

TESIS CON FALLAS DE ORIGEN

300
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**GUIA PRACTICA PARA LA EXTRACCION DE TERCEROS
MOLARES RETENIDOS EN LA PRACTICA GENERAL**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
RAUL HECTOR STEVENEL RAMIREZ



MEXICO, D. F.

1987



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.

INDICE

INTRODUCCION

PAG. No.

CAPITULO I	4
"Cualidades Necesarias en el C.D. para efectuar extracción de terceros Molares Retenidos".	
CAPITULO II	6
"Clasificación de Terceros Molares Retenidos".	
CAPITULO III	
"Instrumental, material y equipo indispensable para la extracción quirúrgica de Terceros Molares Retenidos	24
CAPITULO IV	
"Historia Mínima Indispensable para la Extracción de Terceros Molares Retenidos".	48
CAPITULO V	
"Estudio Radigráfico Mínimo Previo a la Extracción de Terceros Molares Retenidos".	60
CAPITULO VI	
"Técnicas de Bloques Elementales para la Extracción de Terceros Molares".	69
CAPITULO VII	
"Nociones de Anatomía que el C.D. Graí deberá de tener presentes antes de realizar una intervención de tercer molar retenido".	75
CAPITULO VIII	
"Tratamiento pre-operatorio para la extracción de terceros molares retenidos".	88

CAPITULO IX

"Pasos quirúrgicos necesarios para una cirugía de tercer molar retenido". 92

CAPITULO X

Casos prácticos que se presentan en la extracción de terceros molares 105

CAPITULO XI

"Tratamiento post-operatorio elemental por extracción de terceros molares retenidos" 111

CAPITULO XII

"Complicaciones mas frecuentes en la extracción de terceros molares retenidos". 117

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

FE DE ERRATAS

INDICE DE ILUSTRACIONES

PAG. No.

INTRODUCCION

CAPITULO I

Sin Ilustraciones

CAPITULO II

RETENCIONES INFERIORES

Clasificación de Pell y Gregory	7-8
Clasificación según Profundidad Relativa	8-9-10
Clasificación según Posición de la Dirección del Eje Mayor del Diente respecto al 2do Molar Erupcionado	10 a 14

RETENCIONES INFERIORES

Clasificación según Profundidad Relativa	14-15-16
Clasificación según Posición de la Dirección del Eje Mayor del diente respecto al 2do Molar Erupcionado	16 a 20
Desviación Vestibular	20
Desviación Lingual	21
Torción	21
Clasificación según Relación de Tercer Molar con el Seno Maxilar	21 a 22

CAPITULO III

EQUIPO

Sillón Dental	25
Lámpara para Operación	26
Equipo de Aspiración	27
Equipo de Esterilización	27

MATERIAL

Cartuchos Desechables, Agujas para Jeringa (Biseles largo y corto)	
Agujas de Sutura	29
Paquete de Seda 000 insertada en aguja, desechables	30
Irrigación	31
Compresas	32

INSTRUMENTAL

Jeringa Tipo Carpule	33
Bisturí, Hojas de Bisturí	34
Tijeras, (Romos, Romos-Afiladas, Afiladas)	35
Lima para Hueso	36
Fresas Quirúrgicas	37
Elevadores de Periostio	37

Forceps o Pinzas Extractoras (150-151-222-210)	38
Elevadores para Apices Fracturados	39
Curetas	40
Pinzas de Hemostasia (Mosquito-Kelly)	41
Portaagujas (Características Internas de los Bocados)	42
Pinzas de Disección (Diente de Ratón-Aillis)	43
Retractores (de Mejilla-de Lengua)	44
Pinzas Auxiliares	45

PROTAGONISTAS DE LA CIRUGIA

Operador con Vestimenta Adecuada	47
Paciente preparado para la Cirugía	47
Posiciones de Operador y Asistente dentro del Consultorio así como del Equipo Utilizado en la Cirugía	47

CAPITULO IV

Sin ilustraciones

CAPITULO V

Posición de la Película en Dientes Anteriores Superiores e Inferiores	63
Posición de la Película en Dientes Posteriores Superiores e Inferiores	63
Posición del Paciente sentado en Angulo de 90	64
Plano Imaginario (Ala nasal-Tragus)	64
Forma de Colocación de una Película Oclusal en la Cavidad Oral	65
Cono Corto	66
Cono largo, Plano Imaginario (Caja-Borde inferior de la mandíbula) toma de Radiografía Oclusal Superior e Inferior	67

CAPITULO VI

Técnica para anestesiarse N. Dentario Inferior	70
Técnica para anestesiarse N. Mentoniano	71
Región para puntos accesorios	71
Técnica para anestesia N. Dentario Posterior	72
Técnica anestesia para N. Palatín. Ant.	73
Región de Puntos Accesorios	73

CAPITULO VII

Rama Ascendente del Maxilar	76
Conducto del N. Dentario Inf.	77
Arteria y Vena Faciales	77-78
Arteria Coronaria	78
Arteria Lingual	79
N. Dentario Inf.	80
N. Milohioideo	80
N. Lingual	81
Tuberosidad del Maxilar	82
Seno Maxilar	83
Agujeros Palatinos Posteriores	84
Plexo Venoso Pterigoideo	85

Arteria y Vena Palatinas sups.o descendentes	85
N. Palatino Ant	86

CAPITULO VIII

Sin ilustraciones

CAPITULO IX

Incisión	94
Preparación de Colgajos	94-95
Osteotomía y Odontosección	96-97
Operación Propiamente Dicha	97-98
Tratamiento de la Cavidad Osea	101-102
Sutura de Colgajos	103
Técnica de Punto Separado	104BIS

CAPITULO X

Retención Vertical de Molar Inf.	105
Retención Mesioangular de Molar Inf.	106
Retención Distoangular de Molar Inf.	106
Retención Vertical de Molar Sup.	107
Retención Mesioangular de Molar Sup.	107
Retención Distoangular de Molar Sup.	108
Retención Horizontal Molar Inf.	108
Retención Horizontal Molar Sup.	109

CAPITULO XI

Extracción de Puntos de Sutura	114
--------------------------------	-----

CAPITULO XII

Sin ilustraciones

GUIA PRACTICA PARA LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS EN LA PRACTICA GENERAL

INTRODUCCION

Es menester hacer mención que el presente trabajo no fue hecho para que cualquier persona que lo lea, se sienta capaz de hacer una cirugía de tercer molar, ni mucho menos. Lo que se pretende es, que una vez ya teniendo los conocimientos adquiridos elementales, se pueda contar con una guía práctica explicativa, con alternativas u opciones, quizá diferentes a la teoría aprendida, para llevar a cabo una cirugía con resultados satisfactorios, con el mínimo de complicaciones, el mínimo de equipo necesario y el máximo de rendimiento, teniendo por meta antes de todo (y como siempre) el bienestar del paciente y por lo consiguiente el aprecio y la estima de éste hacia el odontólogo.

Otra cosa que nos llama la atención es la necesidad imperiosa de que el odontólogo cambie su mentalidad respecto a la cirugía, ya que no necesariamente es imprescindible el cirujano bucal, para ciertos procedimientos que bien puede llevarlos a cabo en cualquier consultorio en C. D. General, diversificando, así, éste, su campo de acción en beneficio del paciente y de él, ya que puede atender más integralmente a dicho paciente, y éste no tendrá necesidad alguna de cambiar de C. D., aunque sea temporalmente, para hacerse el tratamiento quirúrgico, y además sin menoscabo en la calidad de atención.

Cabe hacer mención que me estoy refiriendo a la atención quirúrgica bucal integral, es decir, a todo aquel procedimiento que se lleva a cabo injuriando la cavidad oral (extirpación de quistes, alveoloplastias, corrección de paladar hendido, caninos, molares, y demás dientes retenidos, etc.), pero el objeto principal de este estudio sobre el cual nos enfocaremos es la extracción de terceros molares retenidos, debido a la frecuencia con que se presenta el caso en el consultorio y al temor falta de conocimiento o desidia que el C. D. General, tiene para realizar el tratamiento por estar seguros de que se trata de algo sumamente difícil y complicado y que es un tratamiento que solo el C. D. Especialista en cirugía bucal puede hacer, cortando con esto, el mismo, sus aspiraciones, su autoestima, su práctica y hasta la confianza del paciente, además de una fuente de ingreso importante, que en estos tiempos también

hay que tener en cuenta. No con esto quiero decir que un C. D. General pueda hacer toda clase de extracciones de terceros molares sin problema alguno y solo estudiando un tiempo tal o cual libro, no, de ninguna manera por que en todo caso que valor tendría el hecho de estudiar mas tiempo para hacer una especialidad, no, hay que poner los puntos claros, este trabajo es para todo aquél C. D. General que desee tener conocimientos prácticos adecuados para un procedimiento quirúrgico común en la boca, sin tener que recurrir al especialista, quedando por obvio que lo que no sepa o no se sienta capaz de hacer, es por que el caso realmente amerita la atención del estudioso en cirugía bucal.

También este trabajo se dedica a aquél estudiante de odontología que necesita una explicación clara y concisa de la experiencia de hacer una cirugía o extracción de tercer molar, y que nunca la ha hecho, ya sea por no tener los conocimientos, o las condiciones necesarias para llevar a cabo tal procedimiento, y que quede bien claro, no para que se sienta capaz de hacerlo por haber estudiado un poco, sino para que se dé cuenta de las cosas elementales en las que tiene que poner mas énfasis en su estudio, si es que quiere llegar a realizar algunas de estas intervenciones quirúrgicas con éxito.

Quisiera hacer manifiesta mi esperanza de que el C. D. Especialista en cirugía bucal, extienda sus campos de acción a personas que realmente lo necesitan, no solo a personas pudientes que puedan pagar por el servicio de un especialista, es por esto que el C. D. General deberá ampliar sus conocimientos acerca de cirugía, para realizar procedimientos comunes, sin alcanzar a tener los honorarios que percibiría un especialista, pero sin bajar la calidad y poner en peligro el bienestar y quizá hasta la vida del paciente.

Para darnos mas cuenta de la importancia del tema central de este trabajo, diremos que los terceros molares superiores e inferiores y los caninos superiores son los dientes que presentan mas frecuentemente el problema de retención, seguidos de los premolares o bicuspídeos y de los dientes supernumerarios, y ya específicamente, de los terceros molares, los inferiores son los mas propensos a tener una retención mas intensa que los terceros molares superiores como lo cita Shafer en su tratado de cirugía.

Dachui y Howell, han publicado los resultados de un estudio de 3,874 radiografías seriadas completas de rutina de pacientes mayores de 20 años y hallaron que el 17% tenía por lo menos un diente retenido, la frecuencia de la retención del tercer molar superior y del inferior era del 22% y del 18%, respectivamente, mientras que la frecuencia de los

caninos superiores era del 0.9%. En este estudio aparecen los molares superiores con mayor frecuencia, sin embargo en otros libros y en la corta experiencia del que este trabajo elabora, el tercer molar inferior se ha presentado con mayor frecuencia, lo que nos da a entender que las tomas de muestras de una comunidad para hacer el estudio, pueden variar debido a que son tomadas al azar, pero en lo que si se coincide es que los terceros molares sean superior o inferior, son los dientes que se presentan con problemas de retención mas frecuentemente y de aquí la inquietud del que esto escribe, para escoger este tema de importancia obvia.

Ya por último quisiera que la comprensión hacia este humilde trabajo por parte del honorable jurado, sea igual o mayor al inmenso deseo que tengo de que sea útil a la persona que lo consulte, no queriendo caer en la vanidad de que se despejen todas sus dudas al leerlo, pero si que llegue a tener un concepto general de lo que busca al consultarlo.

También es de desearse que se tome en cuenta la poca experiencia que ha resultado de la corta vida que como dentista general he llevado, no queriendo ni con mucho, poner esto como una disculpa a cualquier posible error que se pueda presentar, sino como una seguridad de que con gran empeño y al acumulo de experiencia, trataré de hacer una odontología digna y sin desmerecimiento ante nadie.

TEMA I

CUALIDADES NECESARIAS EN EL CIRUJANO DENTISTA PARA EFECTUAR LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS

Como ya todos sabemos una intervención en cualquier paciente reviste una gran importancia, debido a que se trata de un ser humano que siente, por esto, aquel médico o dentista que necesite hacer cirugía a alguna persona deberá de tener además de conocimientos, material necesario y recursos, ciertas cualidades que no todos tienen, además (como en todo), deberá de tener vocación y gusto por la cirugía.

Antes de enumerar las cualidades necesarias en un cirujano, debemos partir de la base de que la persona que va a efectuar la intervención ya de entrada, es C. D. General por lo que se supone que ya cuenta con ciertas facultades y/o habilidades inherentes a la carrera, pero además tiene especial facilidad y preferencia por la cirugía, porque hay que tener presente que no todo cirujano dentista general puede hacer cirugía, y no todo cirujano bucal es o debe ser un maestro en Odontología General para una u otra cosa se necesitan cualidades y condiciones específicas.

Entre las características que debe reunir el C. D. General, para llegar a efectuar una cirugía bucal con éxito tenemos:

- a) Vocación, gusto por realizar procedimientos quirúrgicos. En vocación se engloban todas las cualidades, sin embargo se enumerarán algunas.
- b) Deseo de superación.
- c) Una marcada tendencia a investigar nuevas situaciones y casos diferentes que se presenten.
- d) Capacidad para efectuar procedimientos de emergencia, con prontitud y serenidad.
- e) Facultad de discernir en situaciones no del todo favorables.
- f) Pulso firme, visión adecuada, habilidad manual desarrollada.
- g) Buena salud, integridad física.
- h) Vocación de servicio, deseo de servir a mas pacientes para su recuperación integral.

1) Conciencia de higiene, esterilización, asepsia, y antisepsia.

Además de todo lo anterior y como ya se dijo antes, se deberá contar con material y equipo especializado (ver material, instrumental y equipo necesario para una extracción de tercer molar retenido, tema III), consultorio con ambiente adecuado y sobre todo conocimientos y práctica específica.

TEMA II

CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS

Existen diversas posiciones en las cuales podemos encontrar un tercer molar retenido, es por esto que se han ideado clasificaciones para los tipos de posición, retención y ubicación en los que podemos encontrarlos con el fin de hacer una homogeneización de criterios a la hora de hacer una intervención. La utilidad quirúrgica de las clasificaciones es obvia, con ella podemos agrupar las formas de retención y con esto hacer un plan de tratamiento similar a tal o cual grupo de molares, para tratar de llegar al éxito de una forma mas ordenada al hacer la intervención. Por ejemplo sabemos que tal persona tiene un molar retenido superior izquierdo, en posición mesioangular con desviación palatina, entonces ya podemos imaginarnos que el molar se encuentra con la corona hacia adelante y las raíces hacia atrás, además la corona se encuentra dirigida ligeramente hacia el paladar o hacia "adentro", y si decimos que se encuentra con retención intraósea y en relación con el segundo molar superior izquierdo, entonces nos podremos imaginar que tiene cierta profundidad dentro del hueso, ya que es una retención intraósea y además llega a tocar o esta muy cerca de las raíces del segundo molar erupcionado del mismo lado, pero hay más, si decimos que (sólo en caso de molares superiores), tiene relación con el seno maxilar o con la apofisis pterigoides, entonces habremos de tomar las precauciones debidas ya que una relación con cualesquiera de estas dos estructuras anatómicas, aumentan considerablemente el riesgo de una complicación y es aquí donde el odontólogo general, habrá de pensar muy bien si tiene la capacidad suficiente para hacer la extracción o mejor canaliza al paciente a un cirujano bucal.

Teniendo todos los datos de clasificación arriba mencionados, podremos planear nuestra cirugía, saber donde se hará la incisión, si habrá necesidad de hacer osteotomía, si se va a afectar al segundo molar, que tipo de sutura es mas conveniente para la herida, como evitar (en caso dado) el seno maxilar o la apofisis pterigoides, por que lado es mejor hacer el acceso, hasta donde lo vamos a hacer, etc., por todo esto la importancia de la clasificación se pone mas en manifiesto.

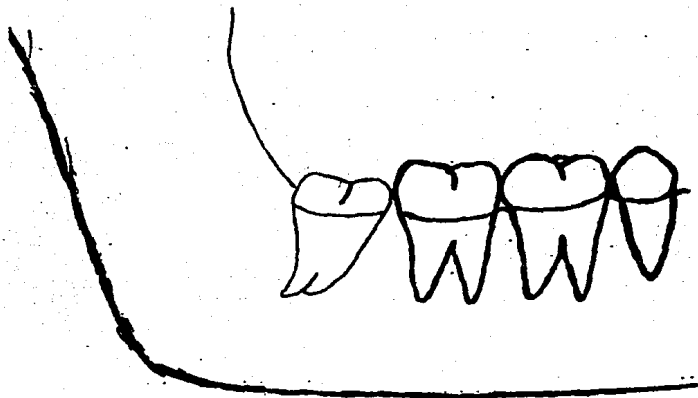
Dentro de los maxilares, y como ya lo hemos dicho antes, los terceros molares ocupan diferentes posiciones y tienen diversas formas, las cuales dan origen a las diferentes clasificaciones. A continuación expongo las clasificaciones

de Pell y Gregory y del Dr. George B. Winter, ya que una con la otra en combinación abarcan mayor número de casos clínicos y además son prácticas y fáciles de entender, tanto para el estudiante como para el especialista en cirugía.

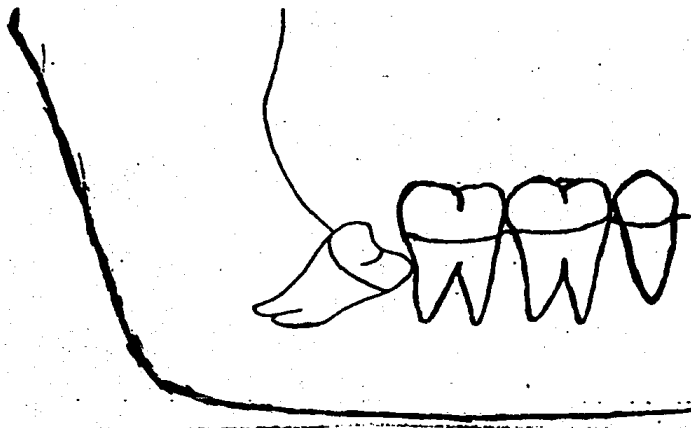
CLASIFICACION DE PELL Y GREGORY

Según la relación del molar retenido con el borde anterior de la rama ascendente del maxilar (primero veremos clasificación de molares inferiores y posteriormente la de los molares superiores), encontramos que hay tres clases:

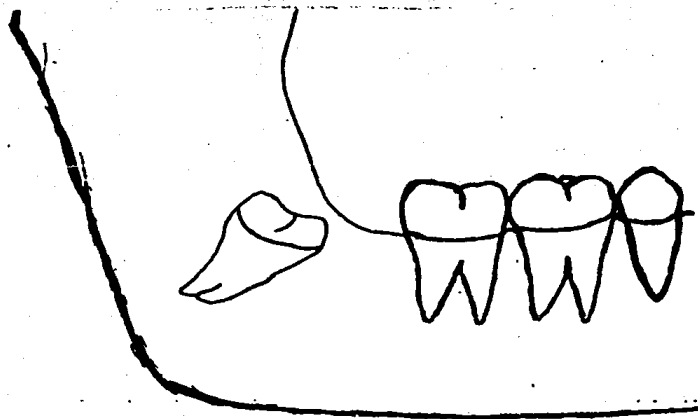
CLASE I: Hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar erupcionado, para ubicar cómodamente el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar retenido.



CLASE II: En esta clase, el espacio que existe entre el borde anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar, es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.



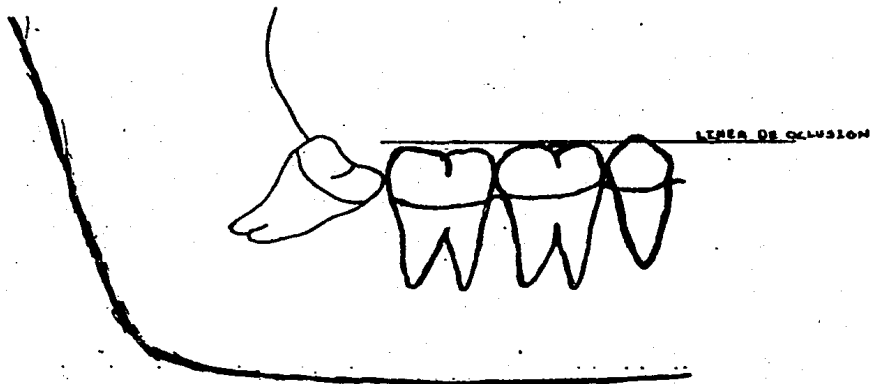
CLASE III: Toda o la mayor parte del molar retenido, se encuentra ubicado dentro de la rama.



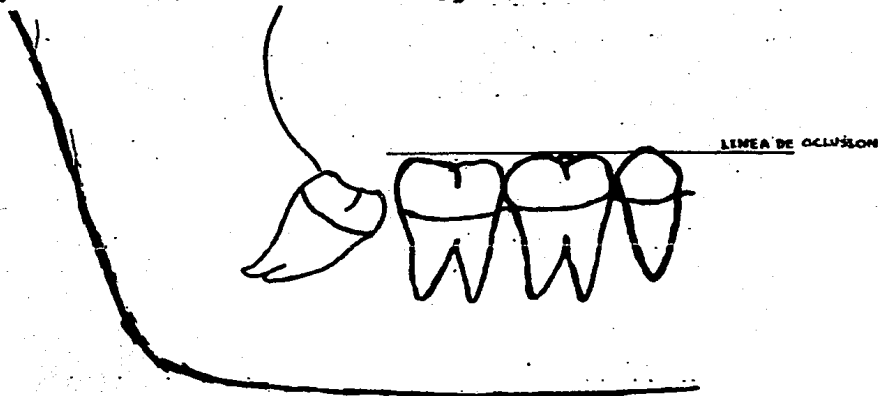
Según la profundidad relativa que tiene el tercer molar en el hueso, es decir, la relación de altura entre la cara trituyente del tercer molar y la cara trituyente del segundo

molar, da a colación una clasificación de los mismos autores que la anterior, y también se estudian tres posibilidades:

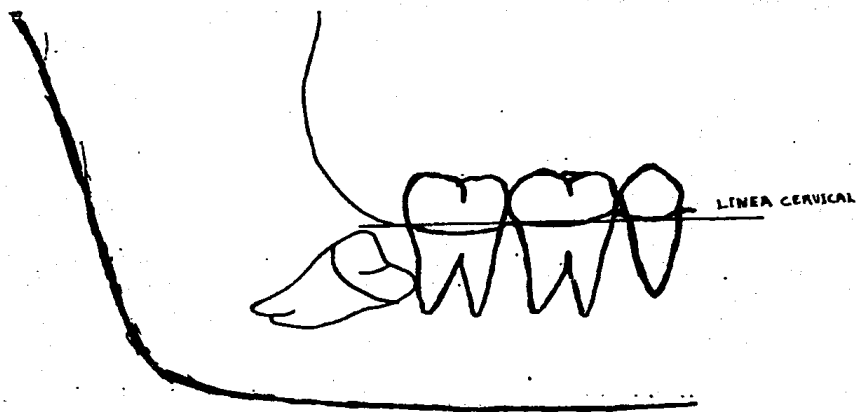
- a) La posición más alta del tercer molar retenido, se encuentra al mismo nivel o por encima de la línea oclusal.



- 2) La posición más alta del tercer molar retenido, está por debajo de la línea oclusal del segundo molar.

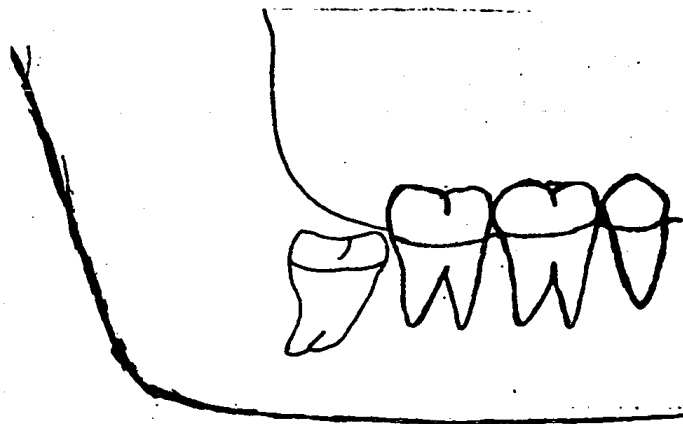


- 3) La posición más alta del tercer molar se encuentra al mismo nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

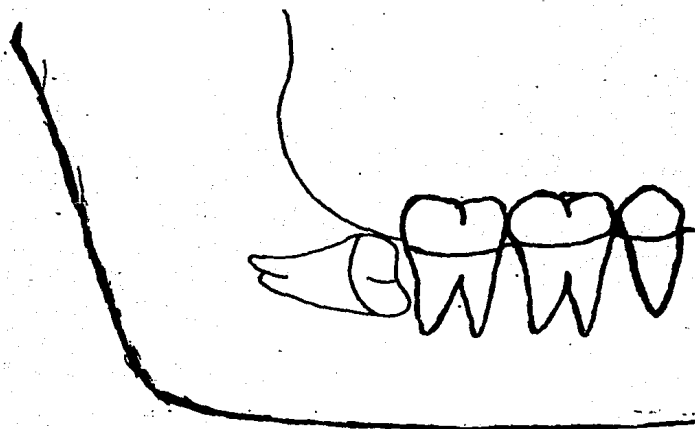


Ahora veremos lo que el Dr. George B. Winter, nos da como clasificación acerca de la posición en las que podemos encontrar a los terceros molares dentro de la arcada dentaria.

