



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ZARAGOZA"

29. No. 26

REPORTE DE CINCO CASOS CLINICOS PARA
SEMINARIO DE CIRUGIA DE TERCEROS
MOLARES INCLUIDOS

ASESOR: DR. JESUS RIOS ESTRELLA

ALUMNOS AURORA CALLEJAS SAN PEDRO

MA. DEL SOCORRO ESPERANZA DE LA RIVA PINAL

PATRICIA ESCOBEDO SOLIS



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

PROTOCOLO

UNIDAD I

TECNICA DE ENSEÑANZA DE UN SEMINARIO

- I. - GENERALIDADES
- II. - OBJETIVO
- III. - DEFINICION
- IV. - CARACTERISTICAS
- V. - MATERIAL Y METODO
- VI. - CONCLUSIONES
- VII. - BIBLIOGRAFIA

UNIDAD II

CONCEPTOS BASICOS Y GENERALIDADES DE ANATOMIA

- I. - OBJETIVO
- II. - ANATOMIA DE LA REGION DE LOS TERCEROS MOLARES
- III. - ANATOMIA DE LOS TERCEROS MOLARES
- IV. - TERCEROS MOLARES INCLUIDOS
- V. - MATERIAL Y METODO
- VI. - CONCLUSIONES
- VII. - BIBLIOGRAFIA

UNIDAD III

BASES DE LA CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

- I. - OBJETIVO
- II. - PREPARATIVOS DE LA OPERACION
- III. - PREOPERATORIO
- IV. - ACTO OPERATORIO
- V. - ACTO POSOPERATORIO
- VI. - MATERIAL Y METODO
- VII. - CONCLUSIONES
- VIII. - BIBLIOGRAFIA

UNIDAD IV

EXAMENES DE LABORATORIO

- I. - OBJETIVO
- II. - BIOMETRIA HEMATICA
- III. - PRUEBAS HEMORRAGIPARAS
- IV. - QUIMICA SANGUINEA
- V. - MATERIAL Y METODO
- VI. - CONCLUSIONES
- VII. - BIBLIOGRAFIA

UNIDAD V

REPORTE DE CINCO CASOS CLINICOS

- I. - OBJETIVO
- II. - CASO CLINICO No. 1

- III. - CASO CLINICO No. 2
- IV. - CASO CLINICO No. 3
- V. - CASO CLINICO No. 4
- VI. - CASO CLINICO No. 5
- VII. - MATERIAL Y METODO
- VIII. - CONCLUSIONES
- IX. - BIBLIOGRAFIA

RESULTADOS FINALES
RESULTADOS
DISCUSION
CONCLUSION
PROPUESTA
ANEXO
BIBLIOGRAFIA GENERAL

PROTOCOLO EN BASE A LO QUE SERA EL DESARROLLO DE LA TESIS.

A). - Título del proyecto:

Reporte de cinco casos clínicos para seminario de cirugía de terceros-
molares incluidos

B). - Area específica del proyecto:

Seminario clínico de cirugía.

C). - Personas que participan: Alumnos y Asesor.

Asesor: C. D. Jesús Ríos Estrella.

Alumnos: Callejas San Pedro, Aurora

De la Riva Pinal, Ma. del Socorro Esperanza

Escobedo Solís, Patricia.

D). - Fundamentación de la elección del tema:

Ya que este tipo de problemas, durante la formación profesional del -
Cirujano Dentista, no nos deja una experiencia adecuada para un buen
ejercicio profesional, hemos decidido elaborar esta investigación para -
que los alumnos de la carrera de Odontología tengan un panorama más
real de cómo resolver este tipo de problemas en pacientes de cualquier
nivel económico esperando se conserve este documento como material de
consulta o apoyo en la realización de los seminarios clínicos y evitar -
que se formulen casos ficticios y así profundizar, actualizando este mate-
rial con los últimos informes bibliográficos con que se cuenta.

E). - Planteamiento del problema:

Realmente aunque se dice que los terceros molares son un vestigio de nuestros antepasados y que el germen dentario no se encuentra en las nuevas generaciones, actualmente hay una alta frecuencia de alteraciones en la cavidad oral provocada por los terceros molares.

Es el cirujano dentista de consulta general capaz de identificar y resolver los problemas que comunmente se encuentran causados por la retención de los terceros molares, o debido al grado de dificultad que presentan no son atendidos en forma adecuada, dejando como consecuencia alteraciones como: malposiciones; quistes (dentígero y primordial); reabsorciones óseas; retenciones por falta de espacio; maloclusiones; mialgias; neuralgias; trismus, los que generalmente están asociados con procesos infecciosos.

F). - Objetivos:

Generales.

- Presentar y descubrir cinco casos clínicos de extracción de terceros molares incluidos, con sus bases quirúrgicas apoyado con un anexo audiovisual.

Específicos:

- Describir las diferentes técnicas de como se realiza un seminario y proponer una acorde al plan de estudio.
- Explicar los conceptos básicos de anatomía del aparato masticatorio.

- Explicar las bases quirúrgicas para la extracción de terceros molares incluidos.
- Analizar los diferentes exámenes de laboratorio y su importancia - quirúrgica.
- Presentar cinco casos clínicos de extracción de terceros molares - incluidos.
- Mencionar los resultados y conclusiones a que se lleguen.

). - Hipótesis:

La presencia de terceros molares incluidos en cavidad oral, originan alteraciones patológicas que se pueden evitar, eligiendo el tratamiento adecuado por el Cirujano Dentista.

). - Material y Métodos:

Se realizará investigación bibliográfica de conceptos básicos y - quirúrgicos para la realización de extracciones quirúrgicas de - terceros molares y la presentación monográfica de cinco casos - clínicos por medio de preguntas y respuestas para los participantes de un seminario clínico de cirugía.

. - Bibliografía:

Anexada

. - Cronograma:

- Elección del tema 4 días
- Fundamentación 3 días

-- Planteamiento del problema	3 días
-- Investigación bibliográfica	6 días
-- Revisión	2 días
-- Desarrollo	2 meses
-- Atención casos clínicos	4 meses
-- Resumen	2 semanas
-- Conclusión	1 semana
-- Revisión	1 semana
-- Edición	12 días

INTRODUCCION:

Aunque se dice que los terceros molares ya no se encuentran en las nuevas generaciones, todo Cirujano Dentista sabe -- que, actualmente hay una alta frecuencia de alteraciones en la cavidad oral provocada por los factores antes mencionados, por lo que la -- Cirugía Bucal les ha concedido una especial importancia.

Los terceros molares incluidos para su estudio -- han sido clasificados por diversos autores, para darnos una idea de -- la posición que guardan en el maxilar y la mandíbula.

Por otra parte, en este trabajo se describen diver- -- sos temas que consideramos importantes para poder obtener resulta- -- dos satisfactorios en el tratamiento a dicho problema.

TECNICA DE ENSEÑANZA DE UN SEMINARIO

UNIDAD 1

TECNICA DE ENSEÑANZA DE UN SEMINARIO

I. GENERALIDADES:

La Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza, lleva a cabo el Sistema de Enseñanza Modular; buscando através de la integración docencia-servicio, que el profesor sea un asesor, con el dominio total del tema a tratar, y que el alumno realice investigaciones en grupo o individualmente, para que por medio de éste adquiriera el conocimiento.

II. OBJETIVO:

La aplicación de una de las técnicas de enseñanza, para el logro de esta finalidad, es la presentación de seminarios, que para obtener una mayor eficacia, es necesaria su comprensión, por lo que a continuación la describiremos.

III. DEFINICION:

Un seminario, es el estudio sistemático de investigación de un tema planeado, que constituye un verdadero grupo de aprendizaje activo, ya que los miembros no reciben los conocimientos ya elaborados, sino que los adquirirán en las diversas fuentes de información, en una forma individual, para después compartirlos con los compañeros de trabajo.

CARACTERISTICAS:

Los seminarios deben reunir los siguientes puntos:

1.0 OBJETIVOS:

- 1.1 Llegar al conocimiento de uno o varios temas por medio del estudio y la investigación.
- 1.2 Comentar, relacionar y confrontar los resultados de -- los datos investigados.
- 1.3 Capacitar a los alumnos en la investigación y autoapren-
dizaje.
- 1.4 Desarrollar sus aptitudes y capacidades para el trabajo colectivo.

2.0 INTEGRANTES:

- 2.1 Estará formado por equipos mínimo cinco, máximo doce personas (subgrupos).
- 2.2 Se elegirá un director, que coordina la labor; pero que no la resuelva personalmente, ya que sólo es un asesor.
- 2.3 Un secretario que tomará notas de las conclusiones parciales o finales,
- 2.4 Un expositor quien informa las conclusiones del subgrupo a todos los miembros del grupo grande.
- 2.5 Un moderador quien durante las discusiones controla las intervenciones de los integrantes del grupo.

3.0 TIEMPO:

Según la Dra. Ma. Andueza refiere que las sesiones de

de Seminario suelen durar dos, tres o cuatro horas si es preciso hasta que la exposición quede clara y el diálogo sea sin presión de tiempo.

El seminario puede trabajar durante días, meses y años hasta dar por terminada la labor. Es importante que deje el tiempo necesario a la planeación y organización de trabajo.

Con respecto al tiempo, otro autor refiere que es recomendable que cada sesión no exceda de una hora, ya que es suficiente para llegar a una conclusión.

4.0 RECURSOS:

El ambiente físico donde tendrá lugar el seminario, en la primera sesión y cuando se requiera que todo el grupo esté presente, deberá ser tranquilo y confortable, contando con el material necesario (pizarrón, gises, etc.) el equipo expositor estará ubicado en un escenario donde puedan ser vistos por todo el grupo grande, las sillas disponibles a ellos pueden ser movibles, las demás serán fijas. El asesor puede colocarse entre el grupo o con los expositores.

La ubicación donde se llevarán a cabo las reuniones de los subgrupos, serán salones pequeños, contando con una mesa y los suficientes asientos movibles para los miembros.

5.0 PLANTEAMIENTO Y ORGANIZACION:

- 5.1 El tema será seleccionado y se investigará.
- 5.2 El maestro orientará a los alumnos acerca de las posibles formas de --
investigación.
- 5.3 Los alumnos sugerirán lo relativo a calendario, plan de acción y obje__
tivos.
- 5.4 Se nombrará un presidente y un secretario, así como un moderador y --
un relator por cada equipo.
- 5.5 Se determinará el número de jornadas que comprenderá el Seminario y
el tiempo de cada sesión.
- 5.6 Se dividirá el grupo en equipos de trabajo.

6.0 DESARROLLO:

- 6.1 El equipo expositor y la directiva se instalará en un lugar visible para
todos. El maestro puede colocarse entre el grupo.
- 6.2 El presidente presentará al grupo a cada uno de los expositores y a --
continuación declarará abierta la sesión.
- 6.3 Si no se trata de la primera sesión, el secretario leerá el acta de la
sesión anterior.
- 6.4 El presidente expondrá los temas que se van a desarrollar.
- 6.5 Los alumnos de cada equipo presentarán su trabajo en un tiempo fijado
de acuerdo con el número de expositores de cada equipo. La discusión
del tema será libre.
- 6.6 La exposición de los ponentes podrá hacerse oralmente - - - - -

o por escrito y en la forma que deseen, ya sea por medio preguntas, comentarios, lecturas o combinando estas formas. Podrán auxiliarse del material didáctico necesario.

- 6.7 Terminada la exposición el secretario tomará nota de los alumnos que deseen hacer alguna pregunta y los invitará a intervenir en el orden en que se registraron.
- 6.8 Una vez que hayan terminado de hablar los alumnos registrados podrán hacerlo otros aunque no se hayan anotado con el secretario.
- 6.9 Cuando el presidente considere que se ha discutido suficiente el tema, invitará al primer relator a que anote las conclusiones que serán consignadas en una acta.
- 6.10 El secretario formulará una acta, la cual deberá firmar el presidente y aprobar el maestro.

7.0 EVALUACION:

Se hará:

- 7.1 En relación con el objetivo, es decir éste se logró total o parcialmente.
- 7.2 En relación con el contenido, si las conclusiones abarcaron todos los aspectos del tema estudiado.
- 7.3 Eficacia de la investigación.
- 7.4 Presentación del tema en forma adecuada.
- 7.5 Material didáctico usado.
- 7.6 Exposición clara y precisa.

7.7 Si todos los integrantes del grupo participaron.

La evolución del grupo:

7.8 Por el interés que hayan manifestado en las exposiciones.

7.9 Por su participación en el trabajo.

La evaluación podrá hacerse en forma oral o escrita, ya sea por medio de preguntas o pruebas objetivas.

MATERIAL Y METODO:

La información anteriormente descrita, se obtuvo por me dio de citas bibliográficas, que tratan sobre técnicas de ense-- ñanza.

CONCLUSIONES:

Proponemos en forma descriptiva, de que manera se podría ma nejar un seminario, de acuerdo al sistema antes mencionado; to mando en consideración que los seminarios comprenden varios - temas y muy amplios, los cambios a realizar serán en cuanto a:

INTEGRANTES:

Un grupo grande (60) , dividido en cuatro subgrupos de -- quince participantes, que a su vez, se dividirán en equipos de - trabajo formados por cinco personas como máximo, de las cua- les se seleccionará un jefe de equipo encargado de dirigir el -- trabajo.

El asesor podrá fungir como presidente y moderador de-

cada sesión. La exposición estará dada por todo el equipo.

TIEMPO:

Es importante que desde la primera clase del Seminario Clínico, el alumno cuente con un calendario de los temas que se tratarán durante el semestre y la bibliografía a consultar, siendo de preferencia de publicaciones actualizadas. De esta forma el alumno contará con suficiente tiempo para preparar el tema.

Para dar por visto el seminario, se considera necesario dar dos clases, con duración de una hora cada una. En la primera hora se tratarán las conclusiones del subgrupo y en la siguiente hora se integrará el grupo completo para obtener el resultado de los criterios profesor-alumno.

EVALUACION:

- a) Evaluación previa del tema.
- b) Presentación del tema escrito.
- c) Exposición clara y precisa del tema.
- d) Participación de los alumnos presentes.
- e) Evaluación final del tema al grupo completo.

BIBLIOGRAFIA.

Agustín Antonio Albarrán.

Dinámica de Grupos.

Colección el Maestro en Acción.

Cirilialo Villaverde.

Dinámica de Grupos y Educación.

Ed. Humanitas.

Apuntes de la Escuela Nacional Superior No. 1.

Edo. de México.

Manual de Tecnología Educativa.

CONCEPTOS BASICOS Y GENERALIDADES DE ANATOMIA.

UNIDAD 2

CONCEPTOS BASICOS Y GENERALIDADES DE ANATOMIA.

A continuación hacemos la descripción anatómica en forma superficial de las estructuras adyacentes, que están en íntima relación con la región que se tratará quirúrgicamente que es la de los terceros molares.

I.-- OBJETIVO:

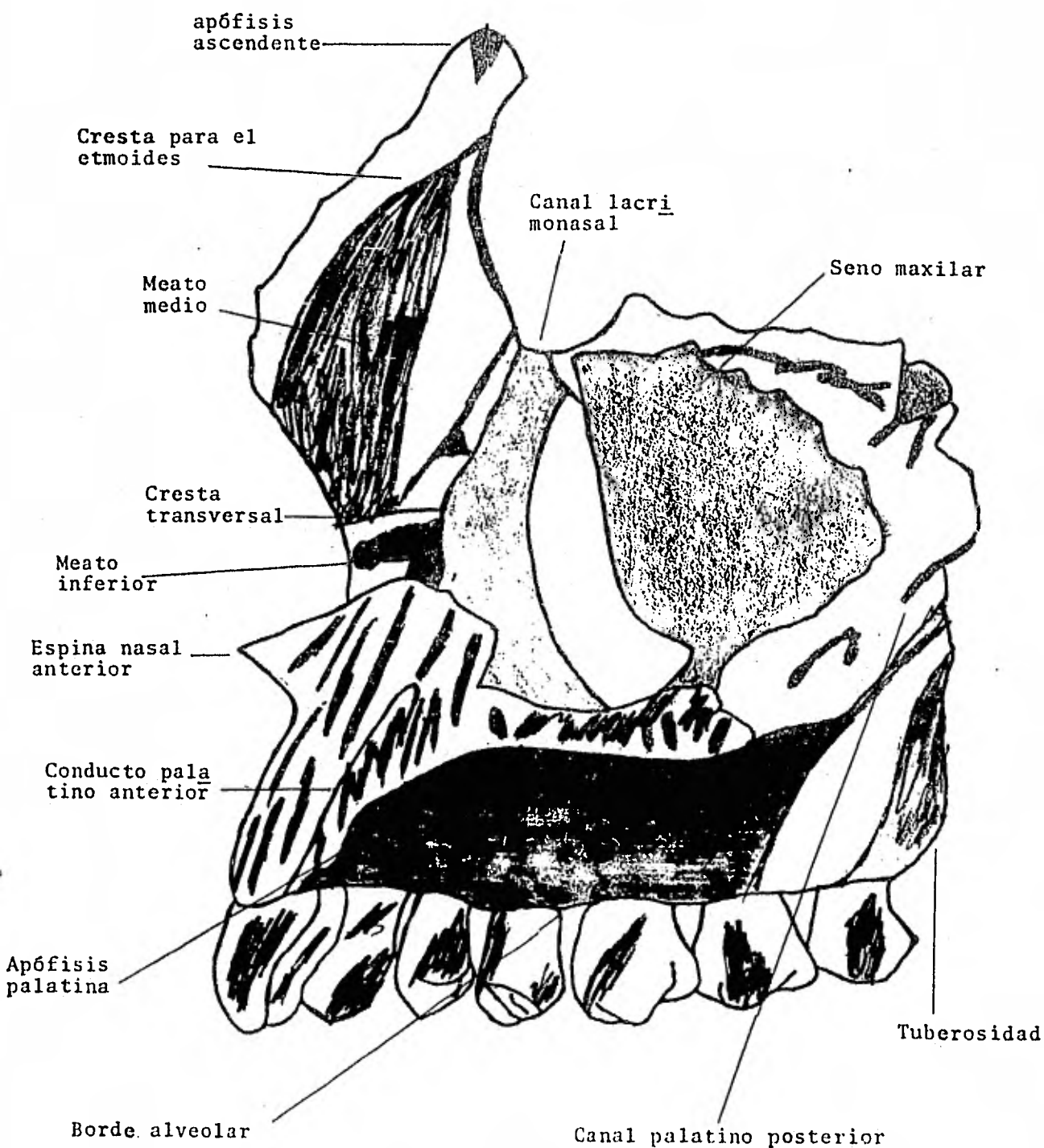
El objetivo de este capítulo, está destinado únicamente para los profesores y alumnos, que quieren resolver alguna -- duda sobre este tema, ya que esta unidad se expone más profundamente, desde los primeros semestres de la carrera.

II.-- ANATOMIA DE LA REGION DE LOS TERCEROS MOLARES:

A. OSTEOLOGIA:

MAXILAR SUPERIOR: Es un hueso par de forma cuadrilátera situado en el centro de la cara; ambos forman por su -- unión y con los palatinos dicho maxilar también contribuye a la forma ción de dos fosas; la cigomática y la pterigomaxilar. Cada hueso consta de un cuerpo y cuatro apófisis llamadas: piramidal, ascendente, -- alveolar y palatina. .

El cuerpo está constituido por cuatro bordes: anterior, posterior, superior e inferior, y dos caras: la interna o nasal



ESQUEMA 1. MAXILAR SUPERIOR

y la externa; ésta última presenta tres caras: anterior o facial, posterior o subtemporal y superior u orbitaria.

La cara posterior o subtemporal, se encuentra perforada cerca de su porción central por las aberturas de los conductos dentarios que ocupan los premolares y molares, continuándose en canales para dar paso a los nervios dentarios posteriores y a las ramas de la arteria alveolar; hacia abajo está el borde posterior constituyendo la tuberosidad maxilar, que es una eminencia redondeada y esponjosa, siendo más prominente después de la salida del tercer molar; el borde alveolar termina en esta eminencia.

