENTAJE DE ESTAS RETENCIONES, LA PORCIÓN RADICULAR ESTÁ SEPARADA DEL SENO MAXILAR Y CAVIDAD NASAL POR UNA DELGADA PARED DE HUESO, Y EN ALGUNOS CASOS SOLAMENTE POR EL EPITELIO CILIADO QUE LO REVISTE.

CON BASTANTE FRECUENCIA SE HAN PRODUCIDO ABERTURAS DE VARIOS TAMAÑOS EN EL SENO MAXILAR. DEBE OBSERVARSE RIGIDA ASEPSIA, PUES DE OTRO MODO PODRÍA SOBRE VENIR UNA INFECCIÓN AGUDA DEL SENO MAXILAR; EN CAMBIO, CON ESTRICTA ASEPSIA ESTAS PERFORACIONES ACCIDENTALES DE LA MEMBRANA SINUSAL NO TRAERÁN INFECCIÓN. CUANDO EL COLGAJO MUCOSO SE COLOCA EN SU LUGAR Y SE SUTURA, MANTENIENDOLO EN CONTACTO CON EL HUESO PALATINO, POR VA

RIAS HORAS, POR MEDIO DE APÓSITOS DE GASA, LA CICATRIZACIÓN TIENE LUGAR SIN COMPLICACIONES.

MUCHAS DE LAS RAÍCES DE LOS CANINOS RETENIDOS TIENEN UNA PRONUNCIADA CURVATURA EN EL TERCIO ÁPICAL; EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS EN ÁNGULO RECTO.

EXTRACCION POR VIA PALATINA

INCISION. PARA EXTRAER UN CANINO RETENIDO EN LA BÓVEDA PALATINA, ES NECESARIO DESPRENDER PARTE DE LA FIBROMUCOSA, DEJANDO AL DESCUBIERTO LA BÓVEDA ÓSEA. ES DECIR, PREPARAR UN COLGAJO QUE PERMITA UN AMPLIO DESCUBRIMIENTO DEL LUGAR DONDE ESTÁ RETENIDO EL DIENTE A EXTRAER. PARA CONSEGUIR TAL COLGAJO SE HA DE PRACTICAR UNA INCISIÓN EN LA BÓVEDA PALATINA. ESTE COLGAJO DEBE DAR SUFICIENTE VISIÓN DEL CAMPO OPERATORIO Y DEBE SER DISPUESTO DE TAL MODO QUE NO SEA TRAUMATIZADO EN EL CURSO DE LA EXTRACCIÓN.

LA EXTENCIÓN DEL COLGAJO DEBE ESTAR DADA POR LA POSICIÓN DEL CANINO RETENIDO. CÚSPIDE Y ÁPICE DEL CANINO SON LOS EXTREMOS POR FUERA DE LOS CUALES SE TRAZA LA INCISIÓN.

LA FORMA DE INCISIÓN IDEAL, PARA ESTE TIPO DE RETENCIÓN ES LA QUE TIENE POR OBJETO, DESPRENDER EL TELÓN PALATINO, DESPUÉS DE HABER HECHO LO PROPIO CON LA FIBROMUCOSA PALATINA DEL CUELLO DE LOS DIENTES.

SE REALIZA DE LA SIGUIENTE MANERA: SE USA UN BISTURÍ DE HOJA CORTA, EL CUAL SE INSINÚA ENTRE LOS DIENTES Y LA ENCÍA,

DIRIGIDO EN SENTIDO PERPENDICULAR A LA BÓVEDA, LLEGANDO HASTA EL HUESO. EL DESPRENDIMIENTO SE INICIA EN EL LÍMITE YA PREFIJADO (CARA DISTAL DEL SEGUNDO PREMOLAR, CARA DISTAL DEL PRIMER MOLAR), Y SE EXTIENDE EN SENTIDO ANTERIOR HASTA LOS INCISIVOS CENTRALES, LATERALES O MOLAR DEL LADO OPUESTO, SEGÚN SEA EL SITIO QUE OCUPE ÉL O LOS CANINOS RETENIDOS. AL LLEGAR AL SITIO DONDE FALTA EL DIENTE EN LA ARCADA, EL BISTURÍ CON--TORNEA PARTE DE LA CARA MESIAL DEL PRIMER PREMOLAR; LA INCI--SIÓN SIGUE LA CRESTA DE LA ARCADA Y SE CONTINUA HASTA EL LU--GAR ELEGIDO. LA PEQUEÑA LENGÜETA QUE RESULTA DE ESTA INCISIÓN SERÁ UTILIZADA CON PROVECHO AL PRACTICAR LA SUTURA. SI EXISTE EL CANINO TEMPORARIO, LA INCISIÓN LO RODEA POR SU CARA PALATI--NA.

EN CASO DE UN CANINO SITUADO MÁS POSTERIORMENTE, NO ES NE--CESARIO QUE LA INCISIÓN PASE LA LÍNEA MEDIA, RESPETANDO POR --LO TANTO, AL DESCENDER EL COLGAJO, LOS ELEMENTOS QUE SE RELA--CIONAN CON EL AGUJERO PALATINO ANTERIOR.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO. PRACTICADA LA INCISIÓN, EL --DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO SE REALIZA CON UN INSTRUMENTO RO--MO.

ESTE INSTRUMENTO SE INSINÚA ENTRE LA ARCADA DENTARIA Y LA FIBROMUCOSA PALATINA, Y POR PEQUEÑOS MOVIMIENTOS, SIN HERIR --NI DESGARRAR LA ENCÍA, SE DESPRENDE LA FIBROMUCOSA HASTA DE--JAR AL DESCUBIERTO EL HUESO DE LA BÓVEDA PALATINA. ES CONVE--NIENTE DESPUÉS DE DESPRENDIDO UN TROZO DE FIBROMUCOSA, TOMAR--

ÉSTE CON UNA PINZA DE DISECCIÓN. ESTÉ COLGAJO DEBE SER MANTENIDO INMÓVIL DURANTE EL CURSO DE LA OPERACIÓN. SE PASA UN HILO DE SUTURA POR UN PUNTO DE LA FIBROMUCOSA, DE PREFERENCIA A NIVEL DE LA LENGÜETA GINGIVAL DEL ESPACIO DEL CANINO. EL HILO SE ANUDA A UN MOLAR DEL LADO OPUESTO.

SE COHIBE LA POSIBLE HEMORRAGIA ÓSEA, O DE LOS VASOS PALATINOS, SIN CUYO REQUISITO LA VISIÓN NO ES CORRECTA, Y SE PASA AL OTRO TIEMPO QUIRÚRGICO.

OSTECTOMIA. PARA ELIMINAR EL HUESO QUE CUBRE EL CANINO RETENIDO, PUEDE EL CIRUJANO VALERSE DE VARIOS MÉTODOS QUE AUNQUE LLEVAN AL MISMO FIN, TIENEN DIFERENCIAS FUNDAMENTALES QUE SE REFIEREN A LAS MOLESTIAS QUE PUEDA SENTIR EL PACIENTE. LOS INSTRUMENTOS USADOS, SON: LA FRESA QUIRÚRGICA Y EL ESCOPLIO IMPULSADO A GOLPES DE MARTILLO.

ES IMPORTANTE LA CANTIDAD DE HUESO A ELIMINARSE, YA QUE DEBEN QUEDAR AMPLIAMENTE DESCUBIERTAS EN LA OSTECTOMÍA TODA LA CORONA RETENIDA Y PARTE DE LA RAÍZ; EL PRINCIPAL OBSTÁCULO EN LA EXTRACCIÓN DEL CANINO RETENIDO ESTA EN SU CORONA Y NO EN SU RAÍZ. LA OSTECTOMÍA DEBE DESCUBRIR TODA LA CORONA, ESPECIALMENTE A NIVEL DE LA CÚSPIDE DE DICHO DIENTE, Y EN ANCHURA EQUIVALENTE AL MAYOR DIÁMETRO DE LA CORONA, PARA QUE ESTÁ PUEDA SER ELIMINADA DE LA CAVIDAD ÓSEA SIN TROPIEZOS Y SIN TRAUMATISMOS. SEGÚN SEA LA INCLINACIÓN DEL CANINO SE EXIGIRA MAYOR O MENOR SACRIFICIO DEL HUESO A NIVEL DE SU PARTE RADICULAR. POR LO GENERAL ES SUFICIENTE DESCUBRIR EL TERCIO CERVICAL.

CAL DE LA RAÍZ.

LA FRESA QUIRÚRGICA ELIMINA EL HUESO Y LIMPIA RÁPIDAMENTE, SIN MOLESTAR AL OPERADO. LOS INCONVENIENTES QUE PUDIERAN DERIVARSE DEL RECALENTAMIENTO DEL INSTRUMENTO, SE SUBSANAN USANDO FRESAS NUEVAS, QUE DEBEN CAMBIARSE CONTINUAMENTE EN EL CURSO DE LA EXTRACCIÓN, PORQUE AL EMBOTARSE CON LOS RESTOS ÓSEOS Y LA SANGRE, BRUÑEN EL HUESO Y LO CALIENTAN. ES ÚTIL IRRIGAR AL HUESO CON SUERO FISIOLÓGICO TIBIO ESTERILIZADO.

LA OSTECTOMÍA A FRESA SE REALIZA CON FRESAS REDONDAS, NÚMEROS 4 ó 5. UNA VEZ UBICADA CON PRECISIÓN LA CORONA DEL DIENTE RETENIDO (POR LA RADIOGRAFÍA Y POR EL RELIEVE ÓSEO) SE PRACTICAN ORIFICIOS CIRCUNDANDO LA CORONA Y EL PRIMER TERCIO RADICULARES; LA FRESA DEBE LLEGAR A TOCAR LA CORONA DEL CANINO Y EL OPERADOR PERCIBIR LA SENSACIÓN PARTICULAR DE DUREZA DEL ESMALTE. LOS DIVERSOS ORIFICIOS CREADOS POR LA FRESA SE UNEN ENTRE SÍ, SECCIONANDO EL HUESO QUE LOS SEPARA, CON UNA FRESA DE FISSURA FINA O CON UN ESCOPLIO, DIRIGIDO POR PEQUEÑOS GOLPES. ESTÁ TAPA ÓSEA SE LEVANTA CON EL MISMO ESCOPLIO O CON UNA PEQUEÑA L'EGRA.

CUANDO LA CORONA DEL CANINO ESTA MUY SUPERFICIAL Y EL HUESO QUE LA CUBRE ES PAPIRÁCEO, PUEDE SER ELIMINADO TOTALMENTE CON UNA FRESA REDONDA GRANDE.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. REALIZADA LA RESECCIÓN ÓSEA, HAY QUE CONSIDERAR EL OBJETO PRIMORDIAL DE LA OPERACIÓN, QUE ES LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE RETENIDO.

LA OPERACIÓN CONSISTE EN ELIMINAR EL DIENTE DEL HUESO, LO CUAL SE PUEDE HACER POR MEDIO DE DOS PROCEDIMIENTOS:

EL PRIMER PROCEDIMIENTO EXIGE EL SACRIFICIO ESTÉRIL DEL TEJIDO ÓSEO VECINO, PORQUE PARA EXTRAER SIN TRAUMATISMOS UN CANINO RETENIDO, SERÁ NECESARIO EXTIRPAR UNA CANTIDAD CONSIDERABLE DE HUESO.

EL SEGUNDO PROCEDIMIENTO, ES LA APLICACIÓN DEL CLÁSICO MÉTODO DE LA ODONTOSECCIÓN. SE CORTA EL DIENTE EN EL NÚMERO DE TROZOS QUE SEAN NECESARIOS, Y SE EXTRAEN SUS PARTES POR SEPARADO, Y A EXPENSAS DE LOS ESPACIOS CREADOS POR LAS PARTES DESALOJADAS SE COMPLETA LA EXTRACCIÓN DE LOS TROZOS QUE QUEDAN.

EXISTEN ALGUNOS CASOS, EN QUE EL DIENTE ESTA DIRIGIDO EN UN SENTIDO PRÓXIMO AL VERTICAL, EN LOS CUALES LA SECCIÓN NO ES APLICABLE. EN TAL POSICIÓN SE CREA UN ESPACIO CON FRESAS, ALREDEDOR DE LA CORONA DEL CANINO, Y SIEMPRE QUE LA CÚSPIDE NO SE ENCUENTRE ENCLAUSTRADA, PUEDE SER EXTRAÍDO CON UN ELEVDOR RECTO, INTRODUCIDO ENTRE LA CARA DEL RETENIDO QUE MIRE A LA LÍNEA MEDIA Y A LA PARED ÓSEA CONTIGUA. CON MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN SE INTRODUCE EL INSTRUMENTO, CON LO CUAL SE CONSIGUE IMPRIMIR AL DIENTE CIERTO GRADO DE LUXACIÓN. LA EXTRACCIÓN EN TALES CASOS, SE TERMINA TOMANDO EL DIENTE A NIVEL DE SU CUELLO (EN LOS CASOS ACCESIBLES) CON UNA PINZA DE PREMOLARES SUPERIORES Y EJERCIENDO SUAVES MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN Y TRACCIÓN EN DIRECCIÓN DEL EJE DEL DIENTE.