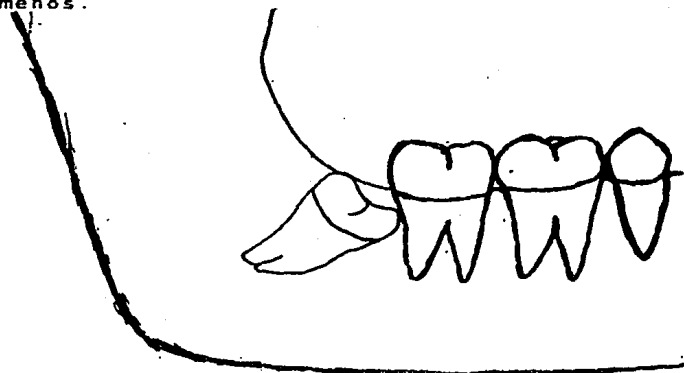
- a) Retención vertical: el tercer molar en este tipo de retención, puede estar total o parcialmente cubierto por hueso, lo característico reside en que su eje mayor, es sensiblemente paralelo al eje mayor del segundo molar erupcionado.



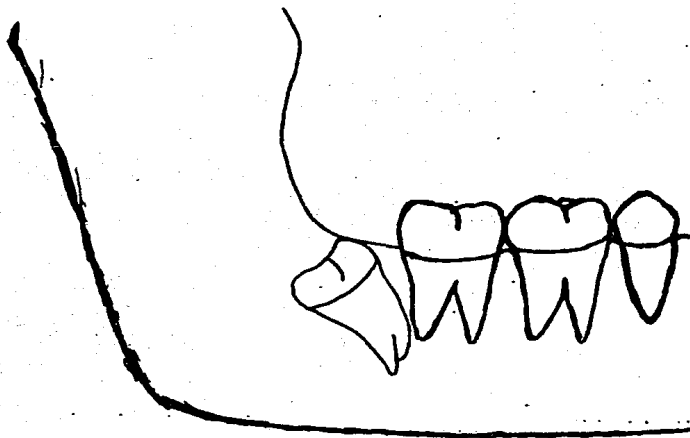
- b) Retención horizontal: En este caso el eje mayor del tercer molar es sensiblemente perpendicular a los ejes del segundo y primer molar erupcionados.



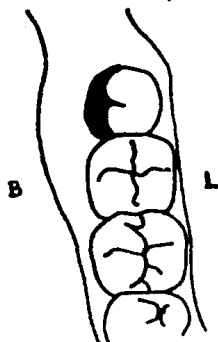
- c) Retención mesioangular: El eje mayor del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje de este diente, un ángulo de grado variable (alrededor de 45 o más o menos).



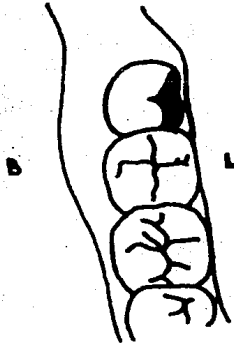
d) Retención distoangular: Una forma opuesta a la que antecede, el tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama ascendente y forma un ángulo de aproximadamente 45 o mas o menos con ésta.



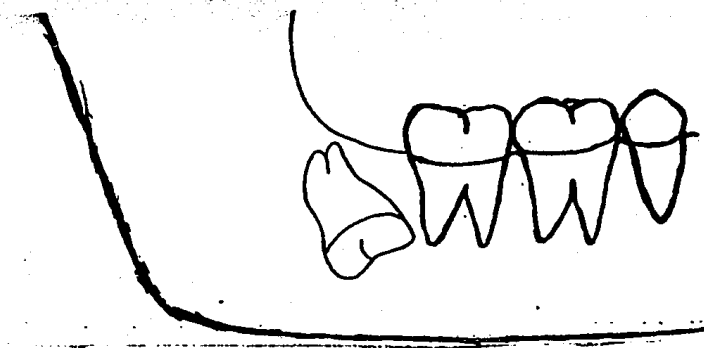
e) Retención bucoangular: La corona del molar retenido está dirigida hacia el lado bucal: posición bucoangular.



f) Retención linguoangular: La corona del diente retenido se encuentra en dirección de las caras linguales de los demás dientes.



g) Retención invertida: En esta forma el molar retenido tiene la corona dirigida hacia el borde inferior de la mandíbula, aunque es un tipo poco común de retención, se ha de tomar en cuenta. También es conocida como posición paranormal.

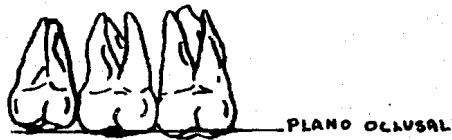


A continuación veremos las clasificaciones que existen para designar las diferentes formas de retención en el maxilar superior, en la inteligencia de que no existe el mismo número de clasificaciones como para los molares inferiores debido quizá al reducido espacio que hay dentro del maxilar superior para posiciones diferentes, o quizá debido a que la frecuencia de retención de los molares superiores es menor, por lo que no se necesita una clasificación tan específica.

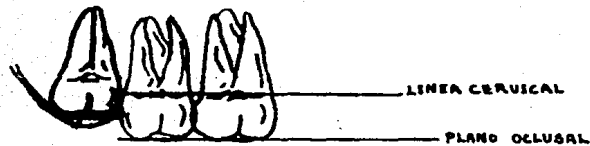
Consideramos que la clasificación que nos muestra el Dr. W. Harry Archer en su tratado de cirugía bucal, es de las más completas por lo que a continuación la enunciamos:

I. Según la profundidad relativa en el hueso, tenemos tres clases:

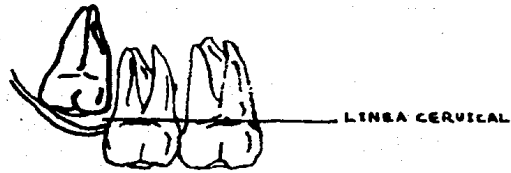
CLASE A: La porción inferior de la corona del tercer molar retenido superior está a nivel del plano oclusal del segundo molar erupcionado.



CLASE B: La porción inferior del tercer molar retenido superior está entre el plano oclusal del segundo molar erupcionado y su línea cervical.



CLASE C: La porción inferior de la corona del tercer molar superior retenido, está en la línea cervical del segundo molar o por debajo de ella.



11. Según la posición del eje longitudinal del diente retenido en relación con el eje longitudinal del segundo molar:

A) VERTICAL.



B) HORIZONTAL



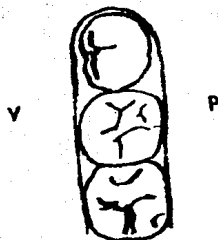
C) MESIOANGULAR



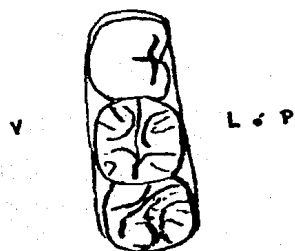
D) DISTOANGULAR



E) VESTIBULOANGULAR



F) LINGUOANGULAR



G) VERTICAL INVERTIDO

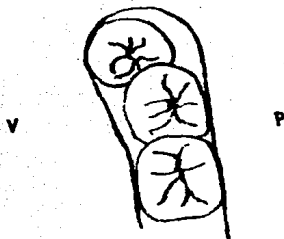


H) HORIZONTAL INVERTIDO

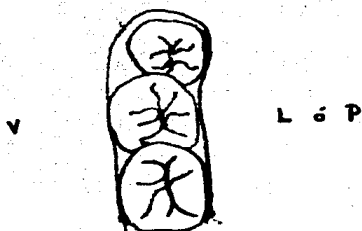


Además todas las anteriores posiciones pueden tener simultáneamente:

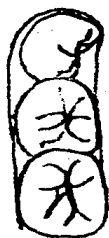
a) DESVIACION VESTIBULAR



B) DESVIACION LINGUAL

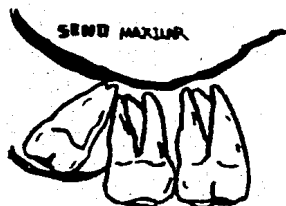


C) TORCION



III. Relación del tercer molar retenido con el seno maxilar.

A) Aproximación sinusal: Es aquella en la que no existe hueso o bien solo existe una pequeña lámina de tejido óseo entre el tercer molar superior retenido y el seno maxilar conocida con el nombre "Aproximación Seno Maxilar".



B) No hay aproximación sinusal, ya que entre el seno maxilar y el tercer molar existen dos o mas MM de hueso. También es conocida como "No aproximación sinusal".



Es necesario informar que existen o pueden existir clasificaciones mas complejas o elaboradas que las aquí presentadas, pero debido a que el presente trabajo está hecho para dar lo más práctico, es por lo que se expusieron las clasificaciones que se consideraron de mejor asimilación, y que abarcarán el mayor número de casos clínicos comunes, ya que como se dijo antes, puede surgir una nueva clasificación dependiendo de las referencias que se tomen en cuenta y se pueden cambiar los nombres de las posiciones.

TEMA III

INSTRUMENTAL, MATERIAL Y EQUIPO INDISPENSABLE PARA LA EXTRACCION QUIRURGICA DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS

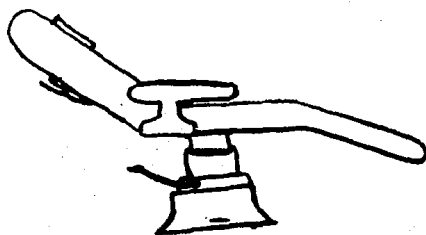
En este capítulo veremos un panorama general de los implementos mas necesarios para llevar a feliz término una cirugía de tercer molar, llevado como consigna que todo lo nombrado puede llegar a ser insuficiente en un momento dado, si se presentara una complicación realmente seria y que necesite para su adecuado tratamiento un equipo, instrumental o material mas sofisticado, que un cirujano dentista general pudiera no tener en su consultorio, por lo que se hará un adecuado análisis antes de la intervención para preveer en lo más posible cualquier problema que pudiera surgir y que no estemos capacitados en un momento dado, para sacar a flote.

Entrando ya de lleno al tema, vamos a ver que el equipo que se utiliza para la intervención es en realidad el mismo que usa en la práctica general el C. D. no especialista, salvo ligeras variantes que veremos a continuación.

EQUIPO

SILLON DENTAL

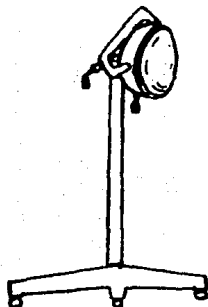
El sillón más útil es aquel que tiene posiciones que van desde la posición de trendelenburg (los pies llegan a estar a nivel mas alto que la cabeza), a la posición que se tiene sentado normalmente, pasando por el ligeramente inclinado, no debe haber apoyo, para los pies, lo cual impedirá al paciente cualquier movimiento apoyándose en estos, además el cabezal deberá de tener forma circular lo que nos ayudará para que el intervenido en caso de tener necesidad de mover la cabeza, encuentre sin ningún problema la misma posición que tenía, no teniendo que hacer así reajustes molestos de posición de la lámpara o de operador. Además es ideal que la base de movimientos de la unidad y del sillón sean controlados a base de electricidad y con pedales para subir y bajar, sin necesidad de utilizar las manos, las cuales durante la intervención habrán de mantenerse estériles en la medida de lo posible.



LAMPARAS PARA OPERAR

La operación de estas es a base de mangos, los cuales lo ideal es que se puedan intercambiar para ser esterilizados una y otra vez, contando para esto con otro juego. Respecto a la luz, habrá de ser fría y blanca, no amarilla ya que puede falsearnos algunos detalles respecto a color, o quizá hasta de padecimiento por lo que se recomienda la luz citada.

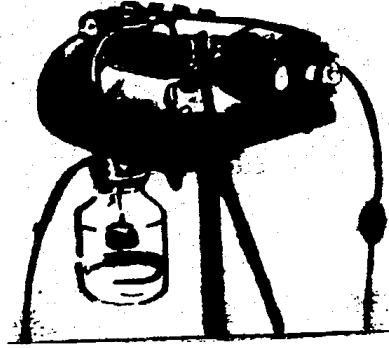
Para poder mejorar el efecto de la luz, se podrá contar con un espejo colocado enfrente del paciente, el cual reflejará la luz directamente a la boca de éste, además para aumentar su eficacia, podremos oscurecer el cuarto de operaciones, para que el contraste nos ayude.



EQUIPO DE ASPIRACION

La aspiración a base de flujo de aire de alta velocidad presenta inconvenientes lo mismo que el simple eyector de saliva, ya que el primero succiona demasiado fuerte, por lo que atrae los tejidos y el segundo carece de la potencia necesaria, por lo que se recomienda la clásica aspiración a base del motor de pistón, el cual da la potencia necesaria sin exageración y sin carencia. El asistente de la intervención habrá de contar a la mano con suficiente solución salina normal esterilizada, para hacer pasar este líquido a través de la cánula para evitar que se obstruya la luz de ésta. Si sólo se cuenta con la aspiración a base de flujo de aire de alta velocidad, habrá de colocarse una cánula de poco espesor, para que los tejidos no se vean succionados en demasía.

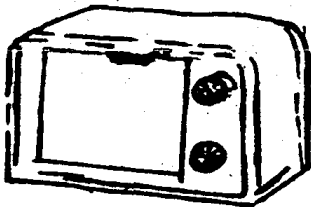
BOMBA DE VACIO



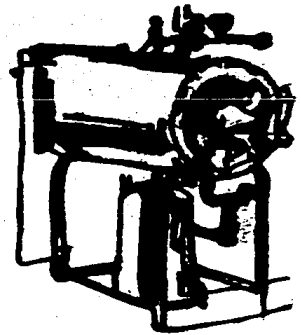
EQUIPO DE ESTERILIZACION

El equipo para esterilizar los instrumentos para llevar a cabo la intervención son dos principalmente: El autoclave y el esterilizador de calor seco, quizá debido al tamaño y precio del primero, es mas utilizado el segundo, pero con el inconveniente de que los instrumentos soldados pueden sufrir averías, así como las partes plásticas.

ESTERILIZADOR



AUTOCLAVE



ESCUPIDERA

La escupidera es innecesaria a todas luces, ya que el paciente a nivel subconsciente se siente con necesidad de escupir constantemente, con lo cual lo único que lograremos es que se pierda el tiempo ya que el paciente tendrá los labios anestesiados con lo que tendrá más problemas para escupir por lo que aconseja que la escupidera sea cubierta para que el intervenido se de cuenta de que no se va a utilizar y se le enseñará que todo aquello que sienta necesidad de desechar, con la lengua lo haga hacia adelante para que el asistente haga la adecuada aspiración.

MATERIAL

Respecto al material utilizado en una cirugía de tercer molar retenido es el siguiente:

ANESTESIA EN CARTUCHO AGUJA DESECHABLE PARA JERINGA TIPO CARPULE

La anestesia se puede conseguir en el mercado en presentación lista para usarse de 1.8 ml., conteniendo xilocaína (lidocaína), carbocaina o citanest entre los mas usados y eficaces por la duración del efecto anestésico con baja dosificación y baja toxicidad al emplearlos.

Respecto a las agujas utilizadas, tenemos que hay de diferentes diámetros, longitudes y biseles.

Diámetro: Mejor conocido como calibre, entre los más utilizados tenemos el 25 (hay que recordar que van estas medidas del 16 al 30, siendo este último, el más delgado)

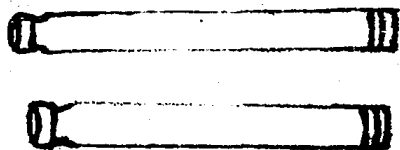
Longitud: Comúnmente se conocen como agujas cortas y largas, las primeras pueden ser desde 10 hasta 20mm de longitud y las segundas van de los 25 a 37mm mas o menos. Las agujas largas se usan generalmente para anestesiás regionales por ejemplo: nervio dentario inferior, y las agujas cortas normalmente se usan para hacer bloqueos suprapariosticos o subperiosticos.

bisel: Hay bisel largo y bisel corto, el mas utilizado en odontología es el corto.

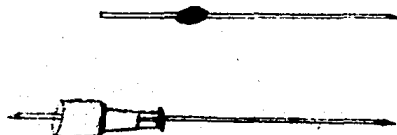
de sutura: Actualmente las agujas para suturar vienen unidas al material de sutura y son desechables. La aguja pequeña semicircular es la ideal para casi todas las suturas intrabucales. Esta tiene cerca de la

punta un cuerpo triangular, esta forma se prolonga a lo largo de un tercio de la longitud total de la aguja, siendo el vértice el que da filo, vuelto hacia afuera, ya que si estuviera el filo hacia adentro de la curva al hacer tracción de la aguja se podrían rasgar los tejidos, con las consecuencias imaginadas.

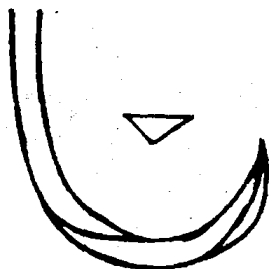
CARTUCHOS DESECHABLES



AGUJAS PARA JERINGA



AGUJAS DE SUTURA



BISEL LARGO



BISEL CORTO

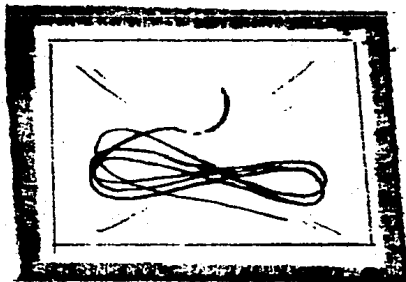


MATERIAL DE SUTURA

Tenemos gran variedad de productos para suturar, absorbibles y no absorbibles, pero para la práctica de cirugía que nos ocupa este trabajo, se utiliza la seda negra trenzada de calibre 000 (tres ceros), el cual es lo suficientemente resistente y delgado para hacer los nudos sin molestia para el paciente, y además puede servir como drenaje a través del tejido trenzado, y éste a su vez nos ayuda a que no se tuerza la seda a la hora de hacer las maniobras de sutura, lo que nos ahorra tiempo y molestias.

Ya solo a manera de ampliar un poco el tema, diremos que la sutura monofilamentosa (nylon, catgut alambre de acero inoxidable y el catgut crómico), es recomendada en menor medida ya que en el caso del catgut es absorbible, pero además de que no es predecible su tiempo de absorción tenemos que es irritante (el crómico es menos irritante), es usado solo en planos profundos siendo mejor suturar los planos superficiales con seda negra trenzada sobre el nylon y el acero inoxidable, diremos que se usan como material de sutura sin trenzar y sin enrollar (siendo mas laboriosa la maniobra de sutura), además de que carecen de la propiedad de drenar por acción capilar como las sedas trenzadas y en el caso de alambre inoxidable las puntas se proyectan hacia la mucosa de carrillos y encía. Es bueno aclarar que se utiliza seda 000 mas generalmente que la seda 0000 y 00000, ya que se usan estas para planos cutáneos y son de menor grosor.

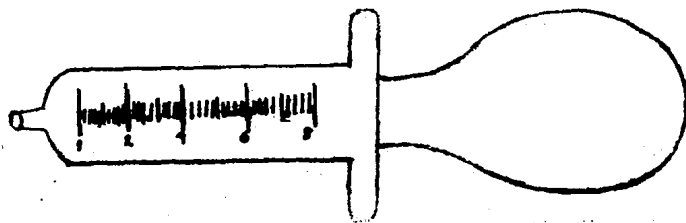
PAQUETE DE SEDA 000 TRENZADA INSERTADA EN AGUJA, DESECHABLES.



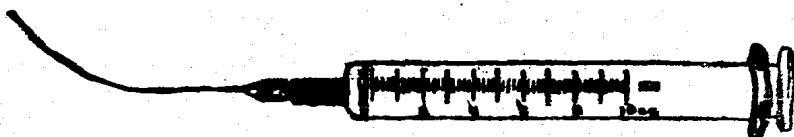
IRRIGACION

Cuando se practica la cirugía bucal, muchas veces es menester abrir planos profundos y dejar hueso descubierto, por lo que es necesario evitar al máximo que estos elementos pierdan su medio líquido y puedan tener algún trastorno por lo que se necesita contar con una sustancia capaz de mantenerlos en buenas condiciones sin causar daño, para esto tenemos una solución salina normal, estéril, la cual se depositará en la cavidad quirúrgica continuamente por medio de una jeringa grande desechable, una grande de pera o una de 10ml. con enchufe luer-lock y canula de plata, además se hará la irrigación al mismo tiempo que se corte hueso con fresa, para evitar un sobrecalentamiento y sus posibles trastornos, además se utiliza la solución citada para lavar la cavidad y dar mejor visibilidad al operador, para que realice mejor su trabajo.

JERINGA GRANDE DE
PERA



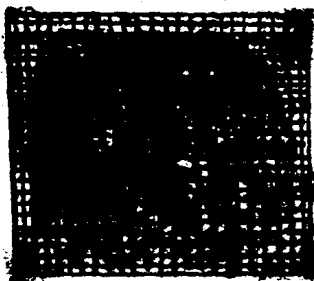
JERINGA DE 10ml. CON ENCHUFE
LUER-LOCK Y CANULA DE PLATA



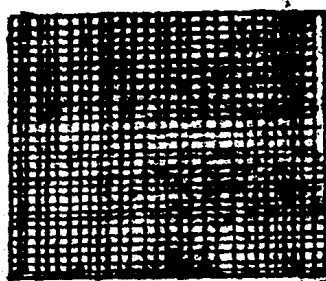
COMPRESAS

Las compresas mejor conocidas como gasas se pueden encontrar en el mercado estériles listas para utilizarse, o comprar un trozo de tela adecuado y recortarlo al tamaño deseado, para después ser envueltas y colocadas en el esterilizador. Las gasas mas comunes son las de 5 x 5cm. aunque el tamaño puede diferir al gusto del operador y a sus necesidades por supuesto. El requisito importante que deben guzdar las gasas, es el que no se desintegren, es decir que no lleven una parte interior o relleno de algodón ya que éste puede soltar alguna fibra sobre la herida y actuar como cuerpo extraño, lo cual podría causar inflamación y dolor sin aparente causa.

GASA CON RELLENO DE
ALGODON



GASA SIN RELLENO DE ALGODON
(IDEALEN CIRUGIA)

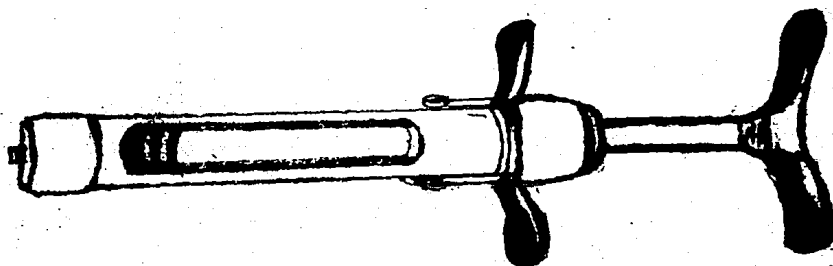


INSTRUMENTAL

El instrumental ocupa un lugar preponderante en todo consultorio dental, mucho más a la hora de efectuar una cirugía de tercer molar. Hay una gran variedad de marcas, variedades, precios e incluso nacionalidades, pero haremos a un lado todo esto y nos concretaremos solamente a describir y enumerar el instrumental mas relacionado a la materia que nos ocupa, haciendo hincapié en aquél que se usa actualmente con mayor frecuencia y dejando a un lado todo aquel implemento usado en el pasado, pero que por obsoleto o mas bien por lo impráctico de su uso, sólo lo usan los dentistas mas veteranos los cuales tienen un conocimiento y práctica que ahora por el uso de instrumentos mas modernos, no tienen los dentistas recién egresados.

JERINGA TIPO CARPULE

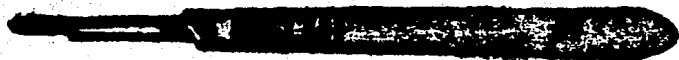
Esta jeringa es la más utilizada hoy en día, en la mayoría de los consultorios dentales, gracias a la facilidad de manejo y ventajas que ofrece, ya que se pueden utilizar cartuchos de anestesia tamaño standard o de tamaño un poco mayor, ya que se puede adaptar, además tiene entrada para agujas de diferentes marcas y tamaños. Recomendamos la que tiene ventajas como la succión, que nos sirve para ver si no estamos obliterando algún vaso sanguíneo, lo que es indeseable al hacer la punción.



BISTURI

Es también conocido con el nombre de escalpelo, consta de una hoja y un mango que la sostiene, la hoja puede ser desmontable (lo más común), o ser de una sola pieza (como los cuchillos parodontales). El mango # 3 de bard-parker es el más utilizado en odontología, por su tamaño y facilidad de manejo dentro de la cavidad oral, a este mango se le pueden colocar hojas de bisturi generalmente del núm. 15, que por sus filos, forma y tamaño, es la que menos riesgos ofrece y mas ventajas otorga, ya que es menos factible cortar tejidos intrabucales vecinos al sitio de la intervención. Los otros dos números de hojas que se utilizan con cierta frecuencia son el # 11 y # 12, el primero está indicado para incidir abscesos o hacer cortes perfectamente rectos, para facilitar la sutura, y el segundo # 12. se usa más cuando es necesario hacer incisiones en caras distales de los dientes mas posteriores y a profundidad, debido a su forma. Pero la más completa en funciones es la hoja # 15.