La cara posterior en su porción superior está en contacto con la fosa pterigomaxilar, y la inferior se articula con el hueso palatino; entre la tuberosidad y éste último hueso se encuentra el conducto palatino posterior.

Frecuentemente se presentan expansiones sinusales o divertículos, en el borde posterior del seno maxilar o antro de Highmore, que se relaciona con la tuberosidad o la región del tercer molar superior. (Ver esquema 1).

MAXILAR INFERIOR: está situado en la parte inferior y posterior de la cara, es un hueso imparcentral, simétrico y fuerte, en el que se insertan los dientes inferiores y los músculos masticadores. Consta de una porción horizontal, el cuerpo y dos extremos laterales o ramas ascendentes.

El cuerpo tiene forma de herradura, cuya concavidad mira hacia atrás, de dos caras (anterior o externa y posterior

o interna); y dos bordes (borde superior o alveolar y borde inferior).

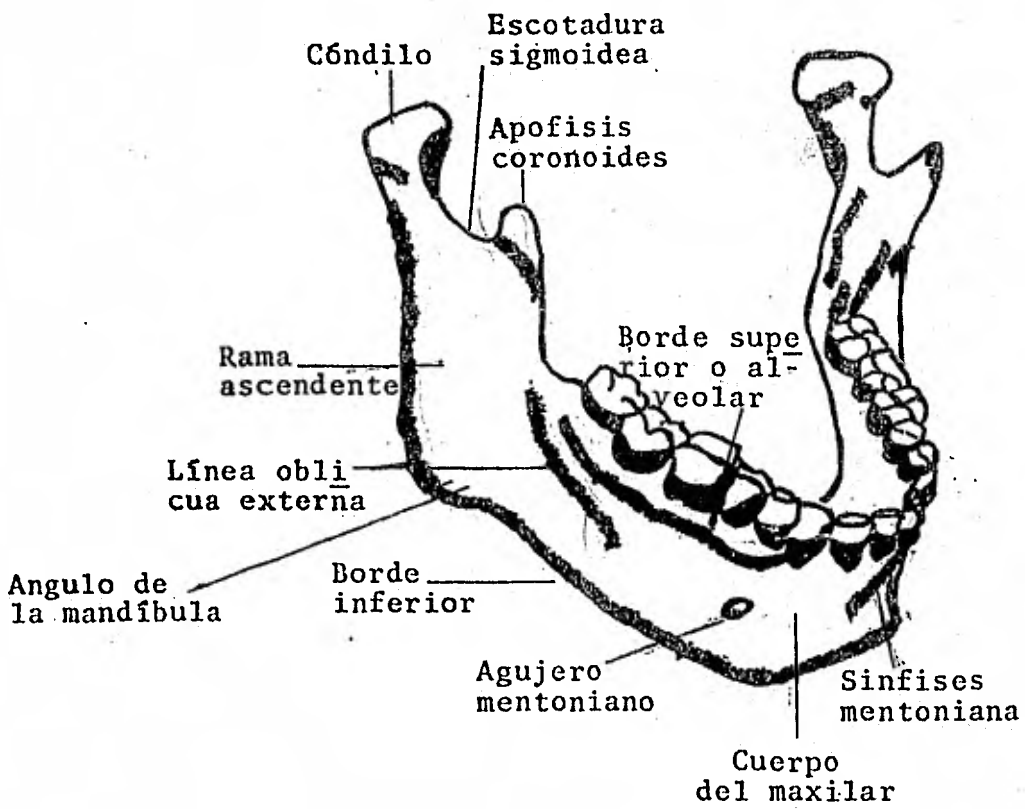
Las ramas o porción perpendicular del hueso, tiene dos caras (cara externa e interna), cuatro bordes (anterior, posterior, superior e inferior). y dos apófisis (coronoides y el cóndilo del maxilar inferior).

El cuerpo del maxilar inferior en su cara posterointerna presenta una línea oblicua interna, rugosa y prominente, conocida como línea milohioidea, que pasa por debajo de los ápices del primer y segundo molares, cruzando los ápices de los terceros por detrás se confunde con el borde anterior de la rama, y en algunas ocasiones, coincide con el límite superior del conducto dentario.

El conducto dentario inferior, se localiza en la cara interna de la rama mandibular, el cual permite el paso a los vasos y nervios dentarios inferiores, por delante y debajo de este orificio se encuentra la espina de Spix, que da inserción al ligamento esfenomaxilar. El conducto tiene un trayecto inferobucal en dirección a las raíces de los molares; el tercer molar puede estar muy próximo a contraer relaciones diferentes con dicho orificio.

La línea oblicua externa, cruza en diagonal la cara externa del maxilar inferior y va a terminar, en forma de panacho, a nivel del primer molar. Esta línea es una prolongación del borde anterior de la rama mandibular. (ver esquema 2).

Reclus y Madeleine Pelletier, comprobaron que el borde superior del cuerpo de la mandíbula, es más largo del lado derecho, aproximadamente unos 4mm., por lo que al erupcionar el tercer molar del lado izquierdo se presentan con mayor frecuencia accidentes dentarios.



ESQUEMA 2. MAXILAR INFERIOR.

Winter le llamó séptum, a la porción ósea situada--- entre las raíces del tercer molar inferior retenido, que está compuesto, por hueso esponjoso, cuya forma es variable y está en relación directa con la posición del molar y la disposición de sus raíces.

El interséptum es el espacio de forma variable, situado entre el tercero y el segundo molar.

La biomecánica básica que interviene en los movimientos y posiciones de la mandíbula, se debe a los músculos masticadores - que están insertados en el .

B)- Miología (ver esquema 3).

MASETERO: Es un músculo corto, grueso adosado a - la cara externa de la rama del maxilar inferior, se compone de dos por - ciones; superficial y profunda.

La porción superficial se origina en la apófisis cigomática, y en el borde inferior del arco cigomático, insertándose sus fibras -- en el ángulo de la mandíbula. La porción profunda se origina en toda la - cara interna del arco cigomático, y se van a insertar sus fibras en la cara externa de la apófisis coronoides del maxilar. Su función principal es - la elevación del maxilar, también actúa proporcionando la fuerza para la masticación.

TEMPORAL: Es un músculo en forma de abanico con - bordes delgados, tiene su origen en la fosa temporal, sus fibras conver - gen y descienden, terminando en tendón que pasa por debajo del arco cigo - mático insertándose en la cara interna de la apófisis coronoides y en el - borde anterior de la rama del maxilar inferior, hasta las proximidades

del último molar. Su acción es principalmente dar posición al maxilar inferior durante el cierre.

PTERIGOIDEO INTERNO: Músculo cuadrilátero, situado en la cara interna de la rama de la mandíbula se origina en la fosa pterigoidea, desde este punto el músculo se dirige hacia abajo, atrás y afuera insertándose en el ángulo del maxilar, por el ligamento esfenomaxilar. Su función principal es la elevación y colocación en posición lateral a la mandíbula.

PTERIGOIDEO EXTERNO: Es un músculo grueso y corto, de forma cónica, cuya base corresponde al cráneo y el vértice al cóndilo, tiene dos orígenes; uno en la superficie del ala externa de la apófisis pterigoideas y el otro en el ala mayor del esfenoides que forma la fosa cigomática, desde este punto los dos fascículos se dirigen hacia atrás en busca de la articulación temporomaxilar, se unen entre sí y se insertan juntos en el cuello del cóndilo y en el menisco articular. Su acción es descender la mandíbula, dirigir hacia adelante y moverla lateralmente.

C.- NEUROLOGIA: (ver esquema 4)

NERVIO TRIGEMINO: Es el mayor de los nervios craneales tiene dos orígenes uno aparente en la cara anterior de la protuberancia y otro real en el cóvum de Meckel, El Ganglio de Gasser es una masa de sustancia nerviosa, tiene forma de media luna, está situada en un ahuecamiento del vértice del peñasco, por su borde convexo emite tres ramas principales, estas son:

RAMA OFTALMICA: Es la más interna de las tres terminales. Al desprenderse del ganglio de Gasser se dirige a la pared externa del

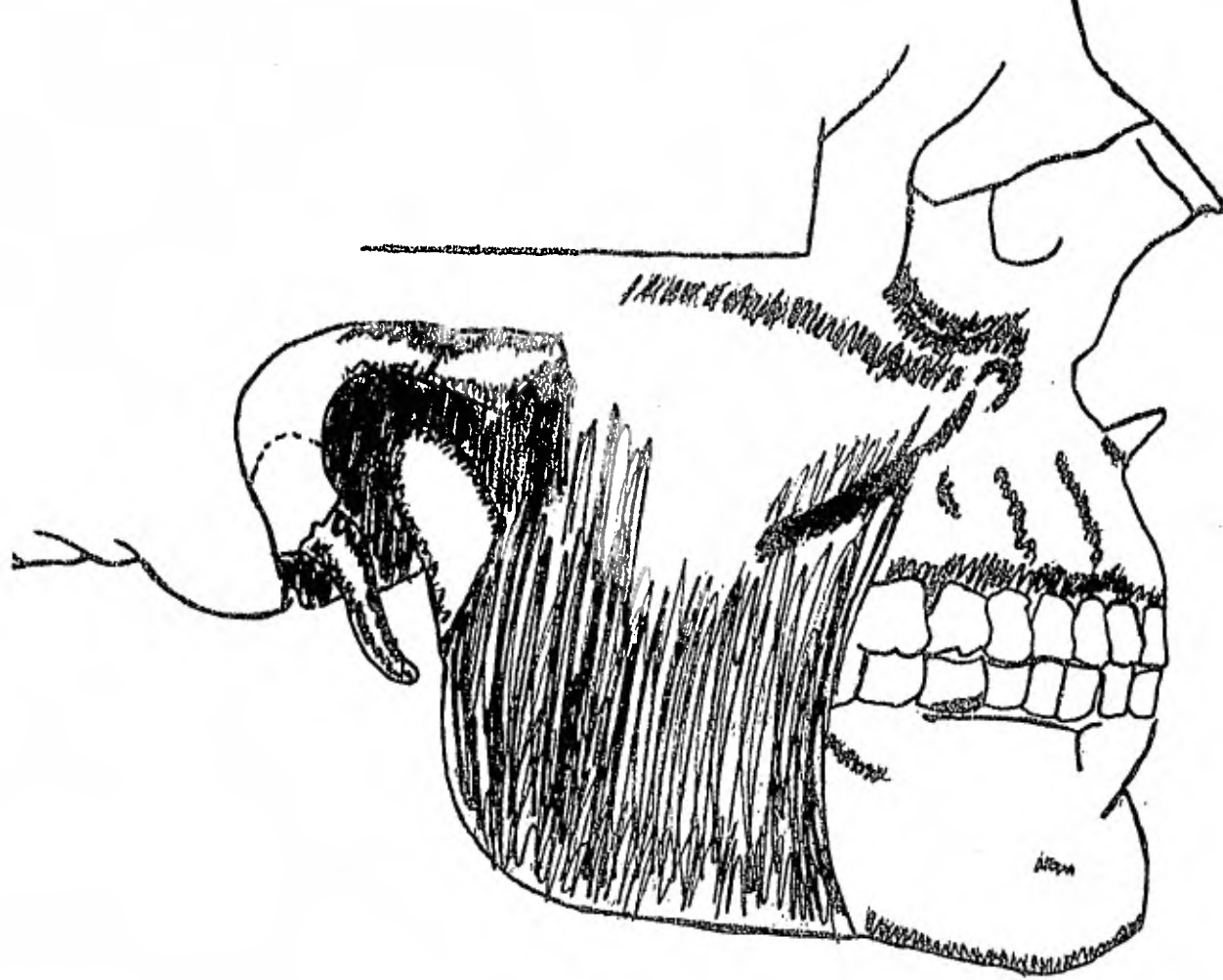
seno cavernoso para continuar hacia la hendidura esfenoidal que le da paso a la órbita, en este recorrido guarda gran relación con el nervio patético, el motor ocular común y el motor ocular externo; emitiendo también un ramo sensitivo que es el Arnold; tanto los ramos citados anteriormente, como el de Arnold pueden considerarse como ramas colaterales del oftálmico.

Al llegar a la hendidura esfenoidal el nervio oftálmico da tres ramas terminales:

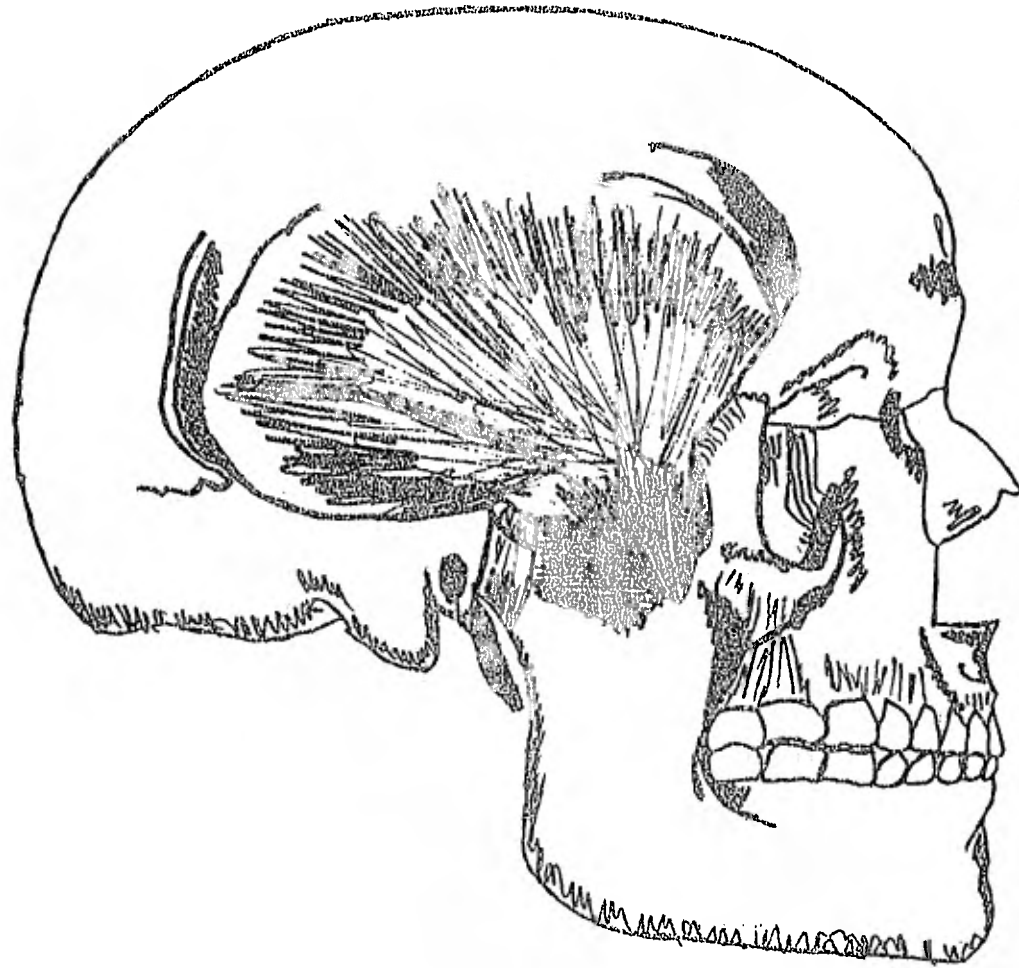
a) RAMA INTERNA O NERVIO NASAL: Llamada también - nasociliar, atraviesa la hendidura esfenoidal, cruzando la cara superior del nervio óptico, para alcanzar la pared interna de la cavidad orbitaria y al llegar al agujero orbitario interno anterior, termina bifurcándose.

En su trayecto el nervio nasal de tres ramas colaterales que son: La raíz sensitiva del ganglio oftálmico; los nervios ciliares largos, que se juntan al grupo de los nervios ciliares salidos del ganglio oftálmico para distribuirse en el globo ocular; y el filete esfenoidal, que se introduce en el agujero orbitario interno y posterior para inervar la mucosa del seno esfenoidal. Por último las dos ramas terminales del nasal resultado de su bifurcación son: Nasal externo, que recorre la pared interna de la órbita, distribuyéndose por la región interciliar, las vías lagrimales y la pared de la nariz la nasal interna que atraviesa el conducto orbitario interno anterior, llega al cráneo y penetra en las fosas nasales por el agujero-etmoidal; se distribuye en ella por dos ramos, uno para el tabique y el otro para la pared externa de las fosas nasales y la piel de la nariz.

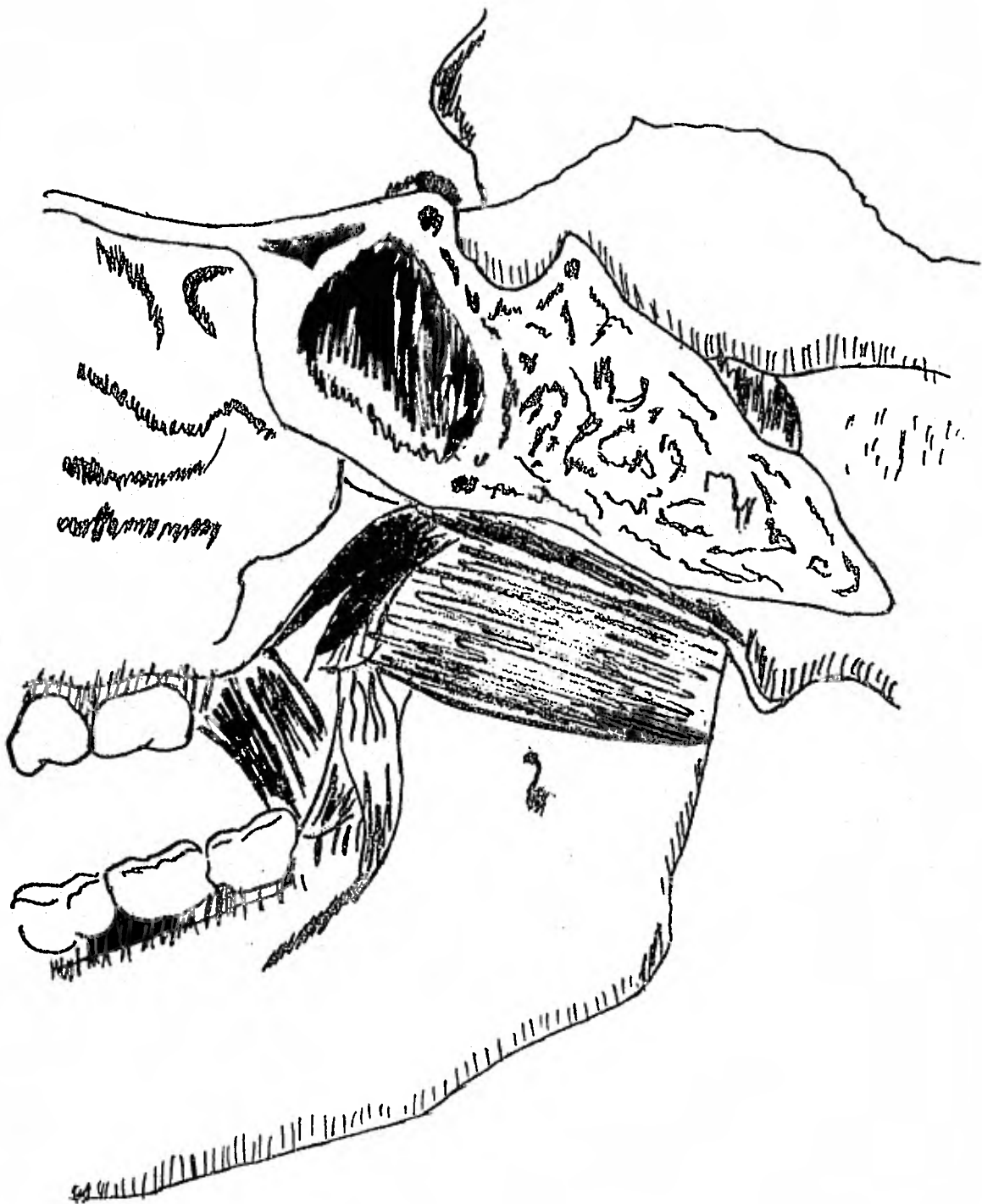
b) RAMA MEDIA O NERVIO FRONTAL: Penetra en la órbita por la parte superior e interna de la hendidura esfenoidal, atraviesa