LA ODONTOSECCIÓN PUEDE REALIZARSE CON FRESAS O ESCOPLÓS, UTILIZANDO LA FRESA, LA MANIOBRA DE LA SECCIÓN DEL DIENTE RE

TENIDO ES SENSILLA. EXIGE COMO CONDICIÓN NECESARIA UNA PERFECTA VISIÓN DEL DIENTE Y SU FÁCIL ACCESO; LA OSTECTOMÍA PREVIALO HABRA LOGRADO; EL DIENTE DEBE SER CORTADO A NIVEL DEL CUELLO.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA. EXTRAÍDO EL CANINO, DEBE INSPECCIONARSE CUIDADOSAMENTE LA CAVIDAD ÓSEA Y EXTRAER LAS ESQUIRILAS DE HUESO O DE DIENTE QUE PUEDAN QUEDAR Y ELIMINAR EL SACO PERICORONARIO DEL DIENTE RETENIDO; ÉSTE SE EXTIRPA CON UNA CUCHARILLA FILOSA. LA OMISIÓN DE ESTA MEDIDA PUEDE TRAER TRANSTORNOS INFECCIOSOS Y TUMORALES.

LOS BORDE ÓSEOS AGUDOS Y PROMINENTES DEBEN SER ALIZADOS CON UNA FRESA REDONDA O LIMAS PARA HUESO.

SUTURA. EL COLGAJO SE VUELVE A SU SITIO, READAPTÁNDOLO PERFECTAMENTE, DE MANERA QUE LAS LENGÜETAS INTERDENTARIAS OCUPEN SU NORMAL UBICACIÓN.

EN LOS CANINOS UNILATERALES, GENERALMENTE UN PUNTO DE SUTURA ES SUFICIENTE; SE COLOCA A NIVEL DEL ESPACIO.

SI PERSISTE EL CANINO TEMPORARIO, LA SUTURA DEL COLGAJO DEBE REALIZARSE CON UNA AGUJA RECTA Y FINA, LA CUAL SE PASA POR EL ESPACIO INTERDENTARIO MÁS ANCHO. EL EXTREMO INTERNO DEL HILO SE VUELVE, A TRAVIESA EL PUNTO DE CONTACTO PARA LEGÁR AL TRIÁNGULO SUBGINGIVAL Y SE ANUDA CON EL EXTREMO EXTERNO DEL HILO.

TERMINADA LA OPERACIÓN, SE COLOCA UN TROZO DE GASA EN LA

BÓVEDA PALATINA, COMPRIMIENDO Y MANTENIENDO ADOSADA LA FIBROMUCOSA.

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN LA DOBLE RETENCION DE CANINOS EN MAXILARES CON DIENTES

INCISION. LA INCISIÓN QUE CONVIENE, EN CASOS DE CANINOS - BILATERALES, ES EL DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO PALATINO, SEPARANDO LA FIBROMUCOSA DEL CUELLO DE LOS DIENTES, DESDE DISTAL DEL SEGUNDO PREMOLAR O DEL PRIMER MOLAR (SEGÚN LA UBICACIÓN DE LOS ÁPICES DE LOS CANINOS).

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO. CON EL PERIOSTÓTOMO Y CON LA MISMA TÉCNICA SEÑALADA PARA LA RETENCIÓN UNILATERAL, SE DESPRENDE LA FIBROMUCOSA. EL COLGAJO SE MANTIENE INMÓVIL, SUJETÁNDOLO AL SEGUNDO MOLAR.

OSTECTOMIA. ESTA MANIOBRA SE REALIZA COMO EN LA RETENCIÓN UNILATERAL, AL IGUAL QUE LA EXTRACCIÓN.

SUTURA. SU EMPLEO ES MÁS NECESARIO QUE EN CASOS DE RETENCIÓN UNILATERAL. SE PASAN TRES O CUATRO PUNTOS DE SUTURA EN - LOS SITIOS MÁS ACCESIBLES.

EXTRACCION POR VIA VESTIBULAR

CANINOS RETENIDOS EN POSICION VESTIBULAR Y CANINOS PALATINOS

LA VIA VESTIBULAR PARA LA EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS RETENIDOS EN EL LADO VESTIBULAR Y LOS PALATINOS PRÓXIMOS A LA ARCADE DENTARIA, CON ESPACIO SUFICIENTE DADO POR DIASTEMAS O DIENTES AUSENTES, ES MÁS SENSILLA QUE LA PALATINA. LA ILUMINACIÓN ES MÁS FÁCIL Y EL ACCESO DEL DIENTE RETENIDO ES MÁS DIRECTO.

LAS INDICACIONES PARA LA EXTRACCIÓN POR ESTA VÍA SON DESDE AHORA, LOS CANINOS PALATINOS, CUYAS CÚPIDES ESTAN COLOCADAS, POR LO MENOS, A NIVEL DEL LATERAL; LA EXTRACCIÓN POR VÍA VESTIBULAR DE LA CORONA DE LOS QUE ESTAN MUY PRÓXIMOS A LA LÍNEA MEDIA, ES MUY DIFÍCIL POR ESTA VÍA; EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS, CUANDO SE HA INICIADO LA INTERVENCIÓN POR LA VÍA VESTIBULAR Y NO SE LOGRA LUXAR LA CORONA, PUEDE COMPLETARSE POR VÍA PALATINA. EL MECANISMO DE LA EXTRACCIÓN SIGUE LOS PRINCIPIOS YA SEÑALADOS PARA LA DE LOS DIENTES RETENIDOS EN LA BÓVEDA.

ANESTESIA. LA ANESTESIA DE ELECCIÓN ES LA INFRAORBITARIA; SE COMPLETA CON ANESTESIA DEL PALADAR A NIVEL DEL AGUJERO PALATINO ANTERIOR Y UNA ANESTESIA DISTAL A LA ALTURA DEL ÁPICE DEL CANINO.

INCISION. SE EMPLEA LA INCISIÓN EN ARCO (PARTSCH) O LA INCISIÓN HASTA EL BORDE LIBRE (NEUMANN). DEBE ESTAR LO SUFICIENTE

TEMENTE ALEJADA DEL SITIO DE IMPACTACIÓN DEL DIENTE, COMO PARA QUE ESTÁ NO COINCIDA CON LA BRACHA ÓSEA, AL REPONER EL COLGAJO EN SU SITIO.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO. ESTE DEBE MANTENERSE LEVANTADO DURANTE EL CURSO DE LA OPERACIÓN CON UN SEPARADOR ROMO QUE NO TRAUMATICE. HAY QUE EVITAR TIRONEAMIENTOS QUE REPERCUTAN SOBRE LA VITALIDAD DEL TEJIDO GINGIVAL.

OSTECTOMIA. ESTÁ PUEDE REALIZARSE POR MEDIO DE ESCOPLIOS O FRESAS, LA TABLA EXTERNA NO TIENE LA DUREZA Y SOLIDEZ DE LA BÓVEDA PALATINA Y PERMITE LA OSTECTOMÍA MÁS FÁCILMENTE.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. LOS CANINOS VESTIBULARES, DESPUÉS DE ENUCLEADA LA TAPA ÓSEA, PUEDEN SER EXTRAÍDOS ENTEROS, LUXANDOLOS PREVIAMENTE CON ELEVADORES RECTOS QUE SE INSERÚAN ENTRE EL DIENTE Y LA PARED ÓSEA EN LOS SITIOS MÁS SÓLIDOS. LUXANDO EL DIENTE, SE TOMA CON UNA PINZA RECTA Y SE EXTRAE.

LOS CANINOS PALATINOS QUE SE ENCUENTRAN PRÓXIMOS A LA ARCA DENTARIA, Y EN CASO DE AUSENCIA DEL INCISIVO LATERAL, DEL PRIMER PREMOLAR O TAMBIÉN DE AMBOS DIENTES, PUEDEN SER INTERVENIDOS POR VÍA VESTIBULAR; PARA SER POSIBLE SU EXTRACCIÓN ES NECESARIO SECCIONARLO. EL DIENTE RETENIDO SE CORTA A NIVEL DEL CUELLO; LA CORONA SE EXTRAE CON UN ELEVADOR RECTO O ANGULAR. EN EL ESPACIO CREADO POR LA CORONA EXTRAÍDA SE PROYECTA-

LA PORCIÓN RADICULAR.

LA RAÍZ ES MOVILIZADA EN DIRECCIÓN DE SU EJE MAYOR, CON ELEVADORES, O SE PRÁCTICA UN ORIFICIO EN LA RAÍZ CON UNA FRESA REDONDA, EN EL CUAL SE INTRODUCE UN INSTRUMENTO DELGADO, CON QUE SE DESPLAZA.

PUEDEN SER NECESARIA UNA NUEVA SECCIÓN DE LA PORCIÓN RADICULAR, CUANDO LA RAÍZ AL SER DIRIGIDA HACIA ADELANTE TROPIEZA CON EL DIENTE VECINO.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA. SE INSPECCIONA LA CAVIDAD ÓSEA, SE EXTIRPA EL SACO PERICORONARIO Y LOS RESTOS ÓSEOS ODONTARIOS.

SUTURA. DOS O TRES PUNTOS DE SUTURA CON CEDA O HILO COMPLETAN LA OPERACIÓN, DESPUÉS DE REPUESTO EL COLGAJO EN SU SITIO.

LOS DISTINTOS TIPOS DE RETENCIONES VESTIBULARES Y PALATINAS, PUEDEN OPERARSE SIGUIENDO LAS NORMAS SEÑALADAS CON LAS LIGERAS VARIANTES QUE PRESENTA CADA CASO EN PARTICULAR.

EXTRACCION DE LOS CANINOS EN MAXILARES DESDENTADOS

LA VÍA VESTIBULAR ES LA DE ELECCIÓN, PARA LA EXTRACCIÓN DE CANINOS EN MAXILARES SIN DIENTES. LA AUSENCIA DE LOS DIENTES FACILITA EL PROBLEMA. PRÁCTICAMENTE, TODOS LOS CASOS PUEDEN RESOLVERSE POR VÍA VESTIBULAR, A NO SER LOS COLOCADOS MUY PROFUNDAMENTE, LEJOS DE LA TABLA EXTERNA Y PRÓXIMOS A LA BÓVEDA.

PARA ESTOS ÚLTIMOS, EL CAMINO MÁS CORTO ES LA EXTRACCIÓN POR VÍA PALATINA. LAS NORMAS PARA LA EXTRACCIÓN DE ESTOS DIENTES SE AJUSTAN A LAS SEÑALADAS PARA LOS OTROS TIPOS DE CANINOS RETENIDOS. PARA LA EXTRACCIÓN DE CANINOS RETENIDOS EN LA PROXIMIDAD DE LA ARCADA, DEBEN PREVEERSE LOS RIESGOS DE FRACTURA DE PORCIONES DE LA TABLA VESTIBULAR, LO CUAL ACARREARÍA TRANS TORNOS POSTERIORES, DESDE EL PUNTO DE VISTA PROTÉTICO. ES PREFERIBLE SECCIONAR EL DIENTE, QUE EJERCER PRESIONES PELIGROSAS.

TERCER MOLAR SUPERIOR

PLANTEAMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

DEBEN OBSERVARSE LOS SIGUIENTES PASOS PARA LA EXTRACCIÓN -
DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS:

- 1) REALIZAR UN EXAMEN VISUAL Y DIGITAL DE LOS TEJIDOS -
BLANDOS, DUROS Y DIENTES ADYACENTES Y/O SOBRE PUESTOS AL DIEN
TE RETENIDO.
- 2) ESTÚDIENSE LAS RADIOGRAFÍAS DEL DIENTE POR EXTRAER, -
LOS TEJIDOS VECINOS Y DIENTES ADYACENTES.
- 3) CLASIFIQUESE EL TIPO DE RETENCIÓN.

FACTORES QUE COMPLICAN LA TECNICA OPERATORIA

- A) PROXIMIDAD DEL SENO MAXILAR.
- B) UBICACIÓN DEL TERCER MOLAR DENTRO DE LAS RAÍCES DEL SE
GUNDO MOLAR SUPERIOR O INMEDIATAMENTE POR ENCIMA DE ELLAS.
- C) FUSIÓN DEL TERCER MOLAR CON LAS RAÍCES DEL SEGUNDO MO-
LAR.
- D) CURVATURA RADICULAR ANORMAL.
- E) HIPERCEMENTOSIS.
- F) PROXIMIDAD AL HUESO CIGOMÁTICO DEL MAXILAR.
- G) DENSIDAD ÓSEA EXTREMA, ESPECIALMENTE EN LOS PACIENTES-
MAYORES.
- H) ESPACIO FOLICULAR LLENO CON HUESO, LO QUE SE VE CON MA

YOR FRECUENCIA EN PACIENTES ANCIANOS.

1) DIFICULTAD DE ACCESO AL SITIO DE OPERACIÓN, A CAUSA DEL MÚSCULO ORBICULAR DE LOS LABIOS O INCAPACIDAD PARA ABRIR LA BOCA AMPLIAMENTE.

EXTRACCION QUIRURGICA. COMO EN LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR Y EN LA DE TODO DIENTE RETENIDO, PARA LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR SUPERIOR, ES NECESARIO PRACTICAR UNA INCISIÓN Y REALIZAR LA OSTECTOMÍA NECESARIA PARA PODER ELIMINAR EL MOLAR RETENIDO DENTRO DEL HUESO QUE LO APRICIONA.