MANGO # 3



HOJAS DE BISTURI

11

12

15



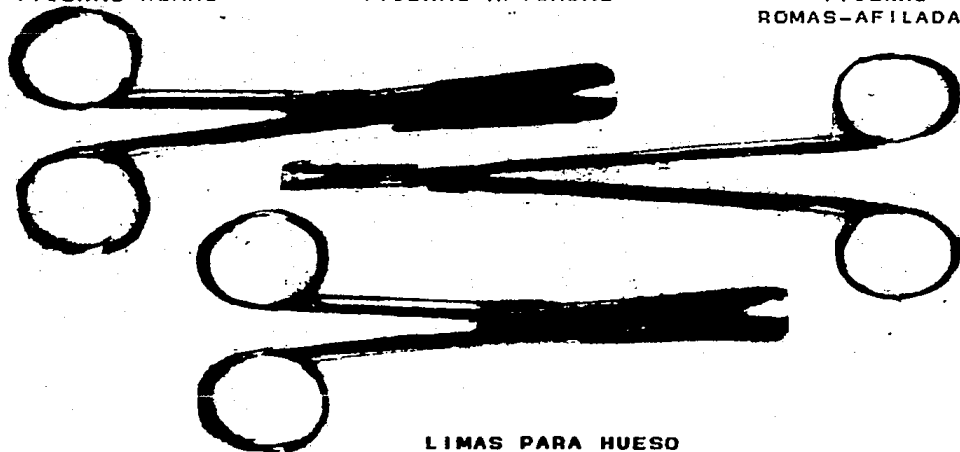
TIJERAS

Hay gran variedad de tipos de tijeras, entre las que se puede escoger al libre albedrío, y de hecho, cada dentista tendrá preferencia ya por una ya por otra, etc., lo que se busca es la utilidad. Tenemos que hay tres tipos de tijeras, que son mas usadas: las romas, las romas-afiladas y las afiladas. Sobre su uso podemos decir que toda aquella tijera destinada a cortar tejido celular, no habrá de utilizarse para cortar hilo de sutura o papel, su uso queda restringido para su función específica, además habrán de mantenerse siempre con buen filo y sin oxidaciones. Algunas de las características que tienen las tijeras para tejido, es que pueden tener el mango ligeramente curvo y con una hoja aserrada ligeramente, para que el corte sea más fácil de hacer, al no desplazarse el tejido hacia adelante, además puede haber diferentes curvaturas ya sea de las hojas o del mango a partir del punto de apoyo y a conveniencia del odontólogo.

TIJERAS ROMAS

TIJERAS AFILADAS

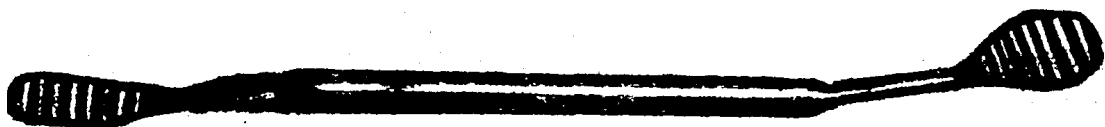
TIJERAS
ROMAS-AFILADAS



LIMAS PARA HUESO

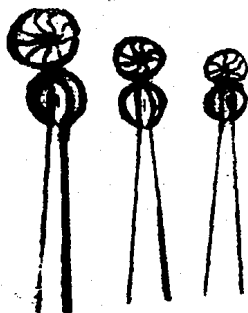
Estos instrumentos son utilizados con mucha frecuencia en la cirugía de tercer molar cuando es menester cortar hueso, ya que no es bueno dejar astillas o esquirlas de éste dentro de una herida, ya que se puede dificultar la cicatrización y además afectar los tejidos sanos adyacentes con el roce de este resto óseo. Para evitar lo anterior es necesario alisar y pulir en la medida de lo posible cualquier superficie cortante, filosa o astillada que haya quedado a la hora de la osteotomía, con una lima para hueso, la cual se encuentra en el mercado de diferentes presentaciones, marcas y calidades.

Entre las mas utilizadas son las de doble punta de trabajo, con una punta algo redondeada y la otra ovalada. Es bueno recordar que las limas se utilizan en un solo sentido, es decir, se mete la lima al hueco o desperfecto del hueso que queremos limar y se tira de ella haciendo un movimiento de barrido hacia afuera, nunca se hará a manera de serrucho, ya que no se conseguirá el efecto deseado, además es importante limpiar las estrías de la lima, ya que se abotagan o se llenan estas de restos oseos y pierde utilidad.



FRESAS QUIRURGICAS

Vienen en tamaño mas largo que las que se utilizan en operatoria, y nos ayudan principalmente para efectuar la osteotomía y/u odontosección, sin problemas y sin golpes que pudieran ser traumáticos, como en el caso de usar cincel y martillo, o en ciertos casos el escopio. Las fresas son generalmente de carburo y habrán de utilizarse con motor de baja velocidad (con tracción de correa, ya que la pieza de mano no expulsa aire por lo que no hay peligro de causar un enfisema (aire en los tejidos), además habremos de contar con un asistente que nos haga la irrigación adecuada a la hora de realizar el corte, y así no calcinar el hueso. Las fresas mas usadas son las número 701 y 702 tronco-cónicas y las redondas # 6, # 8. Durante la intervención estas fresas habrán de conservarse en una solución acuosa, y después de ser utilizadas habrán de limpiarse de sus estrías para que no se saturen éstas y sólo "pulan", el hueso en lugar de cortarlo.



ELEVADORES DE PERIOSTIO

Después de la incisión se utiliza un elevador de periostio, el cual nos dejará el campo operatorio al descubierto y listo para realizar la extracción, la odontosección o la osteotomía según sea el caso.

Cuando se está sobre el periostio, la sensación al tacto con el instrumento es suave, deslizante y de sonido sordo, por lo cual al elevar éste, y queda el hueso desnudo, el tacto se vuelve áspero y entonces es cuando podemos iniciar el siguiente paso de la intervención.

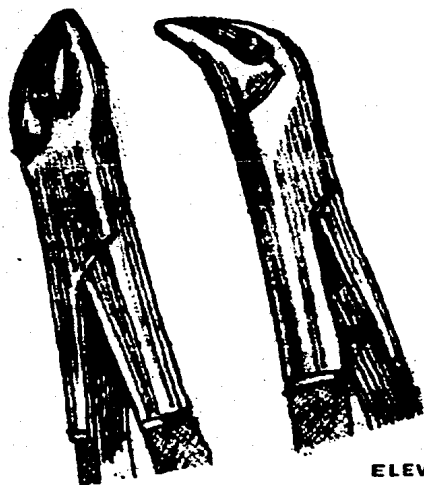


FORCEPS O PINZAS EXTRACTORAS

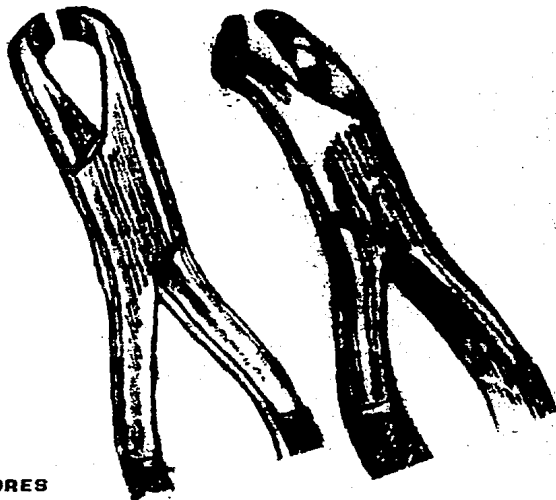
Acercá de estos instrumentos el C. D. General tiene más conocimientos que de otros instrumentos especializados en cirugía, ya que es casi imposible que un odontólogo no haya realizado nunca una extracción común y corriente. Por lo

anterior se puede deducir que el uso de estas pinzas es familiar así como la gran variedad que existen de formas de estas pinzas. Por regla general, se cuentan con el Forceps # 150 para dientes maxilares y # 151 para dientes mandibulares, pero además se cuenta con otros números y diseños de bocados, que son mas específicos para tal o cual diente, entre los mas usados para extracción de terceros molares son los números 222 y 210, además con mangos curvos o bocados en forma de bayoneta.

FORCES # 150 Y 151



FORCES 222 Y 210



ELEVADORES

Son conocidos comunmente como botadores, y se utilizan principalmente para la debridación y el intento de elevación del diente dentro del alveolo para hacer uso posteriormente de las pinzas extractoras. Para cirugía se utilizan con el principio de palanca para la extracción de terceros molares retenidos, tomando como apoyo el hueso o incluso algún diente vecino sin menoscabo de su salud. Hay dos tipos principales de elevadores y son: los rectos y los angulares o de bandera, los primeros se utilizan para maniobrar entre el diente, encía y hueso alveolar, su hoja varía de 2 a 4mm, los segundos se utilizan cuando no hay corona por destrucción y es necesario usar el elevador con movimientos de palanca y de rotación.

ELEVADORES RECTOS



ELEVADORES ANGULARES O "DE BANDERA"



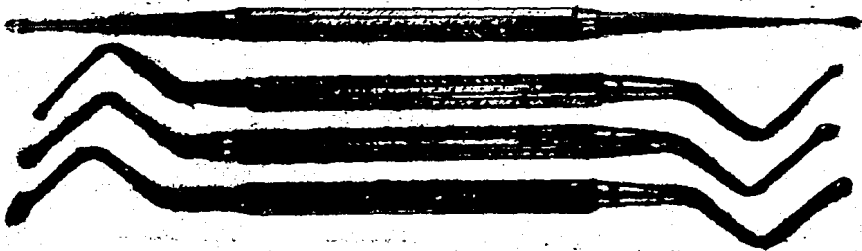
ELEVADORES PARA APICES FRACTURADOS

Son en realidad elevadores con punta de trabajo mas esbelta, que se utilizan para llegar al fondo de un alveolo, y poder extraer un ápice que se haya fracturado, y que el elevador normal, debido a su tamaño, no lo pudiera sacar.



CURETAS

Las curetas son instrumentos de gran utilidad en una cirugía, ya que sirven para quitar cualquier resto de tejido de granulación, tejido infectado o membranas de quistes, los cuales si no son retirados pueden causar una infección o recidiva con complicaciones graves muchas veces. Las curetas tienen forma de cucharilla para operatoria dental, pero de mayor tamaño y nos sirve utilizándola para "mondar", la cavidad ósea intervenida, y no para sacar el tejido infectado a "cucharadas", entre las mas utilizadas se encuentran las curetas de Miller, en sus números 9,10,11 y 12, algunas veces se puede utilizar la cureta como elevador de tejido, tomando con unas pizas dicho tejido y con la cucharilla ir elevándolo de modo que la parte cóncava de contra el hueso.



PINZAS DE HEMOSTASIA

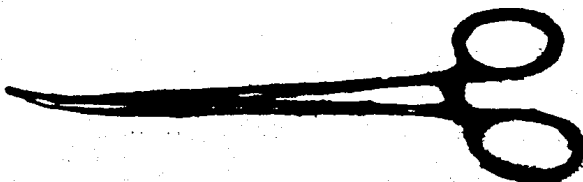
Estas pinzas como su nombre lo dice son utilizadas para cerrar vasos sanguíneos con extravasación, lo cual nos produciría una hemorragia que puede ser leve o grave, pero además pueden tener otra función como la de extraer pequeños restos radiculares que se encuentran en el fondo de los alveolos o restos de tejido que estén a la deriva dentro de los mismos, ya que se pueden tomar firmemente y tienen los bocados largos (Aprox. 2.5cm.), o al menos lo suficiente para penetrar en el fondo del alveolo o la cavidad ósea operada. Sin embargo, la función principal a la cual deben su nombre, no debiera ser utilizada, ya que es de desearse que no se cortara ningún vaso de calibre importante que ponga en peligro la vida del paciente, ya que se contará antes de la cirugía con los conocimientos necesarios de anatomía, para que esto no suceda. Otros de los usos que se les da a veces a

estas pinzas, y que no debe ser, es la de portaagujas, ya que debido a las estrias que tienen sus bocados internamente (perpendiculares a su eje mayor), no pueden ni con mucho sostener una aguja de sutura firmemente. Las pinzas de mosquito y las de Kelly son de las más utilizadas.

PINZAS DE MOSQUITO



PINZAS DE KELLY

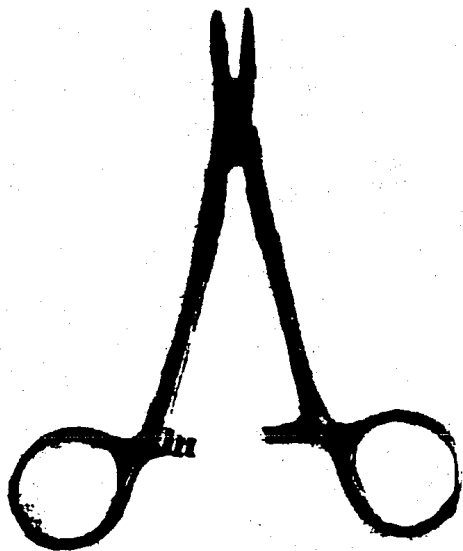


PORTAAGUJAS

Como es de imaginarse, se utilizan para sostener la aguja durante toda la maniobra de sutura, ya que las características de sus bocados son ideales para esto, sus estrias internas se entrecruzan, además que en una o en las dos puntas, internamente se encuentra una depresión central la cual combinada a la acción de las estrias entrecruzadas hacen que la aguja sea sostenida firmemente, lo cual nos representa una ventaja a la hora de suturar porque no importa el ángulo que guarde la aguja respecto a la inclinación del eje longitudinal de las pinzas. Ya para complementar diremos que los bocados son cortos y voluminosos, lo cual nos da la diferencia de las pinzas de hemostasia. Debido al rápido desgaste de las estrias, se recomienda comprar portaagujas con recubrimiento de carburo en sus puntas, lo que nos dará mayor durabilidad.

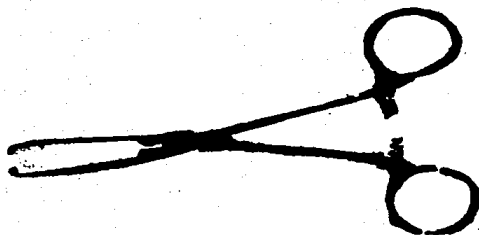
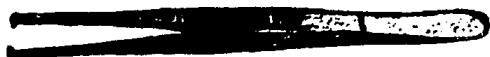
PORTAAGUJAS

CARACTERISTICAS INTERNAS DE LOS BOCADOS



PINZAS DE DISECCIÓN

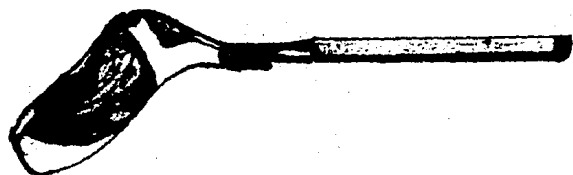
Estos instrumentos se utilizan en general para estabilizar colgajos a la hora de suturar, además de que aceleran la maniobra y con ellas se puede hacer una buena aproximación de los bordes de la herida. Las pinzas de diente de ratón o las de Allis son las de mayor demanda y sirven además para tomar grandes segmentos de tejido blando ya sea para hacer la excisión o la retracción.



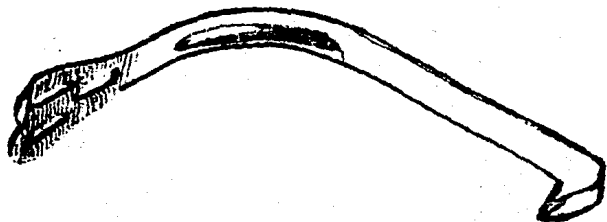
RETRACTORES

Los retractoros se usan cuando es difícil llegar al lugar de la intervención con la vista o con el instrumental, debido a la profundidad que tenga el problema dentro de la boca, pero es quizá más utilizado cuando se va a efectuar un estudio de fotografía clínica, en el que el área bucal debe salir perfectamente retratada, y con el retractor se logra. La variedad que tenemos de retractoros se puede considerar suficiente, tenemos los de mejilla y los de lengua principalmente, además podemos contar con el espejo bucal, el cual se utiliza en cirugía bucal precisamente para retraer y no para hacer exploración visual, ya que todo procedimiento quirúrgico habrá de realizarse viendo directamente el problema.

RETRACTOR DE MEJILLA

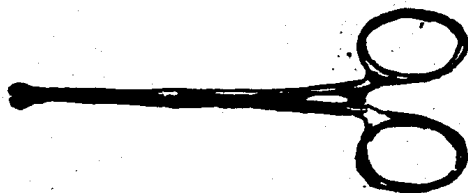


RETRACTOR DE LENGUA



PINZAS AUXILIARES

En si no son instrumentos utilizados en cirugía, pero son muy necesarios a la hora de manipular instrumentos estériles. Su misma esterilización deberá hacerse en autoclave o con calor seco, pero no en soluciones desinfectantes que pueden correr a lo largo del instrumento y contaminar al que está sosteniendo.



Todo lo visto anteriormente (instrumental y equipo), habrán de mantenerse en perfectas condiciones, todo aquel instrumental cortante deberá tener siempre filo suficiente, aquél que abra y cierre (Ej: Tijeras), habrá de lubricarse, lo mismo que el equipo que así lo requiera. Sale sobrando decir que aquél instrumental o equipo que no reuna los requisitos ideales para cumplir la función para la que fue hecho se tendrá que desechar y adquirir uno nuevo. Creemos necesario recordar que el instrumental utilizado a lo largo de una cirugía se conservará estéril hasta el momento mismo de su utilización, lo cual se logrará envolviéndolo en hojas o toallas de papel de estrasa, comunmente llamadas "Sanitas", a la hora de su esterilización en calor seco a 150 C ó 200 C durante 30 ó 20 minutos respectivamente, que es el tiempo necesario para tener un buen resultado, e irlo desenvolviendo antes de la intervención cuando los campos estériles estén ya colocados. Como ya habíamos dicho los instrumentos en malas condiciones, sin filo u oxidados habrán de desecharse, ya que alargan el tiempo de la intervención amen de que traumatizan el tejido innecesariamente, pudiendo traer esto complicaciones posteriores.

A continuación hablaremos de los protagonistas o responsables de que la cirugía llegue a un feliz término sin complicaciones y que son: El operador y el asistente (como mínimo), pero además se puede contar con un circulante, pero dentro de la práctica a la cual nos estamos refiriendo en este trabajo no es necesario tanto personal (recordamos al lector, que la cirugía a la que nos estamos refiriendo es la de tercer molar y que se puede llevar a cabo con el mínimo de

personal como de instrumental, por lo que no es necesario contar forzosamente con tres personas), lo que sí es necesario es contar mínimamente con lo que se ha reseñado y sobre todo con la esterilización integral de todo lo utilizado. Es bueno contar con campos de tela, los cuales cubrirán tanto las mangueras de la unidad como la bandeja de instrumentos. Tanto el operador como el asistente habrán de vestirse de la misma manera, es decir: Gorro quirúrgico que no deje absolutamente ningún cabello al aire, cubreboca que por lo menos cubra la respiración y la boca del operador, bata quirúrgica y opcionalmente botas quirúrgicas. En el operador es imprescindible el uso de guantes de cirujano y muy deseable en el asistente. El paciente por intervenir también será "arreglado" para la cirugía, cubriéndolo con un campo operatorio que sólo dejará descubierta la boca y parte de la nariz, pero antes se le cubrirá la cabeza con otro campo a manera de gorro para envolver sus cabellos, y en la parte del pecho se le colocará otro campo que le cubrirá hasta un poco abajo de la cintura. Obvio es que antes de la vestimenta tanto operador como asistente se lavarán concienzudamente las manos hasta el codo y con un cepillo quirúrgico. Recomendable es el uso de anteojos y en caso de no necesitarlos, el uso de micas para evitar cualquier problema de que salte algún resto de tejido, saliva o sangre a los ojos y prevenir así con esto, cualquier posible infección.

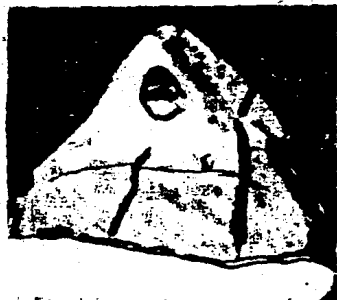
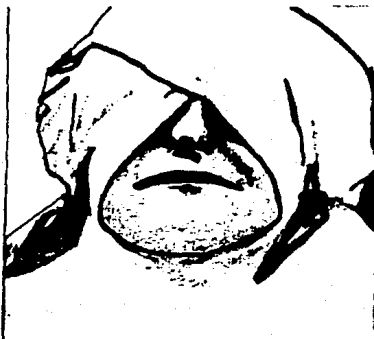
Tanto los campos como la vestimenta deberán ser esterilizados perfectamente.

Respecto a las posiciones que guardan tanto operador como asistente, tenemos que el primero se colocará del lado derecho del paciente siempre con la visual sobre toda el área bucal y se encontrará parado, nunca sentado para que no pierda ningún detalle, y el asistente se encontrará por detrás del paciente para impedir que éste vea los instrumentos, aunque una vez iniciada la cirugía tendrá los ojos cubiertos por los campos quirúrgicos. La disposición del equipo se podrá observar mejor en la figura.

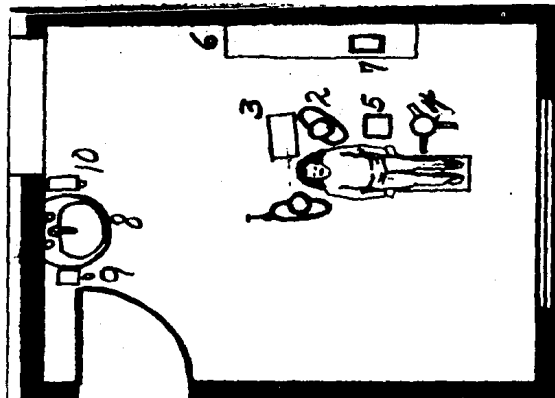
OPERADOR CON VESTIMENTA
ADECUADA



PACIENTE PREPARADO PARA LA
CIRUGIA



POSICIONES DE OPERADOR Y ASISTENTE
DENTRO DEL CONSULTORIO, ASI COMO DEL EQUIPO
UTILIZADO EN LA CIRUGIA



- 1 OPERADOR
- 2 AYUDANTE
- 3 MESA CON INSTRUMENTAL
- 4 LAMPARA
- 5 BOMBA DE VACIO
- 6 MESA
- 7 ESTERILIZADOR
- 8 LAVABO
- 9 TAMBOR PORTACEPILOS
- 10 APARATO PORTAALCOHOL

TEMA IV

HISTORIA CLINICA MINIMA INDISPENSABLE PARA LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS

A lo largo de la carrera se nos ha explicado constantemente el porque la historia clinica guarda un lugar primordial e indispensable antes de realizar cualquier procedimiento odontológico a cualquier paciente, incluso en aquél que a simple vista podríamos pensar que goza de cabal salud, y así sea un procedimiento sencillo que según nosotros no tendría repercusión en el intervenido (por ejemplo: una amalgama, alguna extracción común y corriente o la colocación de una prótesis, ya sea parcial, fija, removible o total, etc. aunque esto podría parecer exagerado, no lo es). Con todo lo anterior, es fácil imaginar cuanto mas importante es el hecho de practicar la historia clinica, en un paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente y con mayores posibles riesgos de una complicación inesperada, la cual será tratada con mayor prontitud y efectividad si sabemos la posible causa, basándonos en los datos obtenidos de ésta. No hay que olvidar el hecho de que en este trabajo se verá lo indispensable y suficiente, sin caer en un tratado de propedéutica, pero que será útil y suficiente para nuestro objetivo. A continuación daré unas generalidades para llevar a cabo el estudio.

La historia clinica es la forma donde registraremos los datos que vamos obteniendo en el estudio clinico, se puede pensar entonces que es en si una forma de registro fidedigna y permanente de información que la memoria humana podría olvidar y a la cual pueden tener acceso diversas personas a lo largo del tiempo; deberá ser clara, completa y con una secuencia de datos lógica. El estudio clinico es el que va a mandar todos los datos a la historia clinica y éste se lleva a cabo tradicionalmente por medio de tres métodos que son:

EL INTERROGATORIO

LA EXPLORACION FISICA (incluye inspección, palpación, auscultación, percusión y punción exploradora).

AUXILIARES PARA EL DIAGNOSTICO (principalmente estudio radiográfico y estudios de

(laboratorio)

De lo anterior podemos deducir que el estudio clínico da origen a la historia clínica. Antes de iniciar el interrogatorio en forma, habrá de elaborarse la ficha del paciente con los siguientes datos:

Nombre del paciente.
Dirección actual.
Teléfono propio o donde se le pueda localizar.
Edad.
Sexo.
Ocupación.
Lugar de nacimiento.
Fecha de nacimiento.
Estado civil.

Posteriormente se realizará el interrogatorio siguiendo las reglas que a continuación exponemos:

- 1) Las preguntas se harán en un lenguaje claro y sencillo, no se habrá de hacer gala de términos odontológicos que sólo entenderían algunos pacientes, o cualquier otra palabra que escape a la comprensión del interrogado.
- 2) Sólo se harán preguntas que realmente aporten alguna utilidad y evitaremos en lo posible las cuestiones que podrían parecer entrometidas en la vida privada del paciente.
- 3) Las preguntas se harán en sentido afirmativo, nunca en negativo, por ejemplo hay que evitar decir: ¿No duerme en las noches?, y si hay que decir, ¿duerme usted bien en las noches?, quitando la negación.
- 4) Las preguntas nunca deberán sugerir las respuestas, por Ej: ¿duerme usted en las noches?, ¿verdad que no?, ya que se está dando a entender al paciente prácticamente que debe decir que no duerme bien en las noches, aunque si lo haga.
- 5) Hay que evitar las preguntas que nos puedan dejar alguna duda la respuesta, por Ej: ¿Se ha dado cuenta si la orina sale con sangre?, si nos contesta que no, nosotros no sabemos si se refiere a que no se ha dado cuenta o a que no sale sangre con la orina; lo normal sería preguntar, ¿sale sangre en su orina?, y no habrá lugar a duda con la respuesta.
- 6) El cuestionario deberá de ser ordenado, metódico y completo.

A continuación expondré un modelo sencillo sobre qué deberá contener el cuestionario:

I Motivo de la consulta. Es urgencia o es tratamiento.

II Padecimiento actual:

¿Desde cuándo está usted enfermo?

¿Antes estaba usted completamente sano?

¿A qué atribuye su padecimiento?

¿Cuáles fueron las molestias que tuvo al principio?

¿Han continuado las molestias que tuvo al principio?

¿Iguales al primer día?

¿Han ido apareciendo otras molestias?

¿A la fecha, qué molestias tiene?

III Antecedentes no patológicos:

Higiene general: buena, regular, mala.

¿Qué inmunizaciones ha recibido?, (aquí podría cambiarse la pregunta a: ¿cuántas vacunas ha recibido?)

BCG, Antipoliomielítica, DPT, o algún otro tipo de inmunización que haya recibido.