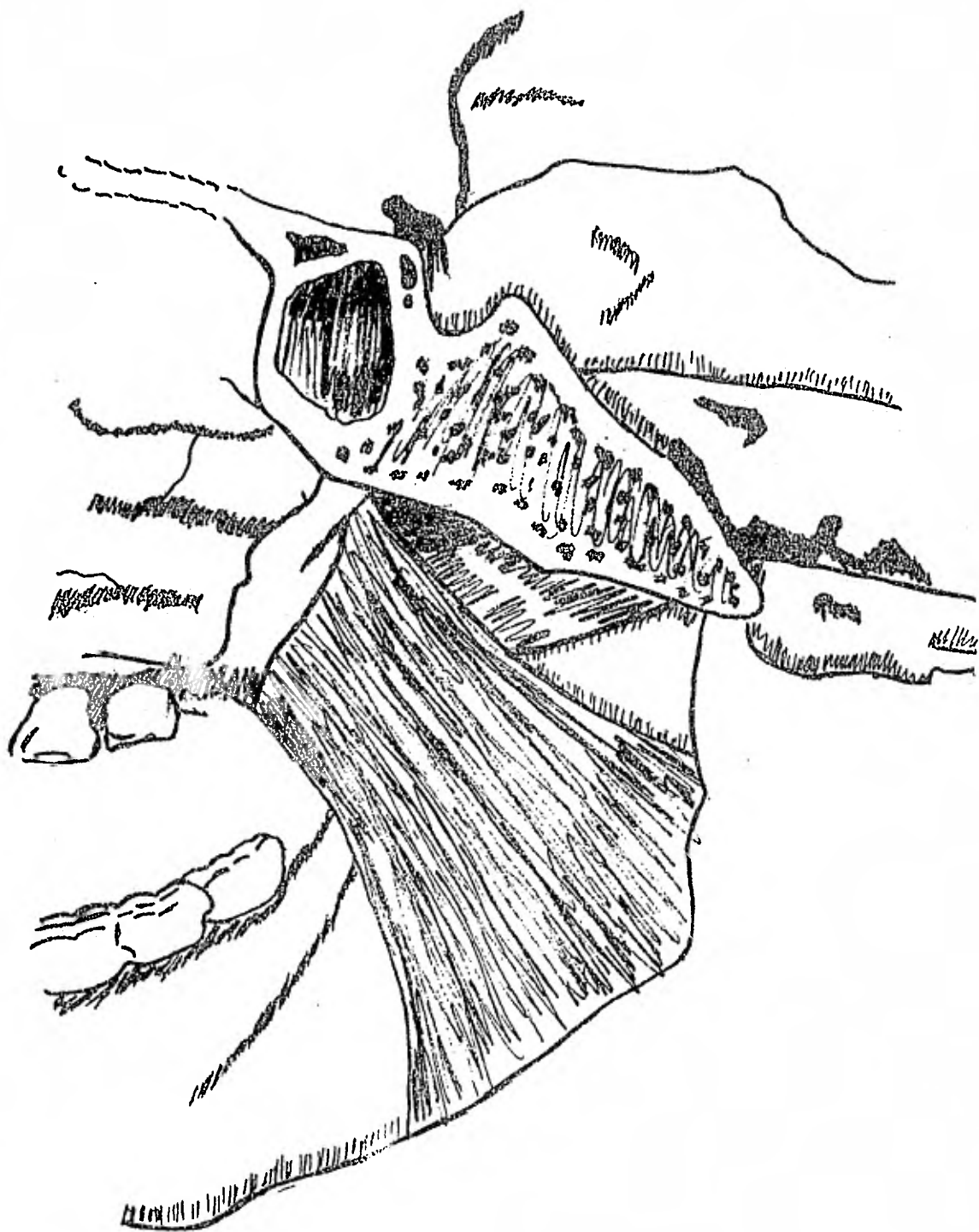
ESQUEMA 3. MUSCULO MASETERO.



ESQUEMA 3. MUSCULO TEMPORAL.



ESQUEMA 3. PTERIGOIDEO EXTERNO.



ESQUEMA 3. PTERIGOIDEO INTERNO.

la órbita de atrás a delante por la pared superior de esta cavidad, a nivel del reborde orbitario se bifurca para dar dos ramas que son: El primero es el ramo frontal externo que atraviesa el agujero supraorbitario y se distribuye en la región frontal, el párpado superior y por el espesor del seno frontal. El segundo es el ramo frontal interno que se distribuye por la pared interna de la región frontal, del párpado superior y la nariz.

c) RAMA EXTERNA O NERVIO LAGRIMAL: Penetra en la órbita por la parte más externa de la hendidura esfenoidal, sigue la pared externa de la órbita, se dirige hacia la glándula lagrimal, en este trayecto se anastomosa con el patético y con el ramo orbitario del maxilar superior. Al llegar a la glándula, se divide dando ramas lagrimales y palpebrales; las primeras se distribuyen por la glándula lagrimal, en tanto que las segundas alcanzan el párpado superior.

NERVIO MAXILAR SUPERIOR: Es la rama media del trigémino, tiene su origen en el borde inferior del ganglio de Gasser, entre el oftálmico, que se encuentra por dentro y el maxilar inferior que se encuentra por fuera; desde este punto se dirige hacia el agujero redondo mayor por el cual sale del cráneo para llegar a la fosa pterigomaxilar a la que atraviesa alcanzando la extremidad posterior del canal suborbitario, al cual penetra y lo recorre de atrás a delante, para terminar en la mejilla.

El nervio maxilar superior proporciona durante su recorrido cinco ramas colaterales, y una terminal que son:

a) RAMA MENINGEA MEDIA: Nace en el trayecto intracraneal, siguiendo a la arteria meníngea media.

b) RAMA ORBITARIA: Nace en la fosa pterigomaxilar, pe-

netra en la órbita por la hendidura esfenomaxilar en donde se divide en dos ramas: una superior o lagrimopalpebral que inerva a la glándula lagrimal, y otra inferior o temporomalar que inerva la piel de estas dos regiones.

c) RAMAS DEL GANGLIO ESFENOPALATINO: Son dos o tres, delgados y muy cortos, que nacen en la fosa pterigomaxilar y van a terminar al ganglio esfenopalatino.

d) RAMOS DENTARIOS POSTERIORES: Son dos o tres que perforan la tuberosidad del maxilar superior y se distribuyen por los molares premolares, alveolos, seno maxilar y por el espesor del hueso de la región.

e) RAMA DENTARIA ANTERIOR: Se distribuye por la mucosa del conducto nasal, por los incisivos, caninos, alveolos, mucosa gingival y por el espesor del hueso de la región.

La rama terminal corresponde a llamado penacho suborbitario, que se distribuye por el párpado inferior, el labio superior y la piel del ala de la nariz.

NERVIO MAXILAR INFERIOR: Es la tercera rama del trigémino, la forman dos raíces; una sensitiva, que procede del ganglio de Gasser, y la otra motriz que es la raíz pequeña del trigémino, al salir del cráneo por el agujero oval se divide en cinco ramas colaterales y dos terminales que son:

a) NERVIO TEMPORAL PROFUNDO MEDIO: Inerva al músculo temporal, durante su trayecto recibe anastomosis del nervio maseterino y del bucal.

b) NERVIO MASETERINO: Atraviesa la escotadura sigmoidea y penetra en el músculo masetero, innervando la articulación temporoma-

xilar y el músculo temporal profundo anterior.

c) NERVIO BUCAL: Penetra entre los dos fascículos del pterigoideo externo, se dirige hacia el buccinador, inervando la piel de las mejillas, la mucosa bucal, pterigoideo externo, y el temporal profundo anterior.

NERVIO PTERIGOIDEO INTERNO: Atraviesa el ganglio ótico, al dejarlo inerva el músculo pterigoideo externo (aunque es inervado en su mayor parte por el nervio bucal), termina en el pterigoideo interno distribuyéndose en la masa muscular.

NERVIO AURICULOTEMPORAL: Antes de llegar al cóndilo inerva el ganglio ótico, la arteria meníngea, media y la articulación temporomaxilar, a nivel del cuello del cóndilo se distribuye por la parótida el conducto auditivo, el pabellón del oído y en el plano, superficial de la región temporal.

Las dos ramas terminales del nervio maxilar inferior son: el dentario inferior y la lingual.

NERVIO DENTARIO INFERIOR: Se dirige hacia abajo y adelante entre los dos músculos, pterigoideos y se introduce en el conducto dentario inferior. En su largo trayecto da un ramo anastomótico para el lingual y el nervio milohioideo, este último inerva al músculo milohioideo y el vientre anterior del digástrico. Dentro del conducto dentario da ramos para los molares, alveolos, encía y hueso. Termina formando el nervio incisivo que inerva a los incisivos y a los caninos, el nervio mentoniano que se distribuye por la piel de la región mentoniana y la mucosa del labio.

NERVIO LINGUAL: Primero sigue un trayecto descendente entre los dos músculos pterigoideos, después se hace horizontal, y se dirige a la punta de la lengua. En su recorrido, el nervio lingual presenta cuatro anastomosis: Con el dentario inferior, facial, hipogloso y milohioideo; distribuyéndose por la mucosa lingual en sus dos tercios anteriores, por el velo del paladar y dos pequeñas masas ganglionares: El ganglio submaxilar y ganglio sublingual.

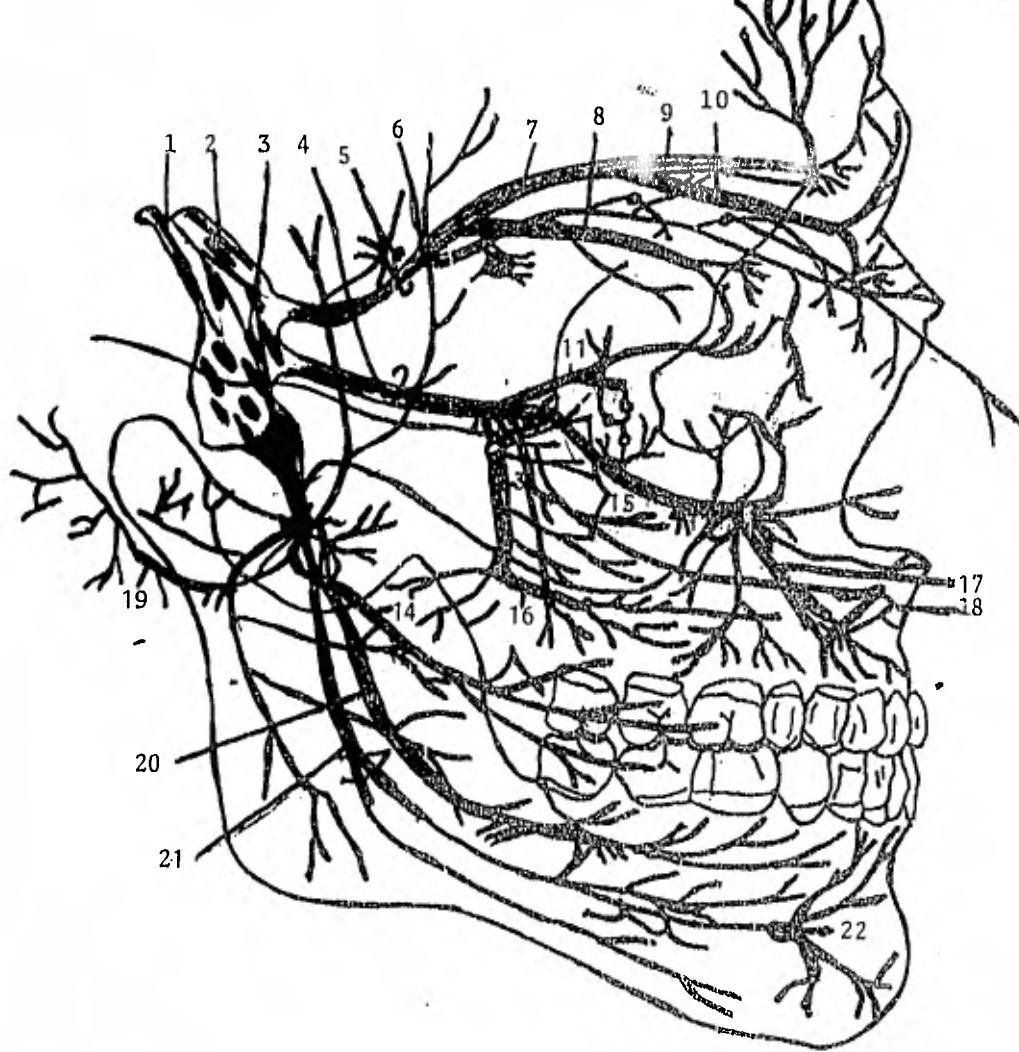
d) CADENAS GANGLIONARES:

GANGLIO LINFATICO SUBMAXILAR: Los ganglios linfáticos submaxilares están cituados cerca de la glándula submaxilar o incluidas en ella, reciben, el drenaje superficial y profundo de la porción anterior de la cara y vasos de las glándulas sublingual y submaxilar. También les llegan vasos de los ganglios linfáticos submentonianos y de los ganglios cervicales profundos incluyendo el yugulodigástrico y el yugulohioideo.

GANGLIO LINFATICO SUBMENTONIANO: Situado entre los digástricos por debajo del milohioideo, reciben el drenaje superficial y profundo de la región, les llegan vasos de ambos lados de la línea media y envían troncos colectores eferentes a los ganglios linfáticos submaxilares y a los ganglios yugulodigástricos.

e) ARTERIAS: (ver esquema 5)

De la carótida primitiva emergen dos ramas, la carótida interna; que están destinadas a proporcionar riego a la extremidad cefálica. La irrigación de los maxilares, proviene de la arteria lingual, facial, y maxilar interna, que son ramas de la carótida externa.



1. N. trigémino
2. Ganglio de Gasser
3. N. maxilar inferior y agujero oval
4. N. maxilar superior y agujero redondo mayor
5. N. oftálmico y hendidura esfenoidal
6. N. nasal
7. N. frontal
8. N. lagrimal
9. N. frontal externo
10. N. orbitario interno
11. N. orbitario
12. Ramas alveolares anterosuperiores
13. Ramas alveolares posterosuperiores
14. N. bucal
15. Ramas nasales posteriores
16. N. palatino anterior
17. N. infraorbitario
18. N. nasopalatino
19. N. auriculotemporal
20. N. lingual
21. N. alveolar inferior
22. N. mentoniano

ESQUEMA 4. NEUROLOGIA.

ARTERIA LINGUAL: Se desprende de la parte anterior de la carótida externa dirigiéndose hacia el vértice del asta mayor del hioides, dividiéndose en tres ramas colaterales: suprahiodea, dorsal de la lengua y sublingual; tiene una rama terminal que es la arteria lingual profunda o rana.

ARTERIA FACIAL: Se desprende como la precedente de la parte anterior de la carótida externa, un poco más arriba que la lingual, siguiendo un curso descendiente y anterior entre la cara externa de la glándula submaxilar y el músculo pterigoideo interno hasta alcanzar el borde inferior del maxilar inferior. La arteria facial durante su trayecto proporciona varias ramas colaterales; entre estas se encuentra la coronaria del labio inferior y la coronaria del labio superior. Su rama terminal recibe el nombre de arteria angular; se anastomosa con la arteria nasal, rama de la oftálmica.

a) **CORONARIA DEL LABIO INFERIOR:** Tiene su origen a la altura de la comisura de los labios, para insinuarse en el espesor del labio inferior y terminar anastomosándose con la del lado opuesto.

b) **CORONARIA DEL LABIO SUPERIOR:** Se desprende de la facial un poco más arriba que la anterior y como ésta se dirige al espesor del labio superior para distribuirse en él y terminar anastomosándose con su homólogo.

ARTERIA MAXILAR INTERNA: Nace a nivel del cuello del cóndilo; sus ramas más importantes son: la arteria meníngea media para la duramadre, la arteria dentaria y alveolar, para los maxilares y los dientes.



1. ARTERIA TEMPORAL, 2. ARTERIA TRANSVERSAL DE LA CARA, 3. ARTERIA MAXILAR INTERNA, 5. ARTERIA ANGULAR, 6. ARTERIA CORONARIA DEL LABIO SUPERIOR, 7. ARTERIA CORONARIA DEL LABIO INFERIOR, 8. ARTERIA SUBMENTAL, 9. ARTERIA FACIAL, 10. ARTERIA LINGUAL, 11. ARTERIA TIROIDEA SUPERIOR, 12. ARTERIA CAROTIDA EXTERNA, 13. ARTERIA CAROTIDA INTERNA, 14. ARTERIA CAROTIDA PRIMITIVA.

ESQUEMA 5

ARTERIA MENINGEA MEDIA: Envía ramas delgadas al ganglio de Gasser, y se distribuye en la caja del tímpano.

ARTERIA DENTARIA INFERIOR: Nace en las proximidades del cuello del cóndilo de la mandíbula y siguiendo un trayecto descendente-hacia la espina de Spix, se reúne con la vena y nervio dentario inferior, para formar el paquete dentario que penetra por el conducto dentario, dentro de éste da ramas para el hueso, que se introduce por las raíces dentarias para distribuirse en la pulpa; a nivel del agujero mentoniano da un ramo para los incisivos inferiores y un ramo mentoniano.

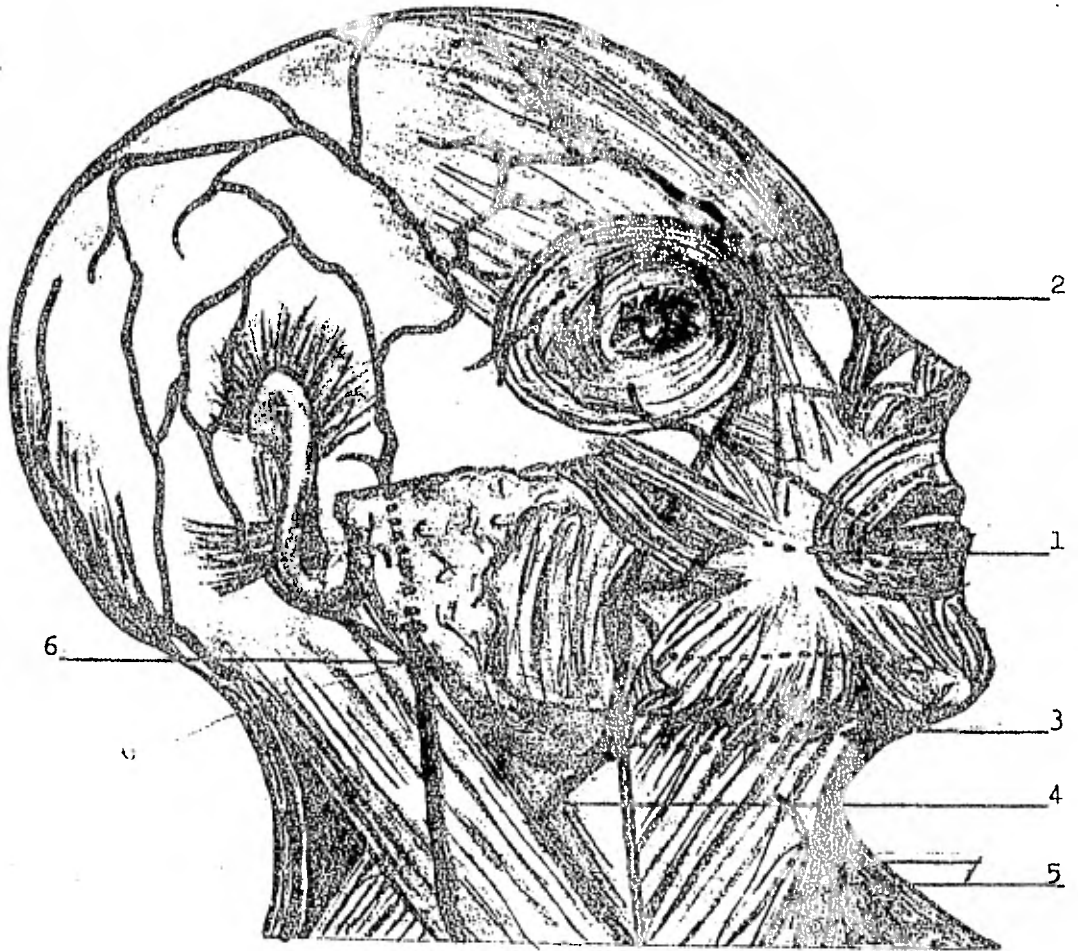
ARTERIA ALVEOLAR: Desciende sobre la cara posterior del maxilar superior, se ramifica y acompañado a los nervios dentales posteriores se distribuye en el seno maxilar, encías, molares y premolares. Estas dos últimas arterias acompañadas de la infraorbitaria, pueden entrar a la pulpa como una arteria única o como varias arterias pequeñas.

f) **VENAS:** (ver esquema 6).