POSICION VERTICAL

INCISION. PUEDE USARSE LA INCISIÓN DE DOS RAMAS, QUE LLAMAREMOS BUCAL Y ÁTEROPOSTERIOR. LA RAMA ÁTEROPOSTERIOR SE TRAZA PRÓXIMA A LA CARA PALATINA DEL DIENTE, PARALELAMENTE A LA ARCADE Y EN UNA LONGITUD DE UN CENTÍMETRO. LA INCISIÓN BUCAL PARTE DEL EXTREMO ANTERIOR DE LA PRIMERA INCISIÓN Y SE DIRIGE HACIA AFUERA, RODEA LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR Y ASCIENDE HASTA LAS PROXIMIDADES DEL SURCO VESTIBULAR DONDE TERMINA. LA INCISIÓN DEBE LLEGAR EN PROFUNDIDAD HASTA EL HUESO O CORONA DEL MOLAR Y EN SENTIDO ANTERIOR, HASTA EL CUELLO DEL SEGUNDO MOLAR. EL COLGAJO SE DESPRENDE CON UN PERIOSTÓTOMO, Y SE SOSTIENE CON UN SEPARADOR.

OSTECTOMIA. EL HUESO QUE CUBRE LA CARA TRITURANTE, SE ELI

MINA CON ESCOPLLOS RECTOS O A FRESA, SIGUIENDO LAS INDICACIONES DADAS PARA LA EXODONCIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO. EN CIERTOS CASOS EL HUESO A NIVEL DE LA CARA TRITURANTE ES TAN FRÁGIL QUE PUEDE SER ELIMINADO CON UNA CUCHARILLA PARA HUESO O CON EL MISMO ELEVADOR.

VÍA DE ACCESO A LA CARA MESIAL. LA CARA MESIAL SERÁ LA SU PERFICIE SOBRE LA CUAL SE APLICARÁ EL ELEVADOR PARA EXTRAER EL MOLAR RETENIDO, SI ES ACCESIBLE NO SE REQUIERE NINGUNA MANIOBRA PREVIA. SI NO LO ES, SE NECESITARÁ ELIMINAR EL HUESO DEL TABIQUE NASAL, QUE IMPIDE LA ENTRADA DEL INSTRUMENTO. LA OSTECTOMÍA HA ESTE NIVEL SE REALIZA CON UN ESCOPLLO RECTO, O CON UNA FRESA REDONDA.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. EMPLEO DE ELEVADORES. CUALQUIER TIPO DE ELEVADOR RECTO PUEDE SER USADO EN LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR RETENIDO.

TÉCNICA DEL EMPLEO DE LOS ELEVADORES: SE PENETRA LA PUNTA DEL ELEVADOR EN EL ESPACIO EXISTENTE ENTRE LA CARA MESIAL DEL TERCERO Y LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR. LA INDUCCIÓN DEL INSTRUMENTO SE REALIZA MERCED A UN DÉBIL MOVIMIENTO ROTATORIO QUE SE IMPRIME AL ELEVADOR. ACTÚA EN SU PRIMER TIEMPO COMO CUÑA, EN ESTA PRIMERA PARTE DE SU MOVIMIENTO PARA LLEGAR A SU PUNTO DE APLICACIÓN, EL ELEVADOR CONSIGUE LUXAR EL TERCER MOLAR.

APLICACIÓN DEL ELEVADOR. EL ELEVADOR RECTO SE APLICA CON SU CARA PLANA, SOBRE LA CARA ANTERIOR DEL DIENTE. EL INSTRU--

MENTO DEBE ESTAR DIRIGIDO EN EL SENTIDO DE UNA DIAGONAL TRAZADA SOBRE DICHA CARA.

PUNTO DE APOYO. EN GENERAL, EL PUNTO DE APOYO ÚTIL ES LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR, O EL TABIQUE ÓSEO EN CASO DE EXISTIR.

MOVIMIENTO DEL ELEVADOR. APLICADO EL ELEVADOR, SEPARADO EL LABIO Y CARRILLO CON UN ESPEJO, SE INICIA SUAVEMENTE EL MOVIMIENTO DE LUXACIÓN DEL MOLAR RETENIDO. PARA ABANDONAR SU ALVÉOLO, EL MOLAR DEBE MOVILIZARSE EN EL SENTIDO DE LA RESULTANTE DE TRES DIRECCIONES DE FUERZAS: EL MOLAR DEBE SER DIRIGIDO HACIA ABAJO, AFUERA Y ATRÁS. POR LO TANTO, DEBE DESPLAZARSE EL MANGO DEL ELEVADOR HACIA ARRIBA, ADENTRO Y ADELANTE CON UN PUNTO DE APOYO EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR. LUXANDO EL MOLAR Y SI LA FUERZA APLICADA NO HA LOGRADO EXTRAERLO, PUEDE SER TOMADO CON UNA PINZA PARA EXTRACCIONES Y ELIMINARLO CON LA MISMA TÉCNICA QUE LA SEÑALADA PARA LA EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES NORMALES.

SUTURA. EXTRAÍDO EL MOLAR, REVISADO LOS BORDES ÓSEOS, ESPECIAL EL TABIQUE EXTERNO Y POSTERIOR, RETIRANDO EL SACO PERICORONARIO CON UNA PINZA GUBIA, SE APLICA EL COLGAJO EN SU SITIO Y SE PRÁCTICA UNO O DOS PUNTOS DE SUTURA.

POSICION MESIOANGULAR

LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR EN POSICIÓN MESIOANGULAR DE

BE ESTAR CONDICIONADA POR LA DIRECCIÓN DEL MOLAR Y LA CANTI--
DAD DE HUESO DISTAL. ALGUNAS TRABAS PUEDEN PRESENTARSE EN ES--
TÁ EXTRACCIÓN: LA CANTIDAD DE HUESO DISTAL Y EL CONTACTO CON
EL SEGUNDO MOLAR. A NIVEL DEL MAXILAR SUPERIOR, LA ELASTICI--
DAD DEL HUESO PERMITE MOVILIZAR EL MOLAR, SIN NECESIDAD DE --
SECCIONAR EL DIENTE RETENIDO. EL CONTACTO MESIAL ESTÁ VENCIDO
POR LA POSIBILIDAD DE MOVER EL DIENTE HACIA DISTAL. POR LO -
TANTO, EL PROBLEMA EN ESTE TIPO DE RETENCIÓN RESIDE EN LA OS--
TECTOMÍA DISTAL Y TRITURANTE, Y EN LA PENETRACIÓN DE LA VÍA -
DE ACCESO PARA EL ELEVADOR. ÉSTA VÍA DE ACCESO NECESITA UNA -
MAYOR OSTECTOMÍA EN EL LADO MESIAL QUE EN LA RETENCIÓN QUE EN
LA RETENCIÓN VERTICAL, POR LO QUE EL PUNTO DE APLICACIÓN DEL--
ELEVADOR HA DE SER MÁS ALTO. PARA LOGRAR ESTE FIN ES NECESA--
RIO ELIMINAR PARTE DE LA TABLA ÓSEA VESTIBULAR QUE CUBRE LA -
CARA BUCAL DEL MOLAR RETENIDO.

LA INICIACIÓN ES IGUAL QUE PARA EL TIPO ANTERIOR. LA OSTEC--
TOMÍA SE REALIZA CON LOS MISMOS PROCEDIMIENTOS YA SEÑALADOS -
PARA LOS OTROS TIPOS DE RETENCIONES (ESCOPLO O FRESA), REQUI--
RIENDO SÓLO UNA MAYOR INCISIÓN DE HUESO EN DISTAL, PARA DESCU--
BRIR EL DIENTE HASTA EL NIVEL DE SU CUELLO.

EMPLEO DE LOS ELEVADORES. SE INTRODUCE PROFUNDAMENTE EL -
ELEVADOR HASTA LLEGAR A APLICARLO SOBRE LA CARA MESIAL DEL -
DIENTE. LOS MOVIMIENTOS SON LOS MISMOS, A EXCEPCIÓN DE QUE EL
MOLAR DEBE SER DIRIGIDO PRIMERO HACIA DISTAL, PARA VENCER EL
CONTACTO MESIAL, Y LUEGO LOS MOVIMIENTOS DEL ELEVADOR DIRIGEN
EL DIENTE HACIA ABAJO Y AFUERA; EN MOLARES CON RAÍCES ABIER--

TAS, CON CEMENTOSIS O DILACERADAS, ESTE MOVIMIENTO DEBE SER - HECHO CON L'ENTIDAD Y SIN ESFUERZOS BRUSCOS PARA EVITAR FRACTU RAS INTEMPESTIVAS.

POSICION DISTOANGULAR

LA RAMA ANTEROPOSTERIOR DE LA INCISIÓN DEBE DIRIGIRSE MÁS-DISTALMENTE QUE EN LOS CASOS ANTERIORES PARA EVITAR DESGA---RROS DE LA ENCÍA, EN EL DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.

OSTECTOMIA. GENERALMENTE NO HAY HUESO SOBRE LA CARA TRITU RANTE, NI HACIA DISTAL, SÓLO ES NECESARIO PREPARAR LA VÍA DE ACCESO EN EL LADO MESIAL.

EMPL'EO DE LOS ELEVADORES. SE COLOCA EL ELEVADOR SOBRE LA - CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR Y ÉSTE SE DIRIGE HACIA ABAJO Y - HACIA ATRÁS. HAY QUE TENER ESPECIAL CUIDADO EN ESTE TIPO DE - RETENCIÓN, CON LA TUBEROSIDAD Y LA APÓFISIS PTERIGOIDES. MOVI MIENTOS BRUSCOS PUEDEN FRACTURARLAS. ESTOS INSTRUMENTOS ACTUA RAN EN SU FUNCIÓN DE CUÑA O DE PALANCA, CUMPLIRAN SU OBJETIVO SI PUEDEN INTRODUCIRSE FÁCILMENTE ENTRE LA CARA DISTAL DEL SE GUNDO MOLAR Y LA CARA MESIAL DEL TERCERO.

CANINOS INFERIORES

DIENTES EN LA ARCADA

ANESTESIA. LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS PUEDEN SER OPERADOS CON ANESTESIA GENERAL O CON ANESTESIA REGIONAL.

OPERACION. SE AJUSTA EN UN TODO A LAS NORMAS YA SEÑALADAS PARA LA EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS SUPERIORES. LA VÍA DE ELECCIÓN ES LA VESTIBULAR (AÚN PARA CIERTOS CASOS DE CANINOS LINGUALES VERTICALES Y CON ESPACIO EN LA ARCADA, POR AUSENCIA DE LOS DIENTES VECINOS.

INCISION. LA INCISIÓN EN ARCO, SIN LLEGAR AL BORDE GINGIVAL, PREVEE UN COLGAJO SUFICIENTE. PUEDEN HACERSE PARA ESTE TIPO DE INCISIÓN, LAS OBJECIONES QUE SE SEÑALARÓN PARA NO TRAUMATIZAR EL ESTRECHO GINGIVAL, ENTRE LA INCISIÓN EN ARCO Y EL BORDE LIBRE; LAS QUE SE HICIERON EN LA EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS SUPERIORES PALATINOS.

PUEDE PREPARARSE UN COLGAJO A EXPENSAS DEL BORDE LIBRE, TRAZANDO UNA INCISIÓN VERTICAL Y DESPRENDIENDO LA ENCÍA DE LOS CUELLOS DENTARIOS. DE ESTÁ MANERA CORRE MENOR RIESGO DE SER TRAUMATIZADA DURANTE LAS MANIOBRAS QUIRÚRGICAS, LAS FRANJAS GINGIVALES ENTRE EL BORDE LIBRE Y LA INCISIÓN. CORRECTAMENTE ADAPTADO EL COLGAJO, NO SE DEJA HUELLA.

DESPRENDIMIENTO DE LOS COLGAJOS. COMO PARA LOS CANINOS SUPERIORES, DE ACUERDO CON EL TIPO DE INCISIÓN, CON LA LEGRA FINA, CON EL PERIOSTÓTOMO O CON LA ESPÁTULA DE FREER SE DESCIENDE EL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO, QUE SE SOSTIENE CON UN SEPARADOR ROMO.

OSTECTOMIA. PUEDE REALIZARSE A ESCOPLLO O CON FRESA REDONDA DEL NÚMERO 8.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. PARA FACILITAR EL PROBLEMA QUIRÚRGICO, LA ODONTOSECCIÓN SE IMPONE. COMO EN EL MAXILAR SUPERIOR; LA ESCASA ELASTICIDAD DEL HUESO MANDIBULAR, EN SU PORCIÓN BASILAR, EXIGE LA DISMINUCIÓN DEL VOLUMEN DEL DIENTE RETENIDO. LA ODONTOSECCIÓN PUEDE REALIZARSE CON FRESA O CON ESCOPLLO Y MARTILLO. LAS PORCIONES SECCIONADAS SE EXTRAERÁN POR SEPARADO, CON ELEVADORES RECTOS O ANGULADOS, SEGÚN SEA LA POSICIÓN Y FACILIDAD DE ACCESO.