¿Fuma?

¿Acompaña su comida con alguna bebida?

¿Acostumbra tomar bebidas alcohólicas antes de las comidas?

¿Cuántas comidas hace al día?

¿Come despacio?

¿Es afecto a los platillos muy condimentados y/o a los picantes?

¿Ha recibido atención odontológica anteriormente?

¿De qué tipo?

Sólo en pacientes femeninos se pregunta:

¿Está embarazada?

¿Está menstruando?

¿Es normal su sangrado o tiene algún transtorno como mal olor, color café, etc.?

¿Tiene salida de flujo entre regla y regla?

IV Anotar signos vitales:

Frecuencia respiratoria.

Pulso.

Presión arterial.

Temperatura.

V Antecedentes Patológicos:

a) ANTECEDENTES SISTEMICOS.

Aparato Digestivo.

¿Tiene apetito?

¿Distingue bien el sabor de los alimentos?

¿Tiene mucha sed?

¿Mal sabor de boca?

¿A qué le sabe?

¿Siente dificultad al pasar los alimentos?

¿Siente alguna molestia cuando le llegan al estómago?

¿Tiene dolor de estómago?

¿Tiene retortijones, cólicos o gases en abundancia?

¿Cuántas veces evacúa en 24 horas?

¿Hay dolor al obrar?

¿Hay mucosidad o sangre en el excremento?

¿Ha tenido diarreas continuas o estreñimiento?

Aparato Respiratorio

¿Siente dificultad al pasar aire por la nariz?

¿Tiene tos continua, por accesos o tosidas aisladas, produce vómitos o es seca?

¿Es abundante la expectoración?

¿Tiene dolor en el pecho, la espalda o los costados, aumenta el dolor al respirar profundamente?

¿Tiene alguna desviación en el tabique nasal?

Aparato Cardiovascular

¿Tiene palpitaciones al hacer un esfuerzo?

¿Se fatiga o siente sofocación al caminar, o las dos cosas?

¿Se fatiga con grandes o pequeños esfuerzos?

¿Le ha salido sangre por alguna parte de su cuerpo?

¿Se ha hinchado de alguna parte de su cuerpo?

¿Siente vértigos, como si las cosas le dieran vueltas alrededor?

¿Siente bochornos?

¿Tiene dolor de cabeza constante?

¿Zumbidos de oídos?

¿Siente que se le duerme algún dedo, los brazos o alguna parte del cuerpo estando en posición normal?

¿Siente hormigueos o calambres?

¿Se le ha informado alguna vez si tiene algún padecimiento cardíaco?

¿Está sometido a chequeos regulares a causa de algún padecimiento cardiovascular?

Aparato Urinario y Renal

¿Orina usted con mucha frecuencia?

¿Orina por las noches?

¿Juntando la orina del día y de la noche, cómo que tanto será?

¿Qué color tiene la orina, sale la orina mezclada con sangre?

¿Cuando termina de orinar, siente deseos de seguir haciéndolo aunque ya haya terminado?

¿Siente dificultad al orinar?

¿Siente alguna molestia al hacerlo como dolor, sensación de quemadura?

¿Alguna vez ha expulsado alguna piedrecilla o cálculo renal por la orina?

¿Su orina deja sedimentación en la basinica?

Sistema Nervioso.

¿Le ha informado algún médico que padezca neuralgia o neurosis?

¿Ha tenido algún trastorno nervioso?

¿Le ha informado algún médico que usted padezca epilepsia?

¿Le tiemblan las manos sin causa aparente?

¿Se considera usted una persona nerviosa?

b) ANTECEDENTES NEOPLASICOS

¿Padece algún tumor?

¿Ha consultado a su médico?

¿Es maligno o benigno?

c) ANTECEDENTES INFECCIOSOS

¿Ha padecido alguna fiebre eruptiva?

¿Padece a menudo inflamación y/o dolor en las articulaciones?

¿Tuvo o tiene alguna enfermedad venérea como la

sífilis u otra enfermedad?

¿Ha padecido enfermedades virales como la hepatitis, herpes o alguna otra?

¿Ha tenido alguna enfermedad producida por hongos?

¿Padece o padeció parasitosis intestinal?

¿Ha tenido abscesos?

¿Ha tenido escoriaciones en la boca que hayan sido muy rebeldes para sanar?

¿Tiene toses o catarrros frecuentes?

d) ANTECEDENTES HEMORRAGICOS.

¿Ha tenido alguna vez hemorragias copiosas?

¿A qué se debió?

¿Frecuentemente ingiere analgésicos o sedantes?

¿Está tomando alguna medicina o está bajo tratamiento médico?

¿Padece o padeció anemia?

¿Es usted diabético?

e) ANTECEDENTES ALERGICOS

¿Le han aplicado alguna vez anestesia?, ¿local o general?

¿Tuvo algún problema?

¿Es usted alérgico o sensible a algo, incluyendo flores, polvo, alimentos o drogas como la penicilina, procaína o aspirina?

f) ANTECEDENTES MEDICO-QUIRURGICOS

¿Ha estado sometido a tratamiento médico prolongado alguna etapa de su vida?

¿Cuál fue el motivo?

¿A que edad?

¿Ha sido hospitalizado durante los dos últimos años

de su vida?

¿Continúa el tratamiento?

g) ANTECEDENTES HEREDITARIOS

¿Viven sus padres?

¿Son o fueron sanos, y que enfermedades padecen o padecieron, de qué murieron?

¿Tiene hermanos, son sanos, murieron algunos chicos, de qué murieron?

¿Tuvo su mamá hijos que murieron antes de nacer o nacieron antes de tiempo?

Todo el esquema anterior del cuestionario, es el que idealmente se lleva a cabo antes de una intervención, sin embargo, cuando se trata de una intervención de tercer molar retenido, se puede prescindir de hacer algunas preguntas que podrían no reportarnos datos que sean de necesidad extrema. Además del cuestionario, habremos de contar con los métodos de exploración física, que principalmente nos sirven para detectar signos (recordar que es signo y síntoma), y son: inspección, palpación, percusión, auscultación y punción exploradora.

INSPECCION.- Nos proporciona datos al través del sentido de la vista y se deberá observar: aspecto general, forma, volumen, actitud, coloración, movimientos, simetría y estado de superficie.

PALPACION.- Es el método que nos proporciona datos por medio del sentido del tacto y habrán de tomarse en cuenta los siguientes elementos: consistencia, sensibilidad, temperatura y movilidad de la piel sobre planos profundos.

PERCUSION.- Es el procedimiento exploratorio que nos proporciona datos al través de golpeteos metódicos de la región por estudiar, con el fin de producir fenómenos acústicos, localizar puntos dolorosos e investigar movimientos reflejos tendinosos y los datos obtenidos pueden ser: dolor, movimientos y fenómenos acústicos.

AUSCULTACION.- Es el método de exploración que nos proporciona datos por medio del oído y los datos que podemos recolectar son: fenómenos acústicos especialmente de los aparatos respiratorio y

circulatorio.

PUNCION

EXPLORADORA.— Consiste en la introducción de un trocar o aguja hueca al través de los tejidos, seguida de aspiración por medio de una jeringa, con el objeto de saber si en la región estudiada existe una colección líquida.

Pasando a los auxiliares para hacer un buen diagnóstico y que nos sirven para recaudar una información más amplia acerca del estado de salud del individuo tenemos entre los más importantes:

- a) Exámenes de laboratorio.— De sangre, de heces fecales, de orina, etc.
- b) Estudio radiográfico.— Radiografías intra o extrabucales.
- c) Exámenes fisiológicos.— Electrocardiogramas, electroencefalogramas, etc.
- d) Transiluminación.
- e) Pruebas térmicas.
- f) Corrientes eléctricas.
- g) Modelos de estudio.

De todos los anteriores auxiliares para el diagnóstico, minimamente deberemos de contar, para realizar una cirugía de tercer molar retenido:

- 1) Tiempo de sangrado.
- 2) Tiempo de coagulación.
- 3) Tiempo de protrombina.
- 4) Glucosa en sangre
- 5) Biometría hemática
- 6) Factor rh y tipo sanguíneo
- 7) Estudio radiográfico de la región del tercer molar por intervenir.
(Este estudio se ve con más detalle en otro capítulo)

En caso de que consideremos que es necesario algún otro tipo de estudio se podrá solicitar al paciente que se lo practique

en el laboratorio o nosotros mismos podríamos realizarlo, (En caso de la transiluminación o reacción a corriente eléctrica o la realización de modelos de estudio), en caso de que en la historia clínica nos reflejara un problema cardíaco, podríamos mandar un electrocardiograma, sólo que para interpretar los resultados deberemos pedir ayuda a un médico que pudiera orientarnos acerca del mismo.

Teniendo una historia clínica que consideremos completa, podemos entonces aventurar un diagnóstico. Un diagnóstico es el conocimiento de las alteraciones anatómicas y fisiológicas que el agente morbosos ha producido en el organismo, se basa en los síntomas funcionales y signos físicos: hay diferentes clases de diagnóstico, de los cuales nos ocuparemos solo de dos: el diagnóstico de presunción y el diagnóstico definitivo.

a) El D. de presunción.- Es el que resulta de la historia clínica o aún antes de ésta, pero que gracias a nuestra experiencia y nuestro estudio, sin tener aún los resultados de las pruebas físicas, de los exámenes de laboratorio y de gabinete, podemos ya sospechar y aún casi asegurar que el paciente tiene tal o cual enfermedad, lo cual no podrá ser real hasta no tener todos los resultados de los estudios realizados.

b) El D. definitivo.- Es el que hacemos cuando ya tenemos la certeza de los resultados de los estudios, y que no tenemos duda alguna ya del padecimiento sufrido por el enfermo. Para hacer este diagnóstico se necesita tener: historia clínica completa, resultados de estudios o pruebas de laboratorio y de gabinete y resultado de la exploración física.

Ya sólo a manera de información diremos que además tenemos los siguientes tipos de diagnósticos:

D. ETIOLOGICO.- Señala la causa de la enfermedad.

D. PATOGENICO.- Indica como aumenta o disminuye la causa de la enfermedad. (Enfriamientos, corrientes de aire, etc.)

D. ANATOMOPATOLOGICO.- Fija en la anatomía del organismo al padecimiento.

D. FISIOPATOLOGICO.- Enseña las alteraciones funcionales que se han producido.

D. SINDROMATICO.- Agrupa los síntomas en síndromes cuando hay lugar para ello.

D. NOSOLOGICO. - Da el nombre que en Patología se le ha dado a la enfermedad que estudiamos.

D. INTEGRAL. - Es una recompilación de todos los anteriores y además señala el terreno en que evoluciona el padecimiento (por Ej: el paciente es desnutrido o alcohólico, o padece de una enfermedad venérea o es anémico, etc.)

Después de tener el diagnóstico acertado, habremos de formular un pronóstico, éste es la predicción de la evolución probablemente segura de una enfermedad y se elabora basándose en la experiencia personal con casos anteriores semejantes, este pronóstico nunca será cierto sino probable pues siempre hay que contar con factores desconocidos que puedan cambiar el curso de los acontecimientos por lo que es evidente que un buen pronóstico depende fundamentalmente de un acertado diagnóstico.

Se toma por regla general que existen tres tipos de pronóstico: bueno, regular y malo.

PRONOSTICO BUENO: Es aquél que se hace cuando el padecimiento por sus características nos muestra que podrá ser atacado integralmente y sanará por completo el paciente sin tener secuela invalidante alguna.

PRONOSTICO REGULAR: Se hace cuando el padecimiento podrá ser atenuado pero no del todo, dejando al paciente en constante vigilancia médica para que no se vuelva a repetir o con alguna leve secuela, o cuando es un padecimiento que se podrá aliviar pero con grandes esfuerzos y sacrificios por parte del paciente y constante vigilancia médica.

PRONOSTICO MALO: Cuando el padecimiento está demasiado avanzado o el estado general del paciente favorece el agravamiento del problema, entonces es difícil creer en una recuperación real o incluso se puede pensar que habrá una secuela invalidante o ya mas pesimista, la misma muerte, es cuando se da un pronóstico malo.

Por último, ya después de la historia clínica completa, con los resultados de laboratorio y de gabinete terminados y la exploración física hecha a satisfacción del doctor, elaborado ya un diagnóstico acertado y un pronóstico apropiado, nos dispondremos, entonces sí, a efectuar un tratamiento, este es

el procedimiento que mantendrá o restaurará el estado de salud del paciente y que está relacionado directamente con los conocimientos académicos, habilidades clínicas del operador y la adaptación a las necesidades del paciente y para esto hacemos un plan de tratamiento que es donde se enuncian anticipadamente las acciones o procedimientos que vamos a efectuar para mantener o restaurar la salud del paciente.

Para elaborar adecuadamente un plan de tratamiento deberemos tener en cuenta los siguientes factores:

- I) Las necesidades de atención del paciente definidas por el diagnóstico previamente elaborado.
- II) Las consideraciones sobre la actitud y conducta del pacientes (éstas pueden llevarnos a modificar el orden de los procedimientos a fin de lograr una actitud positiva del paciente hacia el tratamiento).
- III) Las indicaciones técnicas de uno o mas procedimientos clínicos (indicaciones, contraindicaciones, ventajas, desventajas, grado de dificultad, etc.)
- IV) El sistema de trabajo que se tenga.
- V) Recursos disponibles: humanos, físicos, materiales y tiempo.

Es obvio que toda la normatividad anterior se relaciona mas a un padecimiento general que a una cirugía para la extracción de un tercer molar retenido, sin embargo en el momento en que se hace una intervención de cualquier índole en el organismo, se pone en juego todo el bienestar del mismo, por lo que es recomendable siempre tomar las debidas precauciones.

TEMA V

ESTUDIO RADIOGRAFICO MINIMO PREVIO A LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS

En este capítulo estudiaremos un punto por demás importante, del cual se puede desprender mucha información la cual bien manejada nos conducirá a un diagnóstico acertado acerca de nuestro padecimiento en cuestión (retención de tercer molar) además de que se pueden descubrir otros mas que no se hubieran podido ni sospechar que existían y de los cuales nos hubiéramos ocupado quizá hasta que los síntomas fueran tan evidentes que no se hubiera podido ya, por lo avanzado del mal, hacer el tratamiento adecuado y oportuno que incluso, aunque parezca exagerado, quizá hubiera salvado la vida de un paciente.

El estudio radiográfico, como en anterior capítulo decíamos, forma parte de los estudios de gabinete y es un auxiliar importante para el diagnóstico, no sólo a la hora de descubrir terceros molares retenidos sino otros padecimientos, como ya se había dicho antes.

Cuando un paciente llega al consultorio dental quejándose de un dolor sin causa aparente, en la región retromolar o amular, con dolor irradiado en la región que va del carrillo hacia el conducto auditivo externo o cuando a la exploración con espejo vemos una eminencia atrás del segundo molar erupcionado o vemos que éste mismo representa una mesialización o giroversión sin causa aparente, o cuando un paciente desdentado se presenta con queja de dolor y desajuste de su placa total, sobre todo en la parte posterior de ésta, o también cuando el paciente se queja de dolor en toda una mitad de la cara o con dolores de cabeza frecuentes y sin razón aparente, con un problema de audición que va desde ligero hasta grave o con vista de repente nublada o con dolor irradiado hacia el cuello en la región posterior, entonces dentro de nuestro campo que es la odontología, podemos sospechar la presencia de un tercer molar retenido o de cualquier otro diente en la misma situación, por lo que después de hacer la historia clínica adecuadamente, nos podemos apoyar en nuestro estudio radiográfico, tema central de este capítulo.

Para el caso específico de extracción de terceros molares retenidos, contamos principalmente con dos tipos de

radiografías que son: la dentoalveolar y la oclusal, no olvidando que existen otras mas sofisticadas que nos pueden dar una panorámica de la región pero que se puede prescindir muchas veces de ellas.

Cuando sospechamos la presencia de un tercer molar retenido en un cuadrante, es bueno y aconsejable que se tome radiografía de esa región y de su correspondiente del otro lado, ya que muchas veces se presenta el problema de retención bilateralmente o incluso sería bueno sacar de una vez la radiografía de los cuatro cuadrantes para tener así la seguridad de que no se encuentra algún otro molar retenido y que posteriormente pueda causar algún problema.

Sólo para hacer mención de los otros tipos de radiografías que en cierto momento nos pudieran ser útiles, presentamos las siguientes:

METODO SECCIONAL.- (Tomografía) Está indicada particularmente en el examen complementario del seno maxilar y de la ATM aunque para esta última se utiliza la vía lateral trasocraneana mas generalmente. También se utiliza para localizar fisuras en el paladar.

METODO PANORAMICO O RADIOGRAFIA PANORAMICA.- Uno de los ideales para lograr el registro continuo, bien definido, isomorfo, isométrico y ortogonal de toda la dentadura y estructuras vecinas y complementarias (senos, fosas, malares, ATM, etc.) en una radiografía.

Uno de los usos principales de este método es para realizar tratamientos ortodóncicos.

RADIOGRAFIAS LATERALES HEMIPANORAMICAS.- Mediante algunas variantes a través de este tipo de radiografía se puede obtener buen registro del malar, de los dientes, de senos, parótida (sialoradiografía) y A.T. M.

CINERADIOGRAFIA.- Al través de este método se han estudiado diversas estructuras durante su movimiento y desde el punto de vista odontológico es muy útil para el estudio de la articulación temporo-mandibular.

ROETGENTELEVISION.- (VIDEOGRAFIA) Entre sus muchas ventajas sobre la clásica radioscopía tiene la de requerir dosis mínimas de radiación y de producir

imágenes de mucha mejor calidad para cuya observación no es necesaria la adaptación previa en la oscuridad. Constituye un medio excelente para el examen de la A. T. M., de las glándulas salivales (sialografías), senos, etc.

Hay que hacer mención que todos los métodos anteriores son extraorales. Volvemos a reiterar que sólo hemos nombrado estos tipos de radiografías para dar un dato más, pero de ninguna manera se trata de decir como se toman o con que aparatología, ya que esto no es un estudio sobre radiología.

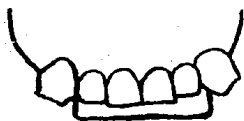
A continuación veremos mas detalles acerca del tipo de radiografías que en nuestro consultorio dental podemos obtener fácilmente y que nos van a proporcionar los datos que realmente nos interesan que son: la forma, posición, dirección, tamaño y relación con los demás dientes que tenga nuestro tercer molar retenido.

RADIOGRAFIA DENTOALVEOLAR:

Las radiografías dentoalveolares toman el nombre de lo que proyectan, es decir, en ellas se registran los tejidos que se encuentran alrededor del diente y el alveolo mismo es por esto el nombre, y también son mal llamadas periapicales, ya que no solo proyectan el periápice.

Vienen en tres tamaños a saber: El # 0, # 1 y el # 2, en este trabajo sólo nos ocuparemos de este último ya que los dos primeros son demasiado pequeños y se usan más en Odontopediatría. Ahora veremos algunas generalidades para tomar una radiografía dentoalveolar: Dependiendo de la zona que se va a necesitar, las radiografías se colocan en la boca según su eje mayor: en dientes anterosuperiores y anteroinferiores las radiografías se colocan con el eje mayor en forma vertical paralelo al eje mayor del diente y en los dientes posteriores tanto superiores como inferiores, el eje mayor se coloca horizontal al plano de oclusión, como se observa en la figura, y además la película deberá sobresalir unos 3mm de la línea de oclusión o al mismo nivel de ésta, si se sospecha que el molar por extraer está muy profundo en el hueso.

POSICION DE LA PELICULA EN
DIENTES ANTERIORES
SUPERIORES E INFERIORES



SUP



INF

POSICION DE LA PELICULA
EN DIENTES POSTERIORES
SUPERIORES E INFERIORES



Respecto a la angulación que tendrá el aparato de Rayos "X", diremos que para la región de molares superiores se utiliza la angulación de 20° positivos y para obtener la radiografía de tercer molar inferior, la angulación será de 5° a 0° también positivos.

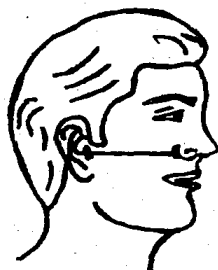
La posición del paciente a la hora de la toma de la radiografía es primordial, ya que una mala posición o un movimiento inesperado causa mal enfoque y por lo consiguiente la repetición de la maniobra, con pérdida de tiempo y dinero innecesarios por utilización de otra radiografía.

Para molares superiores el paciente permanecerá sentado en ángulo de 90° con la vista puesta en las rodillas, los ojos cerrados a la hora de la exposición a los rayos "X", sin prótesis, sin lentes y quieto completamente, para radiografías inferiores trazaremos imaginariamente una línea que va desde el ala nasal del paciente hasta el tragus o al lóbulo de la oreja en su nacimiento, y esta línea imaginaria deberá ser paralela al piso, manteniendo esta posición durante la toma o exposición de la película a los rayos "X".

POSICION DEL PACIENTE
SENTADO EN ANGULO DE 90°

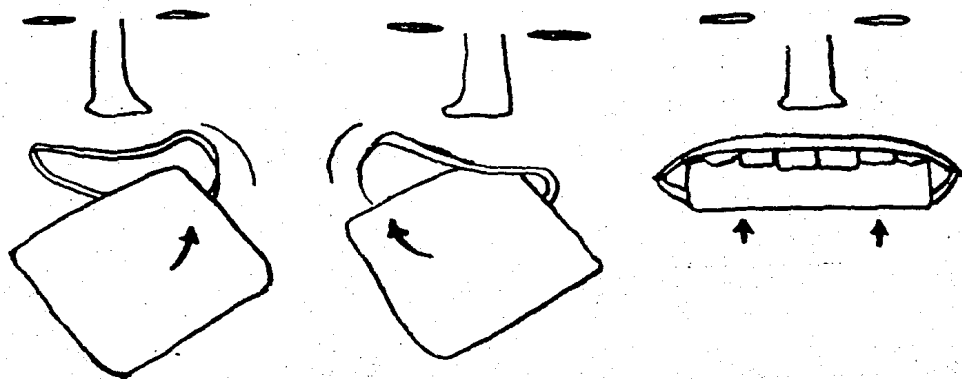


PLANO IMAGINARIO EN LA CARA
DEL PACIENTE PARALELO
AL PISO (ALA NASAL-TRAGUS)



Acerca de la radiografía oclusal diremos que se llama así porque se coloca en el plano oclusal para su exposición a los Rayos "X", amén de que se registran los dientes de la arcada con una vista por encima de ellos, es decir, por la cara oclusal. Mide 50mm por 77mm, la película puede colocarse siguiendo su eje mayor anteroposteriormente o lateralmente, si se compara con otras radiografías intraorales, ésta es mucho más grande por lo que puede dar información de zonas mas extensas así como de lesiones pequeñas. Es muy útil para mostrar fracturas en los maxilares, dientes incluidos, cuerpos extraños, cálculos salivales, dientes supernumerarios, tumoraciones, aunque puede haber cierta impresión a la hora de diagnosticar una caries por Ej. la radiografía oclusal para su exposición se coloca en el plano oclusal, para ello se retracta la comisura de los labios del paciente con el borde lateral del paquete: la otra comisura se puede empujar suavemente en sentido lateral hasta que pueda insertarse el paquetillo en su totalidad.

FORMA DE COLOCACION DE UNA PELICULA OCLUSAL EN LA CAVIDAD ORAL



Algo muy importante que hay que recordar es la dirección que el cono de la cabeza del aparato de Rayos "X" habrá de tener para una correcta exposición y toma de nuestra radiografía, es necesario no olvidar que existen dos tipos de conos mas generalmente, el cono largo y el cono corto, este último es mas común en la práctica privada, quizá debido a su costo menor y a la facilidad de su manejo, el cono largo se utiliza mas en laboratorios radiológicos o en lugares en los que el trabajo de sacar radiografías es muy intenso, como Ej. podremos a la Facultad de Odontología, que al menos hasta el año de 1985 el cono largo era el que se usaba, por lo que los alumnos salen conociendo mas el manejo de este aparato que el cono corto. Por esto daremos las indicaciones de uso de este último, aunque en realidad no difieren mucho en la forma de manejo.

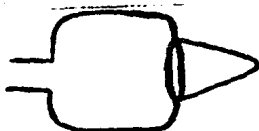
El cono corto termina en punta, tiene la forma de un vaso para uso de paciente en el consultorio dental o de PIC-NIC, lo que da una idea, a veces imprecisa de que con la punta es más fácil no errar la dirección sin embargo hay que recordar que los Rayos "X", salen del cono en forma de abanico, por lo

que si la dirección no es la adecuada se toma mal el registro. Para la toma de radiografías de tercer molar habrá de dirigirse el rayo (en caso de molar superior) hacia la unión de dos planos imaginarios que trazaremos en la cara del paciente; uno que vaya del ala externa de la nariz hasta el tragus o el nacimiento del lóbulo de la oreja y el otro trazo se hace de la terminación de la ceja del paciente hasta el borde inferior de la mandíbula y exactamente donde se crucen estos dos registros, ahí habrá de dirigirse el cono tratando de apuntar hacia el centro de la película.

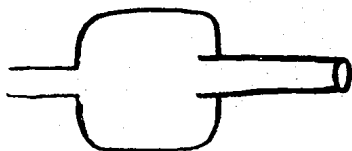
Para la toma de radiografías de terceros molares inferiores, primero la posición del paciente deberá de ser con la vista en ángulo de 45° respecto al plano del piso sentado en el sillón dental, tendremos también que trazar dos planos imaginarios: uno que vaya de la comisura de los labios hacia atrás hasta cruzar el plano que vaya del fin del rabillo de la ceja hasta el borde inferior de la mandíbula, perpendicularmente, y ahí dirigirse el rayo, tratando de apuntar hacia el centro del paquetillo de la radiografía.