Las venas de la cara se dividen en superficiales y profundas las que están en más íntima relación con los maxilares son:

VENA FACIAL: Es una vena superficial que pasa sobre el buccionador, adosándose al borde anterior del masetero, hasta el borde inferior de la mandíbula. En la cara recibe varias venas, entre ellas, la vena alveolar que se origina del plexo alveolar situado detrás de la tuberosidad del maxilar superior.

VENA MAXILAR: Es una vena profunda, pasa entre el cóndilo de la mandíbula y el ligamento esfenomaxilar, está formada por la



1. VENAS CORONARIAS LABIALES SUPERIOR E INFERIOR, 2. VENA SUPRA ORBITARIA, 3. VENA SUBMENTONIANA, 4. VENA FACIAL, 5. VENAS YUGÜ LARES ANTERIORES, 6. VENA YUGULAR EXTERNA (FORMADA POR LA VENA-AURICULAR POSTERIOR Y TEMFOROMAXILAR)

ESQUEMA 6

confluencia de las venas del plexo pterigoideo. Las venas que forman este plexo son: las venas temporales profundas, pterigoideas, dentarias inferiores maseterinas y manígea media.

Hay una vena del cuello, que se relaciona con los maxilares y es la vena yugular externa; ésta nace al nivel del cuello del cóndilo; está formada por la unión de la retromaxilar con la vena auricular posterior; al principio es intraparótida después se hace superficial, cubierta por la piel y el músculo cutáneo.

III.- ANATOMIA DE LOS TERCEROS MOLARES:

A) TERCER MOLAR SUPERIOR:

Su mineralización tiene múltiples fallas debido a que el desarrollo del folículo se lleva a cabo en la edad de pobre metabolismo cálcico, ya que en ésta etapa se realiza el crecimiento general del organismo.

No puede hacerse una descripción cabal de su anatomía, por el conjunto de fisonomía caprichosas que presenta, tanto de la corona como de la raíz.

Sus movimientos de erupción son: de apical a oclusal y fuertemente hacia vestibular y distal; por lo que frecuentemente su posición definitiva, queda fuera del plano de oclusión de los otros molares superiores. El arco dentario está completo y en adecuado funcionamiento, cuando hace erupción el tercer molar, por lo que casi siempre presenta alteraciones acompañadas de dolor.

B) TERCER MOLAR INFERIOR:

Su corona presenta una variedad de formas, tamaño y estado

La raíz es bífida; pero se le puede encontrar unirradicular o multirradicular en diferentes formas: rectas; rectas y divergentes; mesial recta y distal curvada hacia distal y mesial o viceversa - ambas curvadas solidariamente, hacia distal o hacia mesial; divergentes y curvadas; convergentes y curvadas, sin fusionarse; convergentes curvadas, fusionadas; convergentes y curvadas entrecruzadas; fusionadas; hiper cementosis; e incompletas.

Rafael Esponda nos informa, que los terceros molares inferiores aproximadamente en un 60% de los casos no hace oclusión; más de la mitad de las veces no hace erupción, en este caso se le da el nombre de molares incluidos.

Los Drs. Jaskel y Schein examinaron y describieron las estructuras histológicas pulpaes que aparecen en dientes que han completado su formación pero que no han hecho erupción por encontrarse incluidos. En ese estudio utilizaron ocho dientes incluidos que fueron extraídos quirúrgicamente.

La técnica histológica que se utilizó fué la de Stanley y Weaver.

Se enfocó todo el estudio a la normalidad y tratando a la vez de encontrar un cambio en la histología de las pulpas de los dientes incluidos. Se llegó a las siguientes conclusiones:

a) Las pulpas de los dientes incluidos no difieren de las pulpas normales de dientes erupcionados en cuanto a sus elementos celulares.

b) Las clasificaciones son frecuentes tanto en dientes erup-

cionados como en dientes incluidos y por lo tanto se consideran normales.

c) La formación de dentina secundaria es fisiológica y normal, por lo que ninguna influencia exógena para su formación es necesaria.

IV.- TERCEROS MOLARES INCLUIDOS:

A.- DEFINICION:

Los molares incluidos, Ries Centeno los define como aquellos que una vez llegada la época normal de erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

Los terceros molares erupcionan a la edad promedio de los 17 a los 21 años, encontrándose íntimamente relacionada al desarrollo somático y la maduración sexual. La formación o mineralización del ápice termina a los 25 años o más.

B) FRECUENCIA:

La presentación de terceros molares inferiores incluidos se ha reportado por Berten Cleszynski con frecuencia del 35.0 %, y por Blum en un 33 %. Diversos autores opinan que los terceros molares superiores, frecuentemente se presentan en un 9.0 %. Respecto al órgano dentario que con mayor frecuencia se encuentra incluido, Blum opina que es el camino, seguido del tercer molar y el diente supernumerario. Shafer, opina que el tercer molar y el canino superior. Berten Cleszynski asegura que es el tercer molar inferior, seguido del canino superior.

C) ETIOLOGIA: (DETERMINANTES MAS RELEVANTES --

DE LOS TERCERO MOLARES INCLUIDOS).

Los obstáculos que pueden interponerse a la erupción normal

de los terceros molares son:

a) Causas mecánicas: Discrepancia entre el tamaño del maxilar y de los dientes; falta de espacio, ejemplo: el germen del tercer molar inferior debe desarrollarse entre la cara distal del segundo molar, y la rama ascendente de la mandíbula, siendo estas dos inextensibles; elementos patológicos como la concentración de hueso esclerótico, quistes, restos radiculares y dientes supernumerarios.

b) Causas embriológicas: Evolución filogenética a través de los años, el organismo humano va sufriendo mutaciones debido a los factores ambientales, dichas mutaciones son transmitidas de generación en generación; si el germen dentario antes de comenzar sus movimientos eruptivos se encuentra en una dirección anormal, es de esperarse que erupcione con una angulación distinta a la que le corresponde pudiendo toparse con otros dientes en su camino.

c) Causas sistemáticas: Alteraciones de las glándulas endocrinas y en el metabolismo del calcio y la acción muscular anormal, como el Bruxismo.

B) CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES:

De acuerdo a la variabilidad de espacio que existe entre la rama ascendente y la cara distal del segundo molar; para permitir el acomodamiento del tercer molar es necesario conocer la clasificación de Fell y --

Gregory, que toma también en cuenta la profundidad del tercer molar en el hueso.

CLASIFICACION DE PELL Y GREGORY

(SEGUN SU ESPACIO)

I.- CLASE: Hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama y la cara distal del segundo molar para ubicar totalmente el -- diámetro Me-Di de la corona del tercero.

II.- CLASE: El espacio existente entre el borde anterior de la rama y la cara distal del segundo molar es menor que el diámetro --- Me-Di del tercero.

III.- CLASE: Toda o la mayor parte del molar se encuentra ubicada en la rama.

(SEGUN SU PROFUNDIDAD EN EL HUESO):

POSICION A: Es la más alta encontrándose al mismo nivel o por encima del nivel oclusal.

POSICION B: La porción más alta se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar, y por encima de la línea cervical del mismo.

POSICION C: La porción más alta se encuentra al mismo nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

CLASIFICACION DE WINTER:

Este autor clasificó los terceros molares incluidos para fines quirúrgicos basándose en su posición y desviación, usando cuatro puntos de referencia que son:

- 1.-Posición de la corona
- 2.-Forma radicular
- 3.-Naturaleza de la oseo-estructura que rodea al molar incluido.
- 4.-Relación con el segundo molar.

Según esto la clasificación es la siguiente para el tercer molar inferior.

a) POSICION VERTICAL:

El eje mayor del tercer molar es paralelo al eje mayor del segundo molar.

b) POSICION HORIZONTAL:

El eje mayor del tercer molar es perpendicular al eje mayor del segundo.

c) POSICION MESIOANGULAR:

El eje mayor del tercero forma con el eje mayor del segundo un ángulo de 45 grados abierto hacia abajo.

d) POSICION DISTOANGULAR:

Es opuesta a la anterior, el eje del tercero está dirigido hacia la rama.

e) POSICION BUCOANGULAR:

La corona se dirige hacia la tabla externa y sus raíces hacia la interna.

POSICION LINGUANGULAR:

La corona del tercer molar se dirige hacia la lengua y sus raices — hacia la tabla externa.

POSICION INVERTIDA O PARANORMAL:

La corona del tercer molar se dirige por regla general hacia el borde inferior del maxilar y sus raices hacia el cóndilo.

Las distintas posiciones que el tercer molar puede ocupar — en el maxilar superior, son las siguientes:

a) POSICION VERTICAL:

El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al — eje del segundo molar.

b) POSICION MESIOANGULAR:

La cara oclusal se dirige hacia mesial y la raíz hacia la apófisis — pterigoides.

c) POSICION DISTOANGULAR:

El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxi— lar, y la cara oclusal hacia la apófisis pterigoides.

d) POSICION HORIZONTAL:

El molar está dirigido hacia el carrillo; la cara oclusal está dirigi— da hacia la bóveda palatina.

e) POSICION PARANORMAL:

El molar incluido puede ocupar diversas posiciones, que no se en— cuentran en la clasificación dada.

V. MATERIAL Y METODO:

Toda la información anteriormente descrita, se obtuvo de — algunos artículos que presenta la asociación Dental Mexicana, y Libros de Anatomía Humana, Anatomía Dental y Neuroanatomía.

VI. CONCLUSIONES:

Para realizar la cirugía de un molar incluido, es necesario conocer, las estructuras adyacentes, y la naturaleza de la patología, para evitar complicaciones en nuestro trabajo.

VII. BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Anaya, Salvador, Análisis retrospectivo de 236 retenciones dentarias ADM. Vol. XXXVI. No. 3. p. 269-271 May-Jun. 1979.
- 2.- Chusid G. Joseph. V par craneal: trigémino. Neuroanatomía correlativa, Neurología Funcional. Editorial el Manual Moderno. P. 101 -- 103. 1977 .
- 3.- Escalona, Carlos José. Erupción Ectópica. ADM. Vol. XXXVI. No. - 6. p. 525-536 Sep.-Oct. 1979.
- 4.- Esponda, Rafael. Anatomía Dental. UNAM. p. 283-285, 314-316. -- 1975.
- 5.- Jaskel, Shime Toiber. Dientes no erupcionados. ADM. Vol. XXXV. No. 5. p. 403-412. Sep-Oct. 1978.
- 6.- Lockhart, R.D.; Hamilton, G.F.; Fife, FW.. Anatomía Humana. Nueva editorial Interamericana. p. 45, 50-54, 156-157, 310, 312, 314, - 605. 1965.

- 7.- Material de apoyo. Cirugía. 7o. Semestre ENEP. Zaragoza 1980.
- 8.- Mayo Goss, Charles. Anatomía Gray. Salvat Editores. p. 147--150, -
178-183, 364-372, 558-559, 647-650, 657-660. 1976.
- 9.- Petren Ture. Nervio Trigémino sinopsis anatómica Manual ilustrado de-
Odontología. Astra. p. 16-18.
- 10.- Palacio G. Alberto. Arterias de la Carótida externa. Técnicas qui-
rúrgicas de cabeza y cuello. Editorial interamericana. p. 101-104.
- 11.- Ranson Clark. Nervio Trigémino. Anatomía del sistema Nervioso. E-
ditorial interamericana. p. 251. 1963.
- 12.- Ramfjord Ash. Músculos masticadores. Oclusión. Editorial interameri-
cana. p. 4-7. 1972..
- 13.- Ries Centeno. Cirugía Bucal. Editorial El Ateneo. p. 3-4, 221, 267-
271, 321, 8o. Edición. Buenos Aires 1979.
- 14.- Testut, Leo. Tratado de Anatomía Humana. Salvat Editores p. 39, 48,
153, 159, 268, 312. 1978.

BASÉS DE LA CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS.

EXAMENES DE LABORATORIO

UNIDAD 3

EXAMENES DE LABORATORIO.

Considerando las características físicas de la población de la zona de influencia a E.N.E.P. "Zaragoza" (zona marginada) y teniendo como necesidad de una valoración general de cualquier individuo que se va a someter a una intervención quirúrgica consideramos importante tener una visión clara de los datos que nos pueden reportar dichos estudios y así poder tomar decisiones y acciones para cada uno de los casos.

1.- OBJETIVO.

El contenido de esta unidad pretende dar a conocer la importancia que tiene hacer la valoración general de un paciente por medio de los análisis clínicos de laboratorio, conociendo sus valores normales y las alteraciones que nos puede reportar.

II.- BIOMETRIA HEMATICA.

Es el estudio de los valores normales de los componentes sanguíneos.

La sangre está constituida por células hemáticas que están consideradas como células libres del tejido conectivo porque:

- a) No están unidas entre sí.
- b) No están unidas con otro tipo de célula diferente a la hemática.
- c) Porque no se sostienen en posición mediante sustancia intercelular.

Cuando las células hemáticas entran al torrente circulatorio

quedan suspendidas en el plasma sanguíneo que es la porción líquida de la sangre y es el medio de transporte de estas.

Las células hemáticas son de dos tipos:

- a) Células Rojas, Glóbulos Rojos o Eritrocitos.
- b) Células Blancas, Glóbulos Blancos o leucocitos.

FORMULA ROJA.

a) Células Rojas o Eritrocitos. - Son discos biconcavos, capaces de cambiar de forma al atravesar capilares. Se forman en la médula ósea de todos los huesos y son destruidas en el bazo. Se encuentran en una proporción de 4 a 6 millones x mm.³ y su función principal es el captar el oxígeno de los pulmones por la hemoglobina que contienen.

HEMOGLOBINA.

La hemoglobina es un albuminoide cristalizabile en prismas -- de forma romboidal o en láminas de molécula compleja que en su composición química entran: el carbón, el hidrógeno, el oxígeno, el nitrógeno y el hierro. La hemoglobina es una proteína, resultante de un principio albuminoide llamado globina, con el hemocromógeno, sustancia ferruginosa. La hemoglobina tiene la propiedad de fijar cuando se pone en contacto con el aire, moléculas de oxígeno y al llegar a los tejidos las oxidasas de éstos la privan de dicho oxígeno y ésta fija bióxido de carbono, que fácilmente es desalojado por el oxígeno al ponerse dicha molécula hemoglobina nuevamente en contacto con el aire. Las cifras normales de hemoglobina son: en hombres de -- 14.5 a 20 gr. % y en mujeres de 12.5 a 17 gr. %.

HEMATOCRITO.

Es el volúmen de glóbulos rojos centrifugados, es decir; la sangre aspirada por punción venosa, hecha incoagulable por la adición de anticoagulantes e inmediatamente centrifugada, sedimenta en varias capas que reflejan su heterogeneidad.

Los elementos figurados sedimentan en dos capas fácilmente identificables; la capa inferior representa el 42 al 47 % del volumen total de la sangre, tiene color rojo y está formada por los hematíes, La capa inmediata superior (1 % del volumen de la sangre), tiene color cenizo y se llama capa leucocitaria, representando la capa de sedimentación de leucocitos.

El hematocrito permite calcular el volumen de sangre completa. Los valores medios de hematocrito, expresando el volumen ocupado por los eritrocitos es en el hombre de 45 a 60 % y en la mujer de 40 a 52 %.

C.M.H.G..

Es la concentración media de hemoglobina globular, y se saca conociendo los valores normales del hematocrito y hemoglobina mediante la siguiente fórmula:

$$\text{C.M.H.G.} = \frac{\text{Hemoglobina} \times 100}{\text{Hematocrito}} \quad \text{Normal 32 a 36 \%}$$

V.G..- Consiste en saber el volúmen del glóbulo rojo y se saca mediante la siguiente fórmula:

$$\text{V.G.} = \frac{\text{Hematocrito} \times 100}{\text{No. de Eritrocitos}}$$

ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LOS ERITROCITOS:

Anemia.- es una reducción anormal de la cantidad de eritrocitos circulantes así como la de la hemoglobina, debida a pérdida de sangre, destrucción excesiva de eritrocitos, deficiencia de elementos para la eritropoyesis (hierro, cobre, cobalto, etc.), constitución defectuosa de eritrocitos congénita o hereditaria.

Anemia Microcítica Hipocrómica.- C.M.H.G. Reducido.

Anemia Macroscítica.- V.G. aumentado.

Anemia Microcítica.- V.G. reducido.

Anemia Aplástica.- cantidad de eritrocitos reducida, descenso de niveles de hematócrito y hemoglobina.

Anemia Drepanocítica.- disminución de glóbulos rojos X mm.³

con menor nivel de hemoglobina.

Eritroblastosis Fetal.- menos de 1,000,000 de eritrocitos-
X mm.³ en el nacimiento.

Anemia Ferropénica.- La cantidad de glóbulos rojos está -
entre tres o cuatro millones X mm.³ y hemoglobina baja.

Policitemia.- aumento anormal de hematíes con aumento de hemoglobina.

FORMULA BLANCA.

b) Células blancas o leucocitos.- son corpúsculos incolores que intervienen en las defensas celulares e inmunocelulares del organismo.

Son células esféricas cuando están en suspensión en la sangre

circulantes, pero son capaces de tomar un aspecto amebolforme al encontrar un substrato sólido. Los leucocitos pasan constantemente de los capilares — al tejido conjuntivo (diapédesis), siendo tan frecuentes en este tejido que — son considerados como células normales del mismo.

El número de leucocitos por mm^3 de sangre en el adulto normal es de 5,000 a 10,000. Existen leucocitos que contienen granulos en su citoplasma y otros que no los contienen.

Granulosos: Eosinófilos
Basófilos
Neutrófilos

No Granulosos: Linfocitos
Monocitos

EOSINOFILOS.

Tienen un diámetro de cerca de nueve micras son células dotadas de movimiento amebode y capaces de fagocitar. Los eosinófilos fagocitan de modo más lento pero más selectivamente que los neutrófilos. Se encuentran de 1 a 4 % , intervienen en fenómenos anafilácticos son numerosos en tejidos o sitios de reacciones alérgicas, la hidrocortisona que disminuye las reacciones alérgicas hace desaparecer de la sangre los eosinófilos, estos también se encuentran en secreciones nasales de individuos alérgicos.

Los eosinófilos aumentan en la circulación sanguínea, también por infecciones por parásitos.

BASOFILOS.

Miden cerca de 12 micras de diámetro al igual que los otros

granulocitos, los basófilos son capaces de movimientos amiboides y de fagocitosis aunque no muy activos. Se encuentran de 0 a 1 %, estos contienen heparina, parece ser que contiene la mitad de histamina que hay en la sangre, abandona el torrente circulatorio por influencia de hormonas de la glándula suprarrenal.

NEUTROFILOS.