SUTURA. SE PUEDE REALIZAR CON HILO CEDA, CATGUT O NYLON.

EXTRACCION DE LOS CANINOS LINGUALES

TAL POSICIÓN ES RELATIVAMENTE RARA. LA INTERVENCIÓN PUEDE REALIZARSE POR VÍA VESTIBULAR, CUANDO EXISTE ESPACIO ENTRE LOS DIENTES VECINOS. LA EXTRACCIÓN POR EL LADO LINGUAL ES MUY LABORIOSA, POR LAS DIFICULTADES DE ACCESO INHERENTES A LA UBI

CACION DEL DIENTE RETENIDO, Y A LA MALA ILUMINACION Y VISIBILIDAD A ESTE NIVEL.

EL MÉTODO DE LA ODONTOSECCIÓN DISMINUYE LOS RIESGOS DE LESIONES SOBRE LOS DIENTES VECINOS Y PRESIÓN O FUERZA EXCESIVA QUE PUEDE COMPROMETER LA INTEGRIDAD MANDIBULAR. AQUÍ TAMBIÉN LA VÍA DE MENOR RESISTENCIA Y EL CONTROL DE LA FUERZA DEBEN DIRIGIR EL ACTO OPERATORIO.

EXISTE COMO EN EL MAXILAR SUPERIOR, UNA FORMA DE PRESENTACIÓN DE LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS, QUE SE DENOMINA -- TRANSALVEOLARES A LOS SUPERIORES Y QUE PUEDEN LLAMARSE ASÍ O VESTIBULOLINGUALES A LOS INFERIORES. EN ÉSTOS, LA RAÍZ O PARTE DE ELLA, SE ENCUENTRA EN EL LADO VESTIBULAR Y LA CORONA EN EL LADO LINGUAL. EN ESTOS CASOS DEBE REALIZARSE ALVEOLLECTOMÍA VESTIBULAR; LA SECCIÓN DEL CANINO A NIVEL DE SU CUELLO Y LA EXTRACCIÓN DE LOS DOS ELEMENTOS POR LA VÍA QUE ESTAN UBICADOS: LA CORONA POR EL LADO LINGUAL Y LA RAÍZ POR EL VESTIBULO.

EXTRACCION DE LOS CANINOS EN ARCADEA DESDENTADA

LA VÍA DE ACCESO ES SIEMPRE LA VESTIBULAR. LA INCISIÓN ANGULAR ES LA DE PREFERENCIA: EL TRAMO HORIZONTAL DE ESTA INCISIÓN LLEGA HASTA LAS PROXIMIDADES DEL BORDE LIBRE Y EL VERTICAL, SE TRAZA EN ÁNGULO RECTO CON EL PRIMERO. LA INCISIÓN EN NEUMANN, PREVEE UN ÚTIL Y EFICAZ COLGAJO.

TRATAMIENTO QUIRURGICO-ORTODONTICO DE LOS CANINOS SUPERIORES

LA INCLUSIÓN DE UN CANINO ES UN TEMA COMPLICADO. LOS CANINOS SUPERIORES E INFERIORES PUEDEN ENCONTRARSE EN DIVERSAS POSICIONES EN L'INGUAL O L'ABIAL. CON FRECUENCIA EXISTE TAMBIÉN DEFICIENCIA EN LA LONGITUD DE LA ARCADA.

EN ESTOS CASOS SUGIEREN TRES MÉTODOS DE TRATAMIENTO A SABER, EL DIENTE O LOS DIENTES PUEDEN BAJO CONDICIONES FAVORABLES, SER LLEVADOS A UNA POSICIÓN NORMAL EN EL ARCO DENTAL A TRAVÉS DEL PROCEDIMIENTO ORTODONTICO.

PUEDE SER QUIRÚRGICAMENTE REMOVIDO COMO UN SEGUNDO MÉTODO O COMO UN TERCER MÉTODO PUEDE PERMITIRSELES QUEDARSE EN SU SITIO, CUANDO EN LA OPINIÓN COMBINADA DEL ORTODONCISTA, EXODONTISTA Y DENTISTA, SU REMOCIÓN PUEDE INVOLUCRAR LA PÉRDIDA DE GRAN CANTIDAD DE HUESO Y TEJIDO PRIODONTAL, O PONER EN PELIGRO LA VITALIDAD DE OTROS DIENTES. SÍ SE ADOPTA EL ÚLTIMO PASO, SE INSTRUYE AL PACIENTE PARA QUE POR LO MENOS, UNA VEZ AL AÑO SE HAGA UN EXAMEN RADIGRÁFICO DE LA REGIÓN DEL DIENTE RETENIDO, PARA DETERMINAR SI EL DIENTE HA CAMBIADO DE POSICIÓN O EN SU INTEGRIDAD ESTRUCTURAL, ASÍ COMO EL ESTADO DE LOS TEJIDOS ADYACENTES, QUE LLAMARÁN LA ATENCIÓN PARA CAMBIAR LA DECISIÓN ORIGINAL.

DE TODOS LOS DIENTES RETENIDOS, EL CANINO TIENE PARA NOSOTROS UN ESPECIAL INTERÉS, PUES SU CONSERVACIÓN DEBE SER PRIMORDIAL EN ORTODONCIA. PARA SER UBICADO, NOS VALEMOS DE LOS MÉTODOS COMBINADOS, QUIRÚRGICOS ORTODONTICOS.

EL ESPACIO HA SIDO SIEMPRE PARA EL ORTODONCISTA UN PROBLEMA AL CUAL LE HA DEDICADO SUMO INTERÉS, DEBIENDO PENSAR EN -- CIERTOS CASOS, LA FORMA MÁS FÁCIL DE SOLUCIONARLO, ES A VECES SACRIFICANDO EL PRIMER PREMOLAR; CUANDO EL ESPACIO NO EXISTE O ES MUY REDUCIDO, TRATANDO SIEMPRE DE LOGRARLO ANTES DE INTERVENIR SOBRE EL CANINO, EXISTIENDO UN LUGAR DISPONIBLE PRES CINDIMOS DE MANIOBRAS DE DESPLAZAMIENTO, PUES SU CORRECTA -- ERUPCIÓN Y UBICACIÓN, CONTRIBUIRAN AL CIERRE DE LOS DIASTEMAS Y DESARROLLO DEL MAXILAR.

LA MISIÓN DEL PROFESIONISTA CONSISTE EN LOS CASOS DEL PRONÓSTICO FAVORABLE, TRATAR PRIMERO LA ANOMALÍA GENERAL Y SEGUNDO, PONER AL DESCUBIERTO LA CORONA DEL CANINO RETENIDO, EN LA MAYOR EXTENSIÓN POSIBLE CONSERVAR LA MAYOR CANTIDAD DE FIBROMUCOSA Y DE TEJIDO ÓSEO, RESPETANDO LOS DIENTES VECINOS Y NO INTERESAR SIEMPRE QUE SEA POSIBLE AL ANILLO CIRCULAR, Y LAS LENGÜETAS INTERDENTARIAS DE LOS MISMOS.

PRECONIZAMOS EN LAS INTERVENCIONES, DEBEMOS TENER SIEMPRE EN CUENTA LO SIGUIENTE, AL HABLAR DE CONSERVAR ESTÁ PIEZA, SI NO DESEAMOS CAER EN UN FRACASO:

1) EJE DE RETENCIÓN, SIENDO DE PRONÓSTICO FAVORABLE SI ESTÉ ES VERTICAL; LA BRECHA OPERATORIA SERÁ LO MÁS AMPLIA POSIBLE, PARA NO DIFICULTAR DESPUÉS LA LABOR ORTODONTICA, PENSANDO SIEMPRE EN LO LABORIOSO QUE SON LAS MANIOBRAS.

PERO ESTO ES CUANDO EN LAS ARCADAS GENERALMENTE BIEN DESARROLLADAS, ES DECIR, CASI NORMALES, SE ENCUENTRA COMO PRINCI-

PAL ANOMALÍA O ÚNICA LA RETENCIÓN DEL O LOS CANINOS SUPERIO--
RES, YA CON LA PERSISTENCIA DE LOS DE LA PRIMERA DENTICIÓN O
SIN ELLOS, PERO CON ESPACIOS MÁS O MENOS BIEN CONSERVADOS.

RECORDEMOS QUE EN DIAGNÓSTICO DECIMOS QUE ES UNA ANOMALÍA--
LA RETENCIÓN DEL CANINO POR UNA DESVIACIÓN DE SU EJE QUE NO --
SE CONOCE ETIOLÓGICAMENTE SU CAUSA.

2) PUEDEN PRESENTARSE OTRAS ANOMALÍAS EN LAS ARCADAS DEN--
TARIAS, ASÍ COMO ESTRECHES, MAL POSICIONES DE LOS DIENTES VE--
CINOS QUE HAN CERRADO SU LUGAR, Y ABORDAR LA RETENCIÓN DEL CA--
NINO, QUE EN ESTOS CASOS PUEDE HABER SIDO SECUNDARIA SU RETEN--
CIÓN POR LAS DEMÁS ANOMALÍAS; O TAMBIÉN TENER SU EJE DESVIADO
Y DEBERLO ABORDAR QUIRÚRGICAMENTE.

CUANDO ESTAMOS EN PRESENCIA DE ARCADAS BIEN DESARROLLADAS--
Y SOLAMENTE ÉL O LOS CANINOS ESTÁN RETENIDOS POR DESVIACIÓN --
DE SU EJE, SE DEBERAN ANALIZAR LOS FACTORES SIGUIENTES:

EL EXAMEN RADIOGRÁFICO TIENE UN VALOR EXTRAORDINARIO PARA--
LA INTERVENCIÓN DE LOS CANINOS RETENIDOS, POR INTERMEDIO DE --
ELLOS EFECTUAREMOS UN CORRECTO DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO-ORTODON--
TICO. ACONSEJAMOS UNA SERIE DE RADIOGRAFÍAS INTRAORALES, QUE
NOS PROPORCIONAN SU LOCALIZACIÓN ÁNTEROPOSTERIOR, LA OCLUSAL
ES LA DE MAYOR UTILIDAD. DECIDIDO EL TRATAMIENTO ORTODONTICO--
DEL DIENTE RETENIDO, POR EL FAVORABLE PRONÓSTICO QUE NOS HE--
MOS FORMADO POR LA ANOMALÍA, LA EDAD Y EL DIAGNÓSTICO RADIO--
GRÁFICO; SERÁ NUESTRO PRIMER PASO, LA OBTENCIÓN DE BUENAS Y --
EXACTAS IMPRESIONES SUPERIORES E INFERIORES PARA OBTENER BUE--
NOS MODELOS. FOTOGRAFÍAS BUCALES, FACIALES SI FUERA NECESA--

RIAS, A MÁS DE LAS RADIOGRAFÍAS SIMPLES Y OCLUSALES QUE SIR--
VIERÓN PARA NUESTRO DIAGNÓSTICO. LUEGO IMPRESIONES PARCIALES--
DE LOS MOLARES DE ANCLAJE; CONFECCIÓN DE BANDAS EN LOS MOLA--
RES EN ANCLAJE DE MEDIA CAÑA O GRAPA.

SEGUNDO PASO. COMO LAS RADIOGRAFÍAS ORDINALES DE CONTROL--
Y SOBRE EL MODELO, CONFECCIONAMOS Y ADAPTAMOS EL ARCO LINGUAL
TIPO MERSHON, QUE SERA CURVADO, RESPETANDO LA IMAGINARIA PRO--
YECCIÓN DEL RETENIDO.

TERCER PASO. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: DADA LA CALIDAD DE
NUESTROS PACIENTES, EL PREOPERATORIO DEBE EFECTUARSE DESPRO--
VISTO DE TODA APARATOSIDAD; SIEMPRE QUE NO EXISTAN ESTADOS FI--
SIOLÓGICOS ESPECIALES, ACONSEJAMOS LA ADMINISTRACIÓN DE SE---
LLOS A BASE DE CALCIO Y VITAMINAS K DE 3 Ó 4 AL DÍA ANTES DE--
LA INTERVENCIÓN.

COMO EN TODO ACTO QUIRÚRGICO LA APLICACIÓN DE LA ANESTESIA
ES FUNDAMENTAL, Y ASÍ TENEMOS EN CUENTA QUE EN ESTE CASO NO -
SE TRATA YA DE LA EXTRACCIÓN DE UN CANINO RETENIDO, SINO DE -
DEJAR AL DESCUBIERTO SU PORCIÓN CORONARIA; PRESCINDIREMOS DE
LA ANESTESIA INFRAORBITARIA PARA EFECTUAR EN CAMBIO ANESTESIA
LOCAL INFILTRATIVA DE LA BÓVEDA PALATINA EN EL SITIO A OPERAR.

EL TIPO DE INCISIÓN QUE EFECTUAREMOS, DEPENDE DE LA UBICA--
CIÓN DEL DIENTE RETENIDO, EN LOS CASOS MÁS FAVORABLES, ES DE
CIR, CUANDO EL CANINO HACE UNA PEQUEÑA PROMINENCIA EN LA BÓVE--
DA PALATINA Y ESTA CUBIERTA ÚNICAMENTE POR LA FIBROMUCOSA, EL
CORTE ES CIRCULAR, EFECTUÁNDOLO EN EL SITIO DONDE SE PROYECTA
LA CORONA DEL DIENTE; CON CINCELES O GUBIAS ACCIONADAS A MANO

RESECAMOS PEQUEÑAS PORCIONES DE TEJIDO ÓSEO, TRATANDO DE NO LASTIMAR SU INTEGRIDAD ANATÓMICA.