Para la toma de radiografía oclusal superior, el paciente deberá de estar sentado derecho en el sillón (como radiografía dentoalveolar superior), en ángulo de 90° , con la mirada en las rodillas, y el cono se dirigirá hacia el nasión (aproximadamente entre los dos lagrimales sobre la nariz), tratando de abarcar tanto el borde posterior como el anterior del paquete de la radiografía. Para radiografía oclusal inferior el paciente deberá de estar acostado lo más horizontalmente que permita el sillón dental y con la barbilla lo más prominente que pueda, el cono se dirigirá en dirección del centro del paquete de la película aproximadamente a tres milímetros por debajo del mentón, cuidando de abarcar tanto el borde posterior como el borde anterior.

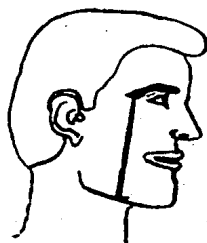
CONO CORTO



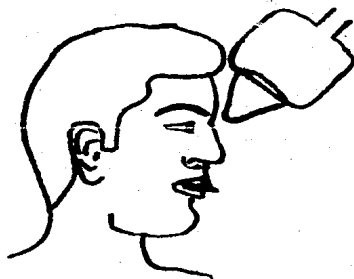
CONO LARGO



PLANO IMAGINARIO. CEJA
BORDE INFERIOR DE LA MANDIBULA



TOMA DE RADIOGRAFIA
OCLUSAL SUPERIOR



TOMA DE RADIOGRAFIA
OCLUSAL INFERIOR



Como ya dijimos antes, las radiografías nos ayudarán a saber como se encuentra el tercer molar dentro de la arcada, podemos ver su posición, su tamaño, su dirección, su profundidad dentro del hueso, su relación con otros dientes erupcionados o no, su forma, pero para localizar al tercer molar como un cuerpo de seis caras (el molar imaginariamente podemos compararlo con un cubo, ya que cuenta con seis lados a saber: oclusal, mesial, distal, vestibular, lingual y apical), necesitaremos de los dos tipos de radiografías que hemos nombrado tanto: dentoalveolar y oclusal.

De la radiografía dentoalveolar podemos obtener:

La profundidad dentro del hueso.

La posible relación con el seno o apófisis pterigoides (en caso de molar superior), o con el conducto del nervio dentario inferior (en molares inferiores)

El grosor del hueso, en caso de que se encuentre un tabique óseo entre el segundo y tercer molar.

Se podrá observar en caso de que exista reabsorción del segundo molar erupcionado o no, por causa del tercer molar.

Podemos ver si la corona del tercer molar retenido se encuentra completamente cubierta de hueso o solamente una parte.

Literalmente se podrá observar el diente de perfil, con todos los detalles que desde esta perspectiva se pueda obtener.

De la radiografía oclusal, se puede obtener:

La dirección del molar retenido fuera del arco dentario (hacia vestibular o hacia palatino).

Se puede obtener alguna situación tumoral que afecte una zona extensa de maxilar o mandibular.

Se puede obtener el grosor del hueso que cubre las caras palatinas o linguales, y las vestibulares, en caso de que exista hueso cubriéndolas.

Y en general se puede obtener la información que desde la perspectiva de ver a un diente desde "arriba", podemos tener.

TECNICAS DE BLOQUEO ELEMENTALES PARA LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES

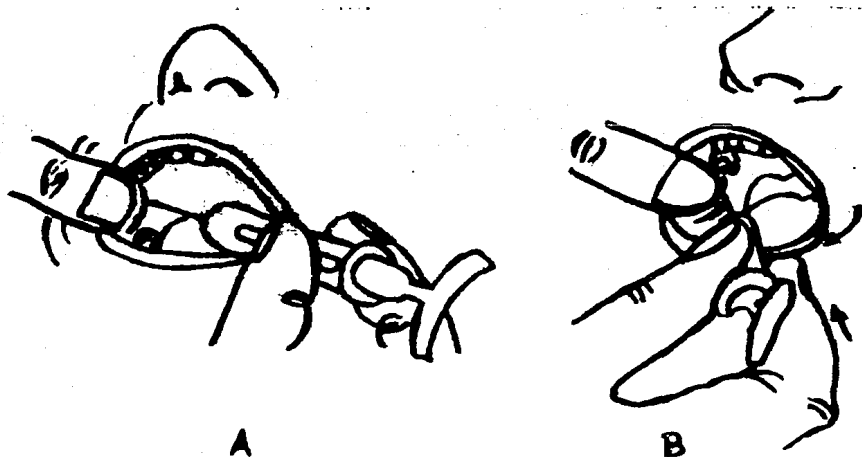
En este capítulo estudiaremos algo que es de suma importancia para el paciente y para nosotros al mismo tiempo. Es de primerísima necesidad para el paciente no sentir dolor durante la intervención y muchas veces (aunque no deba ser así), pudiéramos no hacer las cosas como se debiera y no tener éxito en la cirugía, pero si fue correctamente anestesiado y no tuvo dolor alguno el paciente estará plenamente agradecido por el "cuidado", con el que se realizó la intervención. Por otro lado, si operamos con cuidado y tuvo éxito la cirugía, pero por "X" razón hubo alguna molestia dolorosa, entonces quedará el paciente con la idea de que no se le trató con la debida delicadeza o que el dentista no domina la técnica de anestesiarse, cosa que nos puede desacreditar mucho, además de que si hay molestias la cirugía se hará mas tensa y habrá movimientos y quejas por parte del intervenido, lo cual podrá romper el ritmo de la operación y perder el tiempo innecesariamente, lo que aumentará el nerviosismo del paciente y del operador, es por esto que una buena técnica de anestesia es tan importante.

Para lograr una buena anestesia, no basta solamente efectuar una técnica adecuada, sino que es menester muchas veces (no pocas), premedicar al sujeto para que el anestésico surta el efecto deseado (ver capítulo de tratamiento pre-operatorio), una vez que el paciente se encuentra en las mejores condiciones para recibir el bloqueo, entonces si, hay que escoger la técnica que mas nos convenga y nos sea útil y que además la práctica nos indique que sea la mejor, para tal o cual caso.

Para realizar la extracción del tercer molar inferior retenido basta la adecuada anestesia regional del nervio dentario inferior, el cual al estar perfectamente anestesiado podremos tener seguridad de no tener sensibilidad en el hueso, dientes, mucosa, periodonto y pulpa de toda la hemiarcada a excepción de la mucosa y el periostio que cubre la cara externa desde el segundo molar al segundo premolar, que se inervan por el nervio bucal, aunque bien llevada la técnica del dentario inferior, también puede quedar anestesiado este nervio. Ya como refuerzo se podría anestesiarse el nervio mentoniano y algún punto local a la altura del espacio en el que se supone el tercer molar o

hacia la raíz distal del segundo molar erupcionado.

La técnica para anestésiar el nervio dentario inferior es la siguiente: el paciente abrirá la boca lo mas posible manteniendo la cabeza ligeramente hacia atrás, el índice de la mano izquierda se coloca directamente detrás del último molar, al hacer esto se palpa un proceso agudo (un borde filoso), que es la línea oblicua externa que se encuentra aproximadamente a un centímetro por encima de las superficies oclusales de los molares. Se sostiene la jeringa como una pluma de escribir (o como mejor nos acomode) con el borde biselado de la aguja dirigido hacia el hueso descansando en las superficies oclusales del primer y segundo premolares del lado opuesto. Entonces se inserta la aguja en la membrana mucosa en un punto que aproximadamente se encuentre en la línea media de la uña del dedo índice. Cuando chocamos contra el hueso no continuamos, sino que retiramos ligeramente la aguja y después valiéndonos del dedo índice la empujamos ligeramente hacia adentro. Llevamos la jeringa hacia el centro de la boca y permitimos que la aguja se deslice a lo largo del borde interno de la rama hasta que advertimos que ha desaparecido la resistencia, esto será signo de que la aguja ha pasado más allá de la espina de spix o lingula, que es la prominencia que guarda el orificio del conducto dentario inferior. Entonces se deposita la solución teniendo cuidado de mantener la aguja lo mas pegada posible al hueso en todo momento. A lo largo de la introducción es bueno dejar salir algunas gotas de anestésico para bloquear el nervio lingual.

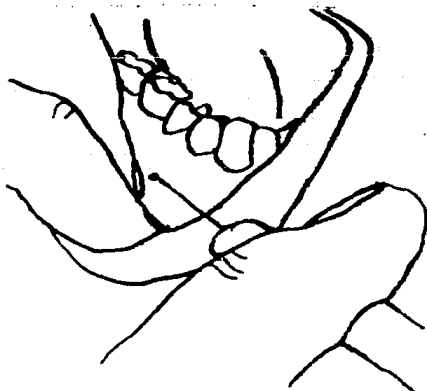


Además de la técnica de bloqueo troncular del nervio dentario inferior tenemos, como ya dijimos antes, para reforzar la anestesia, el bloqueo del nervio mentoniano y los puntos accesorios locales.

El nervio mentoniano pasa al través del agujero mentoniano que anatómicamente se encuentra entre las raíces de los premolares inferiores, quizá un poco más rígido hacia el segundo de éstos. Para anestesiar este nervio, podemos palpar ya sea intra o extrabucalmente el pulso a la altura del agujero tomando la jeringa con aguja con el bisel mirando hacia el hueso, hacemos la introducción dentro del tejido en el fondo del surco vestibular retrayendo la mejilla. Dirigimos la aguja hacia adentro hacia abajo y hacia la raíz del segundo premolar ligeramente. Hay que tener cuidado de no pasar la aguja al través del agujero, ya que podríamos rasgar el nervio con el problema consiguiente, para evitar esto una vez introducida la aguja y teniendo como guía la palpación del pulso acercaremos la aguja al mencionado agujero y depositaremos algunas gotas de anestésico.

Por lo que respecta a los puntos locales accesorios, son pequeños depósitos de anestesia que penetran en la mucosa y que son supra o infraperiódísticos, y se hacen alrededor de la región por operar. Se pueden hacer tantos puntos se consideren necesarios, pero procurando no excedernos en el número, recordando que sólo se depositan algunas gotas y no la cantidad que se necesitaría para un bloqueo troncular.

TECNICA DE BLOQUEO A NERVIO MENTONIANO



REGION PARA PUNTOS ACCESORIOS



Al hacer el bloqueo del nervio dentario inferior, la pérdida de la conductividad sensitiva se anuncia a los pocos minutos de la inyección por parestesias (hormigueos) por lo general primero en el labio inferior según la naturaleza del anestésico empleado, el pleno efecto se logra de 5 a 10 minutos y dura aproximadamente de una a cuatro horas. Cuando al cabo de 20 minutos no se ha presentado el efecto de anestesia, no hay que dudar que la inyección ha fracasado y es necesario repetirla, después de haber reflexionado bien en la posible falla cometida (inyección demasiado alta o demasiado baja).

Respecto a las técnicas de bloqueo para realizar la extracción del tercer molar superior retenido, podemos nombrar: el bloqueo regional del nervio dentario posterior, además del nervio palatino anterior que desciende a la bóveda palatina por el agujero palatino posterior y los puntos locales accesorios por vestibular y palatino.

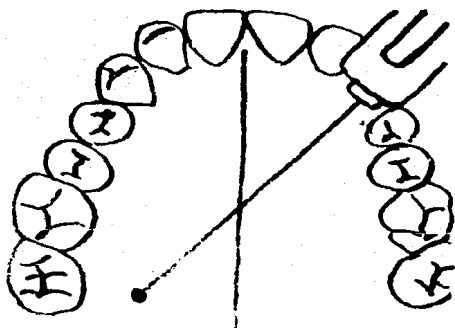
La técnica para anestesiarse el nervio dentario posterior es la siguiente: el paciente mantendrá su cabeza ligeramente inclinada hacia atrás con la boca entreabierta para poder tirar del carrillo en todo lo que da su elasticidad, la aguja entra en el fondo del surco vestibular a nivel de la raíz dental del segundo molar erupcionado, avanza en ángulo de 45° respecto al plano de oclusión de los molares con la punta hacia arriba, hacia atrás y hacia adentro con el bisel contra el hueso, penetra dos centímetros y se deposita la solución. Para evitar al máximo algún problema, deberemos de seguir como guía, el que la aguja no se separe del hueso durante todo el trayecto de penetración.



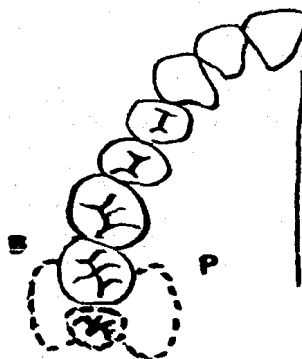
Para puntos de refuerzo, se anestesia el nervio palatino anterior que como se dijo antes, descienden a la bóveda palatina por los agujeros palatinos posteriores y la técnica es la siguiente: El paciente inclina su cabeza hacia atrás y abre la boca en toda su extensión para dar visibilidad adecuada hasta la parte posterior del paladar, y entre la línea media de éste y el tercer molar ó la región del tercer molar en caso de no estar erupcionado), se traza una línea imaginaria y a un tercio de esta línea en dirección del tercer molar hacia la línea media del paladar, se encuentra una depresión en la cual se introduce una aguja fina en dirección hacia atrás, afuera y arriba y se depositan algunas gotas.

Como puntos locales accesorios tenemos los que se realizan por cara vestibular y palatina, siguiendo las indicaciones descritas para sus similares inferiores.

TECNICA DE ANESTESIA PARA AGUJEROS PALATINOS POSTERIORES



REGION DE PUNTOS ACCESORIOS



Sobre los anestésicos que podemos utilizar para realizar con éxito una cirugía tenemos entre los más comunes y de mayor venta en el mercado a la xilocaína, al citanest y a la carbocaina que se venden en presentación de cartuchos que contienen aproximadamente 1.8 ml. Por lo general para una cirugía de tercer molar, dependiendo de su complejidad, se utilizan de dos a cuatro cartuchos, aunque una buena técnica

de bloqueo nos ahorra esta última cantidad. Cuando aún habiendo utilizado los cuatro cartuchos no tenemos la anestesia deseada, podemos entonces pensar cualquiera de las siguientes posibilidades:

- a) El paciente se encuentra sumamente nervioso y no controla sus sensaciones confundiéndolas con dolor.
- b) El paciente finge dolor.
- c) El paciente no está preparado suficientemente para la operación (ver premedicación).
- d) Y lo más penoso para nosotros, pero no poco probable; que las técnicas de bloqueo se han realizado pésimamente y de ninguna manera se podría lograr así la anestesia.

Para que todas las técnicas mencionadas tengan éxito, deberemos poseer un conocimiento real de las estructuras anatómicas que se encuentran al paso de la aguja para no tener problemas. Acerca de qué anestésico se utilizará para tal o cual paciente, debemos saber que algunos tienen vasoconstrictor, el cual invariablemente aumenta la presión, por lo que habrá de tenerse especial cuidado con pacientes hipertensivos o con problemas cardiovasculares, pero en general hoy en día y con las bajas dosis que se administran, los anestésicos en el mercado ofrecen un mínimo de toxicidad y un máximo de efectividad, por lo que se pueden utilizar con seguridad.

TEMA VII

NOCIONES DE ANATOMIA QUE EL C. D. GENERAL DEBERA DE TENER PRESENTES ANTES DE REALIZAR UNA INTERVENCION DE TERCER MOLAR RETENIDO

Todo proceso quirúrgico se debe llevar a cabo después de una revisión de la anatomía de la región por operar, lo suficientemente profunda como para sentirnos seguros de que no lastimaremos o dañaremos algún nervio o vaso sanguíneo importante. Es por esto que no se debe despreciar una precaución adecuada, antes de efectuar un corte de tejidos o de hueso (según sea el caso), y así evitarnos una desagradable sorpresa al no saber en determinado momento, el porque de una parestesia o adormecimiento de la región operada persistente o el porque de un sangrado copioso difícil de detener, por haber lesionado un nervio o un vaso sanguíneo respectivamente, sin darnos cuenta por desconocer la anatomía de la región.

En este tema veremos la anatomía de la región del tercer molar, tanto superior como inferior en sus generalidades, mas es bueno recordar que no se puede aislar este estudio a una región tan específica (en este caso región de tercer molar) ya que las estructuras que forman parte de la región citada tienen su origen o terminación en otras regiones incluso del cuello o del interior de la bóveda craneana (por Ej: el trigemino, que nace o tiene su origen en el Ganglio de Gasser que se encuentra alojado en la silla turca, dentro del cráneo), de lo que se desprende que lo que pudiéramos dañar en el momento de efectuar la cirugía, puede tener repercusiones en otras regiones que en cierto momento pudiéramos ignorar y sin embargo nosotros al cometer un error, las hemos dañado.

Como ya es de todos sabido, la anatomía, sea de la región que sea, comprende una gran cantidad de datos lo que muchas veces transforma su estudio en algo árido y engorroso, sin embargo, tomando en cuenta que este escrito se forma de lo más práctico que se necesita para la extracción de terceros molares retenidos, presentaremos las estructuras más importantes y los vasos y los nervios que pasan cerca o al través de esa región (región del tercer molar), que representan mas peligro o susceptibilidad de ser afectados, tanto en maxilar superior como en maxilar inferior.

Primero estudiaremos las generalidades de la región del tercer molar inferior.

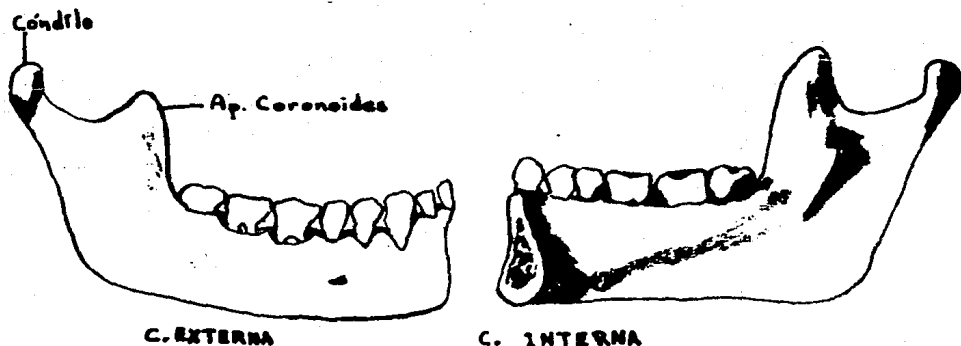
Las estructuras óseas mas importantes son:

a) Rama ascendente del maxilar y b) conducto del nervio dentario inferior.

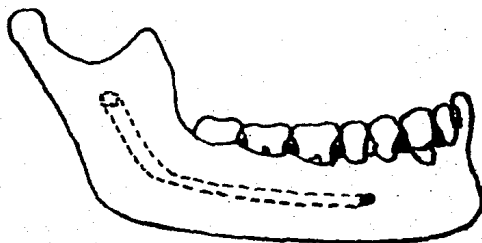
a) Rama ascendente del maxilar: es el límite anatómico de la arcada inferior, algunas veces los terceros molares al encontrarse en posición ectópica (fuera de su lugar normal), se sitúan dentro de ella, aunque no es muy común. La rama ascendente da origen a la apofisis coroides y al cóndilo del maxilar y entre estas dos estructuras, en la bifurcación, se encuentra una especie de espina del mismo hueso, llamada precisamente espina de Spix, la cual da protección al orificio superior del conducto del nervio dentario inferior.

b) Conducto del nervio dentario inferior: este conducto se inicia en el orificio que se encuentra protegido por la espina de Spix, entre la apófisis coronoides y el cóndilo, y se continúa dentro del cuerpo del hueso maxilar inferior llegando hasta el agujero mentoniano que se encuentra a la altura de las raíces de los dientes premolares. La importancia de esta estructura estriba en que se puede encontrar dentro del espacio ocupado por el tercer molar retenido o pasa al través de las raíces de este o se encuentra muy cercano a las raíces, lo cual puede complicar la cirugía bastante.

RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR

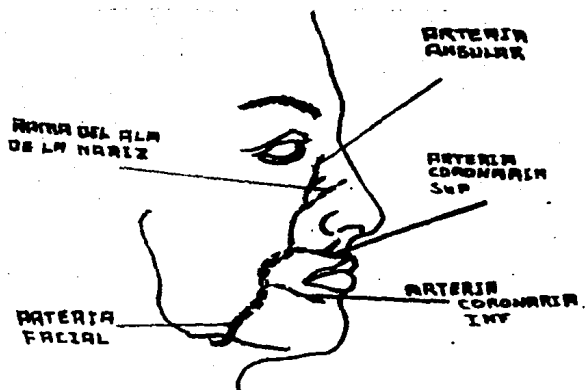


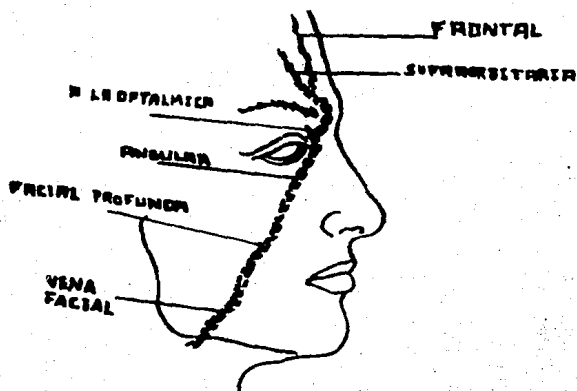
CONDUCTO DEL NERVI0 DENTARIO INFERIOR



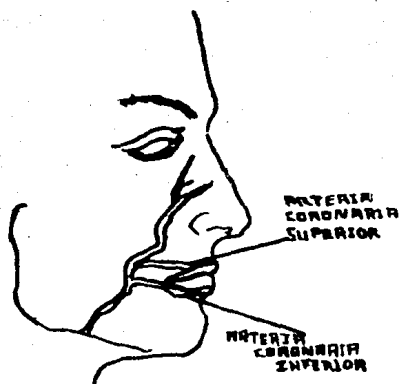
Entre los vasos sanguíneos más importantes de esta región podemos contar a:

- a) Arteria y vena faciales.- cruzan el borde inferior del maxilar inferior, por delante del músculo masetero, muchas veces haciendo presión contra el hueso se pueden palpar tanto la vena como la arteria, por lo tanto pasan cerca de la piel de esta parte, pero también están inmediatos al fondo del vestibulo bucal en el área de los molares inferiores, por lo que una incisión intrabucal en ese sitio podría seccionar inadvertidamente los vasos.

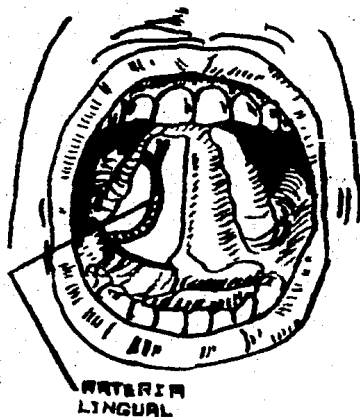




- b) Arteria Coronaria. - Esta arteria atraviesa a todo lo largo de los labios tanto superior como inferior y aunque no se encuentra en la región del tercer molar propiamente dicha, es importante debido a que la introducción del instrumental para efectuar la cirugía tiene forzosamente que pasar entre los labios y si llegáramos a utilizar inadecuadamente un bisturí o el paciente tiene un movimiento brusco e inesperado de cabeza, podríamos seccionarla con el consecuente sangrado intenso debido a que esta arteria se encuentra cerca de la superficie de la mucosa dentro de la línea de cierre de los labios.



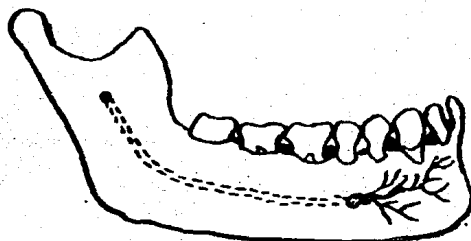
- c) Arteria Lingual.- Esta arteria penetra a la lengua por su base y profundamente haciendo un recorrido de atrás hacia la punta de ésta y en el trayecto se va ramificando hasta terminar en pequeñas ramas terminales. Un corte profundo en las porciones posterolaterales de la lengua, pudiera seccionar la arteria del lado correspondiente.



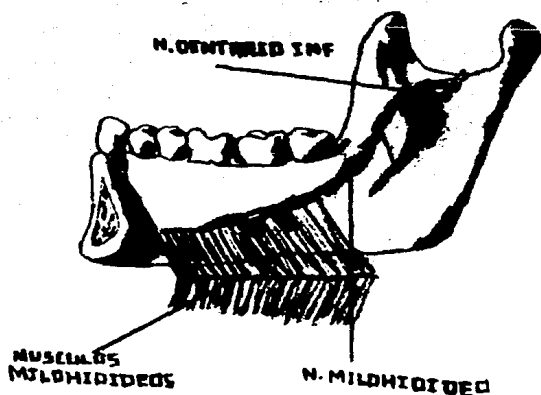
Acerca de los nervios que pudieran ser afectados durante la cirugía de un tercer molar inferior, podemos mencionar principalmente a:

- 1) Nervio dentario inferior. Es una de las ramas terminales del nervio maxilar inferior (que a su vez es una de las tres ramas o divisiones del V par craneal o nervio trigémino), este nervio desciende entre los músculos pterigoideos y luego continúa entre el pterigoideo interno y la rama del maxilar inferior, se introduce en el conducto que lleva su nombre y recorre internamente el hueso maxilar hasta salir por el agujero mentoniano, que se encuentra entre las raíces de los dientes premolares y se ramifica en dos terminales que son: el nervio mentoniano (inerva la mucosa del vestíbulo anterior del maxilar inferior, la mucosa bucal desde el primer molar hasta la línea media y el labio inferior), y el nervio incisivo (inerva región incisiva de una hemiarcada). El peligro de afectar el nervio dentario inferior se debe a que el conducto por el que pasa se encuentra en peligrosa vecindad con el tercer molar en muchos casos, lo cual complica enormemente la cirugía, ya que habrá de hacerse una osteotomía mas extensa y echar mano de la odontosección, según convenga, y además deberemos de tener especial cuidado a la hora de utilizar elevadores, ya que

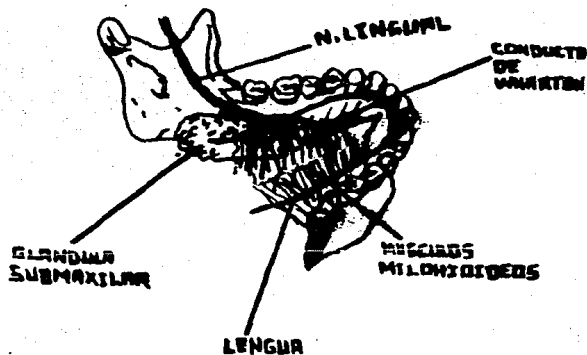
una presión excesiva puede ejercer fuerza sobre el conducto y el nervio, y ocasionar un daño que puede ser temporal o definitivo en la sensibilidad.