También se les conoce como polimorfonucleares (PMN) y se encuentran de 60 a 70 %, en el desarrollo de los neutrófilos los núcleos tienen al principio la forma de los cuerpos ovoides indentados, en esta etapa del desarrollo de la célula recibe el nombre de metamielocitos o neutrófilo juvenil; cuando esta célula desarrolla su núcleo va haciéndose más hendido hasta llegar a forma de herradura y se llama neutrófilo en banda.

Los neutrófilos son los leucocitos más importantes en la protección orgánica contra la invasión aguda por bacterias, tienen aproximadamente 12 micras de diámetro y pueden atravesar con rapidez los poros de los capilares por el fenómeno de diapédesis. Los neutrófilos tienen la facultad de ingerir o fagocitar partículas extrañas a los tejidos sobre todo bacterias y en menor medida restos de tejido disgregado.

LINFOCITOS.

Son células esféricas con un diámetro entre 6 y 8 micras. Son capaces de fagocitar aunque no sean particularmente activos en esta función. En las áreas de inflamación solo aparecerá tardíamente, estando más relacionados con la defensa por medio de anticuerpos que con lo que se - - - -

efectúa por fagocitosis. Son células características de las inflamaciones crónicas mientras que los neutrófilos lo son de las agudas.

Cuando están en los tejidos conjuntivos y bajo el estímulo de antígenos diversos, los linfocitos pueden transformarse en plasmocitos productores de anticuerpos. Originan también las células rechazadoras de injertos que invaden y destruyen los órganos transplantados de un individuo a otro. Se encuentran de 20 a 30 % e intervienen fundamentalmente en reacciones inmunológicas, el monocito logra su madurez funcional cuando abandona el torrente vascular y penetra en los tejidos.

En resumen el linfocito es una célula multipotencial capaz de convertirse en otros tipos de células en toda la economía.

MONOCITOS.

Estos agranulocitos tienen de diámetro variable entre 9,12 y hasta 20 micras después de atravesar la pared de los capilares y penetrar en el tejido conjuntivo, el monocito se vuelve muy activo en la fagocitosis y puede transformarse en una célula difícil de diferenciarse del macrófago del tejido conjuntivo.

Se encuentra en una proporción de 4 a 90 %. Los monocitos fagocitan principalmente virus, hongos, protozoos, fagocitan desechos celulares cuando desaparece la inflamación sintetizan y elaboran colágena para restablecer en todo lo posible las sustancias intercelulares, actúan en infecciones, heridas con pus; las infecciones graves siempre irán acompañadas de una leucocitosis.

ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LOS LEUCOCITOS.

Leucopenia. - Disminución anormal de la cantidad de leucocitos en el torrente sanguíneo, por infecciones, trastornos hematopoyéticos - agentes químicos etc.

Agranulocitosis. - Enfermedad grave (por la ingestión de alguna variedad de medicamentos) que afectan a los leucocitos, disminuyéndolos.

Neutropenia. - Disminución anormal de granulocitos y neutrófilos circulantes.

Leucocitosis. - Aumento anormal de leucocitos.

Mononucleosis infecciosa. - Linfocitos atípicos en sangre.

Leucemia. - Aumento de leucocitos en forma inmadura.

Monocitosis. - Aumento de monocitos.

Linfocitos. - Aumento de linfocitos.

Basofilia, Neutrofilia, Eosinofilia. - Aumento de éstos.

Hipocrómia. - Disminución de coloración normal de un tejido.

Anisocitosis. - Hematíes de diámetros diferentes, macrocitos microcitos.

Macrocitosis. - Aumento de hematíes grandes.

Poiquilocitosis. - Variación del número y la forma de los glóbulos de la sangre.

PLAQUETAS.

También llamadas trombocitos, son células sanguíneas que se forman en la médula ósea, tienen la función de iniciar el proceso de coagulación de la sangre el número normal es de 150,000 a 400,000 x mm³.

ENFERMEDADES DE LAS PLAQUETAS.

Se le llama trombocitopenia a la disminución del número de --

plaquetas en la sangre circulante. Cuando la cantidad desciende a cifras inferiores de $40,000 \times \text{mm}^3$ hay fenómenos hemorrágicos de intensidad variable.

Los defectos más frecuentes en las plaquetas, que nos pueden provocar trastornos hemorrágicos dependen de deficiencias en el número y calidad de las mismas.

Otras enfermedades comunes son:

Púrpura.- Disminución de plaquetas

Trombocitemia.- aumento de plaquetas.

III.- PRUEBAS HEMORRAGIPARAS.

La cantidad de sangre del adulto es aproximadamente de -- cinco litros de los cuales dos están constituidos por las células sanguíneas-eritrocitos, leucocitos, y plaquetas y los tres restantes por el plasma.

El término hemostasia significa prevención de la pérdida de sangre, siempre que un vaso se corta o se desgarrar se logra la hemostasia por diversos mecanismos.

I.- Espasmo vascular

II.- Formación de un tapón de plaquetas.

III.- Coagulación de la sangre.

IV.- Crecimiento de tejido fibroso dentro del coagulo sanguíneo para cerrar permanentemente la abertura en el vaso.

Las cifras normales son:

Tiempo de sangrado. - Según la técnica de Duke. Es de 1 a 4 min.

Tiempo de coagulación. - Es de 2 a 8 min.

Tiempo de protrombina. - Normalmente es de 10 a 15 seg.

Tiempo parcial de tromboplastina. - Es de 30 a 55 seg.

IV.- QUIMICA SANGUINEA.

Es un análisis por medio del cual se observa el nivel de iones que circulan através del plasma.

Estos iones junto con moléculas orgánicas e inorgánicas ayudan en el transporte de otras sustancias a diferentes partes del cuerpo.

Entre los iones se encuentran:

Hierro. - que es muy importante para la producción de hemoglobina, es fundamental para el transporte de oxígeno.

Cobre. - Es importante porque ayuda a la absorción de hierro a nivel de tubo digestivo.

Cinc. - Forma parte de la anhidrasa carbónica que se haya en concentración elevada en los glóbulos rojos, esta enzima es responsable de la rápida concentración de bióxido de carbono.

Calcio. - Es importante porque ayuda a la cuagulación. --- Contracción de los músculos, y para el funcionamiento de los nervios, este calcio es el que se encuentra libre, y la otra parte de calcio se encuentra unido a las proteínas y en parte es difusible.

ACIDO URICO.

Para determinar hasta que punto el riñón está efectuando ---

sus funciones y para determinar el grado de acidosis metabólica.

GLUCOSA.

Carbohidrato sólido, cristalizable, en el torrente sanguíneo - se oxida para suministrar calor y energía a todo el organismo.

COLESTEROL.

El nivel de colesterol plasmático es deprimido por las hormonas tiroideas y por los estrógenos, y es elevado cuando obstruye el flujo de la bilis. Los niveles elevados de colesterol en el plasma reduce el tiempo de coagulación y la actividad fibrinolítica. Además desempeñan un papel importante en la arterioesclerosis

PROTEINA PLASMÁTICA.

Son importantes porque dan defensa al organismo por medio de la inmunidad, y además ayudan a la coagulación. Estas proteínas plasmáticas son de tres tipos:

a) Albumina.- Es un transportador de metales, iones ácidos grasos, aminoácidos, bilirrubina, enzimas, y medicamentos.

b) Globulinas.- Son Alfa, Beta y Gama. Las globulinas alfa y beta ejercen una función de transporte de sustancias combinadas por ellas que actúan como sustratos para transportar proteínas.

Las globulinas gama son las que protegen al cuerpo, pues son las generadoras de los anticuerpos proporcionando la inmunidad.

c) Fibrinógeno.- Tiene importancia fundamental en la cogulación de la sangre.

GLUCOSA EN SANGRE:

Valores normales: 80 - 120 mg/100 ml. de sangre (Folin-Wu)

70 - 110 mg/100 ml. de sangre (eane y --
Merbach).

LA GLUCOSA AUMENTA EN: (HIPERGLUCEMIA)

Diabetes mellitus

Emociones

Episodios hipertensivos

Síndrome de Cushing

Gigantismo

Deficiencia de Vit. B

En el ejercicio

Choques

Quemaduras extensas

Acromegalia

En la administración de corticoesteroides.

LA GLUCOSA DISMINUYE EN: (HIPOGLUCEMIA)

En el embarazo normal

Adenoma o carcinoma de los islotes del páncreas

En la sobredosis de insulina.

Hepatopatías

Hiperplasias

Hipoptituitirismo

Glucosuria renal ideopática

V.- MATERIAL Y METODO:

Toda la información anteriormente descrita se obtuvo de algunos libros.

VI.- CONCLUSIONES:

En esta unidad omitimos los exámenes de general de orina ya que para dar un diagnóstico completo del estado general del paciente se puede lograr con la utilización de la Biometría Hemática y Química Sanguínea, pues el general de orina solo nos reporta infecciones a nivel de sistema renal.

VII.- BIBLIOGRAFIA:

Alberto Palacio G.

Técnicas Quirúrgicas de Cabeza y Cuello.

Beeson - Mc. Dermott.

Cecil-Loeb

Tratado de Medicina Interna

Tomo II - XIV Edición

Edición Interamericana.

Exámenes Preparatorios de Laboratorio.

REV. Odontólogo M. Vol. XI. Jun.- Jul. p. 8-10 1981.

Martín, Abreu Luis, Fundamentos de Diagnóstico

Editorial México.

Mitchel.

BASES DE LA CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

UNIDAD 4

BASES DE LA CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS.

A continuación tratamos brevemente los procedimientos que - deben llevarse a cabo para la cirugía de terceros molares incluidos, ya que el conocerlos y manejarlos van a dar lugar a un tratamiento adecuado y pronóstico favorable.

I.- OBJETIVO.

El objetivo principal de esta unidad es que el Cirujano Dentista no pierda de vista ninguno de los actos operatorios y los tiempos de - cirugía, para poder obtener mejores resultados en las intervenciones quirúrgicas que realice.

II.- PREPARATIVOS DE LA OPERACION.

A).- DEFINICION:

Es el conjunto de procedimientos aplicados a la cirugía para actuar con orden.

B).- INSTRUMENTAL Y MATERIAL QUIRURGICO.

Pieza de baja velocidad

Cánula de succión.

Cepillos para lavado de manos

Pinzas de campo

Equipo básico (espejos planos, pinzas para curación, escavador y es-
plorador)

Jeringa Carpule

Mango para bisturí del # 3 y hojas Bard Parker del # 11, 12 y 15

Tijeras para cirugía: recta, curva y con punta roma

Pinzas henostáticas (mosquito), rectas y curvas

Elevador de periostio o legras de Selding, separadores de Austin o Sel-
ding y cucharillas de Lukas.

Elevadores rectos, de ápice y angulares

Pinza gubia o alveolotomo (no siempre)

Lima para hueso Miller; # 11 y 12

Porta agujas de Mayo y aguja de medio círculo

Hilo de seda 000 o catgut 000

Pinzas de disección sin dientes y dentadas.

Riñoneras

Jeringa asepto e hipodérmica

MATERIA L; Jabón, paquetes de gasa, alcohol, solución fisiológica, -
tintura de yodo y tintura de merthiolate, agua bidestilada, bloquea-
dores y en algunos casos formol al 10 %.

C).- ROPA.

Uniforme quirúrgico

Bata quirúrgica

Gorro , cubrebocas y guantes.

Compresas; campos para el secado de las manos, campo hendido ---
 1.00 x 1.80 mts. con abertura de 12 x 12 cms. campos de 80 x 80 -
 cms. Fundas de campos para el eyector y la pieza de mano.

D).- ASEPSIA, ANTISEPSIA, DESINFECCION, ESTERILIZACION.

ASEPSIA.- Ausencia de materia séptica y estado libre de infección.

ANTISEPSIA.- Conjunto de procedimientos y prácticas destinadas a impedir la colonización o destruir los gérmenes patógenos. En la cavidad oral se realiza en la piel peribucal y en la mucosa en la que se va a operar. Antes de empezar la cirugía, se le indica al paciente que se lave la cara con detergente de hexaclorofeno, después se aplica un antiséptico incoloro y no irritante a la piel al rededor de la boca y a la mucosa.

DESINFECCION.- Método por el cual se hace la destrucción total de los gérmenes en los muebles, aparatos y locales.

ESTERILIZACION.- Método mediante el cual se hace la destrucción total de los gérmenes en los objetos o instrumentos que se usan en cualquier procedimiento quirúrgico. La esterilización se obtiene por procedimientos físicos y químicos:

Procedimientos Químicos.- Es con sustancias químicas como el yodo, Hexaclorofeno, cloruro de Benzalconio, etc.

La esterilización de todo instrumental a excepción del de corte puede hacerse por procedimientos químicos o físicos.

La ropa como compresas, toallas, etc., por medio de calor húmedo

El instrumental de corte se adquiere estéril al igual que los medicamentos.

Procedimientos Físicos.- Son el calor y rayos ultravioleta. El calor--según los casos puede ser: seco mediante horno y el enrojecimiento--calor húmedo como el autoclave y por ebullición.

Los rayos ultravioleta son producidos por lámparas de cuarzo o vapor de mercurio y se utilizan para la esterilización de locales o ambiente.

E).- PREPARACION DEL CIRUJANO.

TECNICA DE LAVADO:

Se toma el cepillo con la mano derecha, humedeciéndolo al igual -- que la mano y el antebrazo con agua, impregnándolos con jabón antiséptico que puede ser en pastilla o líquido; el lavado se llevará a cabo en el siguiente orden: uñas, dedos por sus caras palmar, dorsal y laterales, pliegues interdigitales, manos y antebrazo por sus caras palmar, dorsal y laterales. El brazo derecho será lavado usando -- la misma técnica, sólo se pasará el cepillo a la mano izquierda. -- Enjuagarse sin soltar el cepillo y el jabón. Repetir el enjabonado y el enjuague dos veces o más. Tirar el cepillo en el lavamanos; secarse sin llegar al codo, con una toalla estéril.

TECNICA DE VESTIDO:

Tomar la bata por su superficie interior al nivel del cuello; introduciendo las extremidades superiores, metiendo primero la derecha y luego la izquierda, elevar los brazos hasta arriba para que el cirujano tome la bata por su superficie interior y ayude a introducirla y amarrarla, dándole las puntas del cinturón; después con la mano derecha se toma el guante izquierdo por su dobléz y por su superficie interna y se coloca. Con la mano izquierda se toma el guante derecho metiendo cuatro dedos debajo del dobléz del puño y se coloca en la mano derecha.

III.- ACTO PREOPERATORIO:

El preoperatorio exige, por definición, tomar todas las medidas y precauciones para que cualquier tipo de intervención pueda cumplirse con el menor riesgo posible.

Ello presupone como primera medida efectuar una Historia Clínica lo más completa posible, con los estudios complementarios de radiografías y análisis de laboratorio, que nos dirija a ver al paciente como una totalidad, para descubrir que patología refiere y con esto llegar a un diagnóstico exacto, permitiéndonos así poder elegir la terapéutica adecuada.

Si el paciente requiere de una premedicación, se le indicará por escrito, así como los cuidados que deberá tener antes de presentarse a la cirugía.

En caso de utilizarse anestesia local, el paciente se presentará ha-

biendo tomado sus alimentos, y si es bajo anestesia general, acudirá en ayunas.

IV.- ACTO OPERATORIO:

A continuación mencionaremos los tiempos quirúrgicos básicos del acto operatorio.

La preparación del paciente se inicia indicándole al paciente que se cepille los dientes tres veces y luego haga enjuagatorios con antiséptico bucal, inmediatamente se continuará con la toma de signos vitales, continuando con el método de antisepsia explicado ya anteriormente. Un ambiente apacible y la conversación interesante del operador ayuda a establecer una atmósfera favorable, en donde el Cirujano, una vez que ha terminado el lavado, se ha puesto los guantes estériles y el paciente está aislado por los campos, puede dar principio a los tiempos operatorios que son:

- 1o. Anestesia
- 2o. Incisión
- 3o. Osteotomía u Ostectomía
- 4o. Operación propiamente dicha
- 5o. Tratamiento de la cavidad ósea
- 6o. Sutura.

- 1o. ANESTESIA.- Muchos años de experiencia clínica han demostrado lo valioso y eficaz que es la anestesia local en la

práctica dental.

El realizar una buena anestesia dependerá de conocer adecuadamente los efectos farmacológicos de los anestésicos, - las técnicas de inyección y las medidas que hay que tomar en caso de que se presente cualquier efecto secundario indeseable. La inyección constituye una experiencia desagradable para el paciente, por lo que la aplicación cuidadosa y adecuada de la inyección permite realizar un tratamiento indoloro y contribuye a aumentar la confianza que el paciente debe tener al C. Dentista.

La anestesia también consiste en colocar puntos en la región por incidir para evitar el exceso de sangrado por medio de los vasoconstrictores que los anestésicos tienen y así poder tener un campo operatorio blanco.

- 2o. **INCISION Y DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.**- La elección del sitio de la incisión es previa al acto operatorio, la región se pincela con un antiséptico colorante, para identificarla como preparada antisépticamente.

Técnica de la incisión: El bisturí se toma con la mano derecha, como si fuera un lápiz; con los dedos de la mano izquierda se mantiene tensa la fibromucosa o encía, al mismo tiempo aparta los labios o se apoya sobre los separadores.

Las condiciones que debe reunir una incisión son: Al trazar

la incisión y circunscribir el colgajo, es necesario que éste tenga una base lo suficientemente ancha y amplia, para proveer la suficiente irrigación y permitir una buena visualización; el corte debe hacerse de un solo intento, sin dejar líneas secundarias y llegando hasta el hueso.

Una vez realizada la incisión se coloca entre la fibromucosa y la arcada dentaria una legra o un periostomo, que apoyado contra el hueso y con movimientos de lateralidad que gira sobre su eje mayor, va desprendiendo el colgajo, que se levanta al mismo tiempo con unas pinzas de disección con dientes de ratón después de realizado este procedimiento, se continúa con el siguiente tiempo operatorio.

- 3o. OSTEOTOMIA U OSTEECTOMIA.- La osteotomía es la parte de la operación que consiste en abrir el hueso generalmente por medio de fresas de baja velocidad. La ostectomía es la extracción del hueso que cubre el diente incluido y en el momento del corte es necesario mantener irrigado dicho hueso.
- 4o. OPERACION PROPIAMENTE DICHA.- Es la extracción total del diente incluido o de la eliminación de cualquier otra patología, en algunos casos para la extracción del diente incluido será necesario hacer uso de la odontectomía que consiste en seccionar el diente por medio de fresas quirúrgicas de baja velocidad.

50. TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.- Es el raspado de la cavidad alveolar por medio de una cucharilla de Lukas o Miller, en caso de que exista algún proceso patológico se hace la eliminación del mismo y a consideración del Cirujano-Dentista se hará un estudio histopatológico, posteriormente se procede a limar todas las partes angulares o con filo que queden. Finalmente se procede a lavar la cavidad con agua bidestilada o solución fisiológica hasta que el operador observe ésta perfectamente limpia.

60. SUTURA.- Es el medio de que se vale el Cirujano para efectuar la restauración o síntesis de los tejidos.

Condiciones de una buena sutura: Antisepsia, eliminación de coagulos, hemostasia perfecta, bordes netos de la herida unión de tejidos de la misma naturaleza, elección del tipo de sutura y selección del material apropiado unir los tejidos con tensión moderada.

Todo esto se puede lograr presentando los colgajos antes de realizar la sutura y observar si presenta o existe algún excedente de tejido blando, si así fuese y con tijeras para encasarse será eliminado y si no, se hará ligera tensión de los colgajos sin llegar a desgarrarlo.

Los dos métodos para sutura que más se practican en cavidad oral son: la sutura con puntos separados y una sutura continua.

V.- ACTO POSOPERATORIO:

Es el conjunto de medidas, precauciones y técnicas que se realizan después de la operación.

El ayudante terminada la cirugía, limpiará la cara del paciente e irrigará la cavidad bucal con una solución tibia, para eliminar sangre, saliva y restos de tejido atrapados.