EN LOS CASOS EN QUE LA RETENCIÓN ES MÁS PROFUNDA, NO SIENDO YA LA SUBMUCOSA, SINO QUE PASA HA SER ÓSEO, PRECONIZAMOS UNA INCISIÓN MÁS AMPLIA, QUE ABARCA DESDE LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO PREMOLAR HASTA LA LÍNEA MEDIA, SOBRE LA FIBROMUCOSA DEL RODETE GINGIVODENTARIO, RESPETANDO SIEMPRE EL LIGAMENTO CIRCULAR DE KOELL'IKER, PARA NO DEJAR AL DESCUBIERTO EL CUELLO DE NINGUNO DE LOS DIENTES COMPRENDIDOS EN LA INCISIÓN.

EL COLGAJO QUE RESULTA ES DEBATIDO, ENCONTRÁNDOSE FRENTE AL TEJIDO ÓSEO, LA OSTECTOMÍA LA EFECTUAMOS CON ESCOPIO Y MARTILLO, COMENZANDO POR SU PARTE CÉNTRICA; EFECTUADA LA EXPOSICIÓN DEL DIENTE, ADAPTAMOS EL COLGAJO AL QUE PREVIAMENTE HEMOS ELIMINADO UNA PORCIÓN DE FIBROMUCOSA SOBRE EL MISMO, PARA EVITAR UNA PRECOZ CICATRIZACIÓN. CON LA AYUDA DE PEQUEÑAS CURETAS ELIMINAMOS EL SACO PERICORONARIO, PARA PODER COLOCAR CON MÁS COMODIDAD NUESTROS APARATOS, EVITANDO AL MISMO TIEMPO UNA HEMORRAGIA O INFECCIÓN DE DICHO SACO.

TERMINAMOS NUESTRA INTERVENCIÓN CAUTERIZANDO LOS BORDES MUCOSOS QUE RODEA LA CORONA LIBERADA CON GALVANOCAUTERIO, PARA RETARDAR LA CICATRIZACIÓN QUE ES MÁS RÁPIDA EN LA CAVIDAD BUCAL. LOS RESORTES PUEDEN COLOCARSE AL ARCO LINGUAL YA PREPARADO, EN LA MISMA SESIÓN O POSTERIORMENTE.

CAPITULO V

COMPLICACIONES TRAS Y POSOPERATORIAS

ENTRE LAS MUCHAS COMPLICACIONES QUE PUEDEN OCURRIR DURANTE LA EXTRACCIÓN DE LOS DIENTES, O DESPUÉS DE EL'LA PUEDEN MENCIONARSE LAS SIGUIENTES:

- 1) EXPOSICIÓN DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR.
- 2) CORTE DEL NERVI0 DENTARIO INFERIOR, LESIÓN O COMPRESIÓN DE ÉSTE NERVI0, LO QUE DA POR RESULTADO UNA SENSIBILIDAD PROLONGADA O PARESTESIA DEL LABIO.
- 3) TRISMO AGUDO QUE IMPIDE LA MASTICACIÓN.
- 4) FRACTURA DE RAÍCES, LAS RAÍCES DEL TERCER MOLAR SUPERIOR PUEDEN SER FORZADAS HACIA EL SEN0 MAXILAR. LAS DEL INFERIOR PUEDEN SER DISLOCADAS A TRAVÉS DE LA DELGADA O AUSENTE CORTICAL LINGUAL HACIA EL ESPACIO SUBMAXILAR. SÍ EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR ESTÁ EN CONTACTO CON LOS ÁPICES DEL TERCER MOLAR INFERIOR, UNA PEQUEÑA FRACTURA DEL ÁPICE PUEDE SER IMPULSADO DENTRO DEL CONDUCTO CUANDO SE HACE INTENTO DE EXTRACCIÓN, A MENOS QUE SE TOMEN GRANDES CUIDADOS.
- 5) DESGARRAMIENTO DE LOS VASOS SANGUÍNEOS POR LESIÓN O COMPRESIÓN DE LA ARTERÍA Y VENA DENTARIA INFERIOR. INTERRUCCIÓN DEL APORTE SANGUÍNEO AL COLGAJO DURANTE MUCHO TIEMPO LO CUAL DA LUGAR A UN NECROSIS.
- 6) FRACTURA IMPORTANTE DE LA APÓFISIS ALVEOLAR.

7) TRAUMATISMOS O DESPLAZAMIENTOS DE LOS DIENTES VECINOS, LO CUAL PUEDE HACERLES PERDER SU VITALIDAD Y ORIGINAR PROCESOS INFECCIOSOS PERIAPICALES.

8) DECOLORACIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS, POR DEBAJO Y POR ENCIMA DE LA MANDÍBULA, DEBAJO DEL OJO, MEJILLAS O LABIO INFERIOR; ESTE DEPENDE DEL SITIO OPERADO, Y ES RESULTADO DE UNA EQUIMOSIS PRODUCIDA POR UNA HEMORRAGIA POSOPERATORIA.

9) LESIÓN DE LOS LABIOS, MEJILLAS Y MUCOSAS POR EL USO DE INSTRUMENTOS.

10) APERTURA DEL SENOS MAXILAR.

11) CAÍDA DE UN DIENTE DENTRO DEL SENOS MAXILAR.

12) EMPUJAR UN TERCER MOLAR DENTRO DE LA FOSA PTERIGOMAXILAR.

13) COMUNICACIÓN CON LA CAVIDAD NASAL.

14) PÉRDIDA DE LA GRAN PARTE DE LA APÓFISIS ALVEOLAR, POR NECROSIS, DEBIDO AL MAL PLANEADO DE LA TÉCNICA PARA LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE RETENIDO, LO QUE SE PRODUCE GENERALMENTE POR UN GRAN TRAUMATISMO DEL HUESO POR EXCESO DE PRESIÓN CON EL ELEVADOR, ESCOPILOS NO AFILADOS, QUEMADURA DE HUESO POR LAS FRASAS USADAS A MUCHA VELOCIDAD O CARENTES DE FILO.

15) FRACTURA DEL MAXILAR SUPERIOR.

16) EXTENSAS LACERACIONES Y GRAN TRAUMATIZACIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

17) EXPOSICIÓN EXAGERADA DE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES VECINOS QUE PUEDEN DAR POR RESULTADO LA PÉRDIDA DE ESTOS DIENTES.

18) UN ÁPICE EMPUJADO A LA REGIÓN SUBMAXILAR O AL SENOS MA

XILAR O AL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR.

19) DOLOR, QUE PUEDE SER EL DOLOR NORMAL POR UN TRAUMA NORMAL O EL DOLOR INTENSO DE LA ALVEOLITIS.

COMPLICACIONES LOCALES

HEMORRAGIA. LA SALIDA DE SANGRE EN EL CURSO DE UNA OPERACIÓN ES UN SUCESO LÓGICO, LA CANTIDAD DE SANGRE PUEDE HALLARSE DISMINUIDA POR ACCIÓN DE LA ANESTESIA LOCAL (VASOCONSTRICTORES). COHIBIR LA HEMORRAGIA EN EL ACTO OPERATORIO ES OBRA DE LA HEMOSTASIA; REFIRIENDONOS A LA HEMORRAGIA POSOPERATORIA; QUE APARECE INTESPESTIVA E INMEDIATAMENTE (HEMORRAGIA PRIMARIA) A UN TIEMPO DESPUÉS (HEMORRAGIA SECUNDARIA).

HEMORRAGIA SECUNDARIA. EL TRATAMIENTO DE ESTÁ EN CIRUGÍA-BUCAL SE REALIZA POR DOS PROCEDIMIENTOS: UNO INSTRUMENTAL Y EL OTRO MÉCANICO. EL PRIMERO TIENE SU APLICACIÓN EN LA LIGADURA O EN EL APLASTAMIENTO DEL VASO QUE SANGRA; LA LIGADURA SOLAMENTE TIENE ESCASAS APLICACIONES. EL APLASTAMIENTO SE PRÁCTICA COMPRIMIENDO BRUSCA Y TRAUMATICAMENTE EL VASO ÓSEO SANGRANTE CON INSTRUMENTO ROMO.

EL OTRO SE LOGRA POR TAPONAMIENTO CON UN TROZO DE GASA Y SU COMPRESIÓN. GENERALMENTE VOLVIENDO EL COLGAJO A SU SITIO Y SUTURANDO. LA HEMORRAGIA CESA, POR CONFLEXIÓN DE LA CAVIDAD ÓSEA POR LA SANGRE QUE AL CUAGULARSE OBTURA LOS VASOS ÓSEOS SANGRANTES. A EXPENSAS DE ESTE CUÁGULO SE REALIZA EL PROCESO-

DE OSIFICACIÓN. SI LA HEMORRAGIA NO CEDE Y CONTINUA BROTANDO-SANGRE ENTRE LOS LABIOS DE LA HERIDA, EN UN TIEMPO Y EN CANTIDAD DESUSADOS, HABRÁ QUE LLENAR LA CAVIDAD QUIRÚRGICA CON UNA MECHA DE GASA, QUE DEBE REUNIR CIERTAS CONDICIONES, PARA ESTE OBJETO; PARA AUMENTAR SU ACCIÓN HEMOSTÁTICA, LA GASA PUEDE SER IMPREGNADA EN LOS MEDICAMENTOS INDICADOS: TROMBINA, TROPOLASTINA, ADRENALINA, PERCLORURO DE HIERRO; PARA EVITAR QUE LA GASA SE ADHIERA A LA CAVIDAD ÓSEA, PUEDE SER IMPREGNADA PREVIAMENTE CON VASELINA. EXISTEN CIERTAS GASAS QUE TIENEN PROPIEDADES ASTRINGENTES, TALES COMO EL CLAUDEN O STRIPNON. EL TAPONEAMIENTO SE REALIZA DESPUÉS DE LAS OPERACIONES PARA EVITAR LA HEMORRAGIA.

HEMORRAGIA SECUNDARIA. APARECE ALGUNAS HORAS O ALGUNOS DÍAS DESPUÉS DE LA OPERACIÓN; PUEDE DEBERSE A LA CAÍDA DEL CUÁGULO LUEGO DE UN ESFUERZO DEL PACIENTE, O QUE HA CESADO LA VASOCONSTRICCIÓN DE LA ANESTESIA, A ESTOS FACTORES LOCALES PUEDE AGRAGARSE UNA CAUSA DE ÍNDOLE GENERAL QUE FAVORESCA LA HEMORRAGIA, QUE ENTONCES ADQUIERE CARACTERÍSTICAS E INTENSIDADES VARIABLES.

EL TRATAMIENTO DE TAL ACCIDENTE SE REALIZA POR MÉTODOS LOCALES Y GENERALES.

MÉTODOS LOCALES. SE LAVA LA REGIÓN QUE SANGRA CON UN CHORRO DE AGUA CALIENTE O SE HACE PRACTICAR AL ENFERMO UN ENJUAGATORIO DE SU BOCA PARA RETIRAR LOS RESTOS DEL CUÁGULO Y LA SANGRE, QUE DIFICULTAN LA VISIÓN Y LA INDIVIDUALIZACIÓN

DEL PUNTO SANGRANTE. INVESTIGANDO EL LUGAR POR DONDE HEMANA LA SANGRE, LA HEMOSTASIA SE REALIZA POR TAPONAMIENTO A PRESIÓN, - CON GASA (SIMPLE O CON MEDICAMENTOS). ENCIMA DE LA HERIDA Y - COMPRIMIENDO SUS BORDE, SE DEPOSITA UN TROZO GRANDE DE GASA - SECA, LA CUAL SE MANTIENE CON LOS DEDOS, O MEJOR AÚN, BAJO LA PRESIÓN MASTICATORIA.

ESTA MANIOBRA DEBE MANTENERSE POR LO MENOS DURANTE MEDIA - HORA; TRANSCURRIDA LA CUAL SE RETIRA CON SUMA PRECAUCIÓN. EN CASO DE PERSISTENCIA, SE INSISTE CON LA COMPRESIÓN O SE ADMINISTRA EL TRATAMIENTO GENERAL.

MÉTODOS GENERALES. SEGÚN LA CANTIDAD DE SANGRE - PÉRDIDA, EL ESTADO DEL PACIENTE ESTARÁ MÁS O MENOS COMPROMETIDO. EN GENERAL, LAS HEMORRAGIAS EN CIRUGÍA BUCAL NO SON MORTALES.

SE MEJORARÁ EL ESTADO GENERAL (PULSO, TENSION, CORAZÓN) ADMINSTRANDO ANALÉPTICOS Y ANTE PÉRDIDA CONSIDERABLE SE TRATARÁ DE NORMALIZAR LA VOLEMÍA MEDIANTE LA INFUSIÓN DE LÍQUIDOS- ADECUADOS (SOLUCIONES, SUERO, EXPANSORES DE PLASMA Y PLASMA)- Y EN CASOS MÁS GRAVES, SANGRE. EN OCACIONES DEBERÁ COMPLETARSE LA MEDICACIÓN CON CUAGULANTES (VITAMINA K, CALCIO, AGENTES ANTIFIBRINOLÍSTICOS, PRINCIPALMENTE).