- 2) Nervio Milohioideo.- Se origina a partir del nervio dentario inferior justamente por delante del punto en que éste se introduce en el orificio superior de su conducto, a este nivel el nervio milohioideo se continúa por la cara interna del hueso maxilar inferior, en la llamada línea milohioidea, después abandona ésta y avanza por debajo del músculo milohioideo (el que forma el piso de la boca), para darle inervación motora lo mismo que el vientre anterior del digástrico.



- 3) Nervio Lingual.- Es la otra rama terminal del nervio maxilar inferior, sigue un trayecto un tanto paralelo y medial al del nervio dentario inferior. Proporciona algunos filetes nerviosos al área amigdalina y a la mucosa de la parte posterior de la cavidad bucal; al continuar su curso alcanza el borde alveolar del maxilar inferior exactamente detrás del último molar que ha hecho erupción y luego avanza en forma medial por debajo de la mucosa a lo largo del borde alveolar, en el adulto aproximadamente en la región del segundo molar se dirige hacia abajo y en forma medial por debajo del conducto sublingual y hacia el interior de la lengua. Por todo lo anterior el nervio lingual está en peligro de ser seccionado por el dentista que practique incisiones en forma equivocada en el área retromolar del maxilar inferior o en el piso posterior de la boca. Por tanto extender una incisión imprudentemente por detrás del segundo molar para exponer el tercer molar retenido, puede seccionar el nervio lingual.

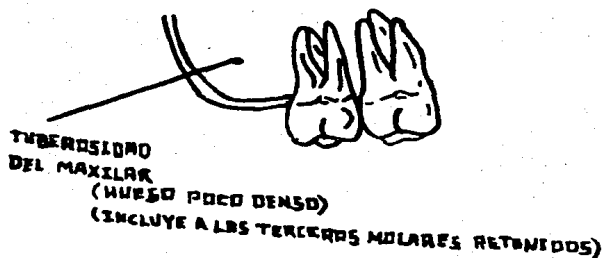


Ahora hablaremos de las generalidades de anatomía de la región del tercer molar superior retenido.

Entre las estructuras óseas que están relacionadas con la región molar tenemos las tres siguientes:

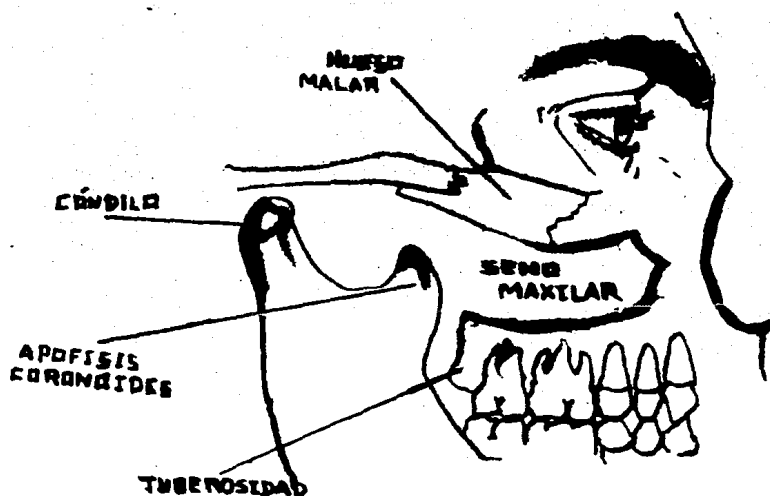
a) Tuberosidad del maxilar, b) seno maxilar, y c) agujeros palatinos posteriores.

- a) Tuberosidad del maxilar.- Es la parte terminal del hueso maxilar superior, que se encuentra por detrás del último molar o conteniendo al tercer molar retenido y es de gran importancia debido a que es una extracción traumática se puede tener como consecuencia la fractura de la tuberosidad y por ende la pérdida inútil de hueso sano que tarda en restituirse (si lo hace), debido a que está formada de hueso esponjoso fácilmente fracturable con las fuerzas de extracción incontroladas.



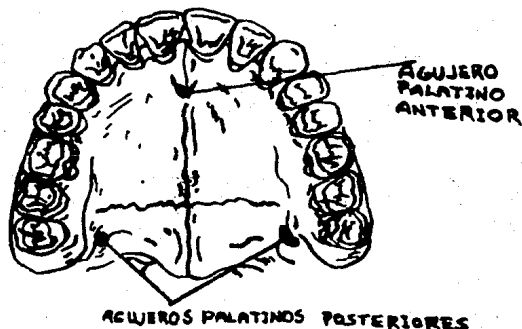
- b) Seno Maxilar.- Es una cavidad neumática dentro del hueso que se extiende desde la región de molares hasta la de premolares y algunas veces hasta la región canina, por

encima de las raíces de los dientes. La importancia de este seno reside en que los molares retenidos algunas veces se encuentran muy cerca de este o incluso la línea límite del seno se encuentra contorneando las raíces del molar retenido (esto se puede ver radiográficamente), o de plano el diente se encuentra dentro de el (molar ectópico). La complicación que se presenta es la comunicación con la mucosa del seno (sinusal) lo que puede traer una infección en caso de que no se tenga el cuidado necesario y se extienda a todo el seno, teniendo graves consecuencias de salud el paciente. La rotura del piso del seno, se lleva a cabo muchas veces por el uso indiscriminado y poco diestro de elevadores, los cuales en vez de avulsionar el diente, lo hunden y como el hueso de la tuberosidad es esponjoso no ofrece gran resistencia, y es por esto que el molar fácilmente se puede incluir dentro del seno.



- c) Agujeros Palatinos Posteriores.- Son agujeros que se encuentran en la parte mas posterior del paladar duro a la altura de los terceros molares, son importantes por que de

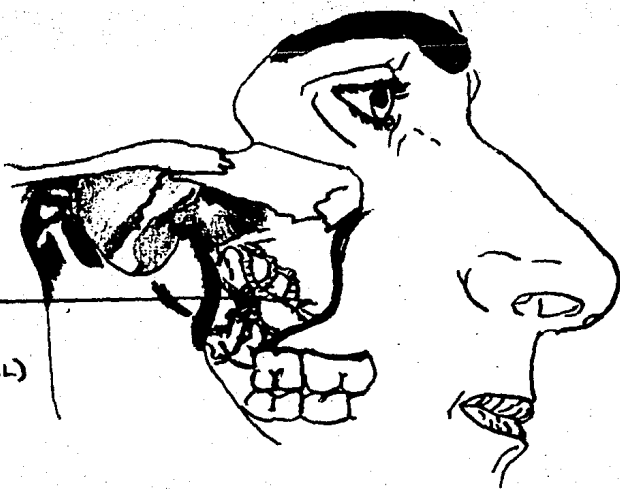
ahí emergen los nervios y vasos sanguíneos que inervan e irrigan al paladar, y si llegáramos a dañar alguno de estos agujeros (izquierdo o derecho), podríamos afectar la sensibilidad de toda la parte media correspondiente del paladar, según el agujero afectado (izquierdo o derecho), desde molares a incisivos.



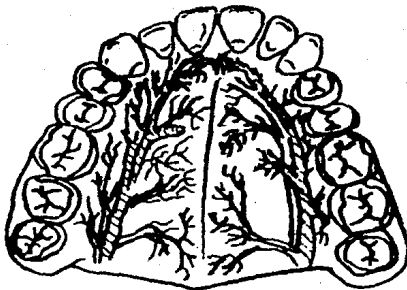
Los vasos sanguíneos que pudiéramos afectar en una cirugía de tercer molar pueden ser:

- 3) Plexo Venoso Pterigoideo.- Es una red formada de numerosas venas que se anastomosan entre sí y está localizado arriba y atrás de la tuberosidad en el espacio infratemporal entre los músculos pterigoideos. Realmente es difícil afectar este plexo a la hora de realizar una intervención quirúrgica, a menos que esté muy distalizado y con profundidad dentro del hueso el tercer molar por extraer y/o sean manejados los instrumentos con poca destreza. Mas bien se puede afectar en el momento de efectuar el bloqueo, si es que no se tiene la aguja lo mas cerca del hueso posible en el momento de hacer la introducción. (Ver el capítulo de técnicas de bloqueo)

**PLEXO
VENOSO PTERIGOIDEO
(ESPACIO INFRATEMPORAL)**

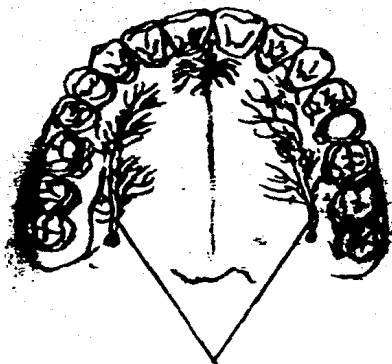


- b) Arteria y vena palatinas superiores o descendentes.- Emergen de los agujeros palatinos posteriores y avanzan hacia adelante irrigando el paladar. Es necesario no efectuar ningún corte con bisturí sobre el paladar duro que mida mas de 7mm de longitud perpendicular al tercer molar retenido, debido a que se pueden seccionar estos vasos (al igual que el nervio), y son difíciles de pinzar en caso de ser accidentalmente dañados.



Respecto a los nervios que por su cercanía a la región del tercer molar superior podrían estar en peligro de ser seccionados o dañados más fácilmente en el momento de realizar una extracción de tercer molar superior tenemos a:

- 1) Nervio palatino anterior.- Alcanza la mucosa del paladar por el conducto palatino posterior y luego se dirige hacia adelante a todo lo largo del paladar innervándolo. (La arteria y vena palatinas junto con el nervio palatino anterior pueden ser dañados por las mismas causas). (Ver inciso 5).



N. PALATINOS ANTERIORES

Todas las nociones anteriores de anatomía fueron expuestas en función del peligro que representa su cercanía con la región del tercer molar en el momento de realizar una extracción de éste sin el cuidado necesario y los

conocimientos elementales, pero es recomendable estudiar más a fondo este tema y en especial para los odontólogos el estudio del "V" par craneal o trigémino, ya que sus ramas y terminales intervienen esencialmente las regiones o estructuras con las que tenemos mas contacto frecuente, en el momento de realizar cualquier procedimiento en la cavidad oral del paciente.

TEMA VIII

TRATAMIENTO PRE-OPERATORIO PARA LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS

El acto operatorio para la extracción de un tercer molar retenido, sea superior o inferior, no es una cosa de todos los días para nuestros pacientes o al menos no es algo tan simple como la obturación de un diente o la extracción de un diente normalmente implantado (aunque esto último a veces no es tan simple), sino que implica una serie de situaciones que muchas veces no son tan sencillas, que el paciente quiera aceptar; por Ej: al hablar a un paciente de que es necesario efectuar la extracción de un diente retenido, con sólo nombrar la palabra "cirugía", tendrá una sensación de que se le va a meter a un quirófano, se le anestesiará, se usará bisturí, se le seccionarán tejidos, se le suturará y tendrá las consecuentes molestias a las que hacen referencia todos aquellos que han sufrido un proceso quirúrgico, lo cual aumenta más de lo normal el estado de nerviosismo, que aunado a los problemas personales de cada quien resulta que un paciente que requiere de la cirugía, tenga muchas reservas para aceptar de buena forma ser sometido a la operación, por lo que es de importancia enorme llevar a cabo un tratamiento pre-operatorio adecuado, con el fin de reducir al máximo posible las tensiones y en caso de un paciente con una enfermedad pre-existente, disminuir lo mas que se pueda el riesgo de alguna complicación atribuible al paciente, por padecer tal o cual enfermedad que pueda poner en peligro el buen éxito de la intervención.

Para realizar una operación cualquiera en el organismo, salvo las operaciones de urgencia, se requiere en el paciente una preparación previa, es decir, ponerlo en las mejores condiciones para soportar con éxito una operación. Las intervenciones en la cavidad oral no escapan a estas indicaciones, aunque indudablemente por tratarse por lo general de un paciente con una afección local, la preparación que necesita es menor que la indicada para cirugía general.

Esta preparación que hemos nombrado tanto se llama "pre-operatorio", y para que sea efectivo habrá de basarse en síntomas y signos, además en el estado general del paciente, el cual se deberá saber perfectamente a efecto de haber realizado una adecuada historia clínica (ver tema de historia clínica).

Para entrar en tema, partiremos de la base de que el paciente tiene un estado general de salud bueno, aunque no sea necesariamente un hombre sano en el absoluto sentido de la palabra, si que su afección o lesión local no invalide este concepto. En caso de que el estado de salud se encuentre perturbado por algún padecimiento generalizado o como complicación de su enfermedad bucal, deberá de ser canalizado primero a un médico general, el cual a su vez, de creerlo así conveniente, lo enviará al médico cuya especialidad pueda ayudar mejor al paciente y de esta forma estar seguros de que está en las condiciones mas estables posibles para practicar en él la cirugía bucal con la consigna de que está menos expuesto a una posible complicación.

El pre-operatorio se puede separar en dos pequeños pero muy importantes incisos: a) Medidas pre-operatorias inmediatas al acto quirúrgico y b) La premedicación.

a) Medidas pre-operatorias inmediatas al acto operatorio: Para efectuar la cirugía en la cavidad oral, se exige que esté en condiciones óptimas de limpieza, ya que es imposible la esterilización. El tártaro dentario, las raíces fracturadas y los dientes cariados serán retirados, extraídos u obturados respectivamente, si es posible. Las afecciones existentes en los tejidos blandos de la cavidad oral contraindican una operación, cuando ésta no es de urgencia, ya que las gingivitis o la estomatitis (en especial ulcero-membranosa), crean un terreno extraordinariamente malo para cualquier operación, y primero tendrán que tratarse, para atenuar en lo posible su gravedad.

La boca aún estando en condiciones de salud adecuadas antes de la intervención deberá ser lavada cuidadosamente con una solución fisiológica, (se dice que la cavidad oral contiene mas microbios que la suela de un zapato de aquí se desprende el porque de la limpieza concienzuda), dedicando especial atención a los espacios interdentarios, las papilas interdentes y los capuchones de los terceros molares. Estas medidas antisépticas pre-operatorias, colocarán a la cavidad oral en condiciones de higiene adecuada para la realización de la intervención y para disminuir en un alto porcentaje los riesgos de complicaciones post-operatorias.

b) La premedicación: Los pacientes que reciben tratamientos para padecimientos como la diabetes, hipotiroidismo o cualquiera de las enfermedades de la colágena, deberán de ser valorados cuidadosamente y se deberá solicitar antes de operar una consulta con su médico de cabecera.

La resistencia a la tensión nerviosa es diferente en cada paciente, si el dentista no logra ganarse la confianza del intervenido, ni logra la resistencia al dolor con la anestesia local, entonces es preciso reforzar su efecto con un medicamento que tenga efecto calmante sobre el sistema nervioso central. Los pacientes que toman cierto tipo de anti-histamínicos y los que reciben agentes psicoterápicos pueden necesitar dosis menores de agentes hipnóticos pre-operatorios.

A continuación daremos un ejemplo de medicamentos que bajan la tensión nerviosa y que son utilizados actualmente sin mayores riesgos o complicaciones:

- 1) Nembutal (Pentobarbital-sódico).- Cápsulas de 100mg, administrando de 200 a 300 mg, 1 ó 2 hrs. antes de la intervención.
- 2) Seconal Sódico (Secobarbital-sódico).- Cápsulas de 100mg, administrando de 200 a 300 mg, 1 ó 2 hs. antes de la intervención.
- 3) Valium 10 (Benzodiacepina).- 10 mg por vía oral o intramuscular en la víspera o día anterior y 10 mg por vía intramuscular una hora y media antes de la intervención.

La premedicación es importante para todos los casos de cirugía bucal grave o prolongada como las extracciones múltiples o difíciles.

Los propósitos mas importantes por los cuales la premedicación es necesaria son:

- I) Mitigar la ansiedad, aprehensión o miedo.
- II) Elevar el umbral del dolor.
- III) Controlar la secreción de las glándulas salivales y mucosas.
- IV) Controlar las arcadas.
- V) Contrarrestar el efecto tóxico de los anestésicos.
- VI) Controlar los trastornos motores.
- VII) Disminuir la tensión en general.

La premedicación además de poner al paciente en condiciones estables en lo que respecta a la tensión nerviosa, también deberá ayudar en la medida de lo posible, a que una infección

no se presente o al menos se atenúe en lo mas posible para que no cause una complicación mayor y un fracaso en la cirugía por realizar. Para evitar lo anterior contamos con la llamada "Profilaxis Antimicrobiana", la cual no se necesita en la extracción de un diente normalmente implantado, no infectado, ni en la cirugía de tercer molar de la cual no se esperan complicaciones de infección, pero si es necesaria en aquellos casos en los cuales nuestras observaciones al paciente y su historia clínica nos diga que está indicada esta profilaxis; en tal caso se encuentran los pacientes con diabetes juvenil mal controlada, pacientes con historia establecida de susceptibilidad a la infección, pacientes que reciben grandes dosis de esteroides (mayores de 25 mg de cortisona o su equivalente por día), y pacientes con enfermedad cardiaca, reumática o congénita.

Hay gran variedad de reacciones alérgicas y adversas por el uso de antibióticos, por lo que habrá de tenerse mucho cuidado con ellos ya que existe la posibilidad de desarrollar cepas de bacterias resistentes que produzcan una superinfección o pueden desencadenar graves reacciones alérgicas o exterminar la flora intestinal.

Las penicilinas son las drogas de elección profiláctica con antibióticos, si hay sensibilidad a ésta se puede elegir la eritromicina y si está contraindicada ésta se elige alguna de las tetraciclinas.

Las dosis que a continuación se presentan son muy aceptadas como tratamiento profiláctico de acción efectiva, sin embargo el odontólogo tratante debe decir la última palabra.

En paciente con antecedentes de problemas reumáticos o valvulares, diabetes o tratamientos prolongados a base de corticoesteroides, será necesario prevenir la instalación de bacteriemias o endocarditis bacterianas, indicándose la administración de penicilina (penprocilina de 800,000 unidades, por vía intramuscular, cada 24 horas durante dos días antes de la intervención).

Además de todo lo anterior, el paciente que se somete a una cirugía de tercer molar retenido, debe tener presente que el dentista que lo atiende no lo va a lastimar innecesariamente, además de que sabrá hacer lo necesario en caso de que se presente alguna complicación, con esto quiero decir que si el doctor se sabe ganar la confianza del paciente habrá dado un paso importante hacia la relajación de éste, sin la necesidad de tomar algún medicamento que lo tranquilice.

Respecto a la profilaxis antimicrobiana vamos a tener en cuenta que sólo se utilizará en casos realmente necesarios y nunca por rutina.

TEMA IX

PASOS QUIRURGICOS NECESARIOS PARA UNA CIRUGIA DE TERCER MOLAR RETENIDO

En este tema veremos los tiempos operatorios, que llevados a cabo convenientemente, darán por resultado una cirugía mas ordenada y rápida, sin el peligro de que pasemos algo por alto.

Estos tiempos nos dan la guía para saber como se inicia la operación, como se continúa y como se termina teniendo sabido que de pasar por alto algún paso, podremos tener problemas; por Ej: si hacemos una incisión, pero no hacemos el adecuado levantamiento de mucoperiostio, tendremos problemas de sangrado excesivo que impida la visibilidad o si hacemos una cavidad en el hueso para la extracción y no le damos el adecuado tratamiento y suturamos, entonces podemos estar casi seguros de que se presentarán problemas de cicatrización, es por esto que el adecuado orden de los pasos o tiempos quirúrgicos que presentamos aquí es de importancia para el buen éxito de nuestra cirugía y el mas pronto restablecimiento de nuestro paciente.

Los pasos que enumeramos, son considerados por la generalidad de odontólogos, como los elementales:

- 1.- Incisión.
- 2.- Preparación de los colgajos.
- 3.- Osteotomía.
- 4.- Operación propiamente dicha.
- 5.- Tratamiento de la cavidad osea.
- 6.- Sutura de los colgajos.

- 1.- Incisión.- Es el acto por el cual logramos establecer contacto con el medio interno. En términos generales es el acto mediante el cual incidimos tejido blando superficial permitiéndonos llegar a planos más profundos como el tejido oseo.

La incisión se llevará a cabo con bisturí (ver las características de mango y hoja, en el tema de instrumental) y la manera de manejarlo es la siguiente:

se toma a manera de pluma de escribir, se sujeta con la mano derecha, quedando atrapado por las caras palmares de los dedos pulgar e índice, apoyándose en el dedo medio, la parte posterior del bisturí se encontrará descansando en el espacio interdigital de los dedos pulgar e índice.

Al usar el bisturí nuestra mano debe tener apoyo para evitar el desplazamiento inadecuado, este se encuentra en los dedos meñique y anular.

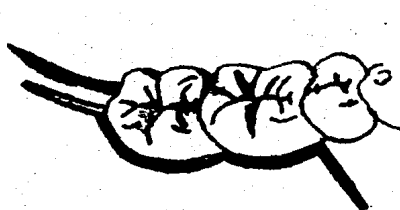
Las características que debe reunir un colgajo son:

- a) Base suficientemente ancha para proveer de suficiente irrigación y evitar necrosis (cuidando no afectar los vasos mas importantes)
- b) Buena visualización para permitir adecuada visión del objeto por operar y no obstaculizar las maniobras operatorias.
- c) La incisión deberá de ser lo suficientemente extensa como para permitir un colgajo quedescubra ampliamente el campo operatorio y se evitan desgarramientos y torturas del tejido gingival.
- d) La incisión deberá de ser de un solo trazo, sin líneas secundarias, ya que éstas nos traerán una serie de desgarres y tejido suelto, con la consecuente dificultad para la sutura.
- e) La incisión se debe trazar de tal manera que al volver a su sitio original el colgajo, así como los puntos de sutura, descansen sobre hueso sano e íntegro para evitar problemas de cicatrización al sumergirse los puntos en la cavidad ósea realizada.

La incisión más utilizada para la cirugía de terceros molares retenidos es la siguiente:

(Para molar inferior).— Desde el punto más elevado de la cresta distal, atrás del segundo molar erupcionado, se incide con el bisturí hasta tocar hueso y siguiendo una trayectoria recta hasta la cara distal del segundo molar, después rodeando a este diente se continúa la incisión por las caras bucales siguiendo el festoneado de la encía, hasta el espacio interdentario que se encuentra entre el primer molar y el segundo premolar, en caso de ausencia de todos los dientes de la arcada, se hará la incisión después de la cara mesial del molar retenido con liberatrices que convengan al caso específico.

(Para molar superior). - La incisión es la misma, sólo que el límite mas distal, lo delimita la tuberosidad del maxilar y no la cresta distal como para el molar inferior.

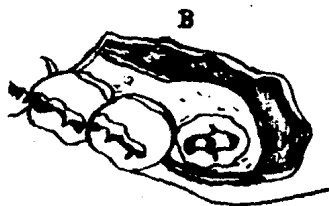
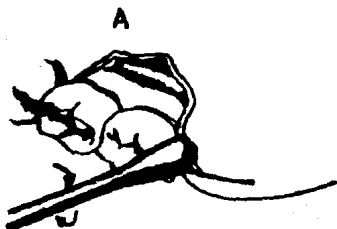


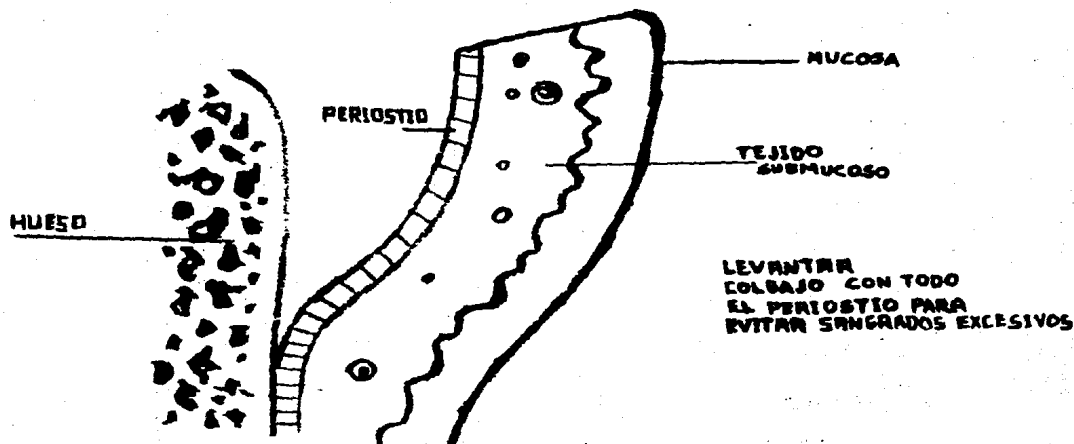
INF



SUP

- 2.- Preparación de los colgajos.- Una vez que se ha realizado la incisión debidamente, procederemos a la preparación del colgajo el cual se levantará colocando entre los labios de la herida o entre la fibromucosa y la arcada dentaria, una legra o espátula 7A; apoyándose firmemente contra el hueso y con suaves movimientos de lateralidad con los cuales la espátula gira sobre su eje mayor, se desprende el colgajo de su inserción en el hueso elevando por lo tanto la fibromucosa y el periostio (esto evita desgarramientos profusos de la mucosa).





3.- Osteotomía y odontosección.- En una cirugía de tercer molar muchas veces se presenta la necesidad de realizar la osteotomía y muchas veces también la odontosección. Antes de ver como se realizan veremos cuales son sus conceptos:

OSTEOTOMIA.- Es el acto de incidir o abrir el hueso.

OSTECTOMIA.- Es el acto de cortar y extraer hueso.