Antes de ir a su casa se le debe de dar las indicaciones en forma oral o directa al acompañante y esas mismas explicaciones se repetirán en forma indirecta o escrita en una receta al paciente.

El paciente en su casa, guardará reposo por algunas horas con la cabeza en alto; se pondrá compresas de agua fría sobre la región operada durante quince minutos cada dos horas durante el resto del día, para evitar la formación de hematomas y disminuir el dolor; al día siguiente se hará lo mismo, pero con compresas de agua caliente.

Si se hubiera dejado en la boca una gasa protectora, retirarla al cabo de un tiempo.

En algunos casos, tres horas después determinada la cirugía realizará enjuagatorios con cualquier antiséptico, cada dos horas. Las primeras comidas deberán ser líquidas, después puede tomar una dieta blanda.

Los puntos deberán retirarse de 5 a 8 días, antes de retirar los puntos de sutura se irrigará la herida con suero fisiológico tibio.

VI.- MATERIAL Y METODO.- Por medio de la utilización de fichas bibliográficas se obtuvo la información, que se expone en este tra- - - - -

bajo.

II.- CONCLUSIONES:

Las inclusiones dentarias deben ser tratadas quirúrgicamente, ya que su permanencia en los maxilares puede ocasionar o estar directamente relacionada con el siguiente tipo de patología: movilización de dientes vecinos, rizoclasia de los dientes contiguos, quistes, ameloblas--tomas, tumores odontogénicos y tumores malignos.

El manejo quirúrgico será realizado, después de haber explorado en toda su totalidad, nuestro paciente, para que en caso requerido, se tomen las medidas necesarias, y con esto ir disminuyendo complica--ciones durante el tratamiento.

El método de asepsia debe efectuarse en todas las cirugías, para evitar infecciones postoperatorias.

VIII.- BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Anaya Alva, Salvador; Garduño G. Ma. Patricia. Análisis - retrospectivo de 236 retenciones dentarias ADM. Vo. ---- XXXVI, No. 3 p. 264 - 271. May. - Jun.
- 2.- Betancourt, Armando instructivo para el llenado de la histo--clínica de la carrera de odontología. ENEP zaragoza.
- 3.- Camerón James. tratado de cirugía bucal. Editorial intera--mericana. Segunda Edición. p. 1 - 12 . 1978.
- 4.- Escalona camargo, Carlos José. Erupción Ectópica. ADM. - Vol. XXXVI No. 5. p. 525 - 536. sep. Oct. 1979.

- 5.- Kruger, Gustavo. Tratado de Cirugía Bucal. Editorial interamericana. Segunda edición. p. 75 - 80 1978.
- 6.- Material de apoyo de sexto semestre. Técnicas Quirúrgicas. ENEP - Zaragoza. 1978.
- 7.- Ramírez Degollado, Mariano. Técnicas Quirúrgicas, Talleres de B. Costa - Amic, Editor. p. 23, - 51, 56, 59, 63, -- 64, 71. 1975.
- 8.- Ríos Centeno, G. A. Cirugía bucal. Editorial, el Ateneo. - Octava Edición. p. 66 - 70. 71 - 90. 1979.
- 9.- Theodore A. Lesney. Bases de la Técnica Quirúrgica. Tratado de Cirugía Bucal. Editorial Interamericana. Segunda edición. p. 13 - 30. 1978.

·REPORTE DE CINCO CASOS CLINICOS

UNIDAD 5

A continuación hacemos la presentación de cinco casos clínicos, de los cuales se proporcionará una guía para el profesor asesor, que incluye preguntas y respuestas del caso a tratar; y otra en la cual se plantea al alumno el problema, mencionándole las preguntas, para que él las investigue y las emita al profesor de acuerdo a las características de cada caso.

OBJETIVO:

Nuestro objetivo es que el alumno se interese más sobre este tema, por la importancia que tiene la presencia de terceros molares incluidos en la cavidad oral, debido a que puede ser un factor desencadenante a otras patologías, sin perder de vista la realización del diagnóstico y plan de tratamiento.

GUIA PARA EL ALUMNO
CASO CLINICO No. 1

Paciente de sexo	Femenino
Edad	19 años
Ocupación	Secretaria
Estado Civil	Soltera
Originaria de:	Los Reyes La Paz, Edo. de Méx.
Domicilio actual	Los Reyes La Paz, Edo. de Méx.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

El paciente se presenta refiriendo molestias del diente 37, -- dichas molestias son dolor a la percusión horizontal y vertical y principal-- mente al momento de la masticación. El dolor se irradia a la zona retromo-- lar, al oído y región maseterina y temporal.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Higiene general regular, recibió todas las inmunizaciones.

SIGNOS VITALES:

Temperatura 37° C C.T. Art. 120/80, Pulso 63 X min., F. -- resp. 15 X min.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

Sin antecedentes.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

No reporta ningún antecedente patológico.

ANTECEDENTES ALERGICOS:

Sin alteraciones alérgicas.

EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO:

Cráneo mesocéfalo, perfil recto, tez blanca, labios delgados y grandes de consistencia suave e integridad completa.

EXAMEN INTRABUCAL:

El examen de tejidos blandos no encontramos ninguna alteración, el parodontio se encuentra aparentemente en buen estado de salud. Existen amalgamas e incrustaciones bien adaptadas en premolares y molares.

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO:

Se toma serie radiográfica periapical, encontrándose pérdida de la cresta alveolar en forma horizontal y los dos terceros molares inferiores sin erupcionar. Para llegar a un diagnóstico más completo se le toma una radiografía otopantomografía observándose a los terceros molares en la siguiente posición.

El tercer molar inferior derecho se observa cubierto por hueso y su eje es perpendicular al segundo molar.

El tercer molar inferior izquierdo se encuentra cubierto por hueso formando un ángulo de 45° con el segundo molar con vértice en la cúspide mesial del tercer molar y el cuello del segundo molar.

Para el tratamiento de los terceros molares se solicitan exámenes de laboratorio; como son: Tiempo de coagulación y -
Biometría Hemática, obteniendo los siguientes resultados.

PRUEBAS DE COAGULACION:

--	Tiempo de sangrado	1.7 min.
--	Tiempo de coagulación	6 min.
--	Tiempo parcial de tromboplastina	3 seg.

BIOMETRIA HEMATICA:

--	Hemoglobina en gramos	14 g/100 ml.
--	Eritrocitos	5,000,000 x mm ³ .
--	Hematocrito	40 m./100
--	Plaquetas	150,000
--	Linfocitos	20 %
--	Monocitos	5 %
--	Eosinófilos	1 %
--	Basófilos	0 %
--	Neutrófilos	60 %

CUESTIONARIO

- 1.- Dé el diagnóstico integral del paciente y la clasificación de terceros molares según Winter y Gregory.
- 2.- Dé el plan de tratamiento a seguir.

- 3.- Describa la técnica quirúrgica a realizar.
- 4.- Mencione el procedimiento post-operatorio.
- 5.- Pronóstico.

GUIA PARA EL CONDUCTOR

- 1.- Diagnóstico integral y clasificación de terceros molares (uso de pizarra). Al examen de sistemas, cabeza y cuello se encontró un buen estado de salud. Secuelas de periodontitis simple generalizada. Odon tología por inclusión de tercer molar.

Inclusión de terceros molares

Tercer molar inferior derecho Clase III,, Posición B, retención horizontal.

Tercer molar inferior izquierdo Clase II, Posición B, retención mesio angular.

- 2.- De el plan de tratamiento a seguir.

Control personal de placa, preparación para la cirugía, indicaciones al paciente.

Cirugía del tercer molar inferior derecho

Eliminación de puntos de sutura y toma de radiografía periapical de-control

Cirugía del tercer molar inferior izquierdo.

Eliminación de puntos de sutura, toma de radiografía periapical de control.

Enseñanza continua de técnica de cepillado y alta integral.

3.- Técnica quirúrgica:

Con previa toma de signos vitales: Temperatura 36.7° , C.T. Art. -- 110/70, Pulso 77 x min., F. Resp. 29 x min., colocación de campos y asepsia de la región a intervenir, se inicia el acto operatorio con el bloque del nervio dentario inferior y puntos locales en la región -- por operar con anestesia local por infiltración de xilocaína con epinefrina al 2 %.

Se procede a realizar incisión longitudinal que va de la parte anterior de la rama ascendente pasando sobre la línea media del borde alveolar hasta la cara distal del segundo molar, festoneando éste hasta la cara mesial del primer molar por vestibular con hoja de bisturí del No. 15. Se separa el colgajo con legra de selding.

A continuación se realiza la osteosección para descubrir la corona del molar con fresa de fisura de baja velocidad e irrigando. Debido a su posición se realiza adontosección, seccionando y retirando primero la corona anatómica del molar, realizada dicha extracción de las raíces primero la mesial y luego la distal con elevador de ápices y el uso de pinzas de disección.

Inmediatamente después se trata la cavidad ósea por medio de raspado utilizando la cucharilla de Lukas, eliminando los restos de tejido se lava a presión la cavidad con solución fisiológica para después volver el colgajo a su lugar y suturar con seda negra 000 mediante puntos aislados. Se coloca una gasa de protección y se toman signos vitales registrando las siguientes cifras.

Temperatura: 37° , C.T. Art. 120/85, Pulso 82 x min. , F. Resp. -- 31 x min.

4.- Procedimiento post-operatorios:

Guardar reposo por algunas horas con la cabeza en alto. Retirar la gasa protectora. Se pondrá compresas de agua fría durante 15 min. cada 2 horas por el resto del día.

Al día siguiente se hará lo mismo pero con compresas de agua caliente.

Se le medica analgésicos.

Su primera comida deberá ser líquida y después blanda.

Se cita al paciente transcurridos ocho días para retirar puntos de sutura.

Toma de radiografía periapical.

5.- Pronóstico:

Favorable para la región operada, pero desfavorable para el tratamiento integral, ya que el paciente no se presenta a la siguiente sesión de cirugía.

GUIA PARA EL ALUMNO
CASO CLINICO No. 2

Paciente de sexo	Masculino
Estado Civil	Soltero
Edad	21 años
Ocupación	Estudiante
Origenario de:	D.F.
Domicilio Actual	D.F.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

El paciente se presenta para tratamiento integral de rutina, -
presentar algún motivo de urgencia.

A la primera observación solo se detectan procesos cariosos
superficiales.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Higiene general regular. Tabaquismo ocasional. Recibió to--
s las inmunizaciones.

SEÑALES VITALES.

Temperatura 36.3° C C.T. Art. 120/80 Pulso 59 F. Resp. 18.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

Padre Diabético.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Padeció sarampión y otras enfermedades propias de la infan-

ANTECEDENTES ALERGICOS:

Al interrogatorio sobre posibles alergias a medicamentos o --
 substancias es negativo

EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO.

Cráneo mesocéfalo, perfil recto, tez morena, labios gruesos --
 y chicos, de consistencia suave e integridad completa.

EXAMEN INTRABUCAL:

Se observa aumento de volumen de encía papilar, encontrán--
 dose de color rojizo en ambas arcadas, en la zona de anteriores inferiores--
 hay cálculo supragingival.

En tejidos duros existe pigmentación de color café claro en--
 surcos y focetas de los molares, con poca destrucción de esmalte. Y obtura--
 ción con amalgama del diente 26 en buenas condiciones.

Al concluir los dientes incisivos superiores cubren más de dos
 tercios de la corona clínica de los incisivos inferiores en una vista frontal.

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO:

Se tomó serie radiográfica periapical encontrándose pérdi--
 da horizontal de la cresta alveolar y una zona radiolúcida localizada entre el
 segundo premolar y primer molar superior tanto izquierdo como derecho, tam--
 bién se observan los terceros molares sin erupcionar, al igual que las raíces
 de varios dientes dentro del seno maxilar. Se vé una zona radiopaca en la --
 corona del diente 26.

Se mandó al paciente que se le tomara una ortopantomogra--
 fía y exámenes de laboratorio como son: de coagulación y oromegría hemá--
 tica, observándose en la radiografía los senos maxilares muy amplios y bajos
 y tres terceros molares sin erupcionar con la siguiente posición:

TERCER MOLAR SUPERIOR DERECHO.- Se encuentra paralelo al segundo molar y por debajo de la línea cervical del segundo molar.

TERCER MOLAR INFERIOR DERECHO.- La cúspide mesiovestibular del tercer molar se encuentra tocando la línea cervical del segundo molar, formando un ángulo de 45° aproximadamente.

TERCER MOLAR INFERIOR IZQUIERDO.- Los ejes mayores del segundo y tercer molar forman un ángulo de 45° aproximadamente, abierto hacia abajo, cubierto por hueso.

Los exámenes de laboratorio reportaron los siguientes datos:

QUIMICA SANGUINEA:

Glucosa en sangre	97 mgs. %
-------------------	-----------

PRUEBAS DE COAGULACION:

Tromboplastina	30 seg.
Tiempo sangrado	1.0 min.
Tiempo de coagulación	9.0 min
Tiempo de protrombina	12.3 seg.

BIOMETRIA HEMATICA:

Eritrocitos	5 millones \times mm^3
Hemoglobina en gras.	15.5 grs. %
Hematrocrito	46 %
Plaquetas	250,000 \times mm^3 .
Linfocitos	20 %

Leucocitos	6,000 x mm ³ .
Monocitos	4 %
Eosinófilos	1 %
Basófilos	0 %
Neutrófilos	50 %
Mielocitos	0 %

CUESTIONARIO

- 1.- Dé el diagnóstico integral y en qué clasificación se localizan los terceros molares incluidos, según Winter.
- 2.- Dé el plan de tratamiento a seguir.
- 3.- Describa la técnica quirúrgica a realizar.
- 4.- Mencione el procedimiento postoperatorio.
- 5.- Pronóstico.

GUIA PARA EL CONDUCTOR

1.- Diagnóstico integral (Uso del pizarrón)

Estado general de salud bueno

Periodontitis siempre generalizada

Caries crónica

Sobremordida vertical anterior

Inclusión de terceros molares

Tercer molar superior derecho vertical

Tercer molar inferior derecho mesioangular

Tercer molar inferior izquierdo mesioangular.

2.- Plan de tratamiento (Uso del pizarrón)

Profilaxis profunda, técnica de cepillado y control de placa

Saneamiento básico interconsulta con el Otorrinolaringólogo

Revisión de la técnica de cepillado y preparación para la cirugía

Indicaciones al paciente

Cirugía de terceros molares superior e inferior derechos

Eliminación de puntos de sutura y toma de radiografía periapical de control.

Cirugía del tercer molar inferior izquierdo y extracción del tercer molar superior izquierdo.

Eliminación de puntos de sutura y toma de radiografía periapical de control.

Técnica de cepillado

Alta integral.

3.- Técnica quirúrgica:

Al reporte de los siguientes signos vitales: Temperatura 36.7°C, C.T. Art. 120/80, Pulso 59 x min., f. Resp. 18 x min. y previa asepsia de la región y colocación de campos, se inicia el acto operatorio con el bloqueo del nervio dentario alveolar posterior y palatino anterior para la extracción del tercer molar superior derecho y el nervio dentario inferior para el tercer molar inferior derecho, ambos con puntos locales en la zona e intervenir, por infiltración de xilocaina con epinefrina al 2 %

Para la extracción del diente superior con hoja de bisturí de No. 15 se realiza incisión longitudinal sobre la línea media retromolar continuando el corte festoneado por vestibular hasta la cara mesial del segundo molar y levantamiento del colgajo utilizando la legra de Selding. Con elevador recto se hace la luxación y extracción del tercer molar a primera intención, a continuación se procede a tratar la cavidad con la cureta de Lukas, se observa que dicha cureta se introduce hasta la cavidad del seno se lava con solución fisiológica llevando a su lugar el colgajo, suturando con seda negra 000, con puntos aislados.

Después se realizó la cirugía del tercer molar derecho, con la incisión longitudinal que va de la parte anterior de la rama ascendente pasando sobre la línea media del borde alveolar hasta la cara dis-

tal del segundo molar festoneando éste hasta la cara mesial del primer molar por vestibular levantando el colgajo con la legra de sel-
ding descubriendo la porción coronal del tercer molar, se hacen mo-
vimientos de luxación con elevador recto en la cara mesiovestibular
del tercer molar desalojándolo del alveolo y retirándolo de la boca -
con unas pinzas hemostáticas curvas.

Se trata de la cavidad con raspado utilizando la cucharilla de Lu-
kas, lavando posteriormente con suero fisiológico, para poder colo-
car el colgajo en su lugar, se sutura con seda negra de 000, realizan-
do puntos aislados.

Se deja una gasa de protección. Se toman signos vitales: temperatu-
ra 37°C, C.T. Art. 120/80, Pulso 63 x min., F. Resp. 21 x min.

El paciente se presentó a los ocho días para revisión postoperatoria
y retirar los puntos de sutura, así como la preparación de la cirugía
del lado opuesto.

Ocho días después se procede a relizar la extracción de los dos -
terceros molares izquierdos tomándose signos vitales, reportando las-
siguientes cifras: temperatura 36.6°C, 120/80, Pulso 55 x min., --
F. Resp. 25 x min., previa asepsia y colocación de campos se blo-
quea al nervio dentario alveolar superior y palatino anterior para la
extracción del tercer molar superior, y para el tercer molar inferior
el nervio dentario inferior con puntos locales en la zona que se va
a tratar.

El diente superior se realiza la extracción, simple; cureteando con -

con cucharilla de Lukas y lavando con solución fisiológica la cavidad alveolar, suturando con seda negra, 000 y puntos aislados.

Para el tercer molar inferior se realiza incisión longitudinal que va de la parte anterior de la rama ascendente pasando sobre la línea media del borde alveolar hasta la cara distal del segundo molar festoneando éste hasta la cara mesial del primer molar por el lado vestibular, hecha la incisión se levanta el colgajo con legra de Selding para inmediatamente realizar la osteotomía, con fresa de bola de baja velocidad, y descubrir la porción coronaria, luego con elevador recto se realizan movimientos de luxación, posteriormente se hace la odontosección con fresa de baja velocidad de fisura y con elevador recto se realiza la extracción propiamente dicha. Se curetea la cavidad con cucharilla de Lukas y se lava con solución fisiológica para después llevar el colgajo a su lugar y suturar con puntos aislados con seda negra de 000. se coloca una gasa de protección -
Temperatura 36.8°C., Pulso 54 x min., F. Resp. 22 x min.

4.- Procedimientos post-operatorios:

Para la primera cirugía se le mandó antibioticoterapia. Los siguientes puntos se llevan a cabo en las dos cirugías.

Guardar reposo por algunas horas con la cabeza en alto. Retirar la gasa protectora, se pondrá compresas de agua fría durante 15 min. cada 2 horas el resto del día.

Al día siguiente se hará lo mismo, pero con compresas de agua ca-

liente.

Se le medica analgésicos.

Su primera comida deberá ser líquida y después blanda.

Se cita al paciente transcurridos ocho días para retirar los puntos — sutura y tomar radiografías periapicales de control.

5.- Pronóstico.

Favorable, ya que se eliminaron factores etiológicos desencadenantes a otras patologías.

GUIA PARA EL ALUMNO

CASO CLINICO No. 3

Paciente de sexo	Masculino
Edad	20 años
Estado Civil	Soltero
Ocupación	Estudiante
Originario de	D. F.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

El paciente se presenta con molestias en un molar superior, --
obturado con amalgama y proceso carioso, dichas molestias se presentan en --
el acto de la masticación únicamente.

Al interrogatorio reporta lo siguiente:

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Higiene general regular. Tabaquismo ocasional. Recibió to--
das las inmunizaciones.

SIGNOS VITALES:

Temperatura. 36.5'C, C. T. Art. 110/70, Pulso 57 F. Resp. 20

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

Padre diabético.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Sin datos patológicos.

ANTECEDENTES ALERGICOS:

No reporta alteraciones de alergias.

EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO:

Cráneo mesocéfalo, perfil recto, tez blanca, labios gruesos y grandes de consistencia suave e integridad completa.