CONDUCTA CON PACIENTES HEMOFILICOS.

(PACIENTES CON DISCRACIAS HEMORRAGICAS). COMO - PRINCIPIO, COMO EN TODO HEMOFÍLICO ESTÁ CONTRAINDICADA LA - ANESTESIA TRONCULAR DEL NERVI0 DENTARIO INFERIOR O EN LA CER-

CANIA DE PLEXOS ARTERIALES O VENOSOS: LA LESIÓN QUE LA AGUJA PUEDE OCACIONAR EN VASOS IMPORTANTES, LLEGA A PRODUCIR HEMATOMAS ALARMANTES Y GRAVES PELIGROS DE ASFIXIA.

LOS PACIENTES HEMOFÍLICOS REQUIEREN UN TRATAMIENTO ESPECIAL, VASADO EN UNA MINUCIOSA HEMOSTASIA LOCAL, A VECES AYUDA POR LA TERAPIA SUSTITUTIVA. ESTÁ ÚLTIMA PUEDE NO SER NECESARIA EN EXTRACCIONES MÁS O MENOS SIMPLES, PERO ES INDISPENSABLE EN ACTOS DE MAYOR ENVERGADURA O CUANDO DEBE ANESTESIARSE EL NERVI^U DENTARIO INFERIOR. LA ANESTESIA INFILTRATIVA NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES.

EN CASO QUE SE NECESITE LA TERAPIA GENERAL, SE PODRA TRANSFUNDIR SANGRE, PLASMA O CONCENTRADOS DEL FACTOR EN DEFECTO. - PARA LA HEMOFILIA HOY EN DÍA SE EMPLEA CRIOPRESIPITADOS DEL FACTOR VIII, A RAZÓN DE UNA UNIDAD POR CADA 7 A 10 K DE PESO ANTES DE LA INTERVENCIÓN Y REPETIR CADA 12 HORAS, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES. EN CASO DE ANESTESIA DEL NERVI^U DENTARIO INFERIOR SE MANTIENE ESTA TERAPÉUTICA DURANTE 24 HORAS.

SÍ SE NECESITA UNA ACCIÓN MÁS INTENSA, SE TRANSFUNDIRÁ FI - O - TA CONCENTRADO, LIOFILIZADO Y MÁS PURIFICADO, A RAZÓN DE UNA UNIDAD, POR 30 K DE PESO, CADA 12 HORAS.

PARA LA HEMOFILIA B, SE TRANFUNDIRA UN CONCENTRADO DE FACTORES II, IX Y X; UNIDAD, POR CADA 30 K DE PESO, CADA 24 HRS.

LA HEMOSTASIA LOCAL DEBE REALIZARSE CON TAPONES DE GASA O DE MATERIALES RESORBIBLES; CELULOSA OXIGENADA Y ESPONJA DE GELATINA. LOS TAPONES DEBEN IMPREGNARSE CON HEMOSTÁTICOS ORGÁNICOS, QUE SON LOS VERDADERAMENTE EFECTIVOS, COMO LAS SOLUCIO-

NES DE TROMBINA HUMANA O ANIMAL, TROMBOPLASTINA; TAMBIÉN PUE DE EMPLEARSE LA PLACENTA HUMANA O FRAGMENTOS DE CEREBRO DE CO NEJO, PREVIAMENTE DESECADOS O LA LECHE DE MADRE.

LA TROMBINA DEBE UTILIZARSE EN SOLUCIONES DE 100 UNIDADES-POR CN^3 , CONSIDERANDO UNA UNIDAD COMO CANTIDAD QUE CUAGULA UN CN^3 DE FIBRINOGENO EN 15 SEGUNDOS.

EL TAPÓN DEBE COLOCARSE DE MODO QUE OBTURE A PRESIÓN LA CA VIDAD QUIRÚRGICA, CON EL OBJETO DE QUE CONTACTE PLENAMENTE - CON LAS PAREDES DE LA HERIDA. UNA VEZ COLOCADO EN SU SITIO, - EL OPERADOR DEBERÁ EJERCER PRESIÓN CON SUS DEDOS POR ESPACIO- DE 5 A 10 MINUTOS, PARA PERMITIR LA CONSOLIDACIÓN DE LOS CUÁ- GULOS.

EL AGREGADO DE CEMENTO QUIRÚRGICO A LA GASA ORIGINARÁ UN - TAPÓN DURO, QUE RESULTA MUY EFICIENTE.

CON CUALQUIER TIPO DE MATERIAL QUE SE EMPLEE RESORBIBLE O- NO, SE IMPONE LA SÚTURA DE LOS BORDES DE LA HERIDA, LOS HILOS SE DEBEN PASAR ANTES DE COLOCAR EL TAPÓN Y ANULARLOS POSTE--- RIORMENTE. EN CASO DE UTILIZAR GASA, LA CICATRIZACIÓN SE HACE, POR SEGUNDA INTENCIÓN.

EL RETIRO DEL TAPÓN NO RESORBIBLE SE HARÁ 6 U 8 DÍAS DES-- PUÉS. NO SUELE OCACIONAR NUEVAS PÉRDIDAS DE SANGRE. EL RELLE- NO DE LA CAVIDAD CON PLACENTA Y PRESIÓN POSTERIOR ACTURÁ EFI- CAZMENTE.

EN CASO DE HEMORRAGIA SECUNDARIA, LA TERAPIA LOCAL SERÁ - MÁS EFECTIVA QUE LA GENERAL, LA QUE PUEDE USARSE COMO COMPLE- MENTO DE LA PRIMERA.

LOS CUÁGULOS HIPERTROFICOS, TÍPICOS DE LOS HEMOFÍLICOS DEBEN SER ELIMINADOS.

EN CASO DE CONTRAER PUNTOS SANGRANTES, SE VOLVERA A OBTURAR LA CAVIDAD; SI LA HEMORRAGIA PROVIENE DE LOS TEJIDOS BLANDOS, PUEDEN UTILIZARSE CAÚSTICOS, ASTRINGENTES O ANESTESIA IN FILTRATIVA A SU NIVEL, QUE OBTURA LOS PEQUEÑOS VASOS.

LA TÉCNICA PARA EL EMPLEO DE POLVO DE PLACENTA HUMANA ES MUY SENSILLA. EL MATERIAL SE ADQUIERE EN AMPOLLAS DE 2 CN³ ES TERILIZADO. SOBRE UN CRISTAL, TAMBIÉN ESTERILIZADO, SE VUELCA EL CONTENIDO DE LA AMPOLLA, SE AGREGAN ALGUNAS GOTAS DE SUERO FISIOLÓGICO Y SE ESPATULA HASTA TENER UNA PASTA HOMOGÉNEA. Y SE COLOCA EN LA CAVIDAD QUE SE QUIERE OBTURAR. SE CIERRA CON SUTURA.

CONDUCTA CON PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICUAGULANTES

PARA PREVENIR O INHIBIR LA CUAGULACIÓN INTRAVASCULAR CIERTO NÚMERO DE PACIENTES ESTAN SOMETIDOS A TRATAMIENTOS CON MEDICAMENTOS ANTICUAGULANTES. EL PACIENTE ESTÁ ENTERADO O IGNORA EL TIPO DE TERAPÉUTICA QUE SE LE REALIZA (IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA). SU OBJETIVO ES ALTERAR EL MECANISMO DE LA CUAGULACIÓN, DE TAL MODO QUE NO SE PRODUSCA CUAGULACIÓN PATOLÓGICA, PERO LLEGANDO AL LÍMITE EN QUE SE EVITE UNA HEMORRAGIA ESPONTÁNEA. ESTE TRATAMIENTO CON ANTICUAGULANTES, SE INDICA EN LAS TROMBOSIS VENOSAS PROFUNDAS, EMBOLIA PULMONAR, INFARTO DEL MIOCARDIO, OCLUSIÓN ARTERIAL AGUDA DE

LAS EXTREMIDADES, OCLUSIÓN VASCULAR RETINIANA Y EN CASOS DE -
TROMBOSIS CEREBRAL.

LOS MEDICAMENTOS ANTICUAGULANTES QUE SE EMPLEAN, SON LA HE
PARINA Y LOS PRODUCTOS COMPUESTOS DE HIDROXICUMARINA E INDAN-
DIORINA.

LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICUAGULANTE QUE NECESITEN
UNA INTERVENCIÓN BUCAL NO DEBEN SUSPENDER DICHO TRATAMIENTO,-
YA QUE PODRÍA PROVOCAR UNA TROMBOSIS Y ENTONCES SERÍA MAYOR -
EL DAÑO TERAPÉUTICO DE LA SUSPENSIÓN, QUE LA POSIBLE PERO CON
TROLABLE HEMORRAGIA, PRODUCTO DE LA CIRUGÍA. EL TRATAMIENTO -
LOCAL DE LA HERIDA OPERATORIA DEBE SER TAPONAMIENTO CON GASA-
IMPREGNADA EN TROMBINA Y SUTURA.

HEMATOMA. LA MAYOR PARTE DE LAS VECES, AUNQUE HAYAN SIDO-
TOMADAS LAS MEJORES PREVENCIÓNES, ENTRA SANGRE EN LOS TEJIDOS
VECINOS AL SITIO DE LA OPERACIÓN Y FORMA UN "TUMOR SANGUÍNEO"
QUE PUEDE ADQUIRIR UN VOLUMEN CONSIDERABLE. SU PRESENCIA ES -
ASÍ MISMO DELATADA POR EL CONSIGUIENTE CAMBIO DE COLORACIÓN-
DEL LECHO OPERATORIO, PIEL Y VECINDADES, LA TURGENCIA Y DOLOR
DE LA ENCÍA QUE CUBRE LA REGIÓN OPERADA, LA TUMEFACCIÓN Y AS-
PECTO INFLAMATORIO DEL CONJUNTO.

COMO DESPUÉS DE UN TIEMPO VARIABLE, AUNQUE CON SUMA LENTI-
TUD, EL HEMATOMA SE REABSORBE, LA CONDUCTA DEBE SER EXPECTAN-
TE. SIN EMBARGO, A VECES PUEDE LLEGAR A SUPURAR Y PROVOCAR RE
PERCUSIÓN GANGLIONAR, ESCALOFRÍOS Y FIEBRE; EN ESTOS CASOS SE
TRATA COMO UN ABSCESO: SE ABRE MEDIANTE UN BISTURÍ O GALVANO-

CAUTERIO: ALGUNAS VECES PUEDE INTENTARSE DISMINUIR LA TENSIÓN, ABSORBIENDO CON UNA JERINGA LA SANGRE, TODAVÍA LÍQUIDA, DEL HEMATOMA.

EL HEMATOMA PUEDE ORIGINARSE NO SÓLO POR EL TRAUMATISMO INHERENTE A LA INTERVENCIÓN, SINO TAMBIÉN POR DESGARRO O RUP-TURA DE UN VASO EN LAS MANIOBRAS DE ANESTESIA (INYECCIÓN A NI-VEL DEL AGUJERO INFRAORBITARIO).

INFECCION. A PESAR DE LAS CONDICIONES SÉPTICAS DEL CAMPO-OPERATORIO, LA INFECCIÓN NO ES FRECUENTE.

EL PROCESO INFECCIOSO POSOPERATORIO MÁS COMÚN ES LA ALVEO-LITIS. SU PATOGENÍA, MARCHA CLÍNICA Y TRATAMIENTO, ASÍ COMO -EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES POSOPERATORIAS SERAN SOLU--CIONADAS DE LA MEJOR MANERA POSIBLE.

ASÍ MISMO PUEDEN SOBRE VENIR FLEMONES, ABSCESOS, CELULITIS Y AÚN PROCESOS DE MAYOR INTENSIDAD E IMPORTANCIA, TALES COMO-EL FLEMÓN CIRCUNSCRITO O FLEMÓN DIFUSO DEL SUELO DE LA BOCA,-MUY GRAVES EN LA ÉPOCA PREQUIMIOANTIBIOTICA.

DOLOR. EL DOLOR POSOPERATORIO DEBE SER CALMADO CON ANALGÉ-SICOS COMUNES: ANTIPIRINA, PIRAMIDÓ; MUY ESPECIALMENTE MORFI-NA. EL FRÍO COLOCADO A INTERVALOS SOBRE LA REGIÓN OPERADA CAL-MA EN LAS PRIMERAS HORAS LOS DOLORS POSOPERATORIOS.

CUANDO SEA NECESARIO, POR LA EXISTENCIA DE NÁUSEAS POSANES-TÉSICAS O DOLOR A LA DEGLUCIÓN QUE IMPIDAN MEDICAR AL PACIEN-TE POR VÍA ORAL, PUEDEN ADMINISTRARSE LOS ANALGÉSICOS POR -

VÍA RECTAL, EN FORMA DE MICROENEMAS O DE SUSPENSIÓN O SUPPOSITIVOS .