ODONTOSECCION.- Es el acto de dividir un diente en partes para facilitar su extracción.

Generalmente la osteotomía se realiza con el fin de quitar un trozo de hueso para realizar la extracción, pero el hecho de "quitar", significa una ostectomía, pero para no entrar en aclaraciones que no vienen al caso, utilizaremos el término de osteotomía como el hecho de abrir hueso y eliminarlo para realizar la extracción y la odontosección la veremos con una técnica complementaria de la osteotomía para evitar al máximo la pérdida de hueso sano.

La osteotomía se realiza con pieza de mano de baja velocidad y con fresas de carburo, es el método más rápido y eficaz hasta ahora, claro que se pudiera utilizar la pieza de mano de alta velocidad, sólo si no expulsara aire por el extremo de trabajo, ya que al hacer un corte con esta pieza, podemos hacer infiltración de aire a los tejidos lo que causaría un enfisema, lo que vendría a complicar la cirugía, es

por esto que se prefiere el uso de motor de baja velocidad de tracción de cuerda (por Ej: foredom o emesco, entre los más conocidos), para evitar problemas posteriores.

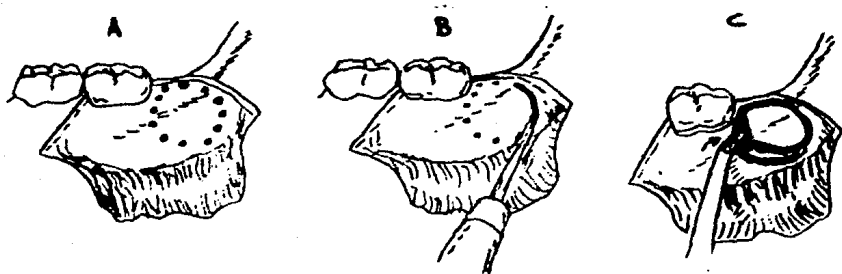
La osteotomía habrá de realizarse bajo un chorro de líquido o suero fisiológico, se utilice alta o baja velocidad, para que no haya un sobrecalentamiento del hueso y por lo tanto calcinación ósea con necrosis. Las fresas mas utilizadas son la de bola del Num. 6 al 8, que son de las mas grandes y fresas tronco-cónicas o cilíndricas de los Núms. 701, 702 y 703, tanto las primeras como éstas son de carburo.

Es importante que las fresas se cepillen durante el corte, para evitar que se emboten las estrías y pierdan filo ya que al suceder esto sólo puyen el hueso y causan calcinación junto con necrosis ósea.

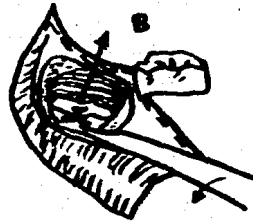
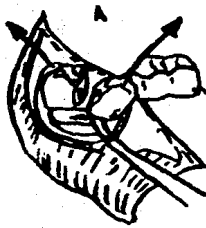
Sobre la odontosección diremos que se trata de una técnica complementaria a la osteotomía, ya que en cierto momento puede agilizar la cirugía y hacer menos la pérdida de hueso útil.

Cuando se tenga la alternativa de hacer odontosección o incluso pulverizar el diente con la fresa o tener que cortar mas hueso sano para extraer el molar, se ha de preferir lo primero (odontosección), ya que el diente es tejido de desecho y no tejido necesario como lo es el hueso. La odontosección se puede realizar de dos maneras principalmente: a lo largo o según el eje longitudinal del diente o a lo ancho o eje menor. Además de estas formas se puede seccionar un molar ya sea una raíz, o solo una cúspide, según sea la necesidad.

OSTEOTOMIA



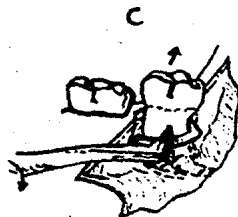
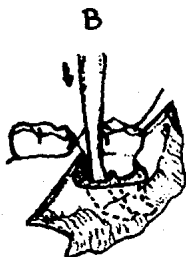
ODONTOSECCION



- 4.-Operación propiamente dicha.- La operación consiste en eliminar los factores de retención o al menos atenuarlos a tal grado que se puedan pasar por alto a la hora de la elevación del diente.

Para eliminar los factores de retención se puede utilizar la odontosección para no extender innecesariamente la osteotomía. También dentro de la operación propiamente dicha se realiza la luxación, la dilatación del alveolo y por lo tanto la avulsión dentaria. La dilatación se puede efectuar deslizando un elevador entre la superficie dentaria y el alveolo, con lo cual a medida de que avanza el instrumento dentro de éste, el diente abandona el alveolo. Esta luxación y dilatación se realiza mas generalmente durante la extracción de un diente normalmente implantado.





5.- Tratamiento de la Cavidad Osea.- Es de gran importancia este tratamiento ya que no se podría suturar con confianza de que cicatrice perfectamente la herida si no se tuvo el cuidado de dejar en buenas condiciones la cavidad. Lo primero que se debe realizar es una inspección minuciosa para evitar que restos de tejido dentario u óseo queden secuestrados impidiendo la libre formación del coágulo, después se irriga con chorros de agua estéril o suero fisiológico por medio de una cánula o jeringa desechable (ver tema referente a irrigación, en instrumental), las veces que juzgue necesario y absorbiendo los desechos de estos enjuagues tantas veces como se hagan; una vez hecho esto procederemos a revisar todos los bordes óseos que haya, cuidando que no haya ángulos demasiado agudos o que haya alguna irregularidad en el hueso como astillas o alguna fractura de láminas externas, habremos de dejar una superficie lisa y lo más tersa posible, con lo que facilitaremos una adecuada cicatrización, esto lo lograremos primordialmente a base de lima para hueso (ver tema de instrumental).

Todo este cuidado es para cavidades no demasiado grandes y que no presenten complicaciones y con un paciente sin antecedentes hemorrágicos graves. Pero en caso de que se presente la posibilidad de una infección (generalmente alveolitis), hemorragia o dolor, que son los factores que el paciente tiene en mas consideración por ser de su comodidad, entonces podremos poner en práctica un tratamiento un poco más elaborado que el que normalmente debe hacerse, para

evitar problemas posteriores.

Al tratar la cavidad osea abierta en una cirugía, tenemos tres posibilidades o alternativas a seguir que son:

- a) Colocar medicamento o sustancias hemostáticas directamente en la cavidad.
- b) Colocar gasas con medicamentos (taponamientos)
- c) Drenaje.

a) COLOCACION DE MEDICAMENTO O SUSTANCIAS HEMOSTATICAS.-

Entre los medicamentos más utilizados y que mejores resultados ofrecen tenemos a los antibióticos (penicilina o tetraciclina), los cuales se ponen en contacto con la cavidad osea al través de un vehículo el cual puede ser el fibrinfoam, Gelfoam u Oxiceal (celulosa oxidada). Entre las ventajas de colocar antibiótico con algún agente hemostático, están la reducción de tiempo de cicatrización y dolor post-operatorio. La penicilina intraalveolar es absorbida al través de la pared osea del alveolo, obteniendo un nivel bacteriostático aceptable. La esponja de gelatina impregnada en una solución de trombina-penicilina es efectiva para impedir la hemorragia sea primaria o secundaria.

Acerca de las sustancias hemostáticas tenemos principalmente a las tres mencionadas anteriormente (fibrinfoam, Gelfoam y Oxiceal), pero además también se utilizan otras que también veremos:

) FIBRINFOAM

(Espuma de fibrina).- Se obtiene haciendo actuar fibrinógeno con trombina. Es de excelente acción hemostática, en estado seco presenta como el Gelfoam una gran área superficial actuando mecánicamente, la sangre entra a la red y la función de coagulación se hace por esta propiedad del material. Se puede utilizar además como vehículo para aplicar otros medicamentos, los antibióticos o la trombina. Tiene la propiedad de reabsorberse rápidamente con mínima reacción tisular e imperceptible desde el punto de vista clínico. El Fibrinfoam se utiliza cuando se teme la pérdida del coágulo, es útil en grandes cavidades oseas que quedan después de extirpar quistes además disminuye el posible edema al prevenir la extravasación sanguínea submucosa. Provoca la cicatrización precoz y la regeneración osea.

2) OXICEL
(Celulosa
Oxidada)

Se obtiene transformando al algodón común (celulosa), en un ácido orgánico (ácido polihidro-glucurónico), por la acción del dióxido de nitrógeno. Es de gran aplicación en cirugía bucal, se emplea como hemostático o como obturador de espacio esta última aplicación es muy útil en la extirpación de quistes o tumores dentro de la cavidad oral, con este material la descomposición del coágulo es casi nula; con trombina en combinación es un excelente agente para un post-operatorio sin problemas.

3) GELFOAM
(Esponja de
Gelatina)

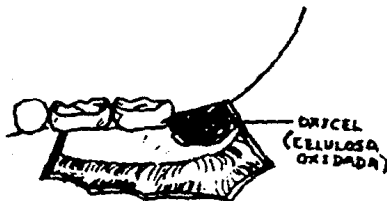
Es una esponja quirúrgica estéril sin propiedades antigénicas. Está formado de una matriz esponjosa derivada de la gelatina insoluble pero absorbible, es de aspecto lechoso y muy liviana. Tiene propiedades hemostáticas por si sola ya que tiene millares de intersticios distribuidos en una trama esponjosa en los cuales penetra la sangre por lo que se forma el coágulo. Es muy utilizado para rellenar espacios muertos, la cicatrización se ve acelerada, el edema y el dolor disminuidos, se llena de hueso completamente sin causar problemas de cicatrización al obturarse con este material un espacio muerto en el hueso ya que es un material compatible con el organismo, además, como los anteriores es muy útil cuando se utiliza como vehículo de antibióticos.

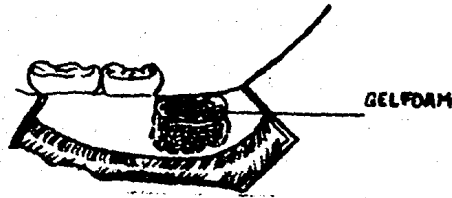
4) TROMBINA

La trombina puede ser de origen animal (de bovino o de conejo), o de origen humano (trombina humana). Esta se utiliza junto con algunos de los materiales mencionados anteriormente ya que no presenta problemas de incompatibilidad. Es muy útil en pacientes hemofílicos.

5) PLACENTA

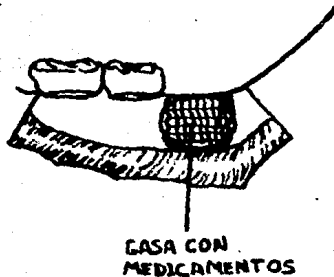
Este material se expende en frascos estériles en forma de polvo blanco, soluble en suero fisiológico o en agua estéril, se utiliza como vehículo y es muy útil para tratamiento de hemofílicos, como la trombina.





B) GASAS CON MEDICAMENTOS

(Tapónamientos).— La gasa sola o impregnada con medicamentos (gasa yodoformada, xeroformada, euroformada, al rivanol, con fenol alcanforado, bálsamo del Perú, tinta de benjuí, etc.), se utiliza para taponar cavidades de distinto volumen, alveolos post-extracción, cavidades de quistes o tumores. El taponamiento se hace con dos fines: para evitar entrada a la cavidad ósea de sustancias o cuerpos extraños y para prevenir la hemorragia y el dolor.



C) DRENAJE

Hay afecciones que no veremos en este trabajo, pero que necesitan para su adecuada recuperación un

comunicación de la cavidad osea con el exterior durante un tiempo variable, y tal comunicación se puede llevar a cabo por medio de un dren de gasa o de goma.



6. SUTURA DE COLGAJOS

También llamada sineresis o síntesis de tejidos abiertos por incisión, es el último paso del proceso quirúrgico propiamente dicho, por el cual cerraremos la comunicación al exterior de los planos más profundos que descubrimos a la hora de la incisión o primer paso quirúrgico que vimos al inicio de este tema.

Se lleva a cabo generalmente con hilo y aguja (en cirugía bucal, por lo general seda tres ceros) adecuados (ver Tema III, en materiales de sutura), el grosor de la seda 000 es el más recomendable ya que un calibre mayor dificulta la maniobra de sutura y uno más delgado se puede romper; la aguja debe ser atraumática y semicircular (ver Tema III). En el mercado se consigue el paquete de aguja y seda insertada desechables.

La sutura será colocada en todos aquellos colgajos mucoperiosticos que tengan una extensión tal que le impida adosarse correctamente a la superficie osea y es de gran utilidad porque además disminuye la posibilidad de hemorragias, contribuyendo con esto a la más pronta cicatrización de la herida y no deja pasar sustancias o cuerpos extraños a la cavidad abierta por lo que también disminuye el peligro de

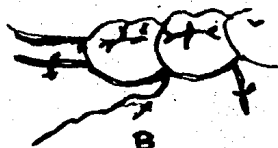
posibles infecciones.

Generalmente para suturar una incisión utilizada para la extracción de terceros molares, se pueden utilizar uno o dos puntos separados o un punto en cruz aunque éste último es menos usado. Pero también es necesario afianzar el colgajo atravesando con la aguja a nivel de la papila o lengüeta interdental entre el 1o. y 2o. molares, se surca el espacio interdentario se toma la porción lingual de la encla y después de un recorrido en sentido inverso se anuda el hilo sobre la cara bucal del maxilar.

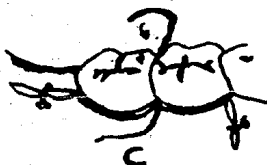
En cirugía bucal se acostumbra iniciar la sutura en la cara palatina o lingual del maxilar y terminar en la bucal, en las incisiones situadas en una sola cara la aguja debe ser dirigida de lo más complicado o lo mas simple, de distal a mesial.



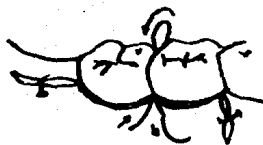
A



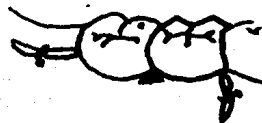
B



C



D

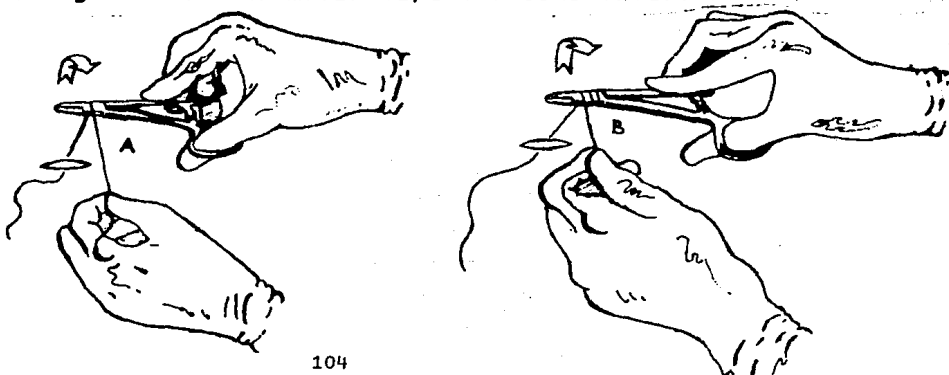


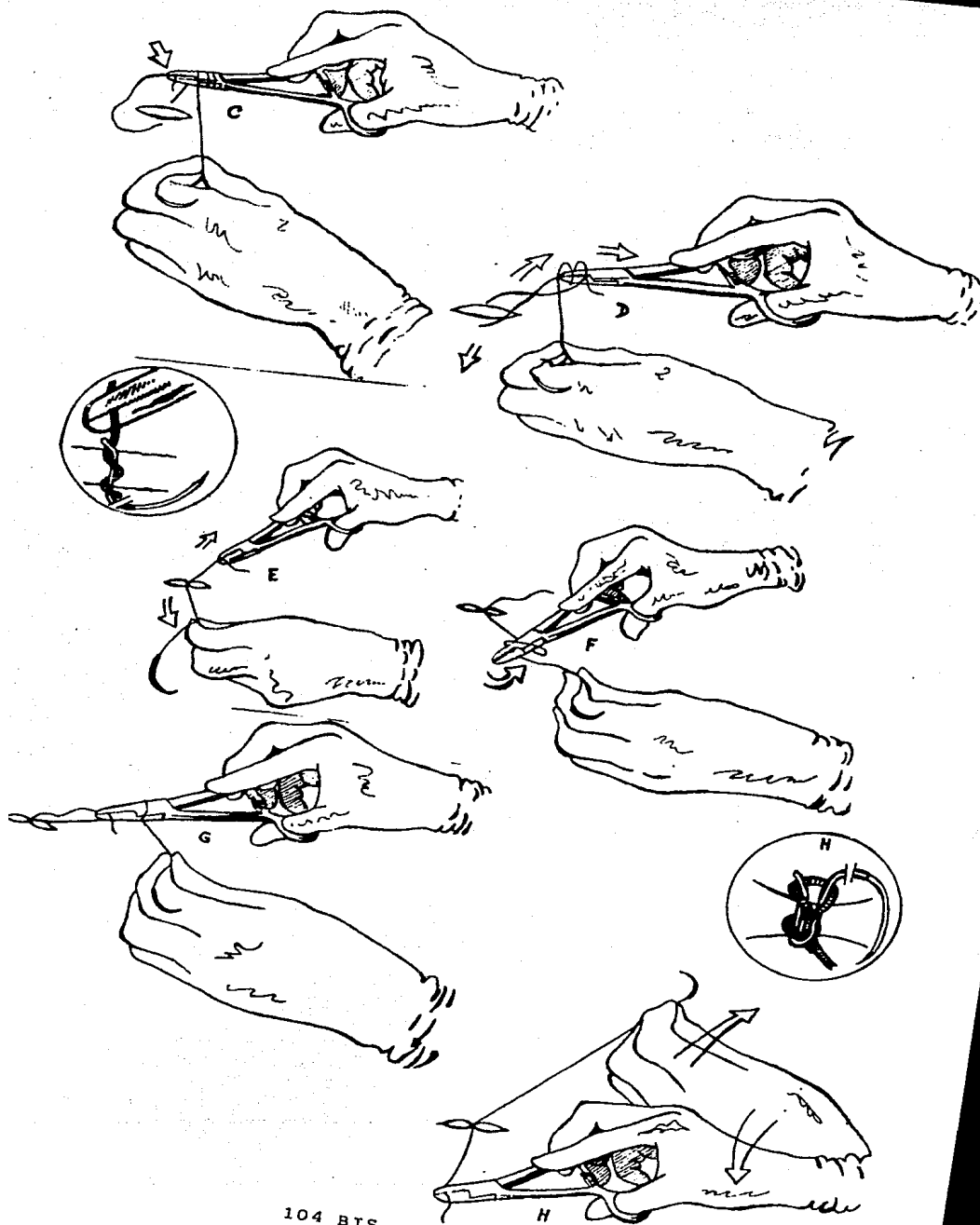
E

El material que se utiliza para la sutura es: portaaguas, material de sutura y tijeras; a continuación se dará la reseña de cómo llevar a cabo el punto separado:

Se pasa el hilo a una distancia de 2.5mm de los labios de la herida, se toma con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda. El cabo que tiene la aguja y se le apoya en el portaaguja, se le hace dar dos vueltas completas al hilo alrededor del extremo de la pinza y se habren ligeramente los bocados de ésta, para tomar el cabo suelto del otro lado de la incisión, se tracciona el portaaguja haciendo que se deslicen las vueltas del hilo al través del instrumento hasta entrelazar al cabo libre que deberá pasar entre ellas, ajustando a nivel de la herida, para completar el nudo la maniobra se hace a la inversa, en sentido contrario se ajusta el nudo. Es importante mencionar que los nudos de los puntos de sutura no deberán estar entre los labios de la herida exactamente ya que la fricción impedirá la cicatrización.

La presión que ejerce el hilo no deberá ser exagerada ya que estrangularía fácilmente los tejidos, además los cabos sobrantes de sutura serán cortados con las tijeras a una distancia aproximada de 4 ó 5 mm, con el fin de que los nudos no se deshagan pero tampoco es conveniente que los cabos sean tan largos ya que causarían molestias al paciente. Hay que recordar que los puntos de sutura deberán de permanecer mínimo tres días y máximo seis dentro de la boca, ya que de rebasar estos límites se corre el riesgo de no ser efectivos; si se retiran antes se puede abrir de nuevo la herida y si se quitan después de seis días puede haber una reacción a cuerpo extraño de parte del organismo y presentarse infección y lenta cicatrización. Esta técnica de sutura se puede utilizar tanto para cirugía de tercer molar superior como inferior.





TEMA X

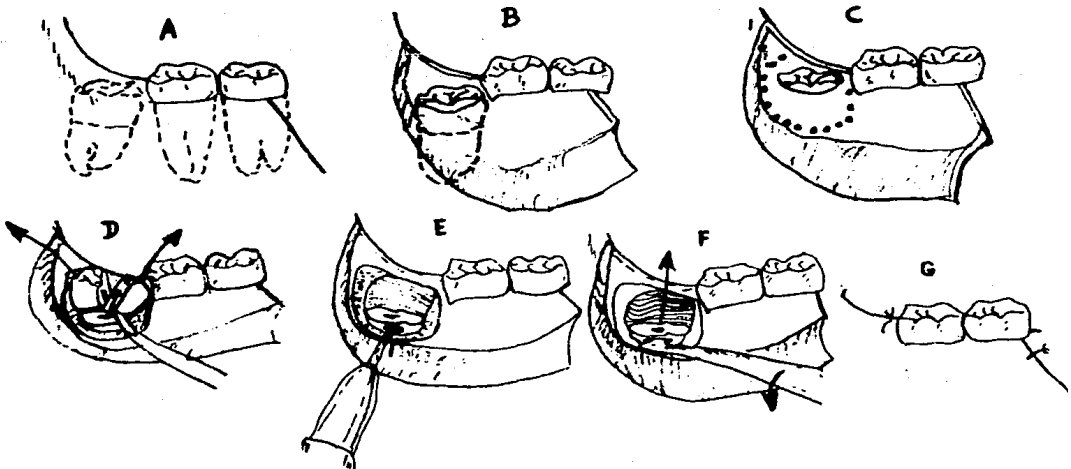
CASOS PRACTICOS QUE SE PRESENTAN EN LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES

En este capitulo nos vamos a dar cuenta de como poder realizar la extracción quirúrgica de las posiciones más comunes en las cuales podemos encontrar un tercer molar retenido, tomando en cuenta que es imposible contener todas las formas posibles de retención, pero con lo aquí expuesto, podemos realizar con mas idea y a mayor número de casos, ciertas técnicas quirúrgicas, que facilitarán nuestro trabajo.

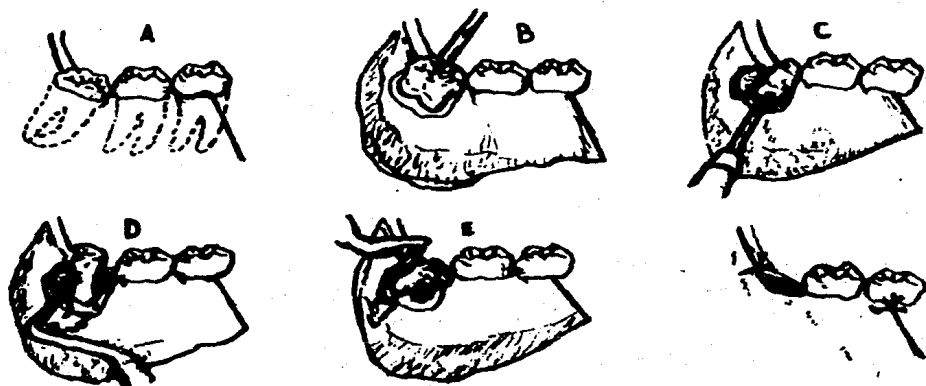
Hay que recordar 2 sencillas reglas:

1. En las impactaciones mesioangulares la odontosección se realizará en el mismo sentido que el eje mayor del diente.
2. En las impactaciones verticales y distoangulares, la odontosección se realizará en el cuello dentario separando las coronas de las raíces.

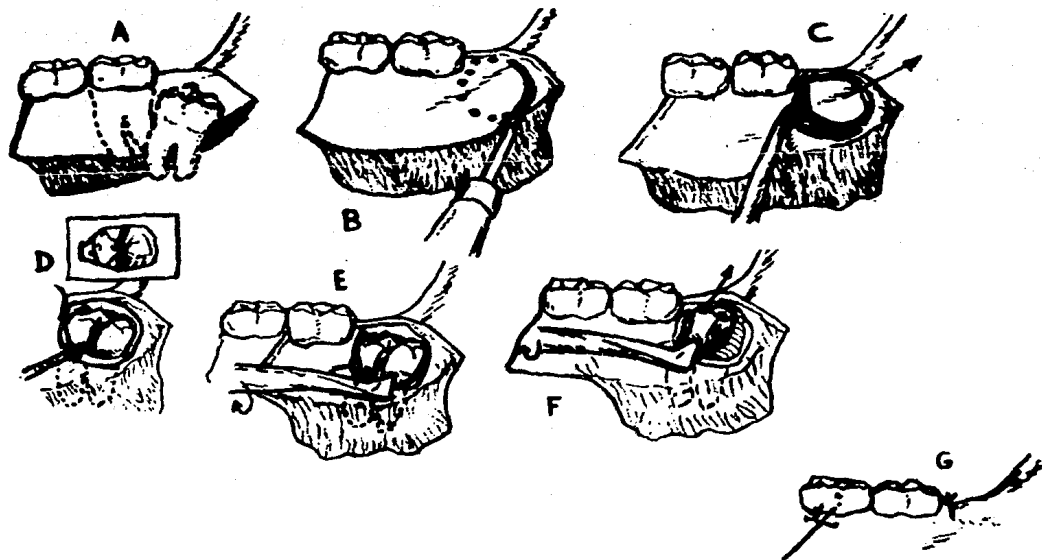
RETENCION VERTICAL DE MOLAR INFERIOR



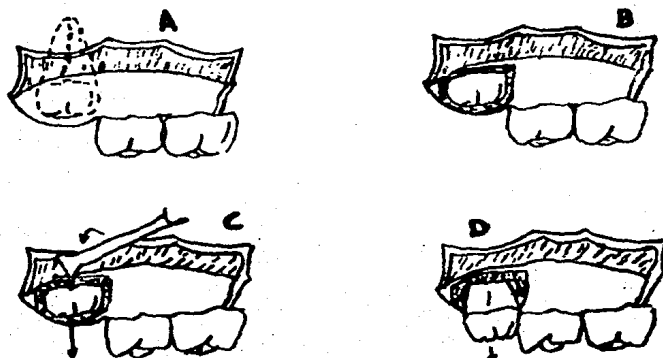
RETENCION MESIOANGULAR DE MOLAR INFERIOR



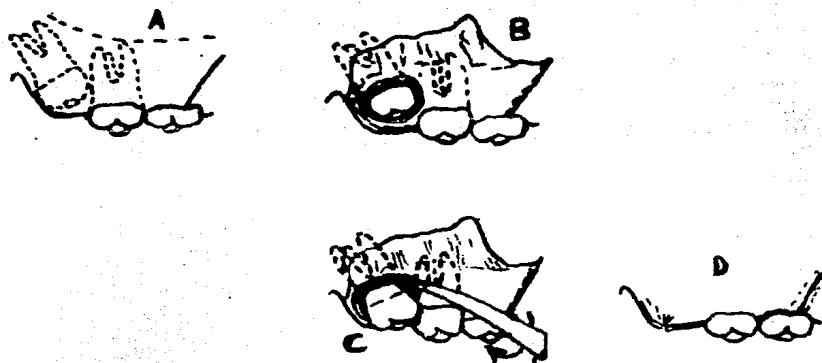
RETENCION DISTOANGULAR DE MOLAR INFERIOR



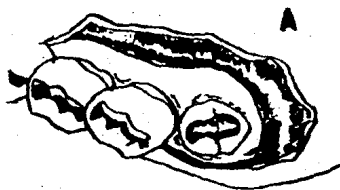
RETENCION VERTICAL DE MOLAR SUPERIOR



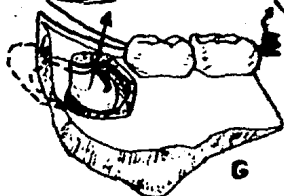
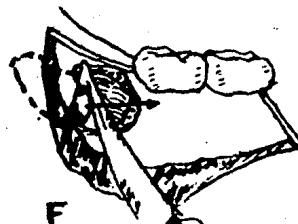
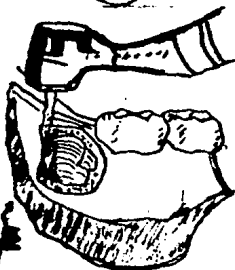
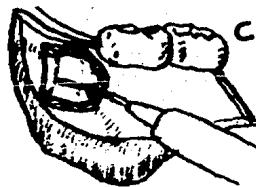
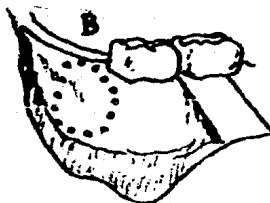
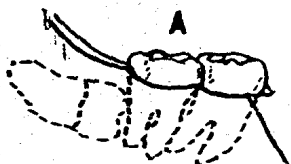
RETENCION MESIOANGULAR DE MOLAR SUPERIOR

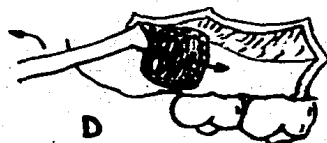
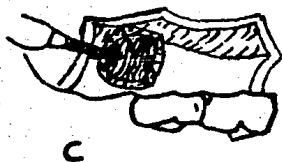
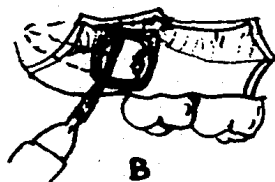


RETENCION DISTOANGULAR DE MOLAR SUP



RETENCION HORIZONTAL DE MOLAR INF





TEMA XI

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO ELEMENTAL POR EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES

Este capítulo trata de un tema por demás importante y que influye en buena parte para que el paciente sea considerado de alta, después de la intervención.

Antes de entrar en materia daremos la definición de tratamiento post-operatorio o simplemente post-operatorio, que es como lo llamaremos de aquí en adelante:

"Post-operatorio es el conjunto de medidas, precauciones y técnicas que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza en el logro perfecto del buen estado de salud del paciente".

Por la definición anterior, podemos ver que este tratamiento mal llevado puede ocasionar que se presente una complicación aún peor que el problema original y de ahí su importancia capital.

Iniciaremos diciendo que la higiene antes, durante y después de la intervención es la mejor medida que se debe tomar para el buen logro de la meta; terminada la operación procederemos a lavar la herida con agua oxigenada antibiótica que será irrigada con una jeringa a presión moderada o con un atomizador de ser posible, esta limpieza se orientará por barrido hacia los desechos de sangre, saliva y posibles esquirlas de hueso o de diente seccionado y se tendrá especial cuidado de los restos acumulados en surcos vestibulares, debajo de la lengua así como en la bóveda palatina y los espacios interdentarios ya que el acumulo de estos desechos sirven como un medio ideal de vida para muchos microorganismos patógenos o aumentar la flora de la cavidad oral, logrando con esto, que se pueda impedir una cicatrización adecuada a su tiempo considerado normal.

Es necesario concientizar al paciente acerca de la importancia de la intervención que se le practicó, así como del cuidado que habrá de observar bajo su responsabilidad, ya que el paciente cuando se encuentre en su casa, sin la vigilancia médica directa, será el único que sabrá si tiene el cuidado que se merece o descuidará su herida, para que, posteriormente, busque al dentista que lo intervino reclamando su no recuperación y posible infección que se

presentará como causa lógica de su post-operatorio inadecuado

Inmediatamente después de que el paciente fue intervenido se le hará morder a la altura de la herida una gasa, suave pero firmemente, con el fin de constituir el coágulo, después, ya con el coágulo formado hará en su casa colutorios mucho muy suaves, unas cuatro horas después de la intervención con una solución antiséptica cualquiera que no esté muy concentrada para evitar una posible proliferación de microorganismos patógenos.

Además de la higiene, existe la fisioterapia, que consiste en la aplicación de frío o calor, según las siguientes especificaciones:

- a) Aplicación de frío.- Ofrece grandes ventajas para realizar un buen tratamiento después de la cirugía, ya que tiene una acción desinflamatoria, previene los hematomas y las hemorragias, evita la congestión y el dolor post-operatorio, disminuye y limita edemas posibles.

La manera de aplicarlo es por medio de cubos de hielo de refrigerador o un trozo no muy grande, se envuelven en un pedazo de tela no rasposa, franela de preferencia, y se posa sobre la región operada suavemente sin frotar, ya que si frotamos, podemos causar una quemadura severa, si el hielo se deshace con mucha facilidad y moja en exceso la franela, entonces antes de envolverlo en ésta, se guarda dentro de una bolsa de plástico con el fin de prevenir la humedad y el deshielo prematuro. Se posará en la región operada durante 15 min. con intervalos de descanso también de 15 min. y es de utilidad solo máximo tres días después de la intervención ya que con mas tiempo se convierte en un agente físico inútil que causa dolor.

- b) Aplicación de calor.- Su aplicación inmediata a la cirugía es perjudicial, ya que aumenta la formación de pus al aumentar los procesos flogísticos; su aplicación tendrá utilidad después de tres días o más después de la intervención ya que ayudará enormemente a aliviar dolores post-operatorios y alveolalgias (dolor en el alveolo). La manera en la que se aplicará el calor es al través de una bolsa de agua caliente, con la cual, al igual que el frío, posaremos sobre la región operada sin frotar, durante 15 minutos con descansos del mismo tiempo. El agua deberá de tener temperatura alta, pero sin que llegue a quemar.

Cuidados de la herida.- La evolución normal de una herida en realidad no necesita de una terapéutica, ya que la naturaleza se encargará de cerrar de la mejor manera dicha herida, a decir verdad en términos generales un alveolo que sangra o la cavidad producida en el hueso con motivo

de una cirugía que tiene un aporte sanguíneo adecuado y que llena la cavidad, tendrá un adecuado coágulo el cual nos traerá una cicatrización, que de otra forma no se lograría si no es a través de un adecuado tratamiento. Hay que recordar que el coágulo además de darnos la cicatrización forma una barrera magnífica para prevenir cualquier infección que pudiera presentarse.

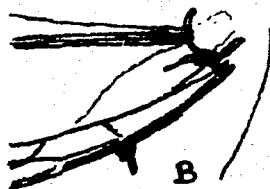
Después de una cirugía sin complicaciones de infección, se darán las siguientes indicaciones: no se harán enjuagues o "buches" con agua, por lo menos las cuatro horas subsiguientes a la operación, hora en la que se podrán hacer colutorios con solución antiséptica diluida (como ya se había dicho antes) para prevenir la proliferación de microorganismos patógenos, hay que advertir al paciente que pasado el efecto de la anestesia, muy probablemente se presente un ligero sangrado debido a que los vasos volverán a su volumen normal que tenían antes de haber sido contraídos por el vasoconstrictor del anestésico, esto puede ocurrir después de algunas horas, por lo que se recomendará que con agua tibia salada se hagan ligeros enjuagues con el fin de acelerar la cicatrización y evitar el sangrado posterior. También indicaremos que se debe lavar la boca normalmente con el cuidado elemental de la herida, con una jeringa o atomizador después de cada alimento y con el cepillo dental y agua tibia. Además de estos simples cuidados de la herida debemos indicar que se habrá de evitar en lo posible el paso de alimentos por esa región de la boca, además no se pasará la lengua "curioseando" por la herida, la alimentación durante las primeras horas consistirá en líquidos como aguas de frutas o jugos, teniendo cuidado de que no contenga semillas que pudieran alojarse en la herida, después podrá tomar alimentos suaves como papillas o verduras cocidas, carne desmenuzada de pollo, etc., se tratará de evitar al máximo alimentos irritantes o grasosos en exceso.

Además se le dirá al paciente que es necesario retirar los puntos de sutura en un plazo razonable, para evitar complicaciones de infección; a continuación daremos la forma en la que se retirarán los puntos de sutura:

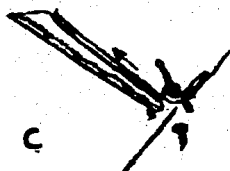
Se pasa sobre el hilo por extraerse un algodón embebido en tintura de yodo o en merthiolate con el objeto de desinfectar la parte del hilo que estando en la cavidad ha estado infectada, se toma con una pinza de disección o de mosquito un extremo del nudo que emerge sobre los labios de la herida y se tracciona el hilo para permitir obtener un trozo de este por debajo del nudo y poder cortarlo a este nivel con una tijera especial para quitar sutura o con otra tijera pequeña, se corta el hilo y con la otra mano seguimos traccionando el hilo hasta desalojarlo.



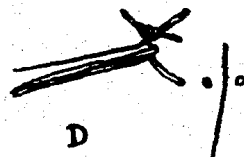
A



B



C



D

Además de las indicaciones anteriores, después de la operación, el paciente no deberá de levantarse del sillón inmediatamente ya que deberá de recuperarse poco a poco de la impresión de haber sido intervenido, además debido a los campos quirúrgicos que cubrían su cara, al destaparlo puede deslumbrarse e incluso marearse y caer si no espera un momento antes de levantarse. Se le preguntará si se siente mareado o con náuseas, se le acompañará hasta la puerta y se asegurará que no se va sólo a su casa, se le indicará que no es conveniente que se asolee y que en caso de acostarse, lo haga con mas almohadas de lo normal para mantener la cabeza en alto y evitar nuevo sangrado, deberá de guardar reposo y seguir los pasos de la fisioterapia.

Ya para terminar este tema de post-operatorio, diremos que hay casos en que además de todas las indicaciones expuestas

anteriormente, se considera prudente hacer una medicación analgésica y antibiótica preventiva, ya sea porque hubo traumatismo exagerado o por la magnitud de la herida se considera que pudiera haber algún problema de infección, el cual antes de que se presente se pretende evitarlo. Por lo general después de cualquier cirugía se mandan tomar analgésicos suaves y un antibiótico durante un tiempo mínimo, para solventar cualquier posible problema y además psicológicamente el paciente sentirá que el tomarse "algo" es mejor que no tomarse "nada", y sobre todo después de una intervención y eso también ayudará a su recuperación más rápida.

Podemos tener la seguridad de que lo recetado no hará daño al paciente si antes hemos elaborado una historia clínica adecuada, ya que sólo en base a ésta podemos saber de las posibles reacciones que pueda tener el paciente al tomar tal o cual medicamento.

Como después de una intervención lo que mas le preocupa al paciente es el dolor, entonces podemos mandar un analgésico que a nuestro criterio sea eficaz, sin que tenga que ser demasiado potente: entre los analgésicos más conocidos tenemos:

- 1) ACIDO ACETILSALICILICO: Es analgésicos adecuados para casi cualquier dolor dentro de los considerados normales, pero es frecuentemente despreciada por los pacientes por creer que es demasiado leve, sin conocer sus reales alcances.

Hay gran cantidad de marcas comerciales entre las que tenemos a las disprinas, aspirinas, mejorales, Alka-Seltzer, etc. y además de quitar dolor, son antipiréticos y antiinflamatorios.

- 2) ANALGESICOS A BASE DE DAPIRONA.- Son considerados más potentes que el ácido Acetilsalicílico y como ejemplo práctico mencionaremos las siguientes marcas: Asawin, Conmel, Neo-melubrina y Prodolina, etc., además tienen también propiedades antipiréticas.

Por lo general para calmar un dolor post-operatorio se pueden recetar dos cápsulas o tabletas de los medicamentos anteriores cada 6 horas siempre y cuando el dolor sea severo realmente y repetir la dosis máximo cada 4 horas, en caso de que el dolor no sea intenso es bueno dosificar una cápsula o tableta cada seis horas.

Respecto al antibiótico diremos que un paciente alérgico a la penicilina tiene como opción tomar Eritromicina como segunda elección por Ej: la Pantomicina (nombre comercial), la hay de 500mg. y 250mg. o cualquier otro antibiótico que contenga

Eritromicina y no Penicilina; en caso de que se espere una infección severa, el tiempo de administración aumentará en la medida de la gravedad, se pueden recetar cápsulas de 500mg una cada seis horas durante seis días y en caso de que la infección no se espere tan severa se administra el medicamento los mismos días a las mismas horas, pero cápsulas de 250mg.

En caso de que no haya alergia a la Penicilina podemos recetar Penicilina o Ampicilina en las mismas dosis y períodos de tiempo que la Eritromicina, y en caso de que se prefiera inyectar el antibiótico, podemos aplicar Penprocilina (nombre comercial), de 800 000 u cada 12 horas durante cinco días para tener seguridad de una adecuada concentración en el organismo, en caso de ser severa la infección se puede aumentar la cantidad de unidades hasta un millón cada 12 horas, durante cinco días, pero esta dosis, por lo general, no es necesaria para tratar problemas de infección en la cavidad oral por causa de un tercer molar retenido, a menos que las condiciones sean muy especiales. Todo lo anterior son parámetros, quede ninguna manera son para todos los casos, ya que cada paciente es diferente, pero es una guía que nos puede ayudar a darnos una idea de la medicación que habrá de hacerse después de una intervención de tercer molar retenido. Sólo para hacer mención diremos que algunos dentistas acostumbran además de analgésicos y antibióticos, recetar antiinflamatorios, cosa muchas veces innecesaria ya que se pueden sustituir estos con una adecuada fisioterapia y así no saturar al organismo de medicamentos, pero es una guía que nos puede ayudar a darnos una idea

Concluyendo diremos que la asepsia y antisepsia adecuadas, la fisioterapia, la dieta blanda, el reposo, los cuidados mediatos e inmediatos post-operatorios y la adecuada medicación combinada analgésica-antibiótica, traen como resultado que el paciente se sienta en mejores condiciones y vuelva a sus actividades habituales en el menor tiempo posible, sin problemas de complicaciones.

TEMA XII

COMPLICACIONES MAS FRECUENTES EN LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES

En este tema veremos cuales son las situaciones a las que nos podemos ver expuestos a tratar en el caso que nos decidamos a efectuar la extracción de un tercer molar retenido. Solo haremos mención de las mas frecuentes, sin dar explicación de tratamiento, debido a que no es campo de este trabajo, ya que lo que se trata de hacer con éste, es dar lo mas práctico; lo que se busca con mencionar dichas complicaciones es para que conozcamos lo que puede ocurrir y a tiempo nos demos cuenta si realmente podemos hacer la cirugía o canalizamos al paciente a un especialista.

Complicaciones más frecuentes:

- 1) Exposición del conducto dentario inferior.
- 2) Provocar el corte del nervio dentario inferior o hacer demasiada presión sobre éste, o lesionarlo lo que nos dará por resultado una parestesia.
- 3) Trismus agudo que impedirá la masticación.
- 4) Fractura de raíces, las raíces del tercer molar superior pueden ser forzadas hacia el seno maxilar; las raíces del molar inferior pueden ser forzadas al través de la delgada tabla cortical lingual hacia el espacio submaxilar. Si el conducto dentario inferior está en contacto con las raíces del tercer molar retenido inferior, una pequeña fractura del ápice podría llegar dentro del conducto al hacer la avulsión.
- 5) Desgarramiento de los vasos sanguíneos por lesión o compresión.
- 6) Fractura importante de la apofisis alveolar y tabla externa de la mandíbula.
- 7) Traumatismo o desplazamiento de los dientes vecinos, lo cual puede hacer perder su vitalidad y originar procesos infecciosos periapicales.
- 8) Lesiones de los labios, mejillas o mucosas por indebido manejo del instrumental.
- 9) Apertura del seno maxilar.

- 10) Caída o inclusión del tercer molar en el seno maxilar.
- 11) Empujar dentro de la fosa Pterigoidea al molar retenido superior.
- 12) Pérdida de gran parte de la apofisis alveolar por necrosis, debido al mal planteamiento de la técnica para la extracción, lo que se produce generalmente por un gran traumatismo al hueso por exceso de compresión con el elevador o por quemadura de hueso debido al corte con fresas embotadas o sin filo (ver Osteotomía en Tema IX)
- 13) Fractura de la tuberosidad.
- 14) Fractura del maxilar inferior.
- 15) Extensas laceraciones o traumatización de tejidos blandos.
- 16) Exposición exagerada de las raíces de dientes vecinos que dan por resultado la pérdida de dichos dientes.
- 17) Se presenta dolor normal por un trauma quirúrgico normal o dolor intenso de una alveolitis, o por presión de nervio dentario inferior o por odontosección debido a que hay exposición pulpar provocada.

Estas complicaciones son las mas frecuentes en el momento de hacer la intervención, pero si no estamos realmente familiarizados con el tratamiento de éstas, es mejor entonces no seguir la intervención hasta no tener práctica y conocimiento adecuado y remitir al paciente a un especialista de confianza.

CONCLUSIONES

- 1.- La cirugía bucal es una rama de la odontología que requiere de gran precisión, destreza, sentido común, conocimientos y práctica que solo a través del tiempo y de experiencias frecuentes, puede ser llevada a cabo con todo éxito.
- 2.- Si un C. D. General en cierto momento decide que es capaz de ejecutar una cirugía bucal de cualquier índole (extirpación de tumores, extracción de dientes retenidos, frenilectomías, etc.), no sólo deberá de tomar asesoría de un cirujano bucal, sino deberá de documentarse ampliamente sobre el problema que vaya a tratar, y observar las veces que sea necesario, para entender bien, el procedimiento prácticamente, para que pueda aspirar al éxito.
- 3.- Además de preparación física y mental para realizar una cirugía, se necesita tener el instrumental especializado necesario para la operación específica que vayamos a efectuar, ya que de faltarnos algo, en el momento de la intervención no vamos a tener el tiempo necesario para conseguirlo y de ninguna manera debemos improvisar con algún otro instrumento, para tratar de sustituirlo.
- 4.- La historia clínica completa y veraz, es un útil instrumento para evitar las desagradables sorpresas, respecto a alguna reacción adversa en el organismo del paciente a causa de medicación inadecuada, por ignorar que hubiera alguna alergia o contraindicación.
- 5.- Tener conciencia de los conceptos de: asepsia, antisepsia, esterilización e higiene y llevarlos a cabo con todo cuidado y meticulosidad, es una de las cualidades principales que debe tener todo C. D. General y más si quiere invadir el campo de la cirugía.
- 6.- Es verdad que el material, equipo e instrumental necesario para realizar una cirugía de tercer molar es especializado, pero no llega a tener un grado de sofisticación tal, que no pueda ser manejado por un C. D. General con ganas de superación.
- 7.- El C. D. General que tiene iniciativa y conocimientos adecuados junto con práctica intensa en cirugía bucal, es siempre mucho más útil a un paciente que aquél que no se esfuerza por tener los atributos mencionados.
- 8.- Los pasos quirúrgicos bien llamados, facilitan sobremanera la realización de una cirugía, es por tanto necesario, el conocer cada uno de ellos hasta donde empieza uno y acaba otro, para así poder tener una organización y un orden que nos lleven a feliz término.

- 9.- Siempre hay que recordar que todo paciente es un ser humano, y como tal hay que tratarlo, por lo que no debemos ser temerarios y si muy sinceros con nosotros mismos cuando se trate de reconocer que no podemos realizar una cirugía aunque tengamos ganas de hacerla, ya que no se puede jugar con el bienestar del paciente.
- 10.- El conocimiento amplio de la anatomía de la región del tercer molar, es muy necesario, para no causar un problema mayor al paciente al dañar estructuras anatómicas que no teníamos en cuenta por ignorancia.
- 11.- Todo aquél C. D. General que no realice cirugía, aunque sea mínimamente la extracción de terceros molares retenidos, no puede considerarse realmente cirujano dentista.

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

- 1 ARCHER, WILLIAM HARRY

CIRUGIA BUCAL, ATLAS PASO POR PASO
SEGUNDA EDICION, 1968
EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES, ARGENTINA
- 2 COSTICH, EMMETT R.

CIRUGIA BUCAL
PRIMERA EDICION EN ESPAÑOL, 1974.
EDITORIAL INTERAMERICANA
MEXICO, D. F.
Pp. 3-11, 72-40, 44, 45, 46, 59, 60.
- 3 GINESTET, G.

ATLAS DE TECNICA OPERATORIA, CIRUGIA
ESTOMATOLOGICA Y MAXILO-FACIAL.
S/N DE EDICION, 1967.
EDITORIAL MUNDI.
ARGENTINA
Pp. 120-137, 256, 257.
- 4 GURALNICK, WALTER C.

TRATADO DE CIRUGIA ORAL
S/N DE EDICION, 1971.
EDITORIAL SALVAT
BARCELONA, ESPAÑA
Pp. 156, 157
- 5 KRUGER, GUSTAV O.

TRATADO DE CIRUGIA BUEAL
CUARTA EDICION, 1984
EDITORIAL INTERAMERICANA
MEXICO, D. F.
Pp 77-85
- 6 R:ES CENTENO, GUILLERMO A.

CIRUGIA BUCAL CON PATOLOGIA CLINICA Y TERAPEUTICA.
SEPTIMA EDICION, 1978.
EDITORIAL EL ATENEO.
BUENOS AIRES.
Pp. 49-69, 98-111, 279-289, 297, 313.

7 ROSAS MORENO, JOSE

8 SHAFER, WILLIAM G.

9 WINTER, LEO

MATERIAL DE APOYO PARA ALUMNOS
DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA EN
LA E.N.E.P. ZARAGOZA. MODULO
ESTUDIO CLINICO Y RADIOGRAFICO.
UNIDAD II

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
TERCERA EDICION, 1982
EDITORIAL INTERAMERICANA
MEXICO, D. F.
P. 64

TRATADO DE EXODONCIA,
EXTRACCION DE LOS DIENTES,
CIRUGIA ESTOMATOLOGICA
Y ANESTESIA.
S/N DEE EDICION, 1930
EDITORIAL PUBUL.
BARCELONA, ESPAÑA
Pp 114-117

FE DE ERRATAS

No PAG	No PARRAFO	No RENGLON	
1	3	5	DICE: "...CONSULTORIO EN C.D. GE- NERAL..." DEBE DECIR: "...CONSULTORIO EL C.D. GENERAL..."
2	4	9	DICE: "...LA CITA SHAFER EN SU TRATADO DE CIRUGIA..." DEBE DECIR: "...LA CITA SHAFER EN SU TRATADO DE PATO- LOGIA BUCAL..."
38	TITULO DE ILUSTRACIONES		DICE: "...FORCES..." DEBE DECIR: "...FORCEPS..."
63	2	4 Y 5	DICE: "...LA ANGULACION SERA DE 5 A 0 TAMBIEN POSITI- VOS..." DEBE DECIR: "...LA ANGULACION SE- RA DE 5 A 0 NEGATIVOS..."
64	2	12	DICE: "...PUEDE HABER CIERTA IM- PRESION..." DEBE DECIR: "...PUEDE HABER CIER- TA IMPRESION..."
71	2	3	DICE: "...UN POCO MAS RIGIDO..." DEBE DECIR: "...UN POCO MAS DIRI- GIDO..."
72	3	5 Y 6	DICE: "...A NIVEL DE LA RAIZ DEN- TAL DEL..." DEBE DECIR: "...A NIVEL DE LA RA- IZ DISTAL DEL..."
105	4	3	DICE: "...SEPARANDO LAS CORONAS DE LAS RACIES..." DEBE DECIR: "...SEPARANDO LAS CO- RONAS DE LAS RAICES..."
115	4	1	DICE: "...ES ANALGESICOS..." DEBE DECIR: "...SON ANALGESICOS..."

FE DE ERRATAS

(CONTINUACION)

No PAG	No PARRAFO	No RENGLON
--------	------------	------------

115	4	2
-----	---	---

DICE: "...DENTRO DE LOS CONSIDERADOS NORMAL ES..."
DEBE DECIR: "...DENTRO DE LOS CONSIDERADOS NORMALES..."