EXAMEN INTRABUCAL:

Existe inflamación de encía papilar y marginal. con hemorragia al cepillado, hay calculo supragingival e infragingival en dientes anteriores superiores e inferiores, con exudado purulento. También se observa inflamación de la encía en la zona retromolar habiendo erupcionado una cúspide del diente 48 asintomático.

Se ven restauraciones con amalgama en molares, habiendo una zona oscura y pérdida de la continuidad entre esmalte y amalgama del diente 16. En premolares en focetas y surcos se observa pérdida de esmalte con una coloración café claro, al igual que una restauración en el diente 11 -- antiestética y ausencia del diente 36.

AUXILIAR DE DIAGNOSTICO:

Se toma serie radiográfica observándose pérdida de la cresta alveolar en forma horizontal de todos los dientes. Zonas radiopacas en las coronas de los molares y en el diente 11. También se aprecia la ausencia -- del diente 36 y la erupción incompleta de los terceros molares.

Se manda al paciente a tomar una ortopantomografía y exámenes de laboratorio como son pruebas hemorragíparas y biometría hemática. -

Observándose en la radiografía los senos maxilares grandes y los terceros molares en la siguiente posición.

TERCER MOLAR SUPERIOR DERECHO. Se encuentra paralelo al segundo molar por debajo del tercio medio.

TERCER MOLAR SUPERIOR IZQUIERDO. Se encuentra paralelo al segundo molar, a la altura del cuello del segundo molar.

TERCER MOLAR INFERIOR DERECHO. Su eje es paralelo al eje del segundo molar, se encuentra a la altura de la línea de oclusión.

TERCER MOLAR INFERIOR IZQUIERDO. Su eje forma un ángulo de aproximadamente 45° con el eje del segundo molar, con vértice en la línea cervical del segundo molar y la cara mesial del tercer molar.

Los exámenes de laboratorio nos reportan los siguientes da-

tos:

QUIMICA SANGUINEA.

Glucosa en sangre	92 mgs. %
-------------------	-----------

PRUEBAS DE COAGULACION:

Tiempo de sangrado	1 min.
--------------------	--------

Tiempo de coagulación	8 min.
-----------------------	--------

Tiempo de protrombina	12.3 seg.
-----------------------	-----------

BIOMETRIA HEMATICA.

Hemoglobina en gramos	15 %
-----------------------	------

Eritrocitos	5,000,000 x ml.
-------------	-----------------

Hematrocito	45 x mm/100
-------------	-------------

Plaquetas	150,000 mm ³ .
-----------	---------------------------

Leucocitos	5,000 mm ³ .
------------	-------------------------

Linfocitos	20 %
Monocitos	4 %
Eosinófilos	1 %
Basófilos	0 %
Neutrófilos	50 %
Mielocitos	0 %

CUESTIONARIO

Dé el diagnóstico integral del paciente y la clasificación de terceros molares según Winter.

Dé el plan de tratamiento a seguir.

Describa la técnica quirúrgica a seguir.

Mencione el procedimiento postoperatorio.

Dé el pronóstico.

GUIA PARA EL CONDUCTOR

1.- Diagnóstico integral (uso de pizarrón)

Estado general bueno

Periodontitis simple generalizada

Principio de periocoronitis del diente 48

Caries recurrente

Inclusión de terceros molares

Tercer molar superior derecho posición B, retención vertical.

Tercer molar superior izquierdo posición B, retención vertical.

Tercer molar inferior derecho clase II, posición A, retención vertical.

Tercer molar inferior izquierdo clase II, posición A, retención mesio_angular.

2.- Plan de tratamiento (uso de pizarrón)

Profilaxis profunda y contro personal de placa.

Saneamiento básico.

Preparación para la cirugía (indicaciones al paciente.)

Cirugía de terceros molares superior e inferior izquierdo.

Eliminación de puntos de sutura y toma de radiografía periapical de control.

Cirugía de terceros molares superior e inferior derechos.

Eliminación de puntos de sutura y toma de radiografía periapical de control.

Control personal de placa y alta integral.

COMENTARIO: El paciente no aceptó el cambio de corona del ---
diente 11.

3.- Técnica quirúrgica:

Las cirugías se realizan dos en una sesión, comenzando con los ter-
ceros molares izquierdos, con la toma de signos vitales, siendo es-
tos: temperatura 36.3°C. C. T. Art. 120/80, Pulso 59 x min., F. ---
Resp. 18 x min y previa asepsia.

Colcación de campos, se bloquea el tercer molar superior, el ner-
vio dentario alveolar y palatino anterior y para el tercer molar infe-
rior el nervio dentario inferior, ambos conjuntos locales en la zona-
a intervenir por infiltración de xilocaina con epinefrina al 2 %.

Para la extracción del diente superior, con hoja de bisturí del No.-
15, se realiza la incisión longitudinal del lado distal del segundo mo-
lar sobre la línea media retromolar continuando con corte festoneando
hasta la cara mesial del segundo molar por vestibular. Inmediatamen-
te se levanta el colgajo utilizando la legra de Selding, con eleva-
dor recto se hace la luxación y extracción del diente procediendo a
tratar la cavidad ósea con raspado, utilizando la cucharilla de Lukas
y lavar con solución fisiológica, que lleva el colgajo a su lugar y se
sutura con puntos aislados de seda negro 000.

Inmediatamente después se realiza la cirugía del diente inferior con
incisión longitudinal que va de la parte anterior de la rama ascen-
dente pasando sobre la línea dia del borde alveolar hasta la cara ---

distal del segundo molar festoneando éste hasta la cara distal del primer molar levantando el colgajo con legra de Selding, se realizan movimientos de luxación con elevador recto realizando la extracción propiamente dicha.

Se trata la cavidad raspandola y lavando con solución fisiológica. Se vuelve el colgajo a su lugar suturado con puntos aislados de seda negra 000. Se deja una gasa de protección y se toman signos vitales, reportando las siguientes cifras.

Temperatura 36.7°C., C.T. Art. 120/80, Pulso 60 x min., F. Resp.- 20 x min..

Se muestran los órganos dentarios extraídos.

Se cita al paciente ocho días después para la eliminación de puntos de sutura, se toma radiografía pariapical de control.

Pasados quince días se realiza la cirugía de los otros dos terceros molares.

De igual manera se toman signos vitales siendo estos:

Temperatura 36.7°C, C. T. Art. 120/80, Pulso 55 x min., F. Resp. - 25 x min.

Previa asepsia y colocación de campos, se bloquea el nervio dentario alveolar posterior y palatino anterior para la extracción del diente superior y el nervio dentario inferior para el molar inferior, ambos con puntos locales en la zona a intervenir, por infiltración de Xilocaina con epinefrina al 2 %.

Para la extracción del diente superior, con hoja de bisturí del No.-

15 se realiza la incisión longitudinal del lado distal del segundo molar sobre la línea media retromolar continuando con corte festoneado hasta la cara mesial del segundo molar por vestibular. Inmediatamente se procede a levantar el colgajo con legra de Selding. Con elevador recto se hace la luxación y extracción del diente. Se trata la cavidad con la cucharilla de Lukas y solución fisiológica, -- para finalmente volver el colgajo a su lugar y suturar con puntos -- aislados con seda negra 000.

Después se realiza la cirugía del tercer molar inferior con incisión longitudinal que va de la parte anterior de la rama ascendente, pasando sobre la línea media del borde alveolar hasta la cara distal del segundo molar, festoneando éste hasta la cara distal del primer molar por vestibular, se levanta el colgajo con legra de Selding, y con elevador recto de luxa y se extrae el diente tratando la cavidad con la cucharilla de Lukas y lavan con solución fisiológica. Volviendo el colgajo a su lugar y suturando con puntos aislados de seda negra de 000. Después de colocada la base de protección, se toman signos vitales, dando las siguientes cifras:

Temperatura 36.8' C. C.T. Art. 120/80, Pulso 54 x min. , F. Resp. 22 x min..

4.- Procedimientos post-operatorios:

Guardar reposo por algunas horas con la cabeza en alto.

Retirar la gasa protectora, se pondrá compresas de agua fría durante quince minutos cada dos horas, por el resto del día.

Al día siguiente hará lo mismo, pero con compresas de agua caliente.

Se le medicó analgésicos.

Su primera comida será líquida y después blanda.

Se cita al paciente transcurridos ocho días para retirar los puntos de sutura y tomar radiografía periapical de control.

5.- Pronóstico.

Favorable, ya que se eliminaron factores etiológicos desencadenantes a otras patologías.

GUIA PARA EL ALUMNO

CASO CLINICO No. 4

PACIENTE DE SEXO	MASCULINO
ESTADO CIVIL	CASADO
EDAD	26 AÑOS
ORIGINARIO DE	PATZCUARO, MICH.
DOMICILIO ACTUAL	D. F.

MOTIVO DE CONSULTA:

El paciente refiere dolor en el momento de la masticación, —
mordiéndose frecuentemente el carrillo del lado izquierdo. A la primera ob-
servación se aprecia pérdida de esmalte en el diente 36, con sensibilidad.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Higiene general regular. Tabaquismo ocasional. Recibió todas
las inmunizaciones.

SIGNOS VITALES:

Temperatura 36.8° C. C. T. Art. 120/90 Pulso 62 x min. F. —
Resp. 21 x min.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Al interrogatorio no reporta patología alguna.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Se encuentra aparentemente en buen estado de salud.

ANTECEDENTES ALERGICOS:

No reporta alterciones alérgicas.

EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO:

Cráneo mesocéfalo, perfil recto, tez blanca, labios delgados y chicos, de consistencia blanda e integridad completa.

La A.T.M. presenta desplazamiento en función congruidos, - no existe dolor, se aprecia desviación de la mandíbula hacia el lado izquierdo al abrir la boca.

EXAMEN INTRABUCAL:

Los tejidos blandos y el parodonto se encuentran en buen estado de salud aparentemente. Se observa pérdida del esmalte con una coloración café claro.

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO:

Se toma serie radiográfica periapical, encontrándose falta de erupción de terceros molares inferiores. Además, se toma una ortopantomografía, en la cual encontramos que los terceros molares presentan la siguiente posición:

TERCER MOLAR INFERIOR DERECHO:

El eje mayor del tercer molar forma con el eje mayor del segundo molar un ángulo de 45' abierto hacia abajo, por debajo del tercio me

dio del segundo molar.

TERCER MOLAR INFERIOR IZQUIERDO:

Se encuentra cubierto con hueso, el eje mayor del tercer molar forma con el eje mayor del segundo molar un ángulo de 45', abierto hacia abajo.

Los exámenes de laboratorio reportan los siguientes datos:

Pruebas de coagulación:

Tiempo de sangrado	1.2 min.
Tiempo de coagulación	8.2 min.
Tiempo parcial de tromboplastina	30.0 seg.

BIOMETRIA HEMATICA:

Hemoglobina en gr.	16.0 gr. %
Eritrocitos	5.43 mill. x mm ³ .
Hematrocito	48.7 %
Plaquetas	172.000 x mm ³ .
Linfocitos	28.6 %
Monocitos	2.01 %
Eosinofilos	4.00 %
Basófilos	0 %

CUESTIONARIO

1.- Dé el diagnóstico integral del paciente y la clasificación de terceros molares según Winter.

2.- Dé el plan de tratamiento a seguir.

3.- Describa la técnica quirúrgica a realizar.

4.- Mencione el procedimiento post-operatorio.

5.- Pronóstico.

GUIA PARA EL CONDUCTOR

1.- Diagnóstico integral y clasificación de terceros molares.

Al examen general no reporta ninguna alteración.

Presenta luxación unilateral.

Caries crónica.

Inclusión de terceros molares.

3o. molar inferior derecho clase II posición A Mesioangular.

3o. molar inferior izquierdo, clase II posición B Mesioangular.

(Uso de pizarrón)

2.- Plan de tratamiento.

Profilaxis y control personal de placa.

Saneamiento básico.

Control personal de placa y preparación para cirugía.

Cirugía del tercer molar inferior izquierdo.

Eliminación de puntos de sutura y toma de radiografía periapical de control.

Cirugía del tercer molar inferior derecho.

Eliminación de puntos de sutura y toma de radiografía periapical de control.

Alta Quirúrgica. (uso de pizarrón).

3.- Técnica quirúrgica.

Bajo previa toma de signos vitales. Temperatura 36.5°C., C.T. Art.

123/100, Pulso 70 x min. F. Resp. 29 x min., aceptación de la región

y colocación de campos quirúrgicos, se procede al bloqueo del nervio dentario inferior con puntos locales en la zona a intervenir, por infiltración de xilocaína con epinefrina al 2 %.

Con hoja de bisturí del No. 11 se realiza incisión longitudinal que va de la parte anterior de la rama ascendente pasando sobre la línea media del borde alveolar hasta la cara distal del segundo molar, levantando el colgajo con leguas de Selding, inmediatamente se procede a realizar la osteotomía con fresa quirúrgica de fisura para poder descubrir la porción coronal del tercer molar, se realiza odontosección, eliminando primero la parte distal y posteriormente la parte mesial de la corona con elevador recto continuando con el mismo elevador y con movimientos de luxación se hace la extracción de la raíz distal y por último la raíz mesial. Se trata la cavidad con raspado utilizando la cucharilla de Lukas, lavando posteriormente con suero fisiológico, se lleva el colgajo a su lugar y se sutura con seda negra 000 con puntos aislados se deja una gasa de protección. Se toman signos vitales postoperatorios registrando las siguientes cifras: Temperatura 36' C., C.T. Art. 120/100, Pulso 70 x min., F. Resp. - 30 x min.

4.- Procedimientos postoperatorios.

Guardar reposo por algunas horas con la cabeza en alto.

Retirar la gasa protectora.

Se pondrá compresas de agua fría durante 15 min. cada dos horas - por el resto del día.

Al día siguiente hará lo mismo, pero con compresas de agua caliente.

Se le medica analgésicos.

Su primera comida deberá ser líquida y después blanda.

Se cita al paciente transcurridos tres días para retirar los puntos de sutura y toma de radiografía periapical de control.

5.- Pronóstico.

Dudoso, ya que el paciente no se presenta a las siguientes citas para retirar los puntos de sutura, ni se toma radiografía de control — quedando el tratamiento inconcluso.

GUIA PARA EL ALUMNO

CASO CLINICO No. 5

PACIENTE DE SEXO.	Femenino
EDAD	23 años
ESTADO CIVIL	Soltera
OCUPACION	Estudiante
ORIGINARIA DE	D. F.
DOMICILIO ACTUAL	D. F.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

El paciente se presenta a tratamiento de un tercer molar con erupción incompleta, remitido por el Ortodoncista.

Al interrogatorio se obtienen los siguientes datos:

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Higiene general regular, reporta haber tenido todas las inmunizaciones.

SIGNOS VITALES:

Temperatura 37° C, C.T. Art. 120/80, Pulso 59 x min., F.-
respiración 19 x min.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Sin antecedentes patológicos.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Nos refiere haber padecido bronquitis recientemente, habiéndose tratado con antibióticos y analgésicos, los cuales se dejaron de tomar hace quince días aproximadamente.

ANTECEDENTES ALERGICOS:

No presenta problemas de alergia.

EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO:

Cráneo mesocéfalo, perfil recto, tez morena, labios gruesos y grandes de consistencia suave e integridad completa.

EXAMEN INTRABUCAL:

Sin alteraciones en tejidos blandos, el parodonto se encuentra aparentemente sano, presenta restauraciones con amalgama e incrustaciones, también se ve el tercer molar inferior izquierdo parcialmente erupcionado, cubierto por tejido blando y la ausencia de los dientes 24 y 36.

El diente 43 se encuentra fuera de la línea de oclusión y -- hacia vestibular sin contactar con el antagonista.

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO:

Se tomó su serie radiográfica y para el tratamiento del tercer molar se mandan a realizar exámenes de laboratorio como son biometría hemática y hemorragiparas y se utiliza la ortopantomografía del Ortodoncista.

Radiográficamente observamos pérdida de la cresta alveolar - en forma vertical y horizontal en la mayoría de los dientes. Ausencia de - los dientes 24 y 36.

El tercer molar se ve sobre la línea de oclusión, formando - un ángulo de 60' aproximadamente, con vértice en el tercio medio del segun_ do molar y la cúspide mesial del tercer molar. Los exámenes de laboratorio nos reportaron los siguientes datos.

PRUEBAS DE COAGULACION:

Tiempo de sangrado	4.10 min.
Tiempo de coagulación	2.12 min.
Tiempo de protrombina	13 min. 100 %

QUIMICA SANGUINEA:

Glucosa con sangre	98 gr.
--------------------	--------

BIOMETRIA HEMATICA:

Eritrocitos	4,300,000
Hematrocito	4/c.c.
Plaquetas	150,000
Linfocitos	43 %
Leucocitos	3,750
Eosinofilos	4 %
Basofilos	0 %
Neutrofilos	50 %
Hemoglobina	13.5 gr. 84 %

Mielocitos

0 %

CUESTIONARIO

- .- Dé el diagnóstico integral del paciente y la clasificación de terceros molares según Gregory y Winter.
- .- Dé el plan de tratamiento a seguir.
- .- Describa la técnica quirúrgica a realizar.
- .- Mencione el procedimiento postoperatorio.
- .- Dé el pronóstico.

GUIA PARA EL CONDUCTOR

1.- Diagnóstico integral y clasificación de terceros molares (uso de pizarrón).

Estado general presente leucocitopenia por medicamentos.

Secuela de periodontitis compuesta generalizada.

Trauma de oclusión.

Tercer molar inferior izquierdo clase II Posición B, retención mesioangular.

2.- Plan de tratamiento (uso de pizarrón).

Preparación para la cirugía (indicaciones al paciente).

Cirugía del tercer molar incluido.

Eliminación de puntos de sutura y toma de radiografía periapical de control.

Alta quirúrgica y remisión al ortodoncista.

Presentación de la charola con instrumental.

3.- Técnica quirúrgica:

Previa toma de signos vitales:

Temperatura 37° C, C.T. Art. 90/60, Pulso 86 x min. F. Resp. 18 x min.

Asepsia y colocación de campos. Se inicia el acto operatorio con el bloqueo infiltrativo del nervio dentario inferior y puntos locales en la región por operar de xilocaína con epinefrina al 2 %.

Se procede a realizar incisión longitudinal que va de la parte anterior

de la rama ascendente pasando sobre la línea media del borde alveolar hasta la cara distal del segundo molar por vestibular, con hoja de bisturí del No. 15, separando el colgajo con legra de Selding, con elevador recto apoyándose en la cara mesial del tercer molar y la cresta interdentaria con movimientos de luxación se procede a hacer la extracción propiamente dicha.

Se hace la limpieza de la cavidad con la cucharilla de Lukas y lavando con solución fisiológica, inmediatamente después se lleva el colgajo a su lugar suturando con seda negra de 000, utilizando puntos aislados, se coloca una gasa de protección, se toman signos vitales. Temperatura 37.2° C. C.T. Art. 120/80, Pulso 83 x min., F. Resp. 19 x min.,.

4.- Mencione el procedimiento post-operatorio.

Guardar reposo por algunas horas con la cabeza en alto.

Retirar la gasa protectora.

Se pondrá compresas de agua fría durante 15 min. Por el resto del día.

Al día siguiente se hará lo mismo pero con compresas de agua caliente.

Se le medicó analgésicos.

Su primera comida deberá ser líquida y después blanda.

Se citó al paciente transcurridos 3 días para retirar los puntos de sutura.

Se toma radiografía periapical de control.

5.- Pronóstico.

Favorable, ya que el tratamiento se llevó a cabo remitiéndolo de nuevo a su ortodoncista.

VII.- MATERIAL Y METODO:

Se presentan cinco casos clínicos intervenidos quirúrgicamente de terceros molares incluidos con la utilización de:

Unidad, material e instrumental quirúrgico-dental.

Cámara fotográfica.

Historia clínica.

Y la colaboración de cinco pacientes.