COMPLICACIONES GENERALES

CUALQUIER INTERVENCIÓN EN LA CAVIDAD BUCAL PUEDE SER SEGUIDA DE COMPLICACIONES GENERALES. MUCHAS DE ÉSTAS PODEMOS PREVENIRLAS; OTRAS SE ESCAPAN A NUESTROS BUENOS PROPÓSITOS.

SINCOPE SIMPLE. A PESAR DE TODOS LOS ESFUERZOS PARA EVITARLOS, PUEDEN PRESENTARSE COMPLICACIONES. LA MÁS FRECUENTE DE LAS QUE SE OBSERVAN EN EL CONSULTORIO DENTAL, ES EL SÍNCOPE SIMPLE (DESMAYO) QUE SUELE OCURRIR DURANTE LA INYECCIÓN DEL ANESTÉSICO. DEBE RECORDARSE QUE EL DESMAYO RARA VEZ ES UNA INDICACIÓN DE REACCIÓN ALÉRGICA AL ANESTÉSICO O DE ALGUNA OTRA COMPLICACIÓN QUE PUEDA PROCEDER A UN ESTADO MÁS SERIO. SIN EMBARGO, ESTA POSIBILIDAD NO DEBE OLVIDARSE Y DEBE OBSERVARSE AL PACIENTE PARA VER SI SE PRESENTAN OTROS SÍNTOMAS QUE NO SEAN DEL SÍNCOPE. LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SÍNCOPE SON: GOTITAS DE SUDOR EN LA FRENTE Y ALREDEDOR DE LA BOCA, (ASÍ COMO PÉRDIDA DE CALOR) PALIDEZ PERIBUCAL QUE OCASIONA COLORACIÓN VERDOSA ALREDEDOR DE LA BOCA, ASÍ COMO PÉRDIDA DE COLOR DE MEJILLAS Y FRENTE, SENSACIÓN DE HORMIGUEO EN DEDOS DE MANOS Y PIES, DEBILIDAD, NÁUSEAS, A VECES VÓMITO Y PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO, EN OCACIONES ASOCIADOS CON UN EPISODIO CONVULSIVO BREVE QUE PUEDE DURAR ALGUNOS SEGUNDOS.

EL TRATAMIENTO DE ESTE SÍNCOPE SE REALIZA DE LA SIGUIENTE-MANERA: SE SUSPENDE LA INTERVENCIÓN; SE COLOCA AL PACIENTE - HORIZONTALMENTE, CON LA CABEZA MÁS BAJA QUE EL CUERPO, PARA - CONBATIR LA MENOR IRRIGACIÓN CEREBRAL DEL MOMENTO; ES ÚTIL LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO AL 100 %, CON LA CARETA PARA LA -- ANESTESIA GENERAL O DIRECTAMENTE CON UNA GOMA SI NO SE TIENE-- AQUEL ELEMENTO. SE INYECTARÁ POR VÍA INTRAMUSCULAR VASOCONS-- TRICTORES DEL TIPO DE LA METANFETAMINA, VERITOL, U OTROS SIN-- TÉTICOS DERIVADOS DE LA EFEDRINA.

SÍ EL PACIENTE ESTA DE ACUERDO, EL DENTISTA PUEDE SEGUIR - EL TRATAMIENTO; SINO DEBE FIJARSE UNA NUEVA CITA.

SEPTICEMIA - BACTEREMIA. LA EXTRACCIÓN DENTARIA O LA ELI-MINACIÓN DE FOCOS SÉPTICOS (GRANULOMAS Y QUISTES INFECTADOS)- PUEDE SER SEGUIDA DEL PASO DE MICROORGANISMOS A LA SANGRE. ES TA COMPLICACIÓN TIENE IMPORTANCIA EN LOS CARDÍACOS Y REUMÁTI-COS, PORQUE PUEDEN ORIGINARSE ENDOCARDITIS BACTERIANAS GRAVES. LOS PACIENTES CON LESIONES REUMÁTICAS O CARDÍACAS ES MENESTER ADMINISTRAR PENICILINA EN DOSIS ADECUADAS ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO (DE 600.000 U. DE PENICILINA G PROCAÍNICA MEZCLA- DA CON 500.000 U. DE PENICILINA G SÓDICA; UNA HORA ANTES DE - LA INTERVENCIÓN, Y 600.000 U. DE PENICILINA G PROCAÍNICA A - LAS 12 Y 24 HORAS).

CAPITULO VI

TRATAMIENTO POSOPERATORIO

SE ENTIENDE POR POSOPERATORIO AL CONJUNTO DE MEDIDAS, PRECAUSIONES Y TÉCNICAS QUE SE REALIZAN DESPUÉS DE LA OPERACIÓN, CON EL OBJETO DE MANTENER LOS FINES LOGRADOS POR LA INTERVENCIÓN, REPARAR LOS DAÑOS QUE SURGAN CON MOTIVO DEL ACTO QUIRÚRGICO Y COLABORAR CON LA NATURALEZA EN EL LOGRO DEL PERFECTO ESTADO DE SALUD.

EL TRATAMIENTO POSOPERATORIO, ES LA FASE MÁS IMPORTANTE DE NUESTRO TRABAJO. TANTO ES ASÍ QUE LA VIGILANCIA, CUIDADO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE, UNA VEZ TERMINADA LA OPERACIÓN, PUEDE MODIFICAR Y AÚN MEJORAR LOS INCONVENIENTES SURGIDOS EN EL CURSO DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

POR SUPUESTO, EN CIRUGÍA BUCAL NO PUEDE TENER LA TRASCENDENCIA QUE ALCANZA EN UNA OPERACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL. EN OTROS TÉRMINOS, NUESTRA CIRUGÍA ES LA CIRUGÍA QUE SE EFECTÚA EN UN PACIENTE AMBULATORIO, Y SALVO ESEPCIONES QUE SE FUNDAN MÁS BIEN EN EL TIPO DE ANESTESIA USADO EN LA OPERACIÓN MISMA. LOS CUIDADOS POSOPERATORIOS DEBEN REFERIRSE A LA HERIDA MISMA (Y AL CAMPO OPERATORIO, QUE ES LA CAVIDAD BUCAL) Y EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE.

TRATAMIENTO LOCAL POSOPERATORIO

HIGIENE DE LA CAVIDAD BUCAL. TERMINADA LA OPERACIÓN, EL AYUDANTE O LA ENFERMERA LIMPIARÁ PROLIJAMENTE LA SANGRE QUE PUDO HABERSE DEPOSITADO SOBRE LA CARA DEL PACIENTE, CON UNA GASA MOJADA CON AGUA OXIGENADA. LA CAVIDAD BUCAL SERÁ IRRIGADA CON UNA SOLUCIÓN TIBIA DEL MISMO MEDICAMENTO, O MEJOR AÚN PROYECTADA LA SOLUCIÓN CON ATOMIZADOR, QUE LIMPIARÁ ASÍ Y ELIMINARÁ SANGRE, SALIVA, Y RESTOS QUE EVENTUALMENTE QUEDAN EN LOS SURCOS VESTIBULARES, DEBAJO DE LA LENGUA, EN LA BÓVEDA PALATINA Y EN LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS. ÉSTOS ELEMENTOS EXTRAÑOS ENTRAN EN PUTREFACCIÓN Y AUMENTAN LA RIQUEZA DE LA FLORA MICROBIANA BUCAL.

EL PACIENTE EN SU DOMICILIO, CONSTITUIDO YA EL CUÁGULO, HARÁ ENGUAJES SUAVES DE SU BOCA, CUATRO HORAS DESPUÉS DE LA OPERACIÓN, CON UNA SOLUCIÓN ANTISEPTICA CUALQUIER.

FISIOTERAPIA POSOPERATORIA.

SE HA PRECONIZADO EL EMPLEO DE AGENTES FÍSICOS PARA MEJORAR Y MODIFICAR LAS CONDICIONES DE LAS HERIDAS EN LA CAVIDAD BUCAL (NOS REFERIMOS AL EMPLEO DEL CALOR, FRÍO, IRRADIACIONES ULTRAVIOLETAS).

FRÍO. EMPLEAMOS CON GRAN FRECUENCIA EL FRÍO COMO TRATAMIENTO POSOPERATORIO. ACONSEJAMOS BOLSAS DE HIELO O TOALLAS

AFELPADAS MOJADAS CON AGUA ELADA, QUE SE COLOCAN SOBRE LA CARA, FRENTE AL SITIO DE LA INTERVENCIÓN. EL PAPEL DEL FRÍO ES MÚLTIPLE, EVITA LA CONGESTIÓN Y EL DOLOR POSOPERATORIO, PREVIENE LOS HEMATOMAS Y LAS HEMORRAGIAS.

SE APLICA POR PERÍODOS DE QUINCE MINUTOS, SEGUIDOS DE PERÍODOS IGUALES DE DESCANSO, Y DURANTE NO MÁS DE LOS TRES PRIMEROS DÍAS, PUÉS MÁS ALLÁ ES INEFICAZ.

LA ACCIÓN DEL FRÍO PUEDE SER COMPLETADA CON EL EMPLEO DE UNA SOLUCIÓN ENFRIADA CON SULFATO DE MAGNESIO (DE 100 G EN 500 ML DE AGUA) EN LUGAR DE AGUA; LA APLICACIÓN EN EL LUGAR INDICADO SE HACE MEDIANTE UNA TOALLA AMPAPADA EN LA SOLUCIÓN, CUYO RESTO SE GUARDA EN LA NEVERA, PARA MANTENERLO REFRIGERADO; EL SULFATO DE MAGNESIO REDUCE LOS EDEMAS.

CALOR. SÓLO LO EMPLEAMOS PARA MADURAR LOS PROCESOS FLOJÉTICOS; DESPUÉS DEL TERCER DÍA, PUEDE APLICARSE PARA DISMINUIR LA ALVEOLALGÍA Y DOLORS POSOPERATORIOS.

EN VERDAD LA TERAPÉUTICA POSOPERATORIA POR EL CALOR CONSISTE EN BUCHES CALIENTES Y COMPRESAS FRÍAS AL EXTERIOR I VICEVERSA.

CUIDADOS DE LA HERIDA. SI EVOLUCIONA NORMALMENTE LA HERIDA, EN LA CAVIDAD BUCAL, NO NECESITA TERAPÉUTICA. LA NATURALEZA, QUE ES SABIA, PROVEE LAS CONDICIONES SUFICIENTES PARA LA FORMACIÓN DEL CUÁGULO Y LA PROTECCIÓN DE LA HERIDA POSOPERATORIA.

EN TERMINOS GENERALES, UN ALVÉOLO QUE SANGRA Y SE LLENA CON UN CUÁGULO, TIENE LA MEJOR DEFENSA CONTRA LA INFECCIÓN Y LOS DOLORS.

DESPUÉS DEL SEGUNDO DÍA, LA HERIDA SERÁ SUAVEMENTE IRRIGADA CON SUERO FISIOLÓGICO TIBIO O CON UNA SOLUCIÓN ALCOHOLICA DE FENOL ALCANFORADO, TREINTA GOTAS: ALCOHOL TRES MILILITROS; AGUA DOCIENTOS MILILITROS. SI HAY QUE EXTRAER LOS PUNTOS DE SUTURA, ESTO SE HARÁ AL CUARTO O QUINTO DÍA (HACEN ECEPCIÓN EN LA REGIÓN DE LOS MOLARES), EN ESTOS CASOS, DESPUÉS DEL SEGUNDO DÍA ACTÚA COMO CUERPO EXTRAÑO PROVOCANDO INFLAMACIÓN LOCALIZADA Y SUPURACIÓN; ESTOS PUNTOS SERAN RETIRADOS A LAS 24 Ó 48 HORAS DESPUÉS DE LA OPERACIÓN.

EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA. LA TÉCNICA ES LA SIGUIENTE: SE PASA SOBRE EL HILO A EXTRAER, UN ALGODÓN ENBEBIDO EN LA TINTURA DE YODO O DE MERTHIOLATE CON EL OBJETO DE DESINFECTAR PARTE DEL HILO QUE ESTANDO EN LA CAVIDAD BUCAL SE ENCUENTRA INFECTADO. SE TOMA CON UNA PINZA DE DISECCIÓN, O CON PINZAS PARA ALGODÓN (MANEJADO CON LA MANO IZQUIERDA), UN EXTREMO DEL NUDO QUE EMERGE SOBRE LOS LADOS DE LA HERIDA, Y SE TRACCIONA EL HILO PARA PODER OBTENER UN TROZO DE ESTÉ POR DEBAJO DEL NUDO Y PODER CORTARLO POR DEBAJO DE ÉL A ESTE NIVEL.

