



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES.

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA.

PRESENTA:

ROXANA BAUTISTA CASTRO.

MEXICO, D.F.

1985.

31  
20



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## I N D I C E

### INTRODUCCION:

- CAPITULO I. - CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES.
- I. A. HISTORIA.
  - I. B. ETIOLOGIA.
  - I. C. GENERALIDADES.
- CAPITULO II. - CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES.
- II. A. TERCEROS MOLARES INCLUIDOS EN EL MAXILAR.
  - II. B. TERCEROS MOLARES INCLUIDOS EN LA MANDIBULA.
- CAPITULO III. - EVALUACION DEL PACIENTE.
- III. A. HISTORIA CLINICA.
  - III. B. ANALISIS DE LABORATORIO.
  - III. C. EXAMEN RADIOGRAFICO.
  - III. D. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES LOCALES Y GENERALES.
- CAPITULO IV. - BASES DE LA CIRUGIA.
- IV. A. INSTRUMENTAL.
  - IV. B. MATERIAL.
  - IV. C. MEDICAMENTOS.
  - IV. D. ASEPSIA Y ANTISEPSIA.
- CAPITULO V. - ANATOMIA.

CAPITULO VI.- TECNICAS QUIRURGICAS.  
VI.A. TECNICA EN SUPERIORES.  
VI.B. TECNICA EN INFERIORES.  
VI.C. PUNTOS BASICOS EN LA CIRUGIA.

CAPITULO VII.- COMPLICACIONES.

CAPITULO VIII.- TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

CONCLUSIONBS.

BIBLIOGRAFIA.

## I N T R O D U C C I O N .

ESTE TRABAJO FUE REALIZADO CON EL MEJOR ESFUERZO Y DEDICACION PARA PODER OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA.

ES MUY IMPORTANTE MENCIONAR AL CIRUJANO DENTISTA. - LO UTIL Y NECESARIO QUE ES EN ESTAR PREPARADO LO SUFICIENTE PARA PODER LLEVAR A CABO LA CIRUGIA DE LOS 36. MOLARES EN CUALQUIERA QUE SEA SU POSICION.

HAY QUE TOMAR EN CUENTA LOS CONOCIMIENTOS GENERA-- LES QUE TODO CIRUJANO DENTISTA LLEVA DURANTE LOS ESTUDIOS- EN LA FACULTAD.

TAMBIEN SE TENDRA CONSIDERACION EN LOS PACIENTES - EN LOS QUE SEA NECESARIA LA CIRUGIA.

## CAPITULO I.

### A) HISTORIA.

EN LA ACTUALIDAD EN LOS MUSEOS DE HISTORIA SE ENCUENTRAN CUERPOS Y CRANEO DE LOS SERES QUE HABITABAN LA TIERRA DESDE HACE MUCHOS MILES DE AÑOS. POR LO QUE LOS ANTRÓPOLOGOS AFIRMAN LA EVOLUCION DEL HOMBRE, EN SU DESARROLLO FISICO, COSTUMBRES, HABITOS, ETC.

SE HA ESTUDIADO DETENIDAMENTE LA FORMA, TAMAÑO Y POSICION DE LA MANDIBULA Y DIENTES CON RESPECTO A LOS HUESOS DE LA CARA Y CABEZA, COMO LA LINEA PREHIPOFISARIA QUE SE INCLINABA HACIA ADELANTE DESDE LA FRENTE A LA MANDIBULA EN PROTRUCCION EN LAS FORMAS PREHUMANAS, SE HA VUELTO CASI VERTICAL EN EL HOMBRE MODERNO A MEDIDA QUE HA DISMINUIDO EL NUMERO DE DIENTES. ESTO ES DEBIDO A LAS NECESIDADES DE MASTICACION. EJEMPLO. COMO LOS SERES DE LA PRIMERA ETAPA DE DESARROLLO DE HOMBRE TENIAN UN APARATO MASTICATORIO PODEROSO, YA QUE LA ALIMENTACION ERA FIBROSA, CRUDA, ETC. CONFORME HAN PASADO LOS AÑOS LA ALIMENTACION ES BLANDA, DEBIDO A QUE PASAN POR PROCESOS DE COCIMIENTO, CONDIMENTACION, ASI COMO SE UTILIZAN SUBSTANCIAS QUIMICAS Y AZUCARES REFINADOS. ESTO VA A TRAER COMO CONSECUENCIA MENOS TRABAJO DE MASTICACION Y POR LO TANTO LA DESAPARICION DE LOS MOLARES INNECESARIOS, COMO SERIA EN LA ACTUALIDAD LA TENDENCIA A DESAPARECER LOS TERCEROS MOLARES DE CADA CUADRANTE, SIENDO MAS COMUN EN LOS-

CUADRANTES SUPERIORES QUE EN LOS INFERIORES.

SE HAN HECHO INVESTIGACIONES EN LAS QUE; A) UN ALTO PORCENTAJE HOY EN DIA CARECEN DE LOS CUATRO TERCEROS MOLARES; - B) OTROS PRESENTAN LOS DOS TERCEROS MOLARES INFERIORES Y LOS DOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES SE ENCUENTRAN INCLUIDOS; C) OTROS TIENEN LOS CUATRO TERCEROS MOLARES INCLUIDOS; D) UN PEQUEÑO PORCENTAJE TIENE BIEN FORMADOS Y ERUPCIONADOS LOS CUATRO TERCEROS MOLARES.

B) ETIOLOGIA.

LOS CASOS MAS COMUNES DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS SON:

- a).- POR LA TENDENCIA A DESAPARECER.
- b).- POR FALTA DE ESPACIO, EN CASO DE QUE LAS ARCADAS SEAN PEQUEÑAS.
- c).- POR FALTA DE ESPACIO, CUANDO LOS DIENTES Y MOLARES SON MUY GRANDES, CON RELACION A LA ARCADEA.
- d).- POR TRAUMATISMOS EN LA ETAPA DE EVOLUCION DEL GERMEN DENTARIO; POR LO GENERAL ES POR GOLPES EN LA CARA, O POR DESCUIDO DEL DENTISTA AL EXTRAER EL SEGUNDO MOLAR ADYACENTE.
- e).- POR DESCUIDO DEL DENTISTA AL COLOCAR APARATOS PROTESICOS REMOVIBLES, SIN TOMAR RADIOGRAFIAS PREVIAS.
- f).- POR MALA ORIENTACION DEL GERMEN DENTARIO.
- g).- POR FALTA DE MIGRACION DEL GERMEN A SU LUGAR DE

ERUPCION.

C) GENERALIDADES.

EN LA ACTUALIDAD ES MUY COMUN ENCONTRAR PACIENTES CON MOLESTIAS DEBIDO A QUE SE ENCUENTRAN LOS 3o. MOLARES INCLUIDOS, POR SU MALA POSICION, POR SU ERUPCION PARCIAL, O PORQUE LA ZONA QUEDO POCO ACCESIBLE PARA SU LIMPIEZA. OTROS PRESENTAN MALA POSICION Y VAN A ORIGINAR EL EMPUJE HACIA MESIAL DE LOS MOLARES Y DIENTES ADYACENTES OCASIONANDO APINAMIENTO O APIRONAMIENTO DE LOS MISMOS ACOMPAÑADO DE DOLOR. OTROS SE ENCUENTRAN ERUPCIONADOS PARCIALMENTE Y VAN A PROVOCAR LA ACUMULACION DE RESTOS ALIMENTICIOS, COMO RESPUESTA SE VA A PRESENTAR LA INFLAMACION DE LA MUCOSA DE LA ZONA RETROMOLAR, Y POSTERIORMENTE EL TRAUMATISMO DE LA MISMA DURANTE LA MASTICACION. EN ESTOS CASOS LA FORMACION DE PLACA BACTERIANA Y DESPUES LA PROLIFERACION DE CARIES, VAN A OCASIONAR LA IRRITACION PULPAR (PULPITIS); CON ESTA SE PRODUCE UN INTENSO DOLOR EN LA CARA Y PARTE DEL OIDO Y EN OTROS CASOS PRODUCE TEMPERATURA ALTA E INFLAMACION EN LA ZONA.



CAPITULO II.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES.

INCLUIDOS.

- 1).- TERCEROS MOLARES INCLUIDOS EN MANDIBULA.
- 2).- TERCEROS MOLARES INCLUIDOS EN EL MAXILAR.

EN CASO DE LA MANDIBULA ES MAS COMUN QUE EN EL MAXILAR Y LA CLASIFICACION ES LA MISMA A DIFERENCIA QUE EN EL MAXILAR LOS NIVELES ALTO Y BAJO SON INVERTIDOS Y SON:

- |                  |                   |
|------------------|-------------------|
| 1.- MESIOANGULAR | 5.- BUCOVERSION   |
| 2.- HORIZONTAL   | 6.- LINGUOVERSION |
| 3.- VERTICAL     | 7.- NIVEL ALTO    |
| 4.- DISTOANGULAR | 8.- NIVEL BAJO    |

### CAPITULO III

#### EVALUACION DEL PACIENTE.

PARA PODER OBTENER UN DIAGNOSTICO CORRECTO ES NECESARIO REALIZAR UNA HISTORIA CLINICA COMPLETA ACOMPARADA DE - - PRUEBAS DE LABORATORIO, EXAMENES RADIOGRAFICOS; Y ASI PODER LLEGAR A UN TRATAMIENTO ADECUADO.

#### A) HISTORIA CLINICA.

LA HISTORIA CLINICA ES UN PROCESO ORDENADO PARA OBTENER INFORMACION DEL PACIENTE.

#### ANTECEDENTES PERSONALES.

NOMBRE, EDAD, SEXO, ESTADO CIVIL, DIRECCION, TELEFONO, OCUPACION.

#### MOLESTIA PRINCIPAL.

SE DEBE REGISTRAR LOS SINTOMAS Y SU DURACION.

#### PADECIMIENTO ACTUAL.

ES LA RELACION CRONOLOGICA DE LA MOLESTIA PRINCIPAL DEL PACIENTE. INCLUYE TODOS LOS SIGNOS Y SINTOMAS SIGNIFICATIVOS DE LA MOLESTIA PRINCIPAL DESDE QUE APARECIO, SU EVOLUCION, - SU LOCALIZACION, TIPO DE INICIACION (SEVERO O LIGERO) Y LA - RELACION DE LA MOLESTIA PRINCIPAL CON OTRAS ACTIVIDADES. - EJEM.: DIVERSOS MOVIMIENTOS, DURANTE LA INGESTION DE ALIMENTOS, CAMBIO DE POSICION O ESTIMULOS DE CALOR Y FRIJO.

ANTECEDENTES.

NOS INFORMAN SOBRE LAS ENFERMEDADES Y TRAUMATISMOS ANTERIORES. SE DEBE ESPECIFICAR LA INICIACION, DURACION, COMPLICACIONES, SECUELAS, TRATAMIENTO Y NOMBRE DEL MEDICO QUE ATENDIO. EJEM.: REUMATISMO, TUBERCULOSIS, NEUMONIA, ENFERMEDADES VENEREAS Y TENDENCIAS HEMORRAGICAS.

ANTECEDENTES FAMILIARES.

CON ESTOS SE VALORAN LAS TENDENCIAS HEREDITARIAS O LA POSIBILIDAD DE ADQUIRIR LA ENFERMEDAD DENTRO DE SU PROPIA FAMILIA. EJEM.: CANCER, DIABETES, ARTRITIS, ENFERMEDADES VASCULARES. (HIPERTENSION, CRISIS CARDIACAS) ENFERMEDAD RENAL, - ENFERMEDADES DE LA SANGRE, COMO (HEMOFILIA, ANEMIA PERNICIOSA, LEUCOMIA ).

ESTADOS ALERGICOS.

(ASMA, FIEBRE DEL HENO) E INFECCIONES (FIEBRE REUMATICA, TUBERCULOSIS), ETC.

HABITOS:

ESTOS NOS INFORMAN SOBRE LA FORMA DE VIDA DEL PACIENTE. EJEM. SI EL PACIENTE DUERME CON LA BOCA ABIERTA, SI HAY TRISMUS DURANTE EL SUEÑO, SI FUMA PIPA, SI ESTA MORDIENDO CONSTANTE MENTE, SI LLEVA A CABO UNA DIETA, ETC.

HAY QUE TENER EN CUENTA SI EL PACIENTE ESTA TOMANDO O TOMA ALGUN MEDICAMENTO Y DURANTE QUE TIEMPO. EJEM.: ANALGESICOS, ESTIMULANTES, VITAMINAS, TRANQUILIZADORES, SEDAN--

TES, ETC.

HISTORIA DENTAL.

ASI SE PODRA VER LA REACCION Y LA APRECIACION RESPECTO A EXPERIENCIA PREVIAS CON EL ODONTOLOGO Y SU TRATAMIENTO.

KERR, ASH Y MILLARD SUGIEREN QUE SE INCLUYA EN LA HISTORIA DENTAL LOS SIGUIENTES:

- 1.- ULTIMA VISITA.
- 2.- FRECUENCIA DE VISITAS AL DENTISTA.
- 3.- FRECUENCIA DE PROFILAXIS.
- 4.- EXPERIENCIAS ANTERIORES DURANTE Y DESPUES DE LA ANESTESIA BUCAL.
- 5.- EXPERIENCIAS DE EXTRACCIONES.
- 6.- TERAPEUTICA PERIODONTAL PREVIA, EL TRASTORNO QUE REQUIRIO EL TRATAMIENTO, Y QUE TIPO DEL MISMO RECIBIO (RASPADOS, AJUSTE OCLUSAL, LEGRADO SUBGINGIVAL, GINGIVECTOMIA, Y MEDICAMENTOS APLICADOS.
- 7.- TRATAMIENTO ORTODONCICO. (PADECIMIENTO O DURACION).
- 8.- HISTORIA DE LOS ADITAMENTOS DENTALES APLICADOS, DURACION, SI HAN SIDO MODIFICADOS, CUIDADO PERSONAL DE LOS ADITAMENTOS.
- 9.- PUENTES.- TIEMPO QUE HAN ESTADO EN SERVICIO, COMODIDAD Y MODIFICACIONES.
- 10- OBTURACIONES DE CONDUCTOS RADICULARES, EN QUE DIENTES, - EL TIEMPO QUE HAN ESTADO PRESENTES EN LA BOCA Y APIRECOTOMIAS.

11.- PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN EL INTERIOR Y ALREDEDOR DE LA BOCA, INDEPENDIENTEMENTE DE LAS EXTRACCIONES, NATURALIZA DEL TEJIDO RETIRADO, MANERA EN LA QUE FUE RETIRADO, RECURRENCIAS Y HACE QUE TIEMPO.

EXAMEN CLINICO.

ESTE EXAMEN DEBE LLEVARSE A CABO DESPUES DE LA HISTORIA CLINICA, ESTE CONSISTE EN GENERAL DE TOMA DE LA PRESION-SANGUINEA, TEMPERATURA Y PULSO CARDIACO. A NIVEL BUCAL SE -- REALIZA LA AUSCULTACION, PALPACION Y PERCUSSION.

SE TOMA EN CUENTA QUE LA PRESION NORMAL SISTOLICA SOBRE DIASTOLICA ES DE 120/80 MM. HG. TOMANDO EN CONSIDERACION QUE SE PUEDEN TOMAR PRESIONES UN POCO MAS BAJAS O ALTAS PERO SOBRE DE LOS LIMITES NORMALES. EJEM.: MUJERES JOVENES - 100/60, 90/60 O EN OTROS CASOS DE 130/90 QUE SE CONSIDERA NORMAL. TOMANDO EN CUENTA QUE LA PRESION SISTOLICA PUEDE ESTAR AUMENTADA DEBIDO A NERVIOSISMO POR VISITA AL DENTISTA.

SIN EMBARGO, IMPORTA MAS LA PRESION DIASTOLICA DEBIDO A QUE SU AUMENTO PUEDE SER INDICATIVO DE ALGUNA ENFERMEDAD GENERAL SUBYACENTE. EJEM.: SI ES MAYOR DE 100; LA TEMPERATURA DEBERA TOMARSE EN CASO QUE EXISTAN SINTOMAS QUE PUDIERAN INDICAR QUE TIENE FIEBRE. RECORDEMOS QUE LA FIEBRE ES INDICATIVA DE ALGUNA INFECCION GENERAL Y ES LA REACCION CORPORAL ANTE UNA ENFERMEDAD ESPECIFICA.

ES IMPORTANTE SABER TOMAR EL PULSO, ESPECIALMENTE DURANTE UNA URGENCIA EN EL CONSULTORIO DENTAL.

EL PULSO ARTERIAL PUEDE PALPARSE FACILMENTE EN TRES ZONAS:

1.- EL DE LA ARTERIA CAROTIDA QUE SE REGISTRA EN EL CUELLO, EN LA PORCION ANTERIOR DEL MUSCULO ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO.

2.- EL DE LA REGION PREAURICULAR QUE ES PULSO DE LA ARTERIA TEMPORAL SUPERFICIAL.

3.- EL DE LA MUNECA EN DONDE SE LOCALIZA LA ARTERIA RADIAL.

PRIMERO SE REGISTRA LA FRECUENCIA QUE PUEDE VARIAR DE 60 A 80 LATIDOS POR MINUTO EN ADULTO NORMAL Y DE 80 A 100 LATIDOS POR MINUTO EN UN NIÑO NORMAL.

TAMBIEN SE DEBE CONSIDERAR LA CALIDAD; SI ES DEBIL O POTENTE Y EL RITMO, SI ES REGULAR O CONSTANTE, SI PARECE QUE SE ESTA SALTANDO UN LATIDO.

#### B).- PRUEBAS DE LABORATORIO.

ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA LOS ANALISIS DE LABORATORIO PARA CUALQUIER TIPO DE CIRUGIA, TANTO GENERAL COMO LOCAL, YA QUE NOS AYUDARA A OBTENER UN DIAGNOSTICO CORRECTO.

POR MEDIO DE LOS ANALISIS PODEMOS DETERMINAR SI EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN CONDICIONES PARA SOMETERSE O NO, A UNA CIRUGIA.

LOS ANALISIS PUEDEN SER DE VARIOS TIPOS, DEPENDIENDO PARA LO QUE SE VA A NECESITAR. EJEM. BIOMETRIA HEMATICA, QUIMICA SANGUINEA, GLUCOSA EN SANGRE U ORINA.

DEBE SER SISTEMATICO EL EXAMEN DE LA SANGRE Y ORINA DE TODOS LOS PACIENTES QUE VAYAN A SER INTERVENIDOS EN CIRUGIA MAYOR Y MENOR.

EN EL EXAMEN SISTEMATICO DE LA SANGRE Y DE LA ORINA ALGUNAS VECES NOS REVELA ESTADOS QUE PUEDEN COMPLICAR EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO; ES NECESARIO TOMAR PRECAUCION SOBRE ESTOS CASOS COMO SON: LA DIBETES NO CONTROLADA, ANEMIA, HIPERTENSION ARTERIAL, ETC. EN ESTOS CASOS ES NECESARIO REMITIR AL PACIENTE CON SU MEDICO DE CABECERA PARA QUE SEA ATENDIDO O CONTROLADO Y POSTERIORMENTE SE PROCEDA A REALIZAR LA CIRUGIA NECESARIA PARA EL PACIENTE.

EL EXAMEN DE LA SANGRE DEBE INCLUIR VALOR DE HEMATOCRITO Y CUENTA LEUCOCITARIA. PUEDE SER INDISPENSABLE LLEVAR A CABO OTRAS PRUEBAS DE LABORATORIO SEGUN LAS NECESIDADES DEL PACIENTE, EN LAS QUE INCLUYEN TIEMPO DE SANGRADO, TIEMPO DE COAGULACION, Y TIEMPO DE PROTROMBINA.

EL PORCENTAJE NORMAL DE LEUCOCITOS ES DE: - - -  
- 4,000 - 6,000 CELULAS / 100 CM<sup>3</sup> DE SANGRE EN UN ADULTO.

DE 60 - 70 / 100 DE LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES.

DE 20 - 30 / 100 DE LINFOCITOS.

DE 4 - 5 / 100 DE MONOCITOS.

DE 1 / 100 DE EOSINOFILOS.

DE 0.5 DE BASOFILOS.

LOS LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES TIENDEN A AUMENTAR EN ESTADOS DE INFLAMACION AGUDA Y DESPUES DE TRAUMATISMOS.

LOS MONOCITOS AUMENTAN EN PROCESOS INFECCIOSOS AGUDOS.

EL HEMATOCRITO NOS PRESENTA UN INDICE EXCELENTE DE GLOBULOS ROJOS. EL VOLUMEN DE SEDIMENTACION DE LOS GLOBULOS ROJOS SE EXPRESA EN PORCENTAJES DESPUES QUE LA SANGRE HA SIDO CENTRIFUGADA. SI HAY DOS ML. DE GLOBULOS ROJOS SEDIMENTADOS EN UN TUBO QUE CONTIENE 4 ML. DE SANGRE, ENTONCES EL HEMATOCRITO ES DE 50%.

LA CIFRA NORMAL EN HOMBRES ADULTOS ES DE 40 / 50 Y EN MUJERES DE 35 / 40.

UN PACIENTE CON VALOR DE HEMATOCRITO BAJO DEBE RECIBIR ATENCION MEDICA, YA QUE PUEDE NECESITAR TRANSFUSIONES DE SANGRE.

EN CASOS DE OBTENER RESULTADOS MAS EXACTOS SON:



TIEMPO DE SANGRADO: 3 MINUTOS.  
TIEMPO DE COAGULACION: 2 MINUTOS.  
TIEMPO DE PROTROMBINA: DE 9 A 30 SEGUNDOS.

C).- EXAMEN RADIOGRAFICO.

ESTOS EXAMENES NOS AYUDAN A COMPLEMENTAR LOS DATOS PARA OBTENER EL DIAGNOSTICO EXACTO, YA QUE MUCHOS DE LOS CASOS NO ES SUFICIENTE CON LA INSPECCION, PALPACION U AUSCULTACION.

DENTRO DE LAS RADIOGRAFIAS MAS COMUNES EN LA ODONTOLOGIA SON LAS PERIAPICALES, OCLUSALES Y EN ALGUNOS CASOS PANORAMICAS, ESTAS NOS VAN A DETERMINAR LA POSICION Y FORMA DEL DIENTE O LOS DIENTES QUE SE ESTAN LOCALIZANDO. EN ESTOS CASOS ES NECESARIO TOMAR RADIOGRAFIAS TOPOGRAFICAS, LATERALES Y POSTLATERALES PARA LOCALIZAR LA ZONA EXACTA EN RELACION AL MAXILAR O MANDIBULA.

EN EL CASO DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS ES NECESARIO REALIZAR ESTOS EXAMENES PARA SABER EL LUGAR Y POSICION DE LOS MISMOS, SINO ACERTADO, POR LO MENOS PROXIMO A LA ZONA POR INTERVENIR. UNA DE LAS VENTAJAS DE LAS RADIOGRAFIAS PREVIAS A LA CIRUGIA ES QUE SE LESIONA MENOS AL PACIENTE; YA QUE LA INCISION VA A SER LO MAS CONSERVADORA POSIBLE Y EN LA ZONA INDICADA.

ES NECESARIO TOMAR UNA RADIOGRAFIA DESPUES DE LA CI

**NUGIA PARA CERCIORARSE SI FUE REMOVIDO EL TOTAL DEL TERCER -  
MOLAR Y RESTOS ADYACENTES.**

D).- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

LOCALES Y GENERALES.

CUANDO LOS TERCEROS MOLARES NO PUEDEN HACER ERUPCION EN UNA POSICION NORMAL PUEDEN PRODUCIR LAS SIGUIENTES COMPLICACIONES: DOLOR. CUANDO UN PACIENTE TIENE UN TERCER MOLAR COMPLETAMENTE INCLUIDO SE QUEJA DE DOLOR INTENSO EN UNA ZONA DE LA CARA, PUEDE PRESENTAR ESTE MOLAR, CARIES, PULPITIS Y DEBE INVESTIGARSE LO QUE LO ESTA PROVOCANDO. AUNQUE SE DICE QUE EL DOLOR DE UN MOLAR INCLUIDO PUEDE ORIGINARSE COMO RESULTADO DE LA PRESION QUE EJERCE SOBRE EL SEGUNDO MOLAR A MEDIDA QUE TRATA DE HACER ERUPCION (ESPECIALMENTE CUANDO ESTA OBSTRUIDO POR UN SEGUNDO MOLAR). EL DOLOR TAMBIEN ES RESULTADO DE UNA INFECCION DESPUES QUE HA HABIDO PENETRACION DE ALIMENTOS EN LA ENCIA QUE REVISTE AL MOLAR.

INFECCION. CUANDO LA ERUPCION ES INCOMPLETA, PARTE DE LA CARA DEL MOLAR SE MANTIENE CUBIERTA POR UN COLGAJO DE ENCIA (PERICORONITIS) Y ES MUY COMUN, YA QUE ES LA PRINCIPAL CAUSA DEL DOLOR E INFLAMACION QUE POSTERIORMENTE VA A OCASIONAR TRAUMATISMO CONSTANTE.

CARIES. LA OBTURACION DE UN TERCER MOLAR QUE NO HA HECHO ERUPCION COMPLETAMENTE ES DIFICIL E INNECESARIA, A MENOS QUE VAYA A HACER ERUPCION EN UNA POSICION FUNCIONAL. POR LO TANTO UN TERCER MOLAR CARIOSO DEBE EXTRAERSE ANTES DE QUE LA CORONA ESTE SERIAMENTE LESIONADA O ANTES QUE SE DESARRO--

LLE UNA INFECCION PERIAPICAL.

LESION DEL SEGUNDO MOLAR. EL SEGUNDO MOLAR PUEDE ESTAR INCLINADO COMO RESULTADO DE LA PRESION EJERCIDA POR EL TERCER MOLAR ASI EVITANDO LA ERUPCION COMPLETA O COLOCACION - ADECUADA DEL TERCER MOLAR, OCASIONANDO UNA ZONA DE ESTANCAMIENTO DE ALIMENTOS ENTRE LOS DOS MOLARES, POR LO QUE A VECES SE PRODUCE UNA BOLSA PARODONTAL PROFUNDA, Y QUE VA A TRAER - COMO CONSECUENCIA UNA INFECCION, DOLOR E INFLAMACION.

FORMACION DE QUISTES. LA CORONA DE UN TERCER MOLAR INCLUIDO PUEDE LLEGAR A RODEARSE EN UN QUISTE DENTIGERO Y EL MOLAR PUEDE INCLINARSE O DISTALIZARSE ASI DIFICULTANDO SU - EXTRACCION.

ERUPCION BAJO UNA DENTADURA ARTIFICIAL. UN TERCER MOLAR PUEDE QUEDAR INCLUIDO BAJO LA PRESION DE UN PUENTE REMOVIBLE O DENTADURA SIN PREVIO ESTUDIO RADIOGRAFICO DE LA ZONA DESDENTADA. CUANDO ESTO SUCEDE ES DEBIDO AL DESCUIDO DEL CIRUJANO DENTISTA.

CAUSAS DE EXTRACCIONES DIFICILES. SE DEBE TOMAR EN CUENTA LA INFORMACION DEL PACIENTE ACERCA DE EXPERIENCIAS - ANTERIORES (DIFICILES) DE EXTRACCIONES. SE DEBE AUXILIAR - DE RADIOGRAFIAS Y TENER A LA MANO EL INSTRUMENTAL ADECUADO PARA HACER FRENTE A LAS DIFICULTADES.

CUANDO SE PRESENTAN DIFICULTADES IMPREVISTAS, ES MEJOR SUSPENDER LA OPERACION, EXPLICAR LA SITUACION AL PACIENTE.

TE, TOMAR RAYOS X, Y EVALUAR LA NATURALEZA DEL PROBLEMA, Y NO AFRONTARLO CIEGAMENTE.

UNA VEZ QUE EL MOLAR SE HA FRACTURADO, LAS COMPLICACIONES SUELE ACENTUARSE POR LOS ESFUERZOS PARA EXTRAER FRAGMENTOS DE RAICES EN LA CAVIDAD.

ESTE ACCIDENTE RELATIVAMENTE COMUN PERO CON FRECUENCIA INEVITABLE, SE PUEDE ABORDAR DE MEJOR MANERA REPLEGANDO UN COLGAJO MUCOPERIOSTICO PARA OBTENER ACCESO DIRECTO A LA RAIZ A TRAVES DE LA LAMINA BUCAL DEL HUESO. ESTO REDUCE AL MINIMO EL DAÑO A LOS TEJIDOS Y SE OBTIENEN RESULTADOS CON -- MAS RAPIDEZ Y SOBRE TODO MENOS TRAUMATICOS QUE SI SE TRATA DE OPERAR A TRAVES DE LA ABERTURA DE LA CAVIDAD.

ENTRE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS PUEDEN CONSIDERARSE LOS SIGUIENTES: LA MEMBRANA PERIODONTAL Y EL HUESO ALVEOLAR EN OCASIONES PUEDEN SER TAN FIRMES QUE SE TIENE QUE APLICAR -- TANTA FUERZA QUE SE FRACTURA EL DIENTE, O BIEN, TIENE QUE -- EXTIRPARSE POR MEDIOS QUIRURGICOS. SE DEBE TOMAR EN CUENTA -- UNA RADIOGRAFIA PARA DETERMINAR EL ESPESOR DEL HUESO. LAS -- EXTRACCIONES DIFICILES DE ESTE TIPO SE DICE QUE SON MAS FRECUENTES EN PACIENTES DE CONSTITUCION ROBUSTA.

RAICES DEFORMADAS. POR LO GENERAL LAS RAICES DE LOS TERCEROS MOLARES TIENEN FORMA CONICA REDONDA EN ALGUNOS CASOS, ESTAS PUEDEN ESTAR AMPLIAMENTE DIVERGENTES, O TENER

FORMA DE GANCHO O DE TENAZA (CERRADA). LA HIPERCEMENTOSIS QUE PRODUCE RAICES EN FORMA DE BULBO, RARAS VECES PRODUCE DIFICULTADES DE ESTE TIPO, A NO SER QUE SEA BURDA O MASIVA Y ESCABROSA, COMO EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PAGET.

CORONAS FACILMENTE DESPRENDIBLES PUEDEN DEBERSE A CARIES CERVICALES EXTERNAS, POR LO TANTO DEJAN RAICES INACCESIBLES.

DIENTES QUEBRADIZOS. A MEDIDA QUE AUMENTE LA EDAD LOS DIENTES Y EL HUESO ADOPTAN UNA CONSTITUCION MAS SOLIDA. PERO EN EL CASO DE MOLARES MUERTOS POR INVASION DE CARIES PUEDEN ROMPERSE CON MUCHA FACILIDAD.

ESCLEROSIS DEL HUESO. EL HUESO DE LA MANDIBULA RARAS VECES PUEDE SER ESCLORITICA DEBIDO A UNA INFLAMACION CRONICA, O EN OCASIONES, A UN TRASTORNO COMO LA ENFERMEDAD DE PAGET.

ANQUILOSIS Y DIENTES GERMINADOS. LA PERIODONTITIS CRONICA PUEDE PRODUCIR HIPERCEMENTOSIS Y FUSION DE UN DIENTE A OTRO O A LA MANDIBULA. ESTO ES RARO O POCO COMUN.

ACCESO INADECUADO. CUANDO EL PACIENTE NO PUEDE ABRIR COMPLETAMENTE LA BOCA PUEDE RESULTAR DIFICIL LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR TANTO SUPERIOR COMO INFERIOR.

SE DEBE TOMAR EN CUENTA QUE LA DISTANCIA ENTRE EL SEGUNDO MOLAR Y LA RAMA DEL MAXILAR, ES DE HECHO EL ESPACIO EN EL CUAL DEBE LLEVARSE A CABO LA OPERACION.

EL ESTADO FISICO DEL SEGUNDO MOLAR, ES MUY IMPORTANTE, YA QUE EN MUCHAS OCASIONES SUELE PRESENTAR: CARIES, RESTAURACIONES EXTERNAS, FORMACION DE BOLSAS EN LA SUPERFICIE DISTAL Y CUANDO EL SEGUNDO MOLAR SE ENCUENTRA LESIONADO DE ALGUNA DE ESTA MANERAS, ES PREFERIBLE LA EXTRACCION, SOBRE TODO SI ESTO VA A PROPORCIONARNOS ESPACIO PARA QUE HAGA ERUPCION EL TERCER MOLAR. (APARENTEMENTE SANO).

EL ESPESOR DE LA MANDIBULA DEBE TOMARSE EN CUENTA SOBRE TODO EN LOS ANCIANOS CUANDO SON DESDENTADOS, YA QUE CON LOS MOLARES INCLUIDOS PUEDE FRACTURARSE DURANTE LA OPERACION.

TAMBIEN SE DEBE CONSIDERAR LA EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES INCLUIDOS EN PACIENTES QUE SON PARCIALMENTE DESDENTADOS, PORQUE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR ES MUY FRAGIL EN ESTOS PACIENTES.

#### INDICACIONES GENERALES.

ESTA INDICADA LA CIRUGIA DE LOS TERCEROS MOLARES EN PACIENTES QUE HAN SIDO EVALUADOS CLINICAMENTE POR LOS METODOS YA MENCIONADOS Y QUE REUNEN LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA SU INTERVENCION.

EN EL CASO DE QUE SE TRATE DE PACIENTES CON ALGUNA ALTERACION O ENFERMEDAD, SE DEBE PEDIR LA AUTORIZACION DEL MEDICO DE CABECERA, YA QUE ESTOS PACIENTES SE ENCUENTRAN-- CONTROLADOS POR FARMACOS Y ASI PODER LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO ADECUADO SIN COMPLICACIONES.

#### CONTRAINDICACIONES LOCALES.

UNA DE LAS PRINCIPALES CONTRAINDICACIONES PARA LLEVAR A CABO UNA CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES ES LA INFECCION Y LA MAS CONOCIDA ES LA PERICORONITIS.

LA PERICORONITIS DEBE SER TRATADA ANTES DE REALIZAR LA CIRUGIA.

#### "PERICORONITIS AGUDA"

LA ERUPCION INCOMPLETA DE UN TERCER MOLAR PRODUCE - UNA ABERTURA A TRAVES DE LA ENCIA SUPRAYACENTE, PERO CON FRECUENCIA LA PARTE MAS GRANDE LA CORONA QUEDA CUBIERTA - POR TEJIDO BLANDO.

LA ZONA QUE QUEDA CUBIERTA POR EL TEJIDO FIBROSO, - SE VA A FORMAR UNA BOLSA DE ESTANCAMIENTO DE RESTOS ALIMENTICIOS ASI COMO DE PLACA, QUE POR LO GENERAL ES DIFICIL - LLEVAR A CABO LA LIMPIEZA DE ESTA ZONA Y QUE TRAERA COMO - CONSECUENCIA LA INFECCION. (DOLOR, INFLAMACION, ETC.) ASI - COMO EL RETARDO DE LA CICATRIZACION.



CONTRAINDICACIONES GENERALES.

LOS FACTORES GENERALES MAS IMPORTANTES SON DOS:

A) EL ESTADO NUTRICIONAL Y B) LAS HORMONAS.

A) DESDE HACE MUCHO TIEMPO SE HA OBSERVADO QUE LOS ENFERMOS DESNUTRIDOS CON HIPOPROTEINEMIA QUE SE SOMETEN A UNA INTERVENCION QUIRURGICA TARDAN MAS TIEMPO EN CICATRIZAR SUS HERIDAS. Y LOS FACTORES CUYA CARENCIA EN LA DIETA DETERMINA FUNDAMENTALMENTE LOS DEFECTOS DE LA CICATRIZACION SON: LAS PROTEINAS Y LA VITAMINA C.

B) LAS INFLUENCIAS DE LAS HORMONAS SOBRE EL TEJIDO CONJUNTIVO SE REFLEJAN AMPLIAMENTE EN LA CICATRIZACION. COMO EJEMPLO LA DIABETES.

EN LA DIABETES EXISTEN DIFICULTADES COMO LAS INFECCIONES TANTO LOCALES COMO GENERALES, LA CICATRIZACION NO PROGRESA A UNA VELOCIDAD NORMAL, Y CASI SIEMPRE EXISTEN ALTERACIONES VASCULARES DEL TIPO DE LA ATROSCLEROSIS, QUE INTERFIEREN EN EL CURSO NORMAL DE LA CICATRIZACION; TAMBIEN LOS PACIENTES CON ANTECEDENTES DE FIEBRE REUMATICA EN LA NIJEZ DEBE PADECER DANO A LAS VALVULAS CARDIACAS. UN ANTIBIOTICO ES EVIDENTEMENTE NECESARIO SIEMPRE QUE LOS TEJIDOS SEAN SOMETIDOS A INSTRUMENTACION.

LA CIRUGIA DE LOS TERCEROS MOLARES SE PUEDE LLEVAR A CABO EN PACIENTES CON ESTAS ENFERMEDADES SIEMPRE Y CUANDO ESTEN BAJO TRATAMIENTO MEDICO.

## CAPITULO IV.

### BASES DE LA CIRUGIA.

ES MUY IMPORTANTE TENER CONOCIMIENTO DE LA ANATOMIA, INERVACION E IRRIGACION DE LA CARA. SOBRE TODO DE LA ZONA - QUE SE VA A SOMETER A UNA INTERVENCION QUIRURGICA, COMO EN EL CASO DE LA CIRUGIA DE LOS TERCEROS MOLARES, TANTO SUPERIORES COMO INFERIORES.

TAMBIEN SE DEBE TENER CONOCIMIENTO DE COMO SOLUCIONAR UN CASO DE URGENCIA EN EL CONSULTORIO DENTAL. DENTRO DE ESTOS TENEMOS LOS SIGUIENTES; SHOCK ANAFILACTICO QUE VIENE SIENDO UNA REACCION ALERGICA GRAVE QUE EN ESTE CASO ES PROVOCADA POR UN ANESTESICO LOCAL.

SINCOPE O DESMAYO. ES LA PERDIDA TEMPORAL DE LA CONCIENCIA CAUSADA POR LA PERDIDA SUBITA DE LA CIRCULACION SANGUINEA AL ENCEFALO.

HEMORRAGIA. ESTA PUEDE OCURRIR DURANTE LA CIRUGIA O EN EL POSTOPERATORIO. EL CIRUJANO DENTISTA DEBERA CONTROLAR EL SANGRADO LO MAS PRONTO POSIBLE PARA ASI EVITAR UNA GRAN PERDIDA DE SANGRE O COMPLICACIONES POSTERIORES.

A).- INSTRUMENTAL.

EL CONSULTORIO DENTAL DEBE DE CONTAR CON UNA MESA MAYO PARA LA COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES E INSTRUMENTOS- Y ASI FACILITAR EL ACERCAMIENTO DE ESTOS CON EL OPERADOR.

SE COLOCA SOBRE LA MESA MAYO LOS CAMPOS ESTERILES, - JERINGA, AGUJAS DESECHABLES O AGUJAS ESTERILES, CARTUCHOS - DE ANESTESIA, BISTURI DEL No. 5 O 10, PORTAGUJAS, CURETA - MOLT # 4, CURETA MOLT # 5 y 6, ELEVADOR RECTO, ELEVADOR EN- BARRA T (DE BANDERA) IZQUIERDO Y DERECHO, HILO DE SUTURA - (DE PREFERENCIA SEDA NEGRA 000 ) TIJERAS DE DISECCION CUR- VAS Y RECTAS, MARTILLO, CINCEL EARDNER # 52, LIMA PARA HUE- SO, FRESAS QUIRURGICAS, GASAS ESTERILES, SUERO FISIOLOGICO, PIEZA DE MANO, CAMPOS QUIRURGICOS PARA EL PACIENTE Y PARA - EL CIRUJANO DENTISTA: BATA, GORRA Y GUANTES.

HOY EN DIA SE CUENTA CON CAMPOS, BATAS, ETC. DESECHA- BLES, LO CUAL FAVORECE A LA CIRUGIA Y AL CIRUJANO DENTISTA.

B).- MATERIAL.

EL MATERIAL CON EL QUE SE DEBE CONTAR EN UN CONSULTO RIO DENTAL YA SEA PARA SU RUTINA DE DIAGNOSTICO O PARA CA- SOS DE EMERGENCIA SON LOS SIGUIENTES: ESTETOSCOPIO, ESFIG- MOMANOMETRO, TERMOMETRO, CAMPOS OPERATORIOS ESTERILES, GA- SAS ESTERILES, GUANTES ESTERILES, CUBREBOCAS, RADIOGRAFIAS, OXIGENO Y SUERO FISIOLOGICO.

C).- MEDICAMENTOS.

EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA LOS FARMACOS MAS UTILIZADOS SON LOS SIGUIENTES:

- a) ANALGESICOS.
- b) SEDANTES E HINOPTICOS.
- c) ANTIBIOTICOS.
- d) ANTINFLAMATORIOS.
- e) ANTIHISTAMINICOS.
- f) HEMOSTATICOS.
- g) VASOCONSTRICTORES.

EN LA ACTUALIDAD EXISTE UN GRAN NUMERO DE LABORATORIOS QUE PRODUCEN UNA VARIEDAD EXTENSA DE ESTOS FARMACOS, POR LO QUE EL CIRUJANO DENTISTA DEBE TENER AMPLIO CONOCIMIENTO DE LA FORMA DE ACCION, LOS EFECTOS QUE PRODUCEN, ASI COMO LA REACCIONES SECUNDARIAS, INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES Y VIAS DE EXCRECION PARA PODER ASI DETERMINAR EN QUE PACIENTES SE PUEDEN PRESCRIBIR ESTOS MEDICAMENTOS Y BAJO QUE CONDICIONES. YA QUE LA MAYORIA DE LOS PACIENTES RECURREN AL CONSULTORIO DENTAL CUANDO HAY DOLOR INTENSO, INFLAMACION, INFECCION O ALGUN OTRO TIPO DE ALTERACION.

a).- ANALGESICOS.

LOS ANALGESICOS SON UN GRUPO DE MEDICAMENTOS QUE AMORTIGUAN O INTERRUMPEN LA PERCEPCION PARA LA INTERPRETA-

CION DEL DOLOR, SIN PRODUCIR INCONCIENCIA. LOS ANALGESICOS SE VAN A CLASIFICAR DE ACUERDO A SU EFECTO: LEVES, MODERADOS Y POTENTES.

ANALGESICOS LEVES: DENTRO DE ESTOS ENCONTRAMOS A LA ASPIRINA QUE SU PRINCIPAL COMPONENTE ES EL ACIDO ACETILSALICILICO EL CUAL ES EL MAS COMUNMENTE USADO POR EL ODONTOLOGO YA QUE ALIVIA EL DOLOR, TIENE ACCION ANTIPIRETICA Y ANTI-INFLAMATORIA. ESTE FARMACO TIENE VARIAS VENTAJAS COMO: NO PRODUCE DANO AL PACIENTE A COMPARACION DE OTROS, ES DE BAJO COSTO Y PUEDE SER FACILMENTE TOLERADO EN DOSIS MAYORES.

LA FENACETINA: ES SIMILAR A LA ASPIRINA POR LO GENERAL SE USA EN PACIENTES ALERGICOS O HIPERSENSIBLES A LA ASPIRINA.

ACETAMINOFEN: ES DERIVADO DE LA FENACETINA, SU NOMBRE COMERCIAL ES: TYLENOL Y PERCOGESICO.

ANALGESICOS MODERADOS: ESTOS TIENEN UN POTENCIAL MAS ALTO QUE LOS ANTERIORES Y LOS CONOCEMOS CON EL NOMBRE DE DARVON Y ZACTIRIN.

DARVON: ESTE MEDICAMENTO PUEDE SER ELABORADO EN TRES MANERA DIFERENTES: COMBINADO CON ASPIRINA, CON FENACETINA Y CAFEINA, QUE DA COMO RESULTADO EL DARVON COMPUESTO. LA PREPARACION MAS FRECUENTE; EL DARVON COMPUESTO 65, EL CUAL CONTIENE EL DOBLE DE CANTIDAD QUE EL ANTERIOR.

ZACTIRIN: ESTE MEDICAMENTO TIENE EL MISMO EFECTO QUE EL DARVON, PERO SE PUEDE ELABORAR CON UNA DOSIS MAS ALTA DEL COMPUESTO BASICO ZACTIRIN COMPUESTO 100, QUE VA A SER MAS POTENTE QUE EL ANTERIOR.

ANALGESICOS POTENTES: ESTOS MEDICAMENTOS SE DIVIDEN EN DOS GRUPOS: LOS NO NARCOTICOS Y LOS NARCOTICOS, EXISTIENDO UNA DIFERENCIA ENTRE UNO Y OTRO DE QUE LOS NARCOTICOS PRODUCEN FARMACODEPENDENCIA.

NO NARCOTICOS: ENTRE ESTOS TENEMOS EL TALWIN. ESTE MEDICAMENTO ES POTENTE, EL CUAL PUEDE SER USADO CONTINUAMENTE POR UN PERIODO LARGO DE TIEMPO SIN LLEGAR A PRODUCIR TOLERANCIA, HABITO O TOXICOMANIA. (ES EL MAS RECOMENDABLE).

NARCOTICOS: ESTOS SE DIVIDEN EN DOS: LOS QUE SE PRODUCEN DE MANERA NATURAL Y LOS SINTETICOS.

NARCOTICOS NATURALES: MORFINA. ESTE MEDICAMENTO CONTIENE PROPIEDADES ANALGESICAS MUY ALTAS, POR LO QUE ES LA MAS FUERTE Y SE UTILIZA SOLO EN CASOS DE DOLOR EXCESIVO Y VA A PRODUCIR EUFORIA Y TOXICOMANIA. ESTE SOLAMENTE ES ADMINISTRADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR VIA PARENTERAL, (INTRAMUSCULAR O INTRAVENOSA) BAJO UN CONTROL MEDICO.

LA CODEINA: ES MUY UTILIZADA PARA EL ALIVIO DEL DOLOR INTENSO, TIENE LA VENTAJA A DIFERENCIA DEL ANTERIOR DE NO PROVOCAR SEDACION PROGRESIVA, EUFORIA Y TOXICOMANIA. LA

CODEINA SE PUEDE ADMINISTRAR POR VIA PARENTERAL ASI COMO -  
POR VIA BUCAL.

DILAUDIO Y EL PERCODAN: SON MENOS USADOS DEBIDO A-  
LOS EFECTOS QUE PRODUCEN COMO LA MORFINA, POR LO QUE ESTAN  
CONTRAINDICADOS.

NARCOTICOS SINTETICOS: DENTRO DE ESTOS TENEMOS EL -  
CLORHIDRATO DE DEMEROL (MEPERIDINA). ES EL MAS USADO DEN-  
TRO EN ESTE GRUPO DE MEDICAMENTOS SINTETICOS YA QUE TIENEN  
PROPIEDADES INTERMEDIAS ENTRE LA MORFINA Y CODEINA.

TIENE LAS VENTAJAS DE PRODUCIR XEROSTOMIA, APARTE -  
DE TENER EFECTOS ANALGESICOS, LO CUAL VA A FACILITAR LA CI-  
RUGIA PRODUCIENDO UN CAMPO OPERATORIO LIMPIO ( SECO). ESTE  
MEDICAMENTO PUEDE SER USADO ANTES A LA ANESTESIA GENERAL.

b) SEDANTES E HIPNOTICOS.

EL CIRUJANO DENTISTA AL REALIZAR LA HISTORIA CLINI-  
CA DEL PACIENTE QUE SE SOMETERA A UNA CIRUGIA DE TERCEROS-  
MOLARES PUEDE PRESCRIBIR ANTES DE LA INTERVENCION UNO DE -  
ESTOS MEDICAMENTOS PARA ALIVIAR LA APRENSION. POR LO QUE-  
ES MUY IMPORTANTE SABER QUE UN PACIENTE PUEDE ESTAR BAJO-  
LOS EFECTOS DE TALES MEDICAMENTOS, DEBIDO A QUE ELLOS PUE-  
DEN ENCONTRARSE PARCIALMENTE SEDADOS Y EN ESTOS CASOS ES -  
RECOMENDABLES MANDAR PEQUERAS CANTIDADES DE LOS MISMOS, YA  
QUE EN CASO DE LO CONTRARIO SE PRODUCIRAN CONSECUENCIAS -

GRAVES.

LOS SEDANTES SON COMUNMENTE LLAMADOS DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, POR LO QUE VAN A REDUCIR LA RESPUESTA DE LOS ESTIMULOS, ESPECIALMENTE AQUELLOS QUE SON EMOCIONALES SIN QUE PRODUZCAN SUEÑO.

LOS HIPNOTICOS PUEDEN SER UNA EXTENSION DEL EFECTO SEDANTE DEL MISMO MEDICAMENTO PERO CON DOSIS MAYORES Y ASI PRODUCIR SUEÑO. LOS SEDANTES MAS UTILIZADOS SON LOS BARBITURICOS QUE VAN A ALIVIAR LA ANSIEDAD O PRODUCIRAN SUEÑO.

SE CLASIFICAN DE ACUERDO AL TIPO DE APARICION Y DURACION ASI COMO DE SU ACCION: ULTRACORTOS, CORTOS Y DE ACCION PROLONGADA.

ACCION ULTRACORTA: EL PREVITAL Y PENTATOL, QUE DURAN ENTRE 5 y 20 MINUTOS.

ACCION CORTA O INTERMEDIA: NEMBTAL Y SECONAL, QUE DURAN APROXIMADAMENTE TRES HORAS.

ACCION PROLONGADA: EL FENOBARBITAL, QUE TIENE UNA DURACION APROXIMADA DE SEIS HORAS.

SE DEBE TENER CUIDADO CON LOS BARBITURICOS ASI COMO DE LOS NARCOTICOS, YA QUE HAY PERSONAS QUE DESARROLLAN TOLERANCIA Y ACOSTUMBRAMIENTO A ESTOS FARMACOS.

LA TOLERANCIA ES CUANDO UNA PERSONA QUE HA ESTADO IN



GIRIENDO UN MEDICAMENTO POR UN LAPSO LARGO DE TIEMPO REQUIERE MAYOR CANTIDAD DEL MISMO CON EL OBJETO DE LOGRAR EL EFECTO DESEADO.

ACOSTUMBRAMIENTO: ES CUANDO UN PACIENTE HA USADO UN MEDICAMENTO POR UN PERIODO PROLONGADO Y SE SUSPENDE SU ADMINISTRACION, EL PACIENTE NECESITA TOMARLO UNA VEZ MAS DEBIDO A SU DEPENDENCIA PSICOLOGICA Y EMOCIONAL.

TOXICOMANIA: ES UNA COMPULSION DE CONTINUAR INGIRIENDO UN MEDICAMENTO, POR UN PERIODO PROLONGADO CON LA NECESIDAD DE AUMENTAR LA DOSIS DEL MISMO AL HACERSE MAS DEPENDIENTE DE EL. CUANDO EXISTE SENSIBILIDAD O ALERGIA A LOS BARBITURICOS EN LOS PACIENTES ES RECOMENDABLE UN MEDICAMENTO NO BARBITURICO COMO EJEMPLO DE ESTOS TENEMOS EL HIDRATO DE CLORAL QUE ES USADO COMO SEDANTE O HIPNOTICO Y ES COMUNEMENTE RECETADO EN PACIENTES ANSIOSOS DEBIDO A QUE PRODUCE SU EFECTO SEDANTE SIN LLEGAR A PROVOCAR DEPRESION DEL SISTEMA NERVIOSO, RESPIRATORIO O CARDIOVASCULAR, LO CUAL SI RESULTA DE LOS BARBITURICOS.

AGENTES ANSIOLITICOS O TRANQUILIZADORES MENORES.

DENTRO DE ESTOS, LOS MAS COMERCIALMENTE CONOCIDOS TENEMOS: PHENERGAN, VALIUM, LIBRIUM Y VISTARIL.

PHENERGAN: TIENE LAS VENTAJAS DE PRODUCIR SEDACION, ASI COMO UN EFECTO SECANTE EN LA CAVIDAD ORAL, TAMBIEN PO--

SEE DESVENTAJAS COMO SON LOS REFLEJOS DE NAUSEAS. EN DOSIS NORMAL O MEDIA PRODUCEN SUERO LIGERO. SU PRESENTACION ES: - PILDORAS, SUSPENSION LIQUIDA, PREPARACIONES PARA INYECCION-INTRAMUSCULAR Y SUPOSITORIOS RECTALES.

VALIUM: TIENE UN MAGNIFICO EFECTO SEDANTE Y TIENE LA VENTAJA DE PODERSE ADMINISTRAR EN PACIENTES DE CUALQUIER EDAD, EXCEPTO EN NIÑOS MENORES DE SEIS MESES DE EDAD, TAMBIEN SE PUEDE PRESCRIBIR EN PACIENTES CON PROBLEMAS ASOCIADOS CON ESPASMOS DE LOS MUSCULOS DE LA MASTICACION.

LIBRIUM: ESTE TIENE COMO DERIVADO EL VALIUM. ES MENOS USUAL QUE EL ANTERIOR, DEBIDO A QUE PRODUCE MAYOR SOMNOLENCIA Y LETARGO, POR LO QUE ESTA CONTRAINDICADO EN NIÑOS MENORES DE SEIS AÑOS.

VISTARIL: SU PRINCIPAL EFECTO ES SEDANTE, SIN EMBARGO TIENE OTRAS PROPIEDADES COMO: ANTIHISTAMINICOS, ANTIEMETICOS Y ANTICOLINERGICOS. ES RECOMENDABLE ADMINISTRARLO POR VIA BUCAL. SU PRESENTACION ES DE CAPSULAS O SUSPENSION LIQUIDA PARA ADMINISTRARLA POR VIA PARENTERAL, ESTA CONTRAINDICADO ADMINISTRARLO POR ESTA VIA, YA QUE PRODUCE FLEBITIS.

### c) ANTIBIOTICOS.

LOS ANTIBIOTICOS SON UTILIZADOS EN EL CONSULTORIO DENTAL DEBIDO A QUE UN GRAN NUMERO DE PACIENTES SE PRESEN-

TAN ANTE EL CIRUJANO DENTISTA CON INFECCIONES LEVES Y GRAVES EN LA CAVIDAD BUCAL. ENTRE LAS INFECCIONES MAS COMUNES ESTA LA PERICORONITIS, PULPITIS AGUDA, ABSCESO PARODONTAL, ALVEOLITIS, ETC. EN MUCHOS CASOS COMO CONSECUENCIA DE INFECCION ES NECESARIA LA EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES PERERO CON PREVIA ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICOS, YA QUE ES NECESARIO CONTROLAR LA INFECCION ANTES DE CUALQUIER INTERVENCION QUIRURGICA. EN OTRAS OCASIONES, EL CIRUJANO DENTISTA SUGIERE ADMINISTRAR ANTIBIOTICO PREVIO A UNA CIRUGIA COMO MEDIO PROFILACTICO SIN QUE EXISTA INFECCION.

OTROS CIRUJANOS DENTISTAS NO RECOMIENDAN LA ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICOS EN CASOS DE QUE EL PACIENTE NO PRESENTE INFECCION. ES MUY IMPORTANTE PREGUNTAR AL PACIENTE SI ES ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO DE ESTE TIPO, COMO EJEMPLO: A LA PENICILINA, TETRACICLINA, SULFONAMIDAS, ESTREPTOMICINA, ETC. PARA TOMAR LAS DEBIDAS PRECAUCIONES. LA MAS COMUNMENTE USADA EN ESTOS CASOS ES LA ERITROMICINA.

LA ACCION DE LOS ANTIBIOTICOS ES DIRECTAMENTE EFECTIVA EN LAS INFECCIONES DE LA CAVIDAD BUCAL O EN CUALQUIER OTRA PARTE DEL CUERPO.

LAS SUBSTANCIAS QUE SE DESEAN COMBATIR EN LAS INFECCIONES SON LOS MICROORGANISMOS Y ESTOS SE ENCUENTRAN DIVIDIDOS EN SIETE GRUPOS PRINCIPALES: ALGA, PROTOZOARIOS, LEVADURAS, MOHOS, RICKETTSIAS, BACTERIAS Y VIRUS.

ALGAS: SE ENCUENTRAN EN EL AGUA ESTANCADA.

PROTOZOARIOS: SON PEQUEROS ANIMALES MICROSCOPICOS.

LEVADURAS: SON PEQUEROS HONGOS MICROSCOPICOS CAPACES DE PROVOCAR ENFERMEDADES EN LA PIEL.

MOHOS: SON HONGOS MICROSCOPICOS QUE PROVOCAN ENFERMEDADES EN LA PIEL, COMO SON: EL PIE DE ATLETA.

RICKETTSIAS: LOS CUALES SON PROBABLEMENTE DEL MISMO VEGETAL Y PRODUCEN ENFERMEDADES COMO LA FIEBRE CON MANCHAS DE LAS MONTAÑAS ROCOSAS.

BACTERIAS: SON HONGOS MICROSCOPICOS QUE PUEDEN PROVOCAR MUCHAS ENFERMEDADES COMO: TUBERCULOSIS Y SOBRE TODO INFECCIONES PROVOCADAS POR ESTREPTOCOCOS Y BACTERIAS ESTAFILOCOCCICAS.

VIRUS: SON MUCHOS MAS PEQUEROS QUE LAS BACTERIAS Y DIFICILMENTE SON ATACADAS POR LOS ANTIBIOTICOS.

EN EL CAMPO DE LA ODONTOLOGIA, LAS MAS COMUNMENTE ENCONTRADAS SON LAS BACTERIAS Y VIRUS. LAS BACTERIAS SE VAN A CLASIFICAR EN:

- 1.- BACILOS, LOS CUALES TIENEN FORMA DE BASTON.
- 2.- COCOS, TIENEN FORMA CIRCULAR O REDONDA.
- 3.- ESPIRILOS, QUE SON EN FORMA DE ESPIRAL.

LAS BACTERIAS ESPECIALMENTE LOS COCOS TIENDEN A AGRUPARSE Y DAR DIFERENTES FORMAS COMO CUANDO SE JUNTAN EN PARES SE LLAMAN DIPLOCOCOS; CUANDO APARECEN EN FORMA DE CADENA SE LLAMAN ESTREPTOCOCOS Y CUANDO APARECEN EN MASAS IRREGULARES COMO RACIMOS DE UVAS SE LLAMAN ESTAFILOCOCOS.

LAS BACTERIAS SE ENCUENTRAN FORMADAS POR CITOPLASMA Y LA PARED QUE LA RODEA O SEA LA MEMBRANA. MUCHAS BACTERIAS POSEEN UNA ZONA DE TIPO GELATINOSA ADICIONAL A SU ALREDEDOR LLAMADA CAPSULA. ALGUNAS BACTERIAS PRODUCEN ENZIMAS, ALGUNAS DE LAS CUALES SON FAVORABLES AL ORGANISMO, MIENTRAS QUE OTRAS SON TOXICAS Y PRODUCEN ENFERMEDADES; OTRAS PRODUCEN PENICILINAS, LO CUAL LAS INMUNIZA EN CONTRA DE LA ACCION DE LA PENICILINA. LAS BACTERIAS PARA CRECER O PARA REPRODUCIRSE NECESITAN DE ALIMENTO Y AGUA ASI COMO DE UNA TEMPERATURA FAVORABLE, TOMANDO EN CUENTA QUE UNAS NECESITAN ESTAR A ALTAS TEMPERATURAS, MIENTRAS QUE OTRAS NECESITAN ESTAR A BAJAS TEMPERATURAS, COMO EN EL CASO DE LAS QUE PRODUCEN ESPORAS, LAS CUALES SON RESISTENTES AL AGUA EN ESTADO DE EBULLICION Y ALTAS TEMPERATURAS, POR TAL MOTIVO EL ODONTOLOGO DEBE TENER CUIDADO AL ESTERILIZAR LOS INSTRUMENTOS Y ASI PODER EVITAR EL CONTAGIO DE ENFERMEDADES DE UN PACIENTE A OTRO.

EXISTEN ALGUNAS BACTERIAS QUE REQUIEREN DE OXIGENO PARA VIVIR Y CRECER Y ESTAS SON LLAMADAS AEROBIAS; EN TANTO QUE OTRAS CRECEN MEJOR Y SE DESARROLLAN EN LUGARES EN LOS

QUE EL OXIGENO NO PUEDE PENETRAR Y ESTAS SON LLAMADAS ANAEROBIAS. TODAS LAS BACTERIAS REQUIEREN DE CIERTA ACIDEZ O ALCALINIDAD EN SU MEDIO AMBIENTE PARA VIVIR. ESTAS CRECEN DUPLICANDOSE UNA VEZ QUE HAN ALCANZADO CIERTO TAMAÑO, OTRAS CRECEN RAPIDAMENTE MIENTRAS QUE SU DESARROLLO ES LENTO. DICHO PROCESO REPRODUCTIVO PUEDE SER ALTERADO POR ALGUNOS MEDICAMENTOS, COMO EN EL CASO DE AQUELLOS QUE IMPIDEN QUE LA BACTERIA SE DIVIDA ASI COMO QUE LAS DESTRUYAN, SE LLAMA BACTERICIDA, A DIFERENCIA DE LAS SUBSTANCIAS QUE DETIENEN LA REPRODUCCION DE LAS MISMAS, SON BACTERIOSTATICAS.

LOS ANTIBIOTICOS SON SUBSTANCIAS QUE SON PRODUCIDAS POR MICROORGANISMOS, LOS CUALES TIENEN LA CAPACIDAD AUN EN CONCENTRACIONES MUY BAJAS, YA SEA DE DESTRUIR O DE INHIBIR EL CRECIMIENTO DE BACTERIAS Y DE OTROS MICROORGANISMOS.

LOS ANTIBIOTICOS SE VAN A CLASIFICAR EN:

ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO, ESTOS ACTUAN SOBRE UNA VARIEDAD DE BACTERIAS GRAM POSITIVAS Y GRAM NEGATIVAS.

ANTIBIOTICOS DE ESPECTRO MEDIO, TIENEN SU ACCION LIMITADA SOBRE BACTERIAS GRAM POSITIVAS Y GRAM NEGATIVAS.

ANTIBIOTICOS DE ESPECTRO REDUCIDO: SOLO VAN A ACTUAR SOBRE DETERMINADO GERME ESPECIFICO.

EJEMPLO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO. AMPICILINA, CEFALOSPORINAS, CLORAFENICOL, TETRACICLINA, etc.

EJEMPLO DE ANTIBIOTICOS DE ESPECTRO INTERMEDIO. ERI-  
TROMICINA, BACITRACINA, LINCOMICINA, KANAMICINA, VANCOMICI-  
NA, OXACICLINA Y GENTAMICINA.

EJEMPLO DE ANTIBIOTICOS DE ESPECTRO REDUCIDO. NISTA  
TINA, POLIMIXINA, ANFOTERICINA, ETC.

EXISTE OTRA CLASIFICACION DE ACUERDO A SU COMPOSI- -  
CION QUIMICA Y SON:

POLIPEPTIDOS: BASITRACIN, POLIMIXINA, COLISTIN.

MACROLIDOS: ERITROMICINA, CLINDAMICINA, LINCOMICINA.

AMINOGLUCOCIDOS: ESTREPTOMICINA, NEOMICINA, KANAMICINA, --  
GENTAMICINA.

GLICOPEPTIDOS: VANCOMICINA.

PENICILINAS: AMPICILINAS.

CEFALOSPORINAS: CEFALOTINA, CEFALORIDINA, CEFALOGLICINA, -  
CEFAPARINA.

TETRACICLINAS: CLORTETRACICLINAS, TERRAMICINAS.

SULFONAMIDAS: SULFADIAZINA.

LOS ANTIBIOTICOS DEBEN REUNIR TRES REQUISITOS IMPOR-  
TANTES, PERO EN LA ACTUALIDAD NO EXISTE NINGUNO QUE LOS SA-  
TISFAGA.

A) DEBEN TENER ACTIVIDAD BACTERICIDA NO BACTERIOSTA-

TICA PARA UN AMPLIO ESPECTRO DE MICROORGANISMOS, SIN LLEGAR A DESARROLLAR RESISTENCIA AL MEDICAMENTO.

B) DEBE SER CAPAZ DE DISTRIBUIRSE A TRAVES DE TODOS LOS TEJIDOS Y LIQUIDOS DEL CUERPO, Y UNA VEZ QUE SE HA DISTRIBUIDO DEBERIA PERMANECER EN ELLOS POR PERIODOS LARGOS DE TIEMPO.

C) LA ACCION DEL ANTIBIOTICO DEBE LLEVARSE A CABO SIN DAÑAR AL HUESPED.

PRECAUCIONES: SIN EMBARGO AL ADMINISTRAR UN ANTIBIOTICO SE DEBE TENER PLENO CONOCIMIENTO DE QUE EL PACIENTE NO PRESENTE ALERGIA A ALGUN MEDICAMENTO EN ESPECIAL, EN CASO DE QUE EXISTA DUDA, SE DEBE SOMETER A UNA PRUEBA, YA QUE EN CASO DE USO IMPRUDENTE DEL MEDICAMENTO PUEDE PRODUCIR REACCIONES TOXICAS MUCHOS MAS GRAVES QUE LA MISMA ENFERMEDAD, ESTO VIENE A SER UNO DE LOS RESULTADOS MAS PELIGROSOS DE LA TERAPEUTICA ANTIBIOTICA: ASI COMO TAMBIEN LA ADQUISICION DE RESISTENCIA DE NUMEROSOS MICROORGANISMOS. ESTA RESISTENCIA ADOPTA DOS FORMAS: LOS TIPOS RESISTENTES QUE EXISTEN EN ALGUNAS FLORAS BACTERIANAS, Y LAS MAS PELIGROSAS QUE SON LAS QUE SE DESARROLLAN COMO RESULTADO DEL USO INADECUADO E IN--DISCRIMINADO DE LOS ANTIBIOTICOS (EN BAJAS CONCENTRACIONES-- O TAMBIEN LAS QUE SE ADMINISTRAN POR LARGO TIEMPO).

EN CASOS DE QUE EL PACIENTE PRESENTE UNA HISTORIA DE REACCIONES MENORES A UN FARMACO, DEBE EVITARSE, YA QUE LOS-



RESULTADOS PUEDEN SER DESASTROSOS.

LAS REACCIONES ANAFILACTICAS GENERALMENTE OCURREN DESPUES QUE UN PACIENTE HA TENIDO UNA REACCION MENOR ANTERIORMENTE. ESTA REACCION SE CARACTERIZA POR LA APARICION REPENTINA DE TOS, CIANOSIS, ESPASMO TONICO, PULSO DEBIL FILIFORME, DESCENSO DE LA PRESION ARTERIAL Y EN LOS CASOS MAS GRAVES PUEDE LLEGAR A CAUSAR LA MUERTE DEL PACIENTE.

ALGUNOS ANTIBIOTICOS SON CAPACES DE PRODUCIR REACCIONES SECUNDARIAS COMO: CEFALIAS, NAUSEAS, VOMITOS Y DIARREA. MUCHAS VECES ESTAS REACCIONES SON LEVES Y SE PUEDEN CONTROLAR.

#### LA PENICILINA:

LA PENICILINA FUE DESCUBIERTA POR FLEMING EN 1928, LA CUAL ES PRODUCTO DE UN MOHO MICROSCOPICO, LLAMADO PENICILLIUM NOTATUM Y POR TANTO TIENE LA CAPACIDAD PARA INHIBIR EL CRECIMIENTO DE LA BACTERIA. ESTA, COMO TODOS LOS MEDICAMENTOS TIENEN UNA ESTRUCTURA QUIMICA CON UNA PORCION CENTRAL, LLAMADA NUCLEO, EL CUAL PUEDE SER MODIFICADO POR LA ADICION DE OTROS QUIMICOS LLAMADOS CADENAS LATERALES A LOS LADOS DEL NUCLEO. SE DEBE TOMAR EN CUENTA QUE EL NUCLEO CENTRAL FUE ORIGINALMENTE PRODUCIDO POR UN HONGO, PERO EN LA ACTUALIDAD PUEDE SER PRODUCIDO SINTETICAMENTE Y POR TAL MOTIVO SE PUEDE DESARROLLAR PENICILINA SINTETICA. TODAS ESTAS PENICILINAS CONTIENEN UN NUCLEO COMUN Y DIFIEREN SOLA--

MENTE EN LA NATURALEZA DE SUS CADENAS LATERALES. LOS ORGANISMOS SON DESTRUIDOS POR LA PENICILINA SOLAMENTE CUANDO ESTOS SON EXPUESTO AL MEDICAMENTO DURANTE SU FASE REPRODUCTIVA ( O SEA SU REPRODUCCION ). LA PENICILINA VA A ACTUAR A NIVEL DE LA PARED CELULAR DE LA BACTERIA, ES MUY IMPORTANTE LA DOSIS, YA QUE SI SU CONCENTRACION ES BAJA ES BACTERIOSTATICA SU FUNCION Y EN CONCENTRACIONES ALTAS VA A SER BACTERICIDA. ESTA TIENE LA VENTAJA DE PODERSE ADMINISTRAR DE DIFERENTES MANERAS COMO: POR VIA BUCAL, INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA Y SUBCUTANEA. SE DEBE TOMAR EN CUENTA QUE LA VIA DE ADMINISTRACION DEBE SELECCIONARSE SEGUN EL CASO Y LA VELOCIDAD CON QUE SE DESEE DAR EFECTO. COMO EN EL CASO DE PRODUCIR UN EFECTO RAPIDO SERIA LA VIA INTRAVENOSA.

ADMINISTRACION POR VIA INTRAVENOSA: ESTA ESPECIALMENTE INDICADA EN INFECCIONES AGUDAS COMO LA MENINGITIS, ENDOCARDITIS Y OSTEOMIELITIS, A FIN DE QUE LAS BARRERAS DE PENETRACION A LOS ANTIBIOTICOS PUEDAN SER VENCIDAS POR LAS ALTAS CONCENTRACIONES SANGUINEAS.

ADMINISTRACION POR VIA INTRAMUSCULAR: ESTA PUEDE SER UTILIZADA EN INFECCIONES LEVES COMO EN EL CASO MAS COMUN, (ABSCESO). TIENEN LA VENTAJA DE QUE CAUSAN POCO DOLOR Y PRODUCEN CONCENTRACIONES SANGUINEAS PROLONGADAS Y EFECTIVAS A DIFERENCIA DE LA VIA BUCAL.

ADMINISTRACION POR VIA BUCAL: LOS MEDICAMENTOS --

ADMINISTRADOS POR ESTA VIA TIENEN LA DESVENTAJA DE QUE GRAN PARTE DEL FARMACO VA A SER DESTRUIDO O DEGRADADO DEBIDO A - LOS JUGOS GASTRICOS QUE SON ACIDOS EN EL ESTOMAGO Y POR TAL MOTIVO DEBE AUMENTARSE LA DOSIS PARA SUSTITUIR LOS EFECTOS- QUE HAN SIDO DESTRUIDOS. ESTA VIA ES UTILIZADA CUANDO SE - TRATA DE INFECCIONES LEVES O MODERADAS Y PARA COMPLEMENTAR- LA TERAPEUTICA DE LAS INFECCIONES GRAVES YA CONTROLADAS POR VIA PARAENTERAL.

EN LA ACTUALIDAD LA PENICILINA HA TENIDO VARIAS MODI- FICACIONES, COMO LA ADICION DE OTROS PRODUCTOS QUIMICOS CON EL FIN DE AUMENTAR SUS EFECTOS ASI COMO PARA SU DURACION - POR UN TIEMPO PROLONGADO. UNA DE LAS MAS COMUNES ES LA PE- NICILINA "G" AUNADA CON PROCAINA, VA A DAR COMO RESULTADO - UNA ABSORCION LENTA Y POR TANTO UNA CONCENTRACION POR UN - TIEMPO PROLONGADO, ES BIEN TOLERADA POR VIA INTRAMUSCULAR.- SE RECOMIENDA LA SIGUIENTE DOSIS: EN PACIENTES ADULTOS DE- 300.000 a 600.000 UNIDADES CADA DOCE HORAS.

EN EL CASO DE LA PENICILINA "G" PUEDE SER DISUELTA - EN CLORURO DE SODIO Y VA A DAR COMO RESULTADO UNA CONCENTRA- CION ALTA EN LA SANGRE, A DIFERENCIA DE LA ANTERIOR QUE TIE- NE UN PERIODO CORTO DE TIEMPO. LA PENICILINA CRISTALINA -- POTASICA "G" EN SUSPENSION ACUOSA SE USA EN COMBINACION CON LA PROCAINICA "G", EXCEPTO PARA LA TERAPEUTICA INTRAVENOSA. LA COMBINACION DE ESTAS DOS PENICILINAS PERMITE UNA CONCEN- TRACION SANGUINEA RAPIDA Y ALTA (DE 30 a 60 MIN.), CON UN -

BUEN NIVEL DE MANTENIMIENTO. LA DOSIS VARIA SEGUN LA GRAVEDAD DE LA INFECCION.

LA DOSIS MAS COMUN ES DE 300,000 UNIDADES DE PENICILINA PROCAINICA Y 100,000 UNIDADES DE PENICILINA POTASICA - CRISTALIZADA, LA DOSIS PUEDE VARIAR DE CADA 12 A 24 HORAS.

LA PENICILINA BENZATINICA "G" VIENE SIENDO EL PREPARADO MAS NUEVO DE ACCION PROLONGADA, CONSERVA NIVELES BAJOS DURANTE DOS O TRES SEMANAS. LA DOSIS MEDIA ES DE: - - - 300,000 A 600,000 UNIDADES CADA 10 DIAS.

LA PENICILINA "V" ES PRODUCIDA ALTERANDO UNA MOLECULA DE OXIGENO EN LA ESTRUCTURA DE LA PENICILINA "G". TIENE LA VENTAJA DE SER MAS ESTABLE, RESISTE MEJOR EL MEDIO ACIDO DE LOS JUGOS GASTRICOS Y POR TAL MOTIVO VA A PERMITIR UNA CONCENTRACION ALTA DE PENICILINA ADMINISTRADA POR VIA BUCAL, SIN EMBARGO SIENDO ADMINISTRADA POR VIA PARENTERAL - SU EFECTO VA A SER MAS BAJO QUE LA PENICILINA "G".

DE ACUERDO A LOS ADELANTOS EN LA INVESTIGACION DE LA PENICILINA EXISTEN DERIVADOS SEMISINTETICOS: METICILINA, - OXACILINA, NAFCILINA, CLORACILINA, DICLOXACILINA. ESTAS -- SON UTILIZADAS CUANDO SE SOSPECHA DE CEPAS RESISTENTES DE - BACTERIAS. LAS TRES PRIMERAS ESTAN DISPONIBLES PARA ADMI-- NISTRARLAS POR VIA PARENTERAL Y LAS DOS ULTIMAS PARA ADMI-- NISTRARLAS POR VIA ORAL.

LA PENICILINA "G" ES ABSORVIDA POR LA SANGRE SOLO EL

20% Y EL 80% RESTANTE ES DESTRUIDO POR LOS JUGOS GASTRICOS Y LA PENICILINAZA QUE ES PRODUCIDA POR LAS BACTERIAS EN EL INTESTINO, POR TAL MOTIVO SE NECESITA AUMENTAR LA DOSIS PARA PRODUCIR EL EFECTO DESEADO.

DOSIS USUAL: PENICILINA "G" DE 250 MG. O 400,000 UNIDADES CADA CUATRO O SEIS HORAS.

PENICILINA "V" DE 250 MG. O 400,000 UNIDADES CADA SEIS HORAS.

LA PENICILINA "V" FRECUENTEMENTE LA UNEN CON SAL DE POTASIO ( K ). ESTO VA A PERMITIR QUE LA PENICILINA SE ENLACE MEJOR CON LAS PROTEINAS EN EL PLASMA SANGUINEO, POR LO QUE VA A TRAER COMO RESULTADO MAS EFECTIVIDAD Y ACCION RAPIDA. EN LA ODONTOLOGIA LA PENICILINA "V" POTASICA VA A SER DE GRAN IMPORTANCIA Y DE MUCHA UTILIDAD, YA QUE OFRECE MUCHAS VENTAJAS, LAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE Y SOBRETODO PARA LA COMODIDAD DEL PACIENTE.

EN CASO DE PACIENTES QUE PRESENTAN LESIONES ALERGICAS A ESTOS MEDICAMENTOS NO SE CUENTA CON NINGUA PRUEBA CONFIABLE PARA DETERMINAR LA PRESENCIA DE ALERGIA A LAS PENICILINAS, Y ESTAS PUEDEN, O NO SER TOLERADAS POR LOS PACIENTES CON ANTECEDENTES DE UNA REACCION PREVIA. SIN EMBARGO SE PUEDE SOMETER AL PACIENTE A UNA PRUEBA QUE CONSISTE EN: LA INYECCION POR VIA INTRAVENOSA DE UNA DOSIS MUY PEQUERA, AUMENTAR LA CANTIDAD CADA CUATRO MINUTOS HASTA -

QUE SE APRECIE SI EL PACIENTE PUEDE TOLERAR EL ANTIBIOTICO. CUANDO SE LE ESTA PASANDO UNA INFUSION INTRAVENOSA AL PACIENTE SE INYECTA LENTAMENTE DENTRO DEL TUBO UNA UNIDAD DE PENICILINA DILUIDA EN 3 O 5 ML. DE SOLUCION SALINA O GLUCOSADA Y SE DEJAN PASAR 5 MINUTOS PARA VER SI PRODUCE UNA REACCION INDESEABLE; PARA ESTO SE DEBE TENER DISPONIBLE EN OTRA JERINGA UNA SOLUCION DE ADRENALINA PARA SER ADMINISTRADA EN CASO NECESARIO; SI NO OCURRE NINGUNA REACCION SE INYECTA A INTERVALOS DE 5 MINUTOS 5, 10, 25, Y 50 UNIDADES EN EL TERMINO DE UNA HORA, SE HACE EVIDENTE QUE EL PACIENTE PUEDE TOLERAR UNA DOSIS TERAPEUTICA COMPLETA, O DESARROLLAR UNA REACCION QUE ES FACILMENTE CONTROLADA CON ADRENALINA.

EN EL CASO QUE SE LLEGUE A PRESENTAR UNA REACCION ALERGICA ES NECESARIO ADMINISTRAR OTRO TIPO DE ANTIBIOTICO, AUNQUE EN ALGUNOS CASOS DE REACCIONES LEVES ES POSIBLE COMBINAR LA PENICILINA CON ANTIHISTAMINICOS O ESTEROIDES. COMO ES UN PROGRAMA DE GRAN RIESGO, SE DISPONE DE MUCHOS ANTIBIOTICOS PARA PODER LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES.

LA AMPICILINA: ES TOTALMENTE SINTETICA, DE AMPLIO ESPECTRO, DIFIERE DE LA PENICILINA "G" POR LA PRESENCIA DE UN GRUPO AMINO EN LA CADENA LATERAL, ES ACTIVA A BAJAS CONCENTRACIONES CONTRA DIVERSAS BACTERIAS GRAM NEGATIVAS QUE CAUSAN INFECCIONES; ES BIEN TOLERADA POR EL PACIENTE -

ADMINISTRADA POR VIA BUCAL; CUANDO SE ADMINISTRA EN INFUSION INTRAVENOSA, LAS CONCENTRACIONES SANGUINEAS SON MAS DEL 80% SUPERIOR CON AMPICILINA QUE CON PENICILINA "G" Y POR LO TANTO CON LA AMPICILINA SE VA TENER MAYOR CONCENTRACION DE ANTIBIOTICOS LIBRE Y ACTIVO EN EL SITIO DE LA INFECCION Y DESDE LUEGO CON MENOR DOSIS.

ERITROMICINA: ES DE ESPECTRO MEDIO, SE USA EN TRATAMIENTO BUCAL, INFECCIONES RESPIRATORIAS Y DE TEJIDOS BLANDOS, SOBRE TODO EN PACIENTES CONSIDERADOS ALERGICOS A LA PENICILINA. ES ADMINISTRADA POR VIA BUCAL INTRAMUSCULAR O INTRAVENOSA, PERO EN LAS DOS ULTIMAS ES IRRITANTE AL ORGANISMO. LA DOSIS POR VIA BUCAL ES DE 1 A 2 GRS. DIARIOS EN ADULTO. LOS EFECTOS SECUNDARIOS SON MUY RAROS.

BACITRACINA: TIENE ESPECTRO SIMILAR A LA PENICILINA, ES EFICAZ CON EL PLASMA, PUS O TEJIDO NECROTICO, PRINCIPALMENTE EN LA OSTEOMILITIS. PARA QUE ESTE MEDICAMENTO SEA EFICAZ DEBE ESTAR EN CONTACTO CON LOS MICROORGANISMOS PATOGENOS. ESTE TIENE LA CARACTERISTICA DE SER UTILIZADO TOPICAMENTE CON UN MINIMO DE REACCIONES ALERGICAS, POR LO QUE SE LE LLAMA ANTIBIOTICO LOCAL.

LINCOMICINA: TIENE ACTIVIDAD ANTIBACTERIANA Y UTILIDAD CLINICA SIMILAR A LA ERITROMICINA, COMO EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES CAUSADAS POR MICROORGANISMOS SENCILLOS CUANDO SE HAYA DESARROLLADO RESISTENCIA A LA PENICILINA

NA O ERITROMICINA O CUANDO NO PUEDEN SER ADMINISTRADOS ESTOS FARMACOS POR SER EL PACIENTE ALERGICOS A ELLOS. PUEDE SER ADMINISTRADO POR VIA BUCAL EN ADULTO EN DOSIS DE 500 MG. DE 3 O 4 VECES AL DIA. POR VIA INTRAMUSCULAR EN DOSIS DE 600 MG. CADA 12 HORAS.

KANAMICINA: ES SIMILAR A LA NEOMICINA PERO ES BASTANTE MENOS TOXICA, PARA PODER UTILIZAR POR VIA PARENTERAL. ESTE MEDICAMENTO ES UTIL PARA TRATAR INFECCIONES GRAVES CAUSADAS POR MICROORGANISMOS SUSCEPTIBLES COMO LA OSTEOMIELITIS, BACTEREMIAS Y EN TEJIDOS BLANDOS. ES ADMINISTRADA POR VIA BUCAL, INTRAMUSCULAR E INTRAVENOSA. LA MAS RECOMENDABLE ES LA VIA INTRAMUSCULAR EN DOSIS DE 7.5 MG. POR KILOGRAMO DEL PESO TOTAL DEL PACIENTE CADA 12 HORAS. LA DOSIS TOTAL NO DEBE EXCEDER DE 15 GRS. EN PACIENTES CON FUNCION RENAL NORMAL.

TETRACICLINA: ES DE AMPLIO ESPECTRO, TIENE GRAN ACTIVIDAD BACTERICIDA, POR LO QUE ES UTILIZADA EN INFECCIONES GRAVES. ESTE MEDICAMENTO NO ES UTILIZADO EN LA ODONTOLOGIA DEBIDO A QUE EXISTEN OTROS ANTIBIOTICOS MAS EFECTIVOS PARA LAS INFECCIONES DENTALES, COMO SON LA PENICILINA "G" Y "V".

ESTE MEDICAMENTO ESTA CONTRAINDICADO EN MUJERES EMBARAZADAS Y EN NIROS, POR LO QUE YA ESTA CASI FUERA DEL MERCADO. SUS REACCIONES SECUNDARIAS SON NAUSEAS, DIARREA - - REACCIONES DE FOTOSENSIBILIDAD.



ESTREPTOMICINA: ES DE AMPLIO ESPECTRO, POR LO GENERAL SE USA EN COMBINACION CON PENICILINA PARA EL TRATAMIENTO DE PROFILAXIS EN CIRUGIA Y EN INFECCIONES POSTOPERATORIAS. EN LA ACTUALIDAD HA SIDO SUSTITUIDA POR LA KANAMICINA Y GENTAMICINA, AUNQUE AUN SE LE EMPLEA EN TRATAMIENTOS ESPECIFICOS. EN LA ODONTOLOGIA SE LE UTILIZA SOLO EN INFECCIONES DENTALES EN LAS QUE LA PENICILINA NO ES EFECTIVA. SUS REACCIONES SON FIEBRE, PANCIOPENIA, ANAFILAXIA, IRRITACION RENAL, ERUPCIONES CUTANEAS, SORDERA. ESTE MEDICAMENTO NO ES EFECTIVO POR VIA BUCAL, YA QUE NO ES ABSORBIDO POR EL APARATO DIGESTIVO Y LA VIA MAS UTILIZABLE ES LA VIA INTRAMUSCULAR. LA DOSIS VARIA DE 1 A 3 GRS. DIARIOS EN DOSIS PARCIALES DE 0.5 GRS. CADA UNO.

CLORAFENICOL: ES DE AMPLIO ESPECTRO, ES DE ACTIVIDAD SIMILAR A LA TETRACICLINA. SE ABSORBE BIEN POR LA VIA BUCAL Y CAUSA MENOS EFECTOS COLATERALES QUE POR VIA PARENTAL. EN LA ACTUALIDAD ESTA CASI FUERA DEL MERCADO, YA QUE SOLO SE ADMINISTRA EN CASOS ESPECIFICOS. (FIEBRE TIFOIDEA). LA DOSIS POR VIA BUCAL ES DE 0.5 GRS. CADA 6 HORAS. LOS EFECTOS QUE PRODUCE ES LA ANEMIA APLASTICA, YA QUE INHIBE LA SINTESIS DE PROTEINA. CLINICAMENTE SE MANIFIESTA COMO LEUCOPANIA, ELEVACION DE HIERRO EN EL SUERO. EL SINDROME GRIS QUE CONSISTE EN PALIDEZ, LETARGO Y LA MUERTE

LAS CEFALOSPORINAS: ES DE AMPLIO ESPECTRO Y TIENEN LA VENTAJA DE PODER SER ADMINISTRADO EN LA MAYORIA DE LOS

PACIENTES ALERGICOS A LAS PENICILINAS SIN REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD. LAS CEFALOSPORINAS VAN A ACTUAR SOBRE LA PARED CELULAR DE MANERA SIMILAR A LAS PENICILINAS.

DENTRO DE LOS MAS IMPORTANTES ESTAN: CEFALOTINA Y CEFALOTIDINA, QUE SON MAS EFECTIVAS POR VIA PARENTAL. EN DOSIS DE 1 A 2 GRS. POR VIA INTRAVENOSA CADA 4 A 6 HRS.; CADA DOSIS SE DILUYE EN 50 A 100 ML DE LIQUIDO.

LA CEFALOGLICINA Y CEFALEXINA SON MAS EFECTIVOS POR VIA BUCAL.

LA KANAMICIDA: NO SE UNE A LAS PROTEINAS Y SE EXCRETA POR FILTRACION GLOMECULAR; MAS DEL 80% DE UNA DOSIS APARECE EN LA ORINA EN UN TERMINO DE 24 HORAS.

LA ADMINISTRACION BUCAL DEBERA RESERVARSE PARA PACIENTES AFECTADOS POR PROBLEMAS GASTROINTESTINALES, YA QUE EL APARATO GASTROINTESTINAL LO ABSORBE MAL. EL PRINCIPAL EFECTO TOXICO ADMINISTRADO PARENTERALMENTE ES LA ACCION SOBRE LA PORCION AUDITIVA DEL OCTAVO PAR CRANEAL, SORDERA, LA CUAL PUEDE SER PARCIAL O COMPLETA.

VANCOMICINA: ES RELATIVAMENTE TOXICA, PERO ES UN ANTIBIOTICO ALTAMENTE EFICAZ, Y SE UTILIZA PARA TRATAR INFECCIONES ESPECIFICAS, COMO LAS ESTAFILOCOCCICOS CUANDO NO PUEDEN ADMINISTRARSE PENICILINAS Y CEFALOSPORINAS.

SOLO PUEDE ADMINISTRARSE POR VIA INTRAVENOSA EN DO--

SIS PARA ADULTOS 0.5 GRs. CADA 6 HORAS. DURANTE 2 O 3 SEMANAS, DE PREFERENCIA DEBE DILUIRSE EN 100 ML. DE LIQUIDO Y ADMINISTRARLA EN UN PERIODO DE CUANDO MENOS UNA HORA. DENTRO DE LOS EFECTOS COLATERALES ESTA TROMBOFLEBITIS, ESCALOFRIOS, FIEBRE, IRRITACION RENAL Y SORDERA.

NISTATINA: ES DE ESPECTRO REDUCIDO, TIENE GRAN ACTIVIDAD TOXICA, PUEDE SER ADMINISTRADA POR VIA PARENTAL. SE APLICA TOPICAMENTE EN UNGUENTO, SE UTILIZA TAMBIEN EN TABLETAS Y SUSPENSION. EL TRATAMIENTO ESTA INDICADO SOLO EN LESIONES VAGINALES. LA DOSIS VARIA DE 100 MIL UNIDADES A UN MILLON DE UNIDADES DIARIAS, DEPENDIENDO DEL SITIO Y LA GRAVEDAD DEL CASO.

PARA EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES ODONTOLOGICAS EXISTEN MUCHOS TIPOS DE ANTIBIOTICOS: SIN EMBARGO, UN GRAN NUMERO DE ANTIMICROBIANOS APARTE DE LOS YA MENCIONADOS, EN LA RAMA DE LA ODONTOLOGIA NO VAN A SER UTILES, PERO SI PARA UN TRATAMIENTO A NIVEL GENERAL. COMO CONSECUENCIA DE UN TRATAMIENTO PROLONGADO A BASE DE ANTIBIOTICOS VA A PROVOCAR ALGUNOS CAMBIOS O DEFICIENCIAS EN EL ORGANISMO DEL PACIENTE, POR LO QUE ES NECESARIO LA ADMINISTRACION DE ALGUNOS FARMACOS QUE ACTUEN COMO TERAPEUTICA COADYUVANTE PARA COMBATIR SUS COMPLICACIONES. COMO SON:

VITAMINAS: LAS VITAMINAS SON UTILES EN EL TRATAMIENTO DE PROBLEMAS DENTALES, COMO SON LAS AFILCCIONES GINGI

VALES, QUEILITIS, CICATRIZACION DEFECTUOSA.

CUANDO EL ANTIBIOTICO SE ADMINISTRA POR VIA BUCAL - DESTRUYE GRAN PARTE DE LA FLORA INTESTINAL. PRODUCIENDO ASI AVITAMINOSIS. LAS VITAMINAS TAMBIEN SON UTILES COMO SUPLE-  
MENTOS ALIMENTICIOS.

e) ANTIISTAMINICOS: ESTOS SON UTILIZADOS PARA CONTRA-  
RRESTAR LAS REACCIONES ALERGICAS DE LOS ANTIBIOTICOS Y ASI-  
PODER ADMINISTRARLOS CON CONFIANZA. ALGUNAS DE LAS REAC--  
CIONES MAS COMUNES VAN A PRESENTAR LOS PACIENTES SON LOS SI--  
GUIENTES SINTOMAS: URTICARIA, COMEZON, RINITIS ALERGICA, -  
ENFERMEDAD DEL SUERO, EDEMA ANGIONEUROTICO, ETC. LOS FARMA  
COS DE ESTE TIPO MAS UTILIZADOS SON: CHLOR - TRIMETRON, -  
BENADRYL Y DIMETANE. LOS EFECTOS COLATERALES SON: SOMNO--  
LENCIA O VERTIGO Y XEROSTOMIA.

PENICILINASA: ES UNA ENZIMA QUE TIENE COMO FUNCION  
COMBATIR LAS REACCIONES ALERGICAS DE LA PENICILINA, CATALI-  
ZA LA HIDROLISIS DE LA PENICILINA DANDO COMO ORIGEN AL ACI-  
DO PENICOLOICO, QUE NO ES ALERGENICO Y ASI NEUTRALIZA LA -  
REACCION DE LA PENICILINA. LA ADMINISTRACION ES POR VIA -  
INTRAMUSCULAR TAN PRONTO COMO APARECEN LOS SIGNOS Y SINTO--  
MAS DE LA REACCION. ESTE TIENE LA VENTAJA DE PODERSE REPE-  
TIR LA DOSIS DIARIAMENTE SI ESTA INDICADA. EN EL CASO DE  
UNA REACCION ANAFILACTOIDE DEBE ADMINISTRARSE POR VIA INTRA  
VENOSA.

### ANESTESICOS LOCALES.

PARA REALIZAR UNA CIRUGIA DE UN TERCER MOLAR INCLUIDO ES NECESARIO CONOCER LA TECNICA DE ANESTESIA EN SUPERIORES O INFERIORES PARA PODER TENER RESULTADO SATISFACTORIO. SABEMOS QUE LOS ANESTESICOS LOCALES SON CAPACES DE IMPEDIR - TANTO LA INICIACION COMO LA PROPAGACION DE LOS ESTIMULOS DOLOROSOS, PARA QUE ESTO SUCEDA ES NECESARIO QUE EL ANESTESICO ESTE EN CONTACTO DIRECTO CON EL TEJIDO NERVIOSO. LOS ANESTESICOS LOCALES SON FACIL DE ADMINISTRAR, SE ABSORBEN RAPIDAMENTE POR VIA SUBCUTANEA E INTRAMUSCULAR. SE METABOLIZA EN EL HIGADO Y SE ELIMINA POR ORINA EN POCO TIEMPO DESPUES DE HABER SIDO ADMINISTRADO.

LOS ANESTESICOS LOCALES SE VAN A DIVIDIR EN DOS GRUPOS IMPORTANTES: 1) DE TIPO ESTERES DEL ACIDO AMINOBENZOICO, 2) DE TIPO NO ESTER.

1) DE TIPO ESTER: NOVOCAINA, MONOCAINA, PONTOCAINE, PRIMACAINE, UNICAINE.

2) DE TIPO NO ESTER: XYLOCAINE, DYNACAINE, CARBOCAINE, CITA  
NEST.

ENTRE ESTOS DOS GRUPOS HAY DIFERENCIAS, EN LA ESTRUCTURA QUIMICA Y EL POTENCIAL ALERGICO. LA ULTIMA ES DE UNA GRAN VENTAJA, YA QUE SI EL PACIENTE ES ALERGICO A UNO, SE LE PUEDE ADMINISTRAR EL OTRO TIPO DE ANESTESICO. ALGUNOS ANES-

TESICOS LOCALES SON COMBINADOS CON VASOCONSTRICTORES, LOS -  
CUALES VAN A TENER VARIAS VENTAJAS, ESTAS VAN A SER MENCIO-  
NADAS MAS ADELANTE.

f).- HEMOSTATICOS.

ESTOS SIRVEN PARA CONTROLAR LA HEMORRAGIA CAPILAR -  
ACTUANDO DIRECTAMENTE SOBRE LA HERIDA, SIENDO LOS MAS CONO-  
CIDOS:

LA ESPONJA DE GELATINA ABSORBIBLE (GELFOAM) O LA ES-  
PUMA DE FIBRINA EMBEBIDA EN TROMBINA.

LA SOLUCION DE MONSEL (SOLUCION DE SULFATO FERRICO)  
QUE ES UN HEMOSTATICO EXCELENTE, PERO TIENE LA DESVENTAJA-  
DE EXTENDERSE POR TODA LA BOCA; POR LO QUE ES RECOMENDABLE  
APLICARLO EN PEQUERAS CANTIDADES CON MUCHO CUIDADO.

g).- VASOCONSTRICTORES.

ESTOS VAN A ACTUAR DE LAS SIGUIENTES MANERAS.

1) VAN A REDUCIR LA CORRIENTE SANGUINEA EN LA ZONA-  
INYECTADA CON EL FIN DE PROLONGAR EL TIEMPO O DURACION DEL  
ANESTESICO.

2) VAN A DISMINUIR LA FRECUENCIA DE TOXICIDAD DEL  
ANESTESICO.

3) VAN A PRODUCIR UNA ANESTESIA MAS PROLONGADA CON-  
UNA CANTIDAD MINIMA DEL ANESTESICO.

4) VA A PERMITIR UN CAMPO OPERATORIO LIMPIO EN EL  
CASO DE UNA CIRUGIA, EVITANDO ASI UNA HEMORRAGIA.  
TIENE UNA GRAN DESVENTAJA: QUE EN MAYOR CANTIDAD PUEDE CAU-  
SAR EFECTOS COLATERALES TOXICOS, ESTA CONTRAINDICADO EN PA-  
CIENTES CON ANTECEDENTES CARDIACOS.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA.

ES EL CONJUNTO DE MEDIOS DE QUE NOS VALEMOS PARA EVITAR LA LLEGADA DE GERMENES AL ORGANISMO Y CON ESTO EVITAR LAS INFECCIONES. TAMBIEN ES EL CONJUNTO DE MEDIOS POR LOS CUALES SE DESTRUYEN LOS GERMENES YA EXISTENTES EN EL ORGANISMO.

TODA INTERVENCION QUIRURGICA PARA SU EXITO NECESITA UNA RIGUROSA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, POR LO QUE ES DE MUCHA IMPORTANCIA CONOCER LOS MEDIOS NECESARIOS PARA LOGRARLOS:

- 1) EL CUIDADO DEL EQUIPO Y DE LOS APARATOS DENTRO DEL CONSULTORIO.
- 2) LIMPIEZA DEL OPERADOR Y CUIDADO DE SUS MANOS.
- 3) ANTISEPSIA EN EL CAMPO OPERATORIO.
- 4) ESTERILIZACION DE LOS INSTRUMENTOS, CAMPOS O MANTAS QUIRURGICAS, BATAS, GUANTES, CUBREBOCAS, GORROS, ETC.

NO ES POSIBLE LA ESTERILIZACION DE TODOS LOS APARATOS QUE COMPONEN EL CONSULTORIO DENTAL, PERO SI ES INDISPENSABLE UNA METICULOSA LIMPIEZA COMO SUCEDE CON EL CABEZAL. LOS BRAZOS DEL SILLON, EL SILLON, LAMPARA, ETC., ESTOS SE PUEDEN LIMPIAR CON UN ANTISEPTICO Y ALGODON, COMO SUCEDE EN EL CASO DEL BRAKET O CHAROLA, ASI COMO LA MESA MAYO DEBERA SER SOMETIDA A LIMPIEZA, CUANDO MENOS CON ALCOHOL ANTES DE COLOCAR LOS CAMPOS Y LOS INSTRUMENTOS ESTERILES.

EN LOS INSTRUMENTOS LA ASEPSIA SE LOGRA LAVANDOLOS - CON AGUA Y JABON AYUDADO POR UN CEPILLO, DESPUES SE SECAN - CON UNA TOALLA LIMPIA, LA ANTISEPSIA SE LOGRA CON LA ESTERILIZACION QUE PUEDE SER POR VARIOS METODOS, YA SEAN FISICOS O QUIMICOS. CUANDO ES POR MEDIOS FISICOS ES POR CALOR SECO O HUMEDO.

EL CALOR SECO PUEDE SER POR EL FLAMEADO DIRECTO A LA LAMPARA DE ALCOHOL, O BIEN PUEDE SER POR LA COLOCACION DE - LOS INSTRUMENTOS EN EL ESTERILIZADOR QUE VA A UNA TEMPERATURA DE 165°C A 205°C. LA TEMPERATURA Y EL TIEMPO VARIA SEGUN EL MATERIAL POR ESTERILIZAR.

LA ESTERILIZACION CON CALOR HUMEDO CONSISTE EN LA COLOCACION DE INSTRUMENTAL AL AGUA HERVIDA, POR UN MINIMO DE - 15 MINUTOS. ESTE SISTEMA TIENE LA DESVENTAJA DE QUE EL INSTRUMENTAL SE OXIDA Y LA MANERA DE CONTRARRESTARLO ES ADICIONANDOLE AL AGUA UNA PASTILLA ANTIOXIDANTE.

EXISTE UN APARATO PARA LA ESTERILIZACION DE INSTRUMENTOS, BATAS QUIRURGICAS, GORROS, ETC. QUE ES EL AUTOCLAVE, ESTE OPERA POR VAPOR A PRESION Y SOLO ES UTILIZADO EN HOSPITALES, YA QUE ES NECESARIA LA PLENA ESTERILIZACION EN OPERACIONES MAYORES DEBIDO A QUE ES EL METODO MAS SEGURO Y EFECTIVO.

HOY EN DIA EXISTEN BATAS, GORROS, CAMPOS, ETC. ESTERILES DESECHABLES. ESTO VA A FACILITAR EL LAVADO Y ESTERILI



ZACION DE LOS MISMOS ASI COMO SU BAJO COSTO. EN EL CONSULTO RIO DENTAL NOS LIMITAREMOS A TENER EL EQUIPO NECESARIO EN EL MOMENTO DE UNA INTERVENCION QUIRURGICA, Y UNA VEZ UTILIZADO SE PUEDEN DESECHAR FACILMENTE.

HAY OTROS TIPOS DE ESTERILIZACION, PERO SON MENOS SE GUROS QUE LOS YA MENCIONADOS, COMO SON LOS AGENTES QUIMICOS, COMUNMENTE LLAMADOS DESINFECTANTES QUE A SU VEZ SE VAN A DIVIDIR EN TRES GRUPOS PRINCIPALES:

- 1) AQUELLOS USADOS PARA LA DESINFECCION DE INSTRUMENTOS DENTALES NO PENETRANTES.
- 2) AQUELLOS USADOS PARA LA APLICACION TOPICA DE LA MUCOSA BU CAL.
- 3) LOS UTILIZADOS EN LAS ESTRUCTURAS DURAS DEL DIENTE (LIMAS, ETC. PARA TRATAMIENTO DE ENDODONCIA), O COLOCACION DE MEDICA MENTOS EN LAS CAVIDADES.

PARA LLEVAR A CABO LA ESTERILIZACION DE INSTRUMENTOS ETC. EN SOLUCIONES ES NECESARIO CUMPLIR CON TRES REQUISITOS:

- 1) EL OBJETO POR ESTERILIZAR DEBERA ESTAR LIMPIO DE RESIDUOS DE SANGRE, PUS Y GRASA, ETC.
- 2) EL OBJETO DEBERA PERMANECER TOTALMENTE SUMERGIDO EN LA SO LUCION.
- 3) LA CONCENTRACION DE LA SOLUCION DEBERA SER MANTENIDA DU--

RANTE TODO EL TIEMPO DE LA ESTERILIZACION.

COMPUESTOS MERCURIALES: DENTRO DE ESTOS TENEMOS EL METAFEN, QUE TIENE LA VENTAJA DE NO SER IRRITANTE A LA MUCOSA O PIEL, PUEDE SER UTILIZADO PARA ESTERILIZAR INSTRUMENTOS DE HULE O METAL, PERO TIENE LA DESVENTAJA DE QUE NO DESTRUYE LAS ESPORAS BACTERIANAS AUN PERMANECIENDO EL INSTRUMENTO POR UN TIEMPO PROLONGADO EN LA SUSTANCIA.

COMPUESTOS DE AMONIO CUATERNARIO: ENTRE LOS MAS CONOCIDOS COMERCIALMENTE ESTAN EL CLORURO DE BENZALCONIO, TETRASIL, CLORURO DE ZETIRAN. ALGUNOS CONTIENEN AGENTES ANTI-OXIDANTES ASI COMO SOLVENTES, ESTOS PRODUCTOS TIENEN LA VENTAJA Y DESVENTAJA QUE EL ANTERIOR.

CIDEX: ES UN DESINFECTANTE MUY FUERTE Y TIENE LA VENTAJA DE SER ESPORICIDA EN UN PERIODO DE TRES HORAS, PERO TIENE LA DESVENTAJA DE SER IRRITANTE A LAS MUCOSAS, POR LO QUE SE RECOMIENDA ENJUAGAR EL INSTRUMENTO EN AGUA ESTERIL PARA EVITAR DICHA IRRITACION EN LA ZONA QUIRURGICA.

DESINFECTANTES TOPICOS: SU PRINCIPAL FUNCION ES PARA APLICACIONES TOPICAS EN LA PIEL Y EN LA MUCOSA BUCAL, COMO SON: COMPUESTOS MERCURIALES, METAFEN O MERTHIOLATE.

PREPARACIONES DE YODO: SIRVEN COMO SOLUCION REVELADORA DE LA PLACA BACTERIANA. EJEM. BETADINE.

AGENTES OXIDANTES: SE UTILIZA PARA LIMPIAR LAS MUCO

SAS INFLAMADAS Y HERIDAS INFECTADAS. EJEM. PEROXIDO DE HIDROGENO, GLY-OXIDE Y OXYGEL.

DESINFECTANTES PARA SUPERFICIES DURAS. COMO SU NOMBRE LO INDICA SOLO PODRAN UTILIZARSE EN LA ESTRUCTURA DEL DIENTE, MEDICACION DE CAVIDADES, ASI COMO PARA EL BLANQUEAMIENTO DE LOS DIENTES. TIENE LA DESVENTAJA DE SER SUMAMENTE IRRITANTE A LA MUCOSA BUCAL.

- COMPUESTOS FENOLICOS: DENTRO DE ESTOS TENEMOS EL PARACLOROFENOL, PARACLOROFENOL ALCANFORADO, CRESOL Y CREOSOTA. DERIVADOS FENOLICOS, ENCONTRAMOS DENTRO DE ESTOS EL EUGENOL Y GUAYACOL.

EUGENOL: ESTE SE UTILIZA COMO DESINFECTANTE EN EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS RADICULARES.

GUAYACOL: TIENE PROPIEDADES DESINFECTANTES Y SE UTILIZA JUNTO CON LA GLICERINA PARA PRODUCIR SEDACION EN ZONAS QUIRURGICAS DESPUES DE HABER REALIZADO UNA EXTRACCION O CIRUGIA BUCAL.

SUBSTANCIAS DE HIPOCLORITO: SON UTILIZADAS PARA LAVAR CONDUCTOS RADICULARES POR MEDIO DE ARRASTRE.

CAPITULO V

A N A T O M I A .

EL ODONTOLOGO DEBE TENER CONOCIMIENTO PLENO DE LA-- ANATOMIA DE LA ZONA QUE VA A SER SOMETIDA A UNA INTERVEN- - CION QUIRURGICA. EN ESTE CASO SE TRATÁ DE LA CIRUGIA DE TER CEROS MOLARES, SE VA A HACER MENCION DEL MAXILAR SUPERIOR Y LA MANDIBULA.

MAXILAR SUPERIOR: ESTA FORMADO POR DOS CARAS, CUA-- TRO BORDES, CUATRO ANGULOS Y UNA CAVIDAD O SENO MAXILAR.

1) CARA INTERNA.- DESTACA UNA SALIENTE HORIZONTAL, QUE ES- LA APOFISIS PALATINA, ESTA ES MENOS PLANA Y VA A FORMAR EN- SU CARA SUPERIOR EL PISO DE LAS FOSAS NAALES Y EN SU CARA- INFERIOR GRAN PARTE DE LA BOVEDA PALATINA, EN LA CUAL SE - VAN A ENCONTRAR VARIOS PEQUEROS ORIFICIOS VASCULARES. AL - ARTICULARSE CON EL MISMO BORDE LA APOFISIS PALATINA DEL MA- XILAR OPUESTO EN SU PORCION ANTERIOR, VAN A FORMAR LA ESPI- NA NASAL ANTERIOR, Y POR DETRAS DE ESTA SE ENCUENTRA EL COM- DUCTO PALATINO ANTERIOR, POR EL QUE VAN A PASAR EL NERVIO - ESFENOPALATINO INTERNO Y UNA RAMA DE LA ARTERIA ESFENOPALA- TINA.

APOFISIS PALATINA: LA CARA INTERNA DEL MAXILAR SE DIVIDE - EN DOS PORCIONES: LA INFERIOR, QUE FORMA PARTE DE LA BOVEDA

PALATINA, QUE A SU VEZ ESTA CUBIERTA POR LA FIBROMUCOSA PALATINA. LA SUPERIOR, MAS AMPLIA, EN LA QUE SE ENCUENTRA UN GRAN ORIFICIO U ORIFICIO DEL SENO MAXILAR, POR DELANTE DE ESTE EXISTE UN CANAL VERTICAL O CANAL NASAL, CUYO BORDE ANTERIOR SE HAYA LIMITADO POR LA APOFISIS ASCENDENTE DEL MAXILAR SUPERIOR.

2) CARA EXTERNA.- EN SU PARTE ANTERIOR, POR ENCIMA DEL LUGAR DE IMPLANTACION DE LOS INCISIVOS, ESTA LA POSETA MIRTIFORME Y POSTERIORMENTE LA EMINENCIA O GIBA CANINA, DETRAS DE ESTA EMINENCIA SE ENCUENTA LA APOFISIS PIRAMIDAL.

LA APOFISIS PIRAMIDAL PRESENTA UNA BASE, UN VERTICE, TRES CARAS Y TRES BORDES.

LA BASE CON LA QUE SE UNE AL RESTO DEL HUESO.

EL VERTICE QUE SE ARTICULA CON EL HUESO MALAR.

LA CARA SUPERIOR U ORBITARIA QUE FORMA PARTE DEL PISO DE LA ORBITA Y LLEVA UN CANAL LLAMADO CONDUCTO SUBORBITARIO.

CARA ANTERIOR EN ESTA SE ABRE EL AGUJERO SUBORBITARIO, POR DONDE SALE EL NERVIJO DEL MISMO NOMBRE. ENTRE EL ORIFICIO Y LA GIBA CANINA ESTA LA FOSETA CANINA. EN LA PARED INFERIOR DEL CANAL SUBORBITARIO SALEN UNOS CONDUCTOS QUE VAN A TERMINAR EN LOS ALVEOLOS DESTINADOS AL CANINO Y A LOS INCISIVOS (SON LOS CONDUCTOS DENTALES ANTERIORES)

CARA POSTERIOR DE LA APOFISIS PIRAMIDAL POR DENTRO CORRESPON

DE A LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR Y POR FUERA A LA FOSA CIGOMÁTICA. PRESENTA VARIOS CANALES U ORIFICIOS DENOMINADOS AGUJEROS DENTARIOS POSTERIORES, POR DONDE PASAN LOS NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES Y LAS ARTERIAS ALVEOLARES DE LOS MOLARES.

BORDE ANTERIOR.- LO FORMAN LA PARTE ANTERIOR DE LA APOFISIS PALATINA CON LA ESPINA NASAL ANTERIOR. EL ORIFICIO ANTERIOR DE LAS FOSAS NASALES Y LA APOFISIS ASCENDENTE.

BORDE POSTERIOR.- FORMADA POR LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR, ASI COMO UN CANAL QUE FORMA EL CONDUCTO PALATINO POSTERIOR POR EL QUE PASA EL NERVIIO PALATINO ANTERIOR.

BORDE SUPERIOR.- FORMA EL LIMITE INTERNO DE LA PARED INFERIOR DE LA ORBITA Y SE ARTICULA POR DELANTE CON EL HUESO UNGUIS.

BORDE INFERIOR.- TAMBIEN LLAMADO BORDE ALVEOLAR, EN DONDE SE ALOJAN LAS RAICES DE LOS DIENTES (ALVEOLOS DENTARIOS). - LOS ALVEOLOS SE HAYAN SEPARADOS POR TABIQUES OSEOS, QUE CONSTITUYEN LAS APOFISIS INTERDENTARIAS.

SENO MAXILAR O ANTRO DE HIGHMORE.- SE ENCUENTRA EN EL CENTRO DEL HUESO, ES HUECO, TIENE FORMA PIRAMIDAL CUADRANGULAR Y CONSTA DE: PARED ANTERIOR, PARED SUPERIOR, PARED POSTERIOR Y LA PARED INFERIOR.

MANDIBULA: TIENE FORMA DE HERRADURA Y CONSTA DE 2-

CARAS Y DOS BORDES.

CARA ANTERIOR.- FORMADA POR LAS DOS UNIDADES DEL HUESO, - LLAMADA SINFISIS MENTONIANA. SU PARTE INFERIOR MAS SALIENTE O EMINENCIA MENTONIANA. HACIA AFUERA Y HACIA ATRAS ESTA EL AGUJERO MENTONIANO, POR DONDE SALE EL NERVIYO Y VASOS DEL -- MISMO NOMBRE, MAS ATRAS SE ENCUENTRA UNA SALIENTE LLAMADA LINEA OBLICUA EXTERNA.

CARA POSTERIOR.- CERCA DE LA LINEA MEDIA HAY CUATRO TUBERCULOS LLAMADOS APOFISIS GENI, POSTERIORMENTE SE ENCUENTRA LA LINEA OBLICUA INTERNA O MILOHIOIDEA, POR ENCIMA DE ESTA SE ENCUENTRA LA FOSETA SUBLINGUAL DONDE SE ALOJA LA GLANDULA DEL MISMO NOMBRE, POR DEBAJO DE ESTA LINEA HAY OTRA FOSETA MAS GRANDE QUE ES LA SUBMAXILAR EN DONDE SE ALOJA LA - - GLANDULA SUBMAXILAR.

BORDE INFERIOR.- ES REDONDEADO, TIENE DOS DEPRESIONES, O FOSETAS DIGASTRICAS, UNA A CADA LADO DE LA LINEA MEDIA, EN DONDE SE INSERTA EL MUSCULO DIGASTRICO.

BORDE SUPERIOR O BORDE ALVEOLAR.- PRESENTA VARIAS CAVIDADES O ALVEOLOS DENTARIOS; LOS ANTERIORES SON SIMPLES, YA - QUE SON UNIRADICULARES, LOS POSTERIORES ESTAN COMPUESTOS DE VARIAS CAVIDADES, POR LO QUE SE HAYAN SEPARADOS ENTRE SI - POR UN PUENTE OSEO O APOFISIS INTERDENTARIA.

RAMAS.- TIENE DOS RAMAS, UNA DERECHA Y UNA IZQUIERDA, SON FORMA CUADRANGULAR, TIENE DOS CARAS Y CUATRO BORDES.

CARA EXTERNA.- EN SU PARTE INFERIOR ES MAS RUGOSA QUE EN LA SUPERIOR Y SE INSERTA EL MUSCULO MASETERO.

CARA INTERNA.- EN LA PARTE MEDIA DE ESTA CARA ESTA EL ORIFICO SUPERIOR DEL CONDUCTO DENTARIO, POR EL QUE PASA EL NERVIO Y LOS VASOS DENTARIOS SUPERIORES. JUNTO HAY UNA SALIENTE TRIANGULAR O ESPINA DE SPIX EN DONDE SE INSERTA EL LIGAMENTO ESFENOMAXILAR.

BORDES.- EL BORDE ANTERIOR SE ENCUENTRA EN FORMA DE CANAL - Y FORMA LA HENDIDURA VESTIBULOCIGOMATICA.

BORDE POSTERIOR.- O TAMBIEN LLAMADO BORDE PAROTIDEO.

BORDE SUPERIOR.- TIENE UNA ESCOTADURA QUE ES LA ESCOTADURA-SIGMOIDEA, SITUADA ENTRE LAS DOS SALIENTES DE LA APOFISIS CONOIDE POR DELANTE. Y EL CONDILO DEL MAXILAR INFERIOR POR - DETRAS.

BORDE INFERIOR.- POR DETRAS, AL UNIRSE CON EL BORDE POSTERIOR FORMA EL ANGULO DEL MAXILAR INFERIOR O GOMION.

#### INERVACION E IRRIGACION:

LA INERVACION DE LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES ESTA DADA, POR EL QUINTO PAR CRANEAL O TRIGEMINO Y EL SEPTIMO PAR - CRANEAL O NERVIIO FACIAL.

LA IRRIGACION DE LOS MISMOS CORRESPONDE A LA ARTERIA CAROTI-



DA EXTERNA.

LA INERVACION DE LOS DIENTES SUPERIORES SE REALIZA POR RAMAS DEL MAXILAR SUPERIOR. EL CUAL EMITE RAMAS DENTARIAS POSTERIORES QUE ABORDAN LOS GRUESOS MOLARES A TRAVES DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR. LA RAMA DENTARIA MEDIA QUE NACE EN EL CANAL INFRAORBITARIO DESCIENDE POR LA PARED EXTERNA DEL SENO Y ALCANZA LA RAIZ DE LOS PREMOLARES. LAS RAMAS DENTARIAS ANTERIORES, QUE NACEN DE LA RAMA INFRAORBITARIA, SE INTRODUCEN EN EL HUESO PARA ALCANZAR LA RAIZ DE LOS INCISIVOS Y CANINOS.

LA INERVACION DE LOS DIENTES INFERIORES, ESTA DADA POR EL -- NERVIO DENTARIO INFERIOR, QUE ES RAMA DEL MAXILAR INFERIOR. EL DENTARIO INFERIOR ANTES DE ENTRAR AL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EMITE UN RAMO QUE ACOMPARA AL TRONCO PRINCIPAL Y SE DIRIGE HACIA ADENTRO PARA PROPORCIONAR RAMAS A LAS RAICES DENTARIAS, POSTERIORMENTE SALE POR EL AGUJERO MENTONIANO QUE VA A INERVAR A LA RAIZ DE LOS INCISIVOS.

## CAPITULO VI

### TECNICAS QUIRURGICAS.

LA TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION O REMOCION DE UN TERCER MOLAR, VARIA MUCHO, COMO:

- 1.- DE UN PACIENTE A OTRO.
- 2.- DE UN PACIENTE ADULTO A UN PACIENTE JOVEN.
- 3.- DE UN MOLAR A OTRO, AUN TRATANDOSE DE UN MISMO PACIENTE.
- 4.- DE UN MOLAR IMPACTADO.
- 5.- DE UN MOLAR PARCIALMENTE ERUCCIONADO.
- 6.- DE UN MOLAR FRACTURADO, YA SEA POR TRAUMATISMO O INVA--  
SION CARIOSA EN LA CORONA.
- 7.- DE UN RESTO RADICULAR DE UN TERCER MOLAR.

LA ODONTECTOMIA ES EL TERMINO QUE SE LE DA A LA REMOCION DE LOS DIENTES PARCIALMENTE RETENIDOS, DIENTES IMPACTADOS, RAICES RETENIDAS, QUE NO PUEDEN SER RETIRADAS SIMPLEMENTE CON PINZAS, SINO QUE ES NECESARIO SU ESCISION QUIRURGICA.

ANTES DE CUALQUIER INTERVENCION SE DEBE PREPARAR AL PACIENTE CON LOS CAMPOS OPERATORIOS NECESARIOS ESTERILES, SE APLICARA EL ANESTESICO LOCAL CON LA TECNICA DE ANESTESIA QUE MAS CONVenga, ASI COMO LA MESA CON EL INSTRUMENTAL NECESARIO PARA LA CIRUGIA.

TECNICA QUIRURGICA EN INFERIORES.

LOS TERCEROS MOLARES PUEDEN ENCONTRARSE EN CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES POSICIONES: MESIOANGULAR. HORIZONTAL. VERTICAL Y DISTOANGULAR. EN ALGUNOS CASOS PUEDEN ESTAR INCLINADOS HACIA EL LINGUAL O BUCAL, ASI COMO TAMBIEN DEBE TOMARSE EN CUENTA EL NIVEL OCLUSAL QUE TIENEN, ESTE PUEDE SER ALTO O BAJO; DEPENDIENDO DE LA POSICION COMO DEL NIVEL EN QUE SE ENCUENTRE EL TERCER MOLAR, SE USARA LA TECNICA MAS APROPIADA Y CONSERVADORA, PARA QUE SEA LO MENOS TRAUMATICO PARA EL PACIENTE, NOS AYUDAREMOS DE LA RADIOGRAFIA QUE NOS INDICARA LA LOCALIZACION DE LA IMPACCION ASI COMO LA FORMA, TAMANO, INCLINACION Y NUMERO DE RAICES.

IMPACCION MESIOANGULAR. SE HACE UNA INCISION EN LOS TEJIDOS DISTALES DEL SEGUNDO MOLAR CON EL BISTURI, SE PUEDE TOMAR COMO REFERENCIA PARA INICIAR LA INCISION LA CUSPIDE BUCAL DEL SEGUNDO MOLAR, SIGUIENDO EL HUESO SUBADYACENTE QUE PUEDE ENCONTRARSE HACIA AFUERA, LA SEGUNDA RAMA DE LA INCISION SE HACE VERTICALMENTE A PARTIR DE LA PRIMERA EN SU UNION CON LA CUSPIDE DISTOBUCAL, EXTENDIENDOSE HACIA ABAJO Y HACIA ADELANTE HASTA LOS TEJIDOS BUCALES, SOBRE LA RAIZ MESSIAL DEL SEGUNDO MOLAR. LAS VARIACIONES EN EL DISEÑO INCLUYEN LA TECNICA DE DESPRENDER LAS FIBRAS GINGIVALES BUCALES LIBRES ALREDEDOR DE TODOS LOS DIENTES, HACIA ADELANTE, PARA INCLUIR EL PRIMER MOLAR Y SEPARANDO EL COLGAJO BUCALMENTE. ESTA TECNICA TIENE LA VENTAJA DE QUE SE PUEDE SUTURAR FACIL-

MENTE. ES MENOS DOLOROSO EN EL PERIODO POSTOPERATORIO Y EXISTE MENOR DISTORSION AL SANAR.

EL COLGAJO MUCOPERIOSTICO SE ELEVA CUIDADOSAMENTE CON UNA CURETA MOLT # 4 AFILADA. PRIMERO EN LA INCISION VERTICAL DONDE EL PERIOSTIO NO ESTA UNIDO AL HUESO. EL INSTRUMENTO SE MUEVE HACIA ATRAS Y HACIA EL REBORDE ALVEOLAR: LA OSISECCION SE REALIZA EN FORMA VERTICAL PARALELA A LA RAIZ DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR. LA INCISION OSEA TENDRA LA MISMA LONGITUD QUE LA ANCHURA DEL CINCEL, EN CASO QUE SEA NECESARIO, ESTA INCISION PUEDE AMPLIARSE SEGUN LA PROFUNDIDAD PARA LLEGAR BAJO LA CORONA DE ESMALTE DEL MOLAR IMPACTADO. SE VOLTEA EL CINCEL PARA QUE QUEDE CON EL FRENTE HACIA ATRAS, SE COLOCA EN EL FONDO DEL PRIMER CORTE Y SE DIRIGE HACIA LA CRESTA ALVEOLAR. ES NECESARIO QUE LA PLACA BUCAL SE EXTIRPE DE UNA SOLA PIEZA. EN UN MAXILAR INFERIOR ANCHO, CON PLACA CORTICAL PESADA EL MOLAR IMPACTADO PUEDE EXPONERSE AUN MAS ANGULANDO UN BORDE DEL CINCEL HACIA EL MOLAR, AL HACER UN CORTE HORIZONTAL PARA FORMAR UNA ZANJA EN EL TEJIDO ESPONJOSO ENTRE EL MOLAR Y LA PLACA CORTICAL.

EL HUESO SOBRE LA SUPERFICIE DISTAL O SUPERIOR DE LA IMPACCION DEBERA DE RETIRARSE PARA PODER TENER ACCESO A LA CORONA DEL TERCER MOLAR, EN CASO DE QUE EL ACCESO SEA MAS PEQUENO QUE LA CORONA DEL MOLAR, SE RETIRARA MAYOR CANTIDAD DE HUESO. SE SECCIONARA EL MOLAR COLOCANDO EL CINCEL EN EL SURCO BUCAL, CON UN GOLPE SECO, DIRIGIDO HACIA EL DISTAL, PROVO--

CANDO LA SEPARACION DE LA PORCION DISTAL DEL RESTO DEL MOLAR. LA PORCION DISTAL SECCIONADA SE RETIRARA DE LA HERIDA. SE COLOCARA UN ELEVADOR BIANGULADO (KROGH) BAJO LA CORONA Y MUEVE HACIA ARRIBA.

CUANDO SE HAYA MOVIDO HACIA ARRIBA Y DISTALMENTE HASTA UN PUNTO EN QUE EL INSTRUMENTO NO HAGA CONTACTO CON EL, - SE HACE ROTAR AQUEL DE MANERA QUE EL BORDE INFERIOR TERMINE LA EXTRACCION DEL MOLAR. SE DEBE TENER CUIDADO AL ROTAR TEMPRANAMENTE AL MOLAR, YA QUE PUEDE OCASIONAR LA FRACTURA DE LA RAIZ Y PELIGRAR EL SEGUNDO MOLAR. PARA PODER EXTRAER EL MOLAR NOS AYUDAREMOS CON UN ELEVADOR WINTER LARGO PARA COLOCARLE EN LA BIFURCACION DE LA RAIZ, SE USARA COMO PUENTE DE APOYO LA PLACA CORTICAL BUCAL.

LOS FRAGMENTOS OSEOS SE LEVANTAN CON UNA CURETA, LAS ASTILLAS, LOS RESTOS DE TEJIDO BLANDO EN EL ALVEOLO SE EXTRAEN CUIDADOSAMENTE CON DIRECCION ROMA O CORTANTE. SE EVITARA RASPAR EN LA PROFUNDIDAD YA QUE SE ENCUENTRA EL NERVIPO DENTARIO INFERIOR Y PUEDE DANARSE PROVOCANDO UNA PARESTESIA TEMPORAL O PERMANENTE EN EL PACIENTE. SE SUTURARA EL ALVEOLO CON UN PUNTO DE SUTURA CON UNA AGUJA REDONDA DE 12.5 MM. Y SEDA NUM. 000, EL CORTE VERTICAL CASI NUNCA SE CIERRA. SE COLOCA UNA COMPRESA DE GASA SOBRE EL AREA.

TODOS ESTOS PASOS ES NECESARIO LLEVARLOS A CABO EN SEGUIDA DE LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR EN CUALQUIERA QUE SEA SU POSICION EN LA MANDIBULA.

IMPACCION HORIZONTAL. LA IMPACCION HORIZONTAL A NIVEL ALTO ES MAS COMUN QUE LA DE NIVEL BAJO, ASI COMO MAS SENCILLA SU EXTRACCION. SE DESCRIBIRA ENSEGUIDA LA DE NIVEL BAJO: ESTA NECESITA UN CORTE OSEO VERTICAL PROFUNDO ASI COMO CORTES HORIZONTALES AMPLIOS PARA EXPONER EL CUELLO ANATOMICO DEL DIENTE. LA ODONTOSECCION EN ESTE CASO CONSISTE EN LA DIVISION DE LA CORONA EN DOS CORTES Y ESTA A SU VEZ DE LA RAIZ.

SE COLOCA UN CINCEL EN EL SURCO BUCAL, DIRIGIENDOLO HACIA ATRAS Y ARRIBA. SE ELIMINA LA PORCION DISTAL, SE COLOCA EL CINCEL EN EL MISMO LUGAR DIRIGIDO HACIA ATRAS Y ABAJO, CON ESTO SE DIVIDIRA LA PORCION MESIAL DE LA CORONA, QUE NO PUEDE EXTRAERSE EN ESE MOMENTO. SE PROCEDERA A EXTRAER. EN EL CASO DE QUE SE DIFICULTE SE PUEDE HACER OTRO CORTE EN SENTIDO VERTICAL, SE EXTRAEN LOS FRAGMENTOS DENTALES SUPERFICIALES Y ASI SE PODRA EXTRAER LA RAIZ.

IMPACCION VERTICAL. TIENE LA DESVENTAJA DE QUE EL ESPACIO ES DEMASIADO PEQUEÑO PARA UNA ELIMINACION OSEA ADECUADA. SE REALIZA EL COLGAJO MUCOPERIOSTATICO, SE HACE UN CORTE OSEO VERTICAL Y LARGO PARA EXPONER CUANDO MENOS EL CUELLO ANATOMICO DEL MOLAR, SE ELIMINA HUESO POR DETRAS DE LA IMPACCION Y SOBRE SU SUPERFICIE OCCLUSAL.

SE HACE UN CORTE VERTICAL PARA DIVIDIR LA CORONA EN PARTE MESIAL Y DISTAL; LA DISTAL SE RETIRA QUEDANDO LA MAYOR

PARTE DEL MOLAR IMPACTADO. DESPUES SE INTRODUCIRA UN ELEVADOR DE BANDERA ENTRE ESTE Y EL SEGUNDO MOLAR PARA EXTRAER. EN CASO DE QUE SE DIFICULTARA SE COLOCARA LA PUNTA DEL ELEVADOR NUM. 14 EN LA BIFURCACION EN EL LADO BUCAL EN DONDE PUEDE EJERCERSE FUERZA RECTA HACIA ARRIBA.

IMPACCION DISTOANGULAR. LA EXTRACCION DE ESTA POSICION SE DIFICULTA PORQUE LA CORONA DEL MOLAR IMPACTADOR SE ENCUENTRA SEPARADA DEL SEGUNDO MOLAR IMPIDIENDO ASI PODER EJERCER MOVIMIENTOS DE PALANCA SOBRE ESTE. PRIMERO SE ELEVARA UN COLGAJO MUCOPERIOSTICO AMPLIO. SE SECCIONA EL MOLAR EN DIRECCION VERTICAL SEPARANDO LA CUSPIDE DISTAL DEL RESTO DEL MOLAR. SE TRATARA DE MOVER HACIA ARRIBA, CON UN ELEVADOR CON PUNTA DE LANZA, COLOCADO EN EL LADO MESIAL DEL MOLAR IMPACTADO O CON UN ELEVADOR # 14 COLOCADO EN LA BIFURCACION PARA PODERLO EXTRAER. EN EL CASO QUE SE DIFICULTE SE PROCEDERA A SECCIONAR LA CORONA DE LA RAIZ, Y POSTERIORMENTE SE PUEDE DIVIDIR LA RAIZ EN DOS PARTES Y ASI EXTRAERLA EN VARIOS FRAGMENTOS. EL HUESO QUE HA RESULTADO TRAUMATIZADO DEBERA EXTRAERSE CON CINCEL AFILADO O FRESA DESPUES DE HABER EXTRAIDO EL TERCER MOLAR.

#### TECNICA QUIRURGICA EN SUPERIORES.

IMPACCION MESIOANGULAR. LA INCISION SE HACE SOBRE LA CRESTA DEL REBORDE, DESDE LA TUBEROSIDAD HASTA EL SEGUNDO MOLAR, SE CONTINUA LA INCISION EN FORMA OBLICUA HACIA ARRIBA

Y HACIA ADELANTE, PARA TERMINAR SOBRE LA RAIZ MESIOBUCAL DEL SEGUNDO MOLAR.

EL COLGAJO MUCOPERIOSTICO SE ELEVA CON CURETA MOLT - # 4; SE COLOCA EL CINCEL PARA HACER UN CORTE VERTICAL PARALELO A LA RAIZ DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR. USANDO LIGERAMENTE EL MARTILLO SE LOGRARA PENETRAR EL TEJIDO ESPONJOSO BLANDO Y LA CORONA DE ESMALTE. LA PLACA CORTICAL SE ELEVA LENTAMENTE SOBRE EL LADO BUCAL DEL MOLAR O, EN CASO DE IMPACCION CONSIDERABLE SE DEBERA EXTRAER COMPLETAMENTE.

SE COLOCARA EL ELEVADOR EN EL ESPACIO INTERDENTAL PARA REALIZAR LA EXTRACCION. EL HUESO DISTAL DEBERA EXTIRPARSE EN ESTE CASO.

SE DEBE TENER CUIDADO AL VOLTEAR DISTALMENTE EL ELEVADOR HACIA ATRAS, YA QUE SE PUEDE FRACTURAR LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR.

SE EXTRAERAN LOS FRAGMENTOS DE TEJIDO OSEO ASI COMO DE TEJIDO BLANDO. SE ALISARAN LOS BORDES OSEOS CON UNA CURETA. DESPUES SE SUTURA A TRAVES DE LA INCISION DE LA CRESTA Y A TRAVES DE LA INCISION VERTICAL.

#### IMPACCION VERTICAL.

SE HACE UN CORTE VERTICAL, PARALELO, AL BORDE MESIAL DEL DIENTE IMPACTADO. EL HUESO QUE ESTA SOBRE LA SUPERFICIE BUCAL DEL DIENTE SE ELIMINA O SI ES POSIBLE CONSERVARLO SE -



SEPARA Y SE DOBLA DE 1 A 2 MM. HACIA BUCAL. SE TRATARA DE INTRODUCIR UN ELEVADOR RECTO O CINCEL EN LA SUPERFICIE DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR CON EL FIN DE CREAR UN ESPACIO O SEPARACION CON EL MOLAR IMPACTADO Y PODER HACER UN MOVIMIENTO HACIA ATRAS.

ES RECOMENDABLE TENER MUCHO CUIDADO Y EMPLEAR FUERZA CONTROLADA DEBIDO A QUE NO SE EXTIRPA UNA CANTIDAD DE HUESO LO SUFICIENTEMENTE GRANDE. EN EL MOMENTO EN QUE PENETRA EL INSTRUMENTO ENTRE EL SEGUNDO MOLAR Y EL TERCER MOLAR, HAY EL FACIL DESPLAZAMIENTO DEL MISMO Y SE DEBE TENER CUIDADO CON EL PACIENTE, YA QUE DE NO TENER UNA CORTINA DE GASA QUE CUBRA O PROTEJA LA BUCOFARINGE, PUEDE SER DEGLUTIDO O ASPIRADO.

IMPACCION DISTOANGULAR: ESTE TIPO DE IMPACCION ES POCO FRECUENTE, Y PARA SU EXTRACCION ES NECESARIO REALIZAR UN COLGAJO QUIRURGICO Y LA ELIMINACION EXTENSA DEL HUESO CIRCUN DANTE. SE HACE UNA INCISION EN LA CRESTA MEDIA, EXTENDIENDOSE DESDE EL SEGUNDO MOLAR A LA CURVA DE LA TUBEROSIDAD, LAS EXTENSIONES VERTICALES VAN A BUCAL, Y LINGUAL SE HACEN DISTALES AL SEGUNDO MOLAR. CON ESTE COLGAJO SE EXPONE TODA LA TUBEROSIDAD OSEA, SE HACE UNA INCISION OSEA VERTICAL EN DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR HACIA EL AREA DE LA PUNTA, SE PROCEDE A ELIMINAR EL HUESO DE LA CRESTA ALVEOLAR Y BUCAL. EL AREA DISTAL DE LA IMPACCION SE EXPONE CUIDADOSAMENTE CON UN CINCEL, PRINCIPALMENTE POR PRESION MANUAL.

EL MOLAR SE ELEVARA HACIENDO PALANCA SOBRE EL LADO -

MESIAL, TAN CERCA DE LA PUNTA COMO SEA POSIBLE, ESTO ES DEPENDIENDO DEL ESPACIO DE ACCESO. DEBEREMOS DE AUXILIARNOS-- DE OTRO INSTRUMENTO COMO LA CURETA DE MOLT # 5 PARA GUIAR AL MOLAR HACIA ABAJO, COLOCANDOLO EN SU PARTE DISTAL, YA QUE DE EJERCER DEMASIADA PRESION PODRIA DESPLAZARSE EL MOLAR HACIA EL ANTRO. YA EXTRAIDO EL MOLAR IMPACTADO, SI EL ESPACIO DEL ALVEOLO ES MUY AMPLIO, SE PUEDE RELLENAR CON GELFOAM Y SE DEBERA COLOCAR PUNTOS DE SUTURA SEPARADOS EN FORMA TENSA.

PUNTOS BASICOS EN CIRUGIA.

COMO YA SE MENCIONO ANTERIORMENTE, LA ELABORACION DE UNA HISTORIA CLINICA COMPLETA, ES MUY IMPORTANTE PARA EL CIRUJANO DENTISTA YA QUE PUEDE REALIZAR UNA INTERVENCION QUIRURGICA CON SEGURIDAD Y CONFIANZA, Y ASI EVITAR ALGUNAS COMPLICACIONES OPERATORIAS Y POSTOPERATORIAS. LOS OBJETIVOS PRINCIPALES DE UN BUEN CIRUJANO DEBEN SER:

- 1).- UTILIZAR UNA TECNICA LO MAS CONSERVADORA POSIBLE Y ATRAUMATICA.
- 2).- UN CONTROL DE HEMORRAGIA EN EL MOMENTO OPERATORIO Y POSTOPERATORIO, PARA PODER MANTENER EL EQUILIBRIO DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS EN EL ORGANISMO, ASI EVITANDO UN CHOQUE HIPOBOLENICO.
- 3).- UNA MANEJO CUIDADOSO DE LOS TEJIDOS BLANDOS Y DUROS, FACILITARA LA UNION DE LOS TEJIDOS DURANTE LA COLOCACION DE PUNTOS DE SUTURA, POR CONSIGUIENTE UNA RAPIDA CICATRIZACION, CON ESTO SE EVITARA LA NECROSIS DE LOS TEJIDOS.
- 4).- LA ASEPSIA QUIRURGICA QUE VA A FAVORECER EN UN ALTO PORCENTAJE A LA CICATRIZACION DE LA HERIDA.
- 5).- UN CUIDADOSO CONTROL DE LAS VIAS RESPIRATORIAS Y EN CASO DE SER NECESARIO SE DEBE TENER DISPONIBLE OXIGENO PARA CUALQUIER EMERGENCIA.

ALGUNOS PACIENTES SE PRESENTAN AL CONSULTORIO DENTAL

CON DOLOR INTENSO EN LA ZONA DEL TERCER MOLAR, YA SEA SUPERIOR O INFERIOR, Y EL TRATAMIENTO A SEGUIR NO SIEMPRE ES UNA EXTRACCION DE DICHO MOLAR, SINO QUE PUEDEN REALIZARSE OTRO TIPO DE TRATAMIENTO COMO EN EL CASO DE LA PERICORONITIS AGUDA.

PERICORONITIS AGUDA. - ES LA ERUPCION INCOMPLETA DE UN TERCER MOLAR, QUE VA A PRODUCIR UNA ABERTURA A TRAVES DE LA ENCIA SUPRAYACENTE, PERO CON FRECUENCIA LA PARTE MAS GRANDE DE LA CORONA DEL MOLAR QUEDA CUBIERTA POR TEJIDO BLANDO. ESTA BOLSA, QUE FORMA UNA ZONA DE ESTANCAMIENTO CONSIDERABLE DE ALIMENTOS, FACILMENTE PUEDE INFECTARSE Y PRODUCIR DICHA PERICORONITIS (INFLAMACION). LAS CAUSAS MAS COMUNES SON: - 1) IMPACCION DEL ALIMENTO BAJO EL COLGAJO DE LA ENCIA, ESTO JUNTO CON LA ACUMULACION USUAL DE PLACA, PROPORCIONA UN MEDIO QUE FOMENTA LA MULTIPLICACION DE BACTERIAS.

2) MORDEDURA DEL COLGAJO GINGIVAL POR UN DIENTE ANTAGONISTA; LA CONTUSION O LACERACION DEL COLGAJO, AYUDA AL ESTABLECIMIENTO DE LA INFECCION Y AUMENTA LA TUMEFACCION, LA CUAL A SU VEZ ES MORDIDA.

GINGIVITIS ULCEROMEMBRANOSA. - UNA BOLSA PERICORONAL PUEDE ACTUAR COMO UN FOCO QUE ORIGINA INFECCION, PERO CON MAYOR FRECUENCIA ES AFECTADA EN FORMA SECUNDARIA POR LA DISEMINACION RETROGRADA DE LA INFECCION DESDE EL VESTIBULO A LA CAVIDAD BUCAL. MANIFESTACIONES CLINICAS: ESTO ES MUY COMUN EN PACIENTES JOVENES, YA QUE ES EN LA ERUPCION DEL TERCER -

MOLAR EN LA EDAD DIFÍCIL DE LOS 17 A LOS 20 AÑOS DE EDAD. -  
LOS PRINCIPALES SINTOMAS SON: DOLOR, HIPERSENSIBILIDAD ALRE-  
DEDOR DE LOS DIENTES EN ERUPCIÓN PARCIAL, COMO EN ESTE CASO-  
EL TERCER MOLAR, TUMEFACCIÓN, DIFICULTAD PARA ABRIR LA BOCA,  
ESTO SE DEBE A QUE LOS GANGLIOS LINFÁTICOS ESTAN INFLAMADOS,  
PUEDE HABER FIEBRE LEVE, Y EN CASOS GRAVES SUPURACIÓN Y FOR-  
MACIÓN DE ABSCESOS.

TRATAMIENTO. - EN CASOS NO COMPLICADOS, LA BOCA DEBE LIM-  
PIARSE Y EL DESECHO DE ALIMENTO DEBE ELIMINARSE DE LA PARTE-  
INTERIOR DEL COLGAJO GINGIVAL, MEDIANTE LAVADOS CON JERINGA.  
DEBERA TOMARSE UNA RADIOGRAFIA PARA MOSTRAR LA POSICION DEL-  
MOLAR AFECTADO Y SU RELACION CON EL SEGUNDO MOLAR. EL USO --  
FRECUENTE DE LAVADOS BUCALES CON AGUA CALIENTE POR SI SOLO.-  
SUELE ELIMINAR EL PROBLEMA, PERO HAY CASOS EN QUE SE REPITEN  
HASTA QUE SE ELIMINA LA ZONA DE ESTANCAMIENTO. CUANDO LA RA-  
DIOGRAFIA DEMUESTRA QUE EL TERCER MOLAR ESTA MUY DESPLAZADO,  
INCLINADO O CARIOSO, ENTONCES DEBE EXTRAERSE DESPUES DE HA--  
BER CONTROLADO LA INFECCIÓN Y LA INFLAMACION.

CUANDO UN MOLAR SUPERIOR ESTA TRAUMATIZANDO EL COLGA-  
JO DEL MOLAR INFERIOR, ES PREFERIBLE EXTRAERLO, PRINCIPALMEN-  
TE CUANDO EL MOLAR SUPERIOR VA A SER EXTRAIDO. SIN EMBARGO,  
CUANDO HAY RAZONES SOLIDAS PARA RETENER EL MOLAR SUPERIOR, EN  
TONCES CUANDO MENOS, DEBERAN SER REBAJADAS LAS CUSPIDES, LO-  
SUFICIENTEMENTE PARA EVITAR QUE SIGAN TRAUMATIZANDO AL COLGA-  
JO. EN LOS CASOS COMPLICADOS, CUANDO EL DIENTE SUPERIOR -

TRAUMATIZA EL COLGAJO DE LA ENCIA, LA EXTRACCION ALIVIARA -- EL TRAUMATISMO, PERO DEJARA AL DIENTE INFERIOR SIN SU OPO~~N~~ENTE EN CASO DE QUE HICIERA ERUPCION MAS TARDE. POR LO QUE SE DEBE CONSIDERAR A LA NECESIDAD FUNCIONAL DE ESTOS TERCEROS - MOLARES EN RELACION AL ESTADO DEL RESTO DE LA BOCA; CUANDO LA INFECCION ES GRAVE DEBE ADMINISTRARSE PENICILINA SI EL PA CIENTE NO MANIFIESTA REACCIONES ALERGICAS A ELLA, POSTERIOR- MENTE SE PROCEDERA A LA EXTRACCION DE DICHO MOLAR.

EN EL TRATAMIENTO DE ALGUNOS PACIENTES SOLO SERA NECE- SARIO EL CORTE O LA ELIMINACION DEL TEJIDO GINGIVAL QUE CU- BRE GRAN PARTE DE LA CORONA CON BISTURI ALREDEDOR DE DICHO - MOLAR, CON EL FIN DE EVITAR QUE EL TEJIDO SIGA SIENDO TRAUMA TIZADO. IMPEDIR LA ACUMULACION DE RESTOS ALIMENTICIOS Y PER- MITIR LA UNION DE LA ENCIA AL DIENTE.

## CAPITULO VII

### COMPLICACIONES LOCALES Y GENERALES.

COMPLICACIONES LOCALES: DENTRO DE LAS COMPLICACIONES MAS --  
FRECIENTES EN LA CIRUGIA DE LOS TERCEROS MOLARES TENEMOS: --  
LA INFECCION, QUE ES EL MAYOR OBSTACULO A LA CICATRIZACION --  
DE LA HERIDA Y LA HEMORRAGIA, QUE ES UNA COMPLICACION CONS--  
TANTE EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. HAY VARIOS FACTORES --  
QUE PREDISPONEN A LA INFECCION ASI COMO A LA HEMORRAGIA, --  
PRINCIPALMENTE EL ESTADO FISICO DEL PACIENTE Y OTROS. EJEM.:  
LA DESNUTRICION.- QUE PUEDE SER DE DOS FORMAS: LA PRIMARIA  
Y LA SECUNDARIA O CONDICIONADA.

LA DESNUTRICION PRIMARIA, ES EL PROBLEMA QUE RADICA--  
EN LA DIETA, PREVALECE EN AREAS SUBDESARROLLADAS EN DONDE EL  
ABASTO DE ALIMENTOS ES MINIMO Y CON POCAS PROPIEDADES NUTRI--  
TIVAS.

LA DESNUTRICION SECUNDARIA O CONDICIONADA, ES DONDE--  
LA DIETA SE ENCUENTRA POTENCIALMENTE ADECUADA, PERO POR DI--  
VERSAS RAZONES, COMO LA INGESTION, ABSORCION, TRANSPORTE, --  
UTILIZACION Y EXCRECION, O BIEN EN LAS NECESIDADES METABOLI--  
CAS, EL ORGANISMO AFECTADO NO ES CAPAZ DE UTILIZAR EL ALI--  
MENTO EN DEBIDA FORMA.

LAS ENFERMEDADES METABOLICAS TAMBIEN VAN A ALTERAR --  
LA CICATRIZACION DE LAS HERIDAS, COMO EN EL CASO DE LA DIABE

TES.

LA DIABETES SE CARACTERIZA POR UNA ELEVACION EXCESIVA E INAPROPIADA DE LA GLUCOSA SANGUINEA, ACOMPAÑADA DE ALTERACIONES EN EL METABOLISMO DE LOS LIPIDOS Y PROTEINAS, LA CAUSA ES UNA FALTA RELATIVA O ABSOLUTA DE INSULINA, LA CUAL VA A FAVORECER LA HEMORRAGIA Y LA INFECCION EN PACIENTES QUE NO ESTAN DEBIDAMENTE CONTROLADOS.

LAS ENFERMEDADES DE HIGADO Y RINON, QUE POR SU INFLUENCIA EN EL ESTADO HEMATOLOGICO Y SEROLOGICO PERJUDICAN LA CICATRIZACION DE LAS HERIDAS.

OTRAS DE LAS CAUSAS QUE PRODUCEN INFECCIONES SON: EL DESCUIDO DE LA TECNICA DE ESTERILIZACION DE INSTRUMENTOS, CAMPOS QUIRURGICOS, ASEPSIA QUIRURGICA DEFICIENTE, ETC.

COMPLICACIONES EN EL MOMENTO DE LA CIRUGIA DE UN TERCER MOLAR: LA FUERZA EXCESIVA APLICADA AL MOLAR SUPERIOR PUEDE DAR COMO RESULTADO LA EXTRACCION DE DICHO MOLAR JUNTO CON TODO EL BORDE ALVEOLAR SUPERIOR Y EL PISO DEL ANTRO, EN OTROS CASOS PUEDE EXTRAERSE EL TERCER MOLAR JUNTO CON LA TUBEROSIDAD EN UN SEGMENTO.

LAS GRANDES PERFORACIONES DEL ANTRO DEBERAN CERRARSE EN EL MOMENTO DE LA EXTRACCION. EL HUESO EN EL AREA QUIRURGICA DEBERA ALISARSE CON PINZAS DE GUBIA O CON LIMA PARA HUESO, PARA EVITAR ASI RESIDUOS QUE PUEDAN CAUSAR MOLESTIAS AL PACIENTE.



AL ELEVAR LOS TERCEROS MOLARES, SE DEBERA TENER CUIDADO DE NO DESALOJARLOS HACIA ATRAS, PORQUE SE ENCUENTRA EL ESPACIO-  
INFRATEMPORAL. EN CASO DE QUE ESTO SUSCEDIERA ES NECESARIO UNA DISECCION CUIDADOSA Y UNA VISUALIZACION ADECUADA, YA QUE LA INCISION DEBERA INCLUIR TODA LA TUBEROSIDAD Y EXTENDERSE-  
POSTERIORMENTE AL PILAR ANTERIOR DE LAS FAUCES.

EN LA REGION DEL TERCER MOLAR INFERIOR, LA SUPERFICIE LINGUAL SE CURVA LATERALMENTE A NIVEL DE LA RAIZ DEL TERCER MOLAR, POR LO QUE ES FACIL DESALOJAR UNA PUNTA RADICULAR HACIA ABAJO EN ESTE ESPACIO, CUANDO SE FRACTURA LA PLACA LINGUAL. CUANDO ESTO SUCEDE SE COLOCARA UN DEDO POR DEBAJO DE LA PUNTA RADICULAR (EN LA BOCA) PARA ESTABILIZAR LA PUNTA CONTRA LA PLACA LINGUAL DE LA MANDIBULA. EL ACCESO SE REALIZA CON UN COLGAJO MUCOPERIOSTICO SOBRE EL LADO LINGUAL DEL MAXILAR INFERIOR Y EXTENDIENDOSE HACIA ADELANTE LO SUFICIENTE PARA QUE LOS TEJIDOS PUEDAN RETRAERSE LINGUALMENTE, LOGRANDO ASI UNA BUENA VISUALIZACION. EN EL MOMENTO DE LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR IMPACTADO PUEDE LESIONARSE UNO DE LOS COMPONENTES VASCULARES DEL CONDUCTO, ES NECESARIO TAPONEAR EL ALVEOLO CON GASA DURANTE DIEZ MINUTOS PARA CONTROLAR LA HEMORRAGIA, EN CASO DE QUE NO SE PUEDA CONTROLAR DE ESTA MANERA DEBERA SECCIONARSE COMPLETAMENTE EL VASO LESIONADO, Y DEJAR QUE SE RETRAIGA EL CONDUCTO, EN ESE MOMENTO SE VUELVE A TAPONEAR EL ALVEOLO Y SE LOGRA ASI EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA.

COMPLICACION POSTOPERATORIA. - ALVEOLO SECO.

ALVEOLO SECO. - ES UNA DE LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MAS PROBLEMATICAS, SE DESCONOCE SU ETIOLOGIA, PERO EXISTEN FACTORES QUE AUMENTAN LA FRECUENCIA DE ESTA SECUELA, TAN DOLOROSA DE LA EXTRACCION. SE DEBERAN SEGUIR LAS SIGUIENTES INDICACIONES:

EL TRAUMATISMO DURANTE LA EXTRACCION DEBERA SER LO MENOS POSIBLE, HACIENDO DESBRIDAMIENTO METICULOSO DE LA ZONA.

LA INFECCION QUE DE PREFERENCIA SEA CONTROLADA ANTES DE LA INTERVENCION QUIRURGICA.

ES MUY IMPORTANTE EL APORTE VASCULAR DEL HUESO CIRCUNDANTE DEL ALVEOLO, YA QUE DE LO CONTRARIO IMPIDE LA LLEGADA DE LOS NUTRIENTES ADECUADOS AL COAGULO SANGUINEO DEL ALVEOLO.

EN LA ENFERMEDAD GENERALIZADA QUE COMO YA HAN SIDO MENCIONADAS ALGUNAS DE ELLAS, EL ALVEOLO SECO SE VA A DESARROLLAR CON MAYOR FRECUENCIA QUE EN LOS PACIENTES APARENTEMENTE SANOS.

EL ALVEOLO SECO SE VA A DESARROLLAR POR LO GENERAL DESPUES DEL TERCERO O CUARTO DIA POSTOPERATORIO. SE CARACTERIZA POR EL DOLOR INTENSO, CONTINUO Y OLOR NECROTICO.

CLINICAMENTE LA AFECCION PUEDE DESCRIBIRSE COMO UN ALVEOLO EN EL QUE EL COAGULO SANGUINEO PRIMARIO PASA A UN ESTADO NECROTICO, EL CUAL PERMANECE DENTRO DEL ALVEOLO COMO UN CUERPO EXTRAÑO Y ASI DESENCADENARSE LA INFECCION.

EL ALVEOLO SEPTICO ES UNA SUPERFICIE OSEA DENUDADA. DETRAS DE ESTA SUPERFICIE DENUDADA Y TRAUMATIZADA SE ESTABLECE INMEDIATAMENTE UN MECANISMO PARA CORREGIR FISIOLÓGICAMENTE EL DEFECTO.

TRATAMIENTO.- SE DEBE RETIRAR EL COAGULO SANGUINEO NECROSADO, SE IRRIGA DELICADAMENTE CON SOLUCION SALINA (SUERO FISIOLOGICO) PARA ELIMINAR TODOS LOS DESECHOS. SE SECA CUIDADOSAMENTE EL ALVEOLO, SE COLOCA UN LIGERO APOSITO DE GASA SIMPLE, SATURADO DE POLVO DE YODURO DE TIMOL Y DE CRISTALES DE BENZOCAINA DISUELTOS EN EUGENOL. EL APOSITO PUEDE CAMBIARSE HASTA QUE CEDA EL DOLOR Y EL TEJIDO DE GRANULACION HAYA CUBIERTO LAS PAREDES DEL ALVEOLO.

COMPLICACIONES GENERALES.- DENTRO DE ESTAS PODEMOS MENCIONAR LOS CASOS DE EMERGENCIA EN EL CONSULTORIO DENTAL, EN EL MOMENTO O DESPUES DE HABER PREPARADO AL PACIENTE PARA UNA CIRUGIA.

SINCOPE.- EL INICIO DE LA REACCION ES DE NATURALEZA PSIQUICA, SU ETIOLOGIA ES HIPOXIA CEREBRAL, RESULTADO DEL TRASTORNO DEL MECANISMO NORMAL QUE CONTROLA LA PRESION ARTERIAL. LA DILATACION DE LOS VASOS ESPLACNICOS CAUSA UN DESCENSO EN LA PRESION ARTERIAL CON DISMINUCION DEL FLUJO SANGUINEO CEREBRAL.

SINTOMAS: PALIDEZ, MAREO, NAUSEAS, VOMITO, ATURDIMIENTO, -- SOMNOLENCIA, PIEL SUDOROSA Y RESPIRACION JADEANTE. ESTE PUE

DE LLEGAR A LA PERDIDA DE LA CONCIENCIA, QUE EN GENERAL DURA POCOS MINUTOS, PUES AUNQUE OCURRE DILATACION VASCULAR PERIFERICA, ESTIMULACION VAGAL CON TAQUICARDIA ACENTUADA Y CAIDA DE LA PRESION ARTERIAL, EL VOLUMEN DE EXPULSION CARDIACA PERMANECE NORMAL.

TRATAMIENTO. - EL PACIENTE SE RECUPERA RAPIDAMENTE SI SE COLOCA EN POSICION SUPINA, CON LA CABEZA MAS ABAJO QUE EL RESTO DEL CUERPO, SE DEBE AFLOJAR LA ROPA, PARA MANTENER LA CIRCULACION, Y LA VIA AEREA PERMEABLE, Y DEBERA ADMINISTRARSE OXIGENO, SE PUEDE UTILIZAR ALGUNOS ESTIMULANTES RESPIRATORIOS, COMO SALES DE AMONIO (ESPIRITU AMONIACAL).

CHOQUE. - ES EL ESTADO DE PERSISTENTE DEFICIENCIA DE LA CIRCULACION PERIFERICA QUE SE DESARROLLA REPENTINAMENTE DESPUES DE UNA LESION, HEMORRAGIA O ALERGIA.

CHOQUE HIPOBOLEMICO. - ES LA PERDIDA BRUSCA DE GRAN CANTIDAD DE PLASMA POR EXTRAVASACION A LAS PAREDES TRAUMATIZADAS O POR DESHIDRATACION. ESTE TIPO DE CHOQUE ES REVERSIBLE SI SE ACTUA RAPIDAMENTE PARA RESTAURAR EL VOLUMEN DE SANGRE INTRAVASCULAR. SE HA COMPROBADO QUE EL ESTIMULO SIMPATICO GENERADO DURANTE LA HEMORRAGIA AGUDA, AL ACTUAR SOBRE LA SUPRARENAL INCREMENTA LA PRODUCCION DE ADRENALINA Y NORADRENALINA. ESTO PRODUCE VASOCONTRICION EN LA MAYORIA DE LOS ORGANOS, PERO FAVORECE LA CIRCULACION CORONARIA.

SINTOMAS. - PALIDEZ, CIANOSIS, PIEL FRIA, PULSO DEBIL. A DIFE

RENCIA DE LA ANTERIOR, LA VASOCONSTRICCIÓN PERIFÉRICA NO ES SUFICIENTE PARA RESTABLECER UN NIVEL DE PRESIÓN ADECUADA, - POR LO QUE ES NECESARIO ACTUAR RÁPIDAMENTE.

TRATAMIENTO. - ESTE CONSISTE EN LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE, PARA RESTAURAR EL VOLUMEN CIRCUNDANTE NORMAL. SE DEBE TOMAR - EN CONSIDERACIÓN LA CANTIDAD DE SANGRE QUE SE HA PERDIDO, PARA QUE LA QUE SE VA A ADMINISTRAR SEA APROXIMADAMENTE EN LA MISMA PROPORCIÓN. ASÍ TAMBIÉN SE DEBE TENER CUIDADO PARA -- QUE EL TIPO DE SANGRE DEL RECEPTOR SEA IGUAL A LA DEL DONANTE.

SE ADMINISTRARÁ NORADRENALINA, QUE VA A AUMENTAR LA PRESIÓN SANGUÍNEA POR VÍA INTRAVENOSA, A UNA VELOCIDAD DE 8 A 10 MICROGRAMOS POR MINUTO, HASTA QUE LA PRESIÓN SANGUÍNEA ESTE - DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, Y ENTONCES PUEDE REDUCIRSE - DE 2 A 4 MICROGRAMOS POR MINUTO.

CHOQUE ANAFILÁCTICO. - EN EL CONSULTORIO DENTAL PUEDE LLEGAR A PRESENTARSE ESTE TIPO DE CHOQUE, COMO UNA RESPUESTA DE TIPO ALÉRGICO, A UN PACIENTE QUE SE LE HA ADMINISTRADO UNA ANESTÉSICO LOCAL. ESTE PUEDE SER PARA UN TRATAMIENTO DE OPERATORIA DENTAL O CIRUGÍA.

LA ADMINISTRACIÓN DE UN ANESTÉSICO EN EL ORGANISMO DE UN PACIENTE EN EL QUE SE HA DESENCADENADO UNA REACCIÓN ANAFILÁCTICA, VA A TRAER COMO CONSECUENCIA QUE SE VUELVE EXTREMADAMENTE TEMEROSO EL PACIENTE.

SINTOMAS.- EL PACIENTE EXPERIMENTA PRURITO INTENSO, RESPIRACION ASMATICA, PUEDE DESARROLLARSE URTICARIA, LA PRESION-ARTERIAL DESCIENDE, EL PULSO SE DEBILITA O SE PIERDE, EL PACIENTE PUEDE CAER EN ESTADO DE INCONSCIENCIA, CON O SIN CONVULSIONES. SI NO ES ATENDIDO RAPIDAMENTE, PUEDE PRODUCIRSE LA MUERTE A LOS POCOS MINUTOS O VARIAS HORAS DESPUES.

TRATAMIENTO.- EL MEDICAMENTO DE ELECCION PARA ESTOS CASOS, ES LA ADRENALINA EN DOSIS PARA ADULTO DE 0.3 A 1 MG. DE UNA SOLUCION AL 1:1000 POR VIA INTRAVENOSA O INTRAMUSCULAR, TAMBIEN SE UTILIZA EL OXIGENO, ASI COMO ANTIHISTAMINICOS, QUE PUEDEN SER ADMINISTRADOS POR VIA BUCAL, INTRAMUSCULAR O INTRAVENOSA, COMO EN EL CASO DE 50 MG. DE DIFENHIDRAMINA.

EN CASO DE QUE CONTINUEN LOS SINTOMAS SE LE VUELVEN A ADMINISTRAR ADRENALINA O ANTIHISTAMINA. SI LA PRESION ARTERIAL SIGUE BAJA SE ADMINISTRA UN VASOPRESOR, COMO LA PENILEFRINA EN DOSIS DE 1 A 5 NG. POR VIA INTRAMUSCULAR. DESPUES DEL TRATAMIENTO RECIBIDO, EL PACIENTE, DEBERA PERMANECER EN EL CONSULTORIO DENTAL POR LO MENOS 40 MINUTOS EN OBSERVACION.

HIPERVENTILACION.- LA HIPERVENTILACION PUEDE ESTAR CAUSADA POR LESIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, ACIDOSIS METABOLICA Y ESTADO DE ANSIEDAD.

EN EL CONSULTORIO ES MUY PROBABLE QUE ESTO SUCEDA, DEBIDO A QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRA DEMASIADO ALTERADO, SIENDO MAS FRECUENTE EN MUJERES QUE EN HOMBRES. CON FRECUENCIA EL PA--

CIENTE ES UNA MUJER NERVIOSA; ANSIOSA, QUE PRESENTA OTROS -  
TRASTORNOS FUNCIONALES DEBIDO A LA TENSION NERVIOSA CONSTAN-  
TE.

SINTOMAS.- EL PACIENTE PUEDE ESTAR SUMAMENTE APRENSIVO, QUE  
JARSE DE FALTA AIRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SENSACION DE-  
RIGIDEZ TORAXICA O SENSACION DE SOFOCAMIENTO, ALGUNOS PACIEN-  
TES PUEDEN REFERIR DESMAYOS O VISION BORROSA, ESTO PROBABLE-  
MENTE DEBIDO A UNA REDUCCION DEL FLUJO SANGUINEO CEREBRAL.

TRATAMIENTO.- LOS CAMBIOS PUEDEN SER REVERSIBLES POR MEDIO-  
DE OXIGENACION HIPERBARICA, SE LE PIDE AL PACIENTE, QUE MAN-  
TENGAN SU RESPIRACION POR UN TIEMPO CONSIDERABLE, O QUE RESPI-  
RE DENTRO DE UNA BOLSA DE PLASTICO VARIAS VECES, HASTA QUE -  
REGRESE A SU RESPIRACION NORMAL.

## CAPITULO VIII

### TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

#### RECOMENDACIONES AL PACIENTE:

- 1) DESPUES DE HABER REALIZADO LA CIRUGIA DE UN TERCER MOLAR INCLUIDO, DEBERA EL PACIENTE MORDER UNA GASA CON EL FIN DE PRESIONAR AL ALVEOLO Y DETENER LA HEMORRAGIA BAJO PRESION, ES RECOMENDABLE QUE SE COLOQUE UNA BOLSA DE HIELO A INTERVALOS DE 30 MINUTOS DE APLICACION Y 30 DE DESCANSO, CON EL FIN DE EVITAR LA INFLAMACION QUEES COMUN EN ESTOS CASOS.
- 2) SE LES RECOMIENDA QUE NO ESCUPA, PORQUE DE LO