VIII.- CONCLUSIONES:

Antes de realizar un tratamiento quirúrgico bucal es necesario el previo conocimiento de las estructuras y adyacentes y haber efectuado todo el tratamiento integral, para evitar complicaciones en nuestro trabajo, que retrase la recuperación del paciente.

IX.- BIBLIOGRAFIA:

Nos apoyamos de la bibliografía que se utilizó en las unidades anteriores.

RESULTADOS FINALES.

RESULTADOS:

En esta tesis podemos observar que la hipótesis planteada al inicio, se comprueba ya que las variables que se toman en cuenta existen — en los casos clínicos presentados como es: La prevención a otras patologías por medio de la elección del tratamiento adecuado (que en este caso es la remoción de los terceros molares incluidos.)

DISCUSION:

Respecto al organo dentario que con mayor frecuencia presenta inclusión, Blum opina que es el camino, seguido del tercer molar y el — diente supernumerario. Shafer, opina que el tercer molar y el canino superior son los que más frecuentemente presentan inclusión y está de acuerdo — en que el mejor tratamiento para ellos es la eliminación quirúrgica, Bertens-Cieszynsky opina que es el tercer molar inferior seguido del canino superior.

CONCLUSION:

Un seminario es la Técnica de enseñanza en que se integra — la docencia-servicio e investigación, lo cual nos permite obtener resultados más verídicos, logrando con esto el dominio profundo del tema a tratar.

Las inclusiones dentarias deben ser tratadas quirúrgicamente, — en base a que su permanencia en los maxilares puede originar alteraciones.

El manejo quirúrgico puede ser realizado mediante exodoncia.

En los casos clínicos presentados no se utilizó la radiografía — oclusal, debido a que se reemplaza con la radiografía panorámica, ya que —

os permite observar más detalles.

Para finalizar nuestras conclusiones cabe mencionar que para alcanzar pronósticos o resultados favorables es necesario la cooperación del paciente y así con esto lograr una mayor estabilidad en su salud.

PROPUESTA:

Los casos clínicos deben presentarse en forma gráfica y con una guía complementaria.

ANEXO:

Diaporama.

CASO CLINICO No. 1

- Foto 1.- En esta foto podemos apreciar la oclusión del paciente al igual que los tejidos blandos en buen estado de salud.
- Foto 2.- El parodonto se encuentra aparentemente sin ninguna alteración, -- existen amalgamas e incrustaciones bien adaptadas en premolares y molares.
- Foto 3.- Se toma serie radiográfica periapical y radiografía panorámica, observándose pérdida de la cresta alveolar y los terceros molares sin erupcionar.
- Foto 4.- Nos muestra las preguntas del cuestionario que el alumno deberá -- de resolver.
- Foto 5.- Charola con el instrumental que se requiere para la cirugía de -- terceros incluidos.
- Foto 6.- Se inicia el acto operatorio con el bloqueo del nervio dentario inferior y puntos locales en la región por operar, con anestesia local por infiltración de xilocaina con epinefrina al 2 %.
- Foto 7.- Se procede a realizar incisión longitudinal que va de la parte anterior de la rama ascendente pasando sobre la línea media del borde alveolar hasta la cara distal del segundo molar, festoneando éste hasta la cara mesial del primer molar por vestibular con hoja de bisturí del No. 15.

Foto 8.- Separación del colgajo con legra de Selding.

Foto 9.- A continuación se realiza osteosección para descubrir la corona — del molar con fresa de fisura de baja velocidad.

Foto 10.- Debido a su posición se realiza odontosección seccionando y retirando primero la corona anatómica del molar.

Foto 11.- Extraída la corona se extraen las raíces, primero la mesial y luego la distal con elevador de ápices y el uso de pinzas de disección.

Foto 12.- Inmediatamente después se trata la cavidad ósea por medio de raspado utilizando la cucharilla de Lukas, eliminando los restos de tejido, se lava a presión la cavidad con solución fisiológica.

Foto 13.- Se observa la cavidad ya limpia con la formación del coágulo.

Foto 14.- Se vuelve el colgajo a su lugar.

Foto 15.- Se sutura con seda negra 000 mediante puntos aislados.

Foto 16.- Se observa el órgano dentario en la forma en que fué extraído.

Foto 17.- Se cita al paciente ocho días después para retirar los puntos de sutura.

Foto 18.- Vista de la zona operada sin puntos de sutura.

Foto 19.- Radiografía periapical de control.

CASO CLINICO No. 2

- Foto 1.- Se aprecian los tejidos blandos y el parodonto en aparente buen estado de salud, existen obturaciones con amalgama.
- Foto 2.- La oclusión del paciente observándose los dientes anteriores superiores cubrir más de dos tercios de la corona clínica de los dientes anteriores inferiores.
- Foto 3.- Nos muestra radiografía panorámica y serie radiográfica periapical, observándose las raíces de varios dientes dentro del seno maxilar y los terceros molares sin erupcionar, los senos muy amplios y bajos.
- Foto 4.- Cuestionario con las preguntas que los alumnos deberán de resolver.
- Foto 5.- Charola con el instrumental que se requiere para la cirugía de los terceros molares incluidos.
- Foto 6.- Se inicia el acto operatorio con el bloqueo del nervio dentario alveolar posterior y palatino anterior para la extracción del tercer molar superior derecho.
- Foto 7.- Bloqueo del nervio dentario inferior para el tercer molar inferior, ambos con puntos locales en la zona por operar con infiltración

de xilocaina con epinefrina al 2 %.

Foto 8.- Con hoja de bisturí del No. 15, se realiza incisión longitudinal sobre la línea media retromolar continuando el corte festoneado por vestibular hasta la cara mesial del segundo molar.

Foto 9.- Levantamiento del colgajo utilizando la legra de Selding.

Foto 10.- Con elevador recto se hace la luxación y extracción del tercer molar a primera intención.

Foto 11.- Se procede a tratar la cavidad con cucharilla de Lukas, observándose que dicha cucharilla se introduce hasta la cavidad del seno.

Foto 12.- Se lava con solución fisiológica.

Foto 13.- Llevando el colgajo a su lugar, se sutura con seda negra de 000, con puntos aislados.

Foto 14.- Después se realiza la cirugía del tercer molar inferior con la incisión longitudinal que va de la parte anterior de la rama ascendente de la mandíbula, pasando sobre la línea media del borde alveolar hasta la cara distal del segundo molar festonean-

do éste hasta la cara mesial del primer molar por vestibular.

Foto 15.- Se levanta el colgajo con legra de Selding descubriendo la porción coronal del tercer molar.

Foto 16.- Con elevador recto se hacen movimientos de luxación en la cara mesiovestibular del tercer molar.

Foto 17.- Desalojándolo del alveolo y retirándolo de la boca con unas pinzas hemostáticas curvas.

Foto 18.- Ya tratada la cavidad con raspado y lavado se vuelve el colgajo a su lugar y se sutura con seda negra de 000 por medio de puntos aislados.

Foto 19.- Se muestra la cavidad ya extraídos los terceros molares superior e inferior.

Foto 20.- Se observan los órganos dentarios extraídos.

Foto 21.- Ocho días después se cita al paciente para revisión postoperatoria.

Foto 22.- Se lava con solución fisiológica tibia y se retiran los puntos de sutura.

- Foto 23.- Pasando quince días después de la cirugía de terceros molares derechos, se realiza la cirugía del lado izquierdo. Se bloquea el nervio dentario alveolar superior y palatino anterior para el diente superior y para el tercer molar inferior el nervio dentario inferior con puntos locales en la zona que se va a tratar.
- Foto 24.- En el diente superior se realiza extracción simple.
- Foto 25.- Se trata la cavidad con cucharilla de Lukas y se sutura.
- Foto 26.- Se realiza incisión longitudinal que va de la parte anterior de la rama ascendente de la mandíbula pasando sobre la línea media del borde alveolar hasta la cara distal del segundo molar fetoneando éste hasta la cara mesial del primer molar con hoja de bisturí del No. 15.
- Foto 27.- Se levanta el colgajo con legra de Selding.
- Foto 28.- Inmediatamente se realiza osteotomía con fresa de bola de baja velocidad.
- Foto 29.- Ya descubierta la corona del tercer molar se realiza con elevador recto movimientos de luxación para después hacer la odontosección.

Foto 30.- Se hace la extracción de la corona, posteriormente de las raíces.

Foto 31.- Se trata la cavidad con cucharilla de Lukas y se lava con solución fisiológica.

Foto 32.- Se sutura con seda negra 000 con puntos aislados.

Foto 33.- Se muestran los órganos dentarios extraídos.

Foto 34.- Ocho días después se cita al paciente para retirar los puntos de sutura.

Foto 35.- Previa limpieza de la zona se quitan los puntos de sutura.

Foto 36.- Muestra de radiografía periapical de control superior izquierda.

Foto 37.- Muestra de radiografía periapical de control inferior izquierdo.

Foto 38.- Muestra de radiografía periapical de control superior derecho.

Foto 39.- Muestra de radiografía periapical de control inferior derecha.

CASO CLINICO No. 3

- to 1.- Se observa tejidos blandos y parodonto en aparente buen estado de salud al igual que restauraciones de amalgama y una corona-antiestética.
- to 2.- Oclusión del paciente
- to 3.- Serie radiográfica periapical y radiografía panorámica, observándose la falta de erupción de los terceros molares, y pérdida del primer molar derecho.
- to 4.- Cuestionario con las preguntas que deberán resolver los alumnos.
- to 5.- Charola con el instrumental necesario para la cirugía de terceros molares incluidos.
- to 6.- Anestesia del nervio dentario alveolar posterior y palatino anterior para la extracción del tercer molar superior izquierdo.
- to 7.- Bloqueo del nervio dentario inferior con puntos locales de xilocaína con epinefrina al 2 % para la extracción del tercer molar inferior derecho.
- to 8.- Con hoja de bisturí del No. 15 se realiza incisión longitudinal -

Sobre la línea media retromolar continuando con corte festoneado por vestibular hasta la cara mesial del segundo molar.

Foto 9.- Se levanta el colgajo con legra de Selding.

Foto 10.- Con elevador recto se realiza movimientos de luxación y se hace la extracción del diente superior.

Foto 11.- Con cucharilla de Lukas se trata la cavidad.

Foto 12.- Se sutura con seda negra de 000 con puntos aislados.

Foto 13.- Para el diente inferior se hace incisión longitudinal que va de la parte anterior de la rama ascendente de la mandíbula pasando sobre la línea media del borde alveolar hasta la cara distal del segundo molar, festoneando éste hasta la cara mesial del primer molar por vestibular.

Foto 14.- Con legra de Selding se levanta el colgajo.

Foto 15.- Con elevador recto se hace la luxación y extracción del diente.

Foto 16.- Se trata la cavidad ósea con raspado utilizando la cucharilla de Lukas.

Foto 17.- Se lleva el colgajo a su lugar y se sutura con puntos aislados de seda negra 000.

Foto 18.- Se muestran los órganos dentarios extraídos.

Foto 19.- Se cita al paciente ocho días después para revisión posoperatoria y retirar los puntos de sutura.

Foto 20.- La zona operada sin puntos de sutura.

Foto 21.- Radiografía de control del diente superior izquierdo.

Foto 22.- Radiografía del control del diente inferior izquierdo.

Foto 23.- Quince días después de la primera cirugía, se realizan las cirugías de lado derecho, anestesiando el nervio dentario alveolar y palatino anterior para el diente superior y bloqueo del nervio dentario inferior ambos con puntos locales en la zona a tratar por infiltración de xilocaina con epinefrina al 2%.

Foto 24.- Previa incisión y levantamiento del colgajo con elevador recto se hace la luxación y extracción del diente superior.

Foto 25.- Se traba la cavidad con cucharilla de Lukas y se sutura con se-

da negra de 000.

Foto 26.- Se realiza la cirugía del tercer molar inferior con incisión longitudinal que va de la parte anterior de la mandíbula pasando - sobre la línea media del borde alveolar hasta la cara distal del segundo molar, festoneando éste hasta la cara mesial del primer molar por vestibular.

Foto 27.- Se levanta el colgajo con legra de Selding y con elevador recto se luxa y extrae el diente.

Foto 28.- Con cucharilla de Lukas se trata la cavidad ósea.

Foto 29.- Se lava con solución fisiológica y se lleva el colgajo a su lugar.

Foto 30.- Sutura con seda negra mediante puntos aislados.

Foto 31.- Se muestran los órganos dentarios extraídos.

Foto 32.- Se cita al paciente ocho días después para revisión y retirar los puntos de sutura.

Foto 33.- La zona operada sin puntos se sutura.

Foto 34.- Radiografía periapical de control superior.

Foto 35.- Radiografía periapical de control inferior.

Foto 36.- Cavityad oral del paciente después de la extracción de los cuatro molares.

CASO CLINICO No. 4

- Foto 1.- En esta foto podemos apreciar la oclusión del paciente en donde existe apíñamiento de los dientes anteriores inferiores.
- Foto 2.- Se observan los tejidos blandos y el parodonto en aparente buen estado de salud.
- Foto 3.- Nos muestra radiografía panorámica y serie radiográfica periapical, observándose la ausencia del primer molar inferior izquierdo, y la falta de erupción de los terceros molares también inferiores.
- Foto 4.- Se observan las preguntas de cuestionario que deberán resolver los alumnos.
- Foto 5.- Charola con el instrumental que se requiere para la cirugía de terceros molares incluidos.
- Foto 6.- Bloqueo del nervio dentario inferior y puntos locales en la región por operar con anestesia local por infiltración de xilocaína con epinefrina al 2 %.
- Foto 7.- Se procede a realizar incisión longitudinal que va de la parte anterior de la rama ascendente pasando sobre la línea media --

del borde alveolar hasta la cara mesial del primer molar por ves-
tibular con hoja de bisturí del No. 15.

Foto 8.- Se levanta el colgajo con legra de selding.

Foto 9.- Se realiza osteosección para descubrir la corona del diente con fresa quirúrgica.

Foto 10.- Se hace odontosección eliminando primero la parte distal y posteriormente la parte mesial de la corona con elevador recto.

Foto 11.- Con el mismo elevador y con movimientos de luxación se realiza la extracción de la raíz distal y por último la raíz mesial.

Foto 12.- Con cucharilla de Lukas se raspa la cavidad ósea y se lava con solución fisiológica.

Foto 13.- Se vuelve el colgajo a su lugar y se sutura con seda negra 000 por medio de puntos aislados.

Foto 14.- Nos muestra el órgano dentario en la forma en que fué extraído.

CASO CLINICO No. 5

- Foto 1.- Se observa tejidos blandos y parodonto en aparente buen estado de salud.
- Foto 2.- Oclusión del paciente apreciándose apiñamiento, vestibulización y palatinización de algunos dientes.
- Foto 3.- Se toma serie radiográfica periapical y radiografía panorámica - observándose pérdida de la cresta alveolar en forma vertical y horizontal en la mayoría de los dientes. Ausencia de los dientes 24 y 36.
- Foto 4.- Nos muestra las preguntas del cuestionario que el alumno deberá resolver.
- Foto 5.- Charola con instrumental requerido para la cirugía de terceros - molares incluidos.
- Foto 6.- Bloqueo del nervio dentario inferior y puntos locales en la región por operar con anestesia local por infiltración de xilocaína con epinefrina al 2 %.
- Foto 7.- Se procede a realizar incisión longitudinal que va de la parte anterior de la rama ascendente pasando sobre la línea media --

del borde alveolar hasta la cara distal del segundo molar, festoneando éste hasta la cara mesial del primer molar por vestibular con hoja de bisturí del No. 15.

Foto 8.- Separación de colgajo con legra de Selding.

Foto 9.- Se realiza la extracción propiamente dicha con elevador recto.

Foto 10.- Se trata la cavidad ósea por medio de raspado, utilizando la cucharilla de Lukas eliminando los restos de tejido, se lava a presión la cavidad con solución fisiológica.

Foto 11.- Se vuelve el colgajo a su lugar.

Foto 12.- Se sutura con seda negra de 000 por medio de puntos aislados.

Foto 13.- Se muestra el tercer molar extraído.

Foto 14.- Ocho días después se cita la paciente para revisión y eliminación de los puntos de sutura.

Foto 15.- Se eliminan los puntos de sutura.

Foto 16.- Se muestra radiografía periapical de control.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Anaya, Salvador. Análisis retrospectivo de 236 retenciones dentarias. ADM. Vol. XXXVI. Núm. 3. P. 269-271 May-Jun.
- 2.- Chusid G. Joseph. V. par craneal: Trigémíno. Neuroanatomía correlativa, Neurología Funcional, Editorial el Manual Moderno, P. 101---103. 1977.
- 3.- Escalona, Carlos José. Erupción ectópica. ADM. Vol. XXXVI, Núm. 1 y P. 525-536 Sep.-Oct. 1979.
- 4.- Esponda, Rafael. Anatomía Dental. UNAM. p. 283-285, 314-316. - 1975.
- 5.- Jaskel, Shime toiber. Dientes no erupcionados. ADM. Vol. XXXV.- No. 5 p. 403-412. Sep.-Oct. 1978.
- 6.- Lockhart, R.D.; Hamilton, G.F.; Fyfe, FW. Anatomía Humana. Nueva editorial interamericana. p. 45, 50-54, 156-157, 310, 312, 314, 605. 1965.
- 7.- Material de apoyo. Cirugía, 7o. semestre ENEP Zaragoza. 1980.
- 8.- Mayo Goss, Charles, Anatomía Gray. Salvat Editores. p. 147-150 - 178-183, 366-372, 558-559, 647-650, 657-660. 1976.
- 9.- Petren Ture. Nervio Trigémíno sinópsis anatomía Manual Ilustrado de Odontología. Astra. p. 16-18.

- 10.- Palacio G. Alberto. Arteria de la carótida externa. Técnicas quirúrgicas de cabeza y cuello. Editorial Interamericana. p. 101 a la 104.
- 11.- Ramf Jord, Ash. Músculos masticadores. Oclusión.- Editorial Interamericana. p. 4-7. 1972.
- 12.- Ramson Clark, Nervio Trigémino. Anatomía del Sistema Nervioso. - Editorial Interamericana. p. 251. 1963.
- 13.- Ries Centeno. Cirugía Bucal. Editorial El Ateneo. p. 3-4, 22, 267-271. 8a, Edición. Buenos Aires. 1979.
- 14.- Testut. Leo. Tratado de Anatomía Humana. Salvat Editores. p. 39,- 48, 153, 159, 268, 312. 1978.
- 15.- Betancourt, Armando. Instructivo para el llenado de la Historia Clínica de la carrera de Odontología. ENEP. Zaragoza.
- 16.- Camerón James. Tratado de cirugía bucal. Editorial Interamericana. Segunda Edición. p. 1-12. 1978.
- 17.- Kruger, Gustavo. Tratado de Cirugía Bucal. Editorial Interamericana Segunda Edición p. 75-80. 1978.
- 18.- Material de apoyo de sexto semestre. Técnicas Quirúrgicas. ENEP.- Zaragoza. 1978.
- 19.- Ramírez Degollado, Mariano. Técnicas Quirúrgicas. Talleres de B.-Costa-Amic, Editor.p. 23, 51, 56, 59, 63, 64, 71. 1975.

- 20.- Theodore A. Lesney. Bases de la Técnica Quirúrgica. Tratado de --
Cirugía Bucal. Editorial Interamericana, Segunda Edición. p. 3-30. --
1978.
- 21.- Alberto Palacio G. Técnicas Quirúrgicas de Cabeza o Cuello.
- 22.- Beeson - Mc. Dermontt, Cecil-Loeb. Tratado de Medicina Interna. --
Tomo II. XLV Edición. Interamericana.
- 23.- Edward V. Segarelli. Austin h. Kutscher. George A. Hyman. Diagnós:
tico en Patología Oral. Editorial Salvat. Editores S.A. p. 23-30. ---
1978.
- 24.- Exámenes Preoperatorios de Laboratorio. Rev. Odontólogo Vol. XI.-
Jun-Jul. p. 8-10. 1981.
- 25.- Martín, Abreu Luis. Fundamentos de diagnóstico. Editorial México.