CON UNA TIJERA TOMADA CON LA MANO DERECHA, SE CORTA EL HILO. LA MANO IZQUIERDA SIGUE TRACCIONANDO EL HILO Y LA VUELVE A TOMAR PRÓXIMO AL PUNTO QUE EMERGE POR EL EXTREMO OPUESTO AL DE LA SECCIÓN Y LO TRACCIONA PARA EXTRAERLO DEL INTERIOR DE -

LOS TEJIDOS. ES IMPORTANTE PROCURAR QUE LA MENOR CANTIDAD DEL HILO PASE POR EL INTERIOR DE LOS TEJIDOS, LAS RAZONES SON - OBIAS, DE ESTA MANERA SE ELIMINAN TODOS LOS PUNTOS DE SUTURA, PROCURANDO NO LASTIMAR LA ENCÍA NI ENTRE ABRIR LOS LABIOS DE LA HERIDA. EN ALGUNAS OCASIONES EL NUDO, POR HIPERTROFIA DE - LAS PARTES VECINAS, SE ENCUENTRA ALOJADO EN EL FONDO DE UN EM BUDO, DEL CUAL ES DIFÍCIL DESALOJARLO, PERO CONVIENE EXTIRPAR LO CUANTO ANTES; DEMORAR SU EXTRACCIÓN SIGNIFICA MANTENER LA CAUSA IRRITATIVA DE LA HIPERTROFIA (QUE ES EL HILO), LA DIFI- CULTAD DE LA EXTIRPACIÓN AUMENTA CON EL TIEMPO. SI NO ES POSI BLE UBICAR UNA TIJERA PARA SECCIONARLO, ESTE OBJETO SE LOGRA CON UNA APLICACIÓN DEL GALVANOCAUTERIO.

LAS SUTURAS FESTONEADAS O CONTINUAS SE ELIMINAN CORTANDO - POR SEPARADO.

TRATAMIENTO GENERAL DEL PACIENTE

ESTE TRATAMIENTO DEBE SER PRACTICADO POR EL CLÍNICO QUE VI GILA AL PACIENTE, CON LA COLABORACIÓN DEL CIRUJANO BUCAL. DI- CHO TRATAMIENTO SE REFIERE A LA VIGILANCIA DEL PULSO, LA TEN- SIÓN ARTERIAL, ALIMENTACIÓN Y LAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS DE OR- DEN GENERAL DE LAS COMPLICACIONES POSOPERATORIAS (VACUNOTERA- PIA, SULFANIDOTERAPIA, TRATAMIENTO DE LAS EMERGENCIAS, ADMI-- NISTRACIÓN DE SUERO, TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y TRATAMIENTO DE - LIPOTIMIAS).

ALIMENTACION DEL RECIEN OPERADO. NOS REFERIMOS A LA ALI--
MENTACIÓN QUE NO ESTE RESTRINGIDA POR LA ADMINISTRACIÓN DE LA
ANESTESIA GENERAL; O SEA, EL TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE NECESI--
TA, QUE PUEDE DARSELE AL PACIENTE POR LAS CIRCUNSTANCIAS DE --
UNA OPERACIÓN EN LA BOCA, LA PRIMERA COMIDA LA HARÁ 6 HORAS --
DESPUÉS DE OPERARLO Y CONSISTIRÁ EN UNA TAZA DE TÉ CON LECHE--
TIBIA; 6 HORAS DESPUÉS PODRÁ INGERIR ALIMENTOS QUE NO LE CAU--
SEN MOLESTIAS EN LA HERIDA.

INSTRUCCIONES PARA LOS PACIENTES. ANTES DE DESPEDIR AL PA--
CIENTE DEBEN DARSELE INSTRUCCIONES PRECISAS RESPECTO AL CUIDA--
DO QUE A DE TENER EN SU DOMICILIO, TRATAMIENTOS POSOPERATO---
RIOS, ENJUAGATORIOS, ALIMENTACIÓN, TRATAMIENTO MÉDICO (ANTI--
BIÓTICOS, QUIMIOTERÁPEUTICOS, CORTICOIDES).

ESTAS INSTRUCCIONES PUEDEN DARSELE AL PACIENTE POR ESCRITO
PARA EVITAR DUDAS; DEBEMOS ACOSTUMBRARNOS A ENTREGAR A NUES--
TROS PACIENTES UNA HOJA IMPRESA CON LAS INSTRUCCIONES QUE SE
NECESITAN, Y SON LAS SIGUIENTES: INSTRUCCIONES PARA LOS PA---
CIENTES QUE SE LES HAYA PRACTICADO UNA OPERACIÓN EN LA CAVI--
DAD BUCAL. REQUIERE UNA SERIE DE CUIDADOS POSOPERATORIOS, A --
PARTE, ÉSTOS DEBE REALIZARLOS EL PACIENTE; OTROS LOS REALIZA--
RÁ EL PROFESIONISTA.

CUANDO LLEGE A SU CASA, DESPUÉS DE LA OPERACIÓN (AÚN UNA --
SIMPLE EXTRACCIÓN DENTARIA) COMBIENE GUARDAR REPOSO POR ALGU--
NAS HORAS, CON LA CABEZA EN ALTO.

COLOCAR UNA BOLSA CON HIELO EN LA CARA, SOBRE LA REGIÓN --

OPERADA, DURANTE QUINCE MINUTOS ALTERNANDO CON QUINCE MINUTOS DE DESCANSO POR EL TÉRMINO DE VARIAS HORAS.

NO REALIZAR NINGUNA CLASE DE ENJUAGATORIOS, SALVO INDICACIÓN EXPRESA POR EL TÉRMINO DE TRES HORAS. SI SE HUBIERÁ DEJADO EN LA BOCA ALGUNA GASA PROTECTORA, RETIRARLA AL CABO DE UNA HORA.

DESPUÉS DE TRANSCURRIDAS TRES HORAS, REALIZAR ENJUAGATORIOS CON UNA SOLUCIÓN DE AGUA Y SAL. ESTOS ENJUAGATORIOS SE REPETIRAN CADA 2 HORAS.

EN CASO DE SENTIR DOLOR, TOMA UNA TABLETA DEL MEDICAMENTO INDICADO. SE PUEDE REPETIR ESTA TABLETA CADA DOS HORAS, SI EL DOLOR NO CEDE.

SI TUBIERÁ UNA SALIDA DE SANGRE MAYOR QUE LA NORMAL, EL PACIENTE PUEDE REALIZAR UN TAPONAMIENTO DE URGENCIA COLOCANDO SOBRE LA HERIDA UN TROZO APRECIABLE DE GASA ESTERILIZADA, SOBRE LA CUAL SE DEBERÁ MORDER DURANTE 30 MINUTOS.

FARMACOTERAPIA. TODO PACIENTE DEBE RECIBIR UNA RECETA, INDI-CÁNDOLE LA ADMINISTRACIÓN DE UN ANTIBIÓTICO, ANALGÉSICO Y UN ANTIINFLAMATORIO.

EL DOLOR NO ES DE TODO PREVISIBLE E INCLUSO PROCEDIMIENTOS SIMPLÉS Y RÁPIDOS PUEDEN SER EXTREMADAMENTE DOLOROSOS.

EL PACIENTE PUEDE EMPLEAR PRIMERO SU COMPUESTO DE ASPIRINAS ACOSTRUMBRADO, PERO PUEDE TENER NECESIDAD TAMBIÉN DE UN MEDICAMENTO MÁS FUERTE. LA RECETA DEBE SER PARA CANTIDADES DE DROGA QUE BASTE PARA 48 HORAS.

LOS ANTIBIÓTICOS PUEDEN RECETARSE COMO UNA MEDICACIÓN SISTEMÁTICA EN LOS PERÍODOS POSOPERATORIOS DE ALGUNOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS BUCALES Y EN PACIENTES EN LOS CUALES SEA ACONSEJABLE LA PROFILAXIA. POR SUPUESTO, SI HAY INFECCIÓN PRESENTE, SU USO ES MUY NECESARIO.

CITAS POSOPERATORIAS. EL PACIENTE DEBE ENTENDER CLARAMENTE SU ASISTENCIA POSOPERATORIA SI SE HA COLOCADO SUTURAS O APÓSITOS, DEBEN ESTABLECERSE FECHA Y HORA DEFINIDAS PARA SU PRÓXIMA VISITA, CON EL FIN DE RETIRARLOS. SÍ EL DENTISTA DESEA VALORAR EL PROCESO DE CURACIÓN O ALGUNA OTRA RESPUESTA, DEBE ESTABLECER TAMBIÉN UN TIEMPO DEFINIDO PARA VOLVER A VER AL PACIENTE. SI HAY DUDAS A CERCA DE QUE EL PACIENTE CUMPLA UNA CITA POSOPERATORIA, LA PRESENCIA DE SUTURAS, AÚN CUANDO NO SEAN NECESARIAS, PROPORCIONARÁ UN INCENTIVO PARA QUE LO HAGA.

CONCLUSIONES

A TRAVÉS DEL PRESENTE TRABAJO, PODEMOS OBSERVAR LA GRAN IMPORTANCIA QUE TIENE EL ESTUDIO DE LOS DIENTES RETENIDOS. EL ÉXITO DE NUESTRA LABOR, ESTÁ EN LOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS ADECUADOS, QUE HACEN MENOS CRUENTO Y DOLOROSA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

ES DE GRAN IMPORTANCIA SABER EJECUTAR Y APLICAR EN UNA FORMA CORRECTA LA TÉCNICA MÁS CONVENIENTE PARA CADA DIENTE RETENIDO. LA RETENCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES Y CANINOS, ES UNA DE LAS ANOMALÍAS MÁS FRECUENTES QUE AQUEJAN AL HOMBRE.

EL TRATAMIENTO DE LOS TERCEROS MOLARES Y CANINOS RETENIDOS, GENERALMENTE ES LA EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA, YA QUE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS NO EXISTE LUGAR DENTRO DE LA ARCADE; SALVO EN ALGUNOS CASOS, EN LOS QUE LOS CANINOS PUEDEN SER LLEVADOS A SU POSICIÓN NORMAL POR MEDIO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO-ORTODONTICO.

EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DEBE SER LLEVADO A CABO DE ACUERDO CON LA TÉCNICA ESPECÍFICA QUE MÁS CONVENGA PARA EL TIPO DE RETENCIÓN QUE PRESENTE NUESTRO PACIENTE, Y CADA PASO DEBE SER PLANEADO Y EJECUTADO CON PRECISIÓN Y EXÁCTITUD; PARA QUE ESTÓ PUEDA SER LLEVADO A CABO, ES NECESARIO REALIZAR UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA, ASÍ COMO UN EXAMEN CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO COMPLETO, COMO TAMBIÉN, EL DIAGNÓSTICO DEL TIPO DE RETENCIÓN QUE EL ODONTÓLOGO PUEDA ENCONTRAR EN LA CAVIDAD BUCAL DEL PACIENTE.

TAMBIÉN ES MUY IMPORTANTE TENER CUIDADO CON LAS COMPLICACIONES TRANS Y POSOPERATORIAS QUE SE NOS PUEDAN PRESENTAR DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

OTRO DE LOS PUNTOS QUE NO DEBEMOS PASAR INADVERTIDOS SON - LOS CUIDADOS POSOPERATORIOS, EN LOS QUE DEBEMOS HACER INCAPIE A LOS PACIENTES, PARA EVITAR QUE SE PRESENTEN COMPLICACIONES- POSTERIORES.

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

PROVENZA D. VINCENT. HISTOLOGÍA Y EMBRIOLOGÍA ODONTOLÓGICAS.-
1A. ED. ED INTERAMERICANA, 1974, 63 - 69 p.

LANGMAN, JAN. EMBRIOLOGÍA MÉDICA. 2A. ED. ED INTERAMERICANA.-
319 - 323 p.

QUIROS GUTIERRES, FERNANDO. TRATADO DE ANATOMÍA HUMANA, 14A.-
ED. ED PORRUA, TOMO II, 72, 73 p.

ORTS LLORCA, FRANCISCO. ANATOMÍA HUMANA. 5A. ED. ED CIENTÍFI-
CO MÉDICA, TOMO I, 747-751, 759-765 p.

DIAMOND M. ANATOMÍA DENTAL. 1A. ED. ED ARGENTINA, 284 - 293 p.

RIES CENTENO, G. A. CIRUGÍA BUCAL 7A. ED. ED EL ATENEO, 221 -
252 p.

E. WAITE, DANIEL. TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL PRÁCTICA. 2A. ED.-
ED. CECSA, 144 - 148 p.

ARCHER W, HARRY. CIRUGÍA BUCAL. 2A. ED. ED MUNDI, 1968, TOMO-
I, 124 - 192 p.

CUEVAS, FRANCISCO. MANUAL DE TÉCNICA MÉDICA PROPEDEUTICA. 5A.

ED. 77 - 92 P.

KOLMER A. JOHN. MÉTODOS DE LABORATORIO. 5A. ED. ED. INTERAMERICANA, 48, 49 P.

J. GUARDO, ANTONIO. ORTODONCIA. ED MUNDI, 299 - 305 P.

G. M. ANDERSON. ORTODONCIA PRÁCTICA. 1A. ED. ED MUNDI, 272 - 274 P.

GRABER T. M. ORTODONCIA TEORIA Y PRÁCTICA. 3A. ED. ED INTERAMERICANA, 707, 708 P.

HOTZ, RUDOLF. ORTODONCIA EN LA PRÁCTICA DIARIA. 2A. ED. ED CIENTÍFICO MÉDICA, 398 - 413 P.

THOMA H. KURT. CIRUGÍA BUCAL. 2A. ED. ED HISPANOAMERICANA. VOLUMEN I, 193 - 203 P.

COSTICH R. EMMETT. CIRUGÍA BUCAL. 1A. ED. ED INTERAMERICANA. 170 - 172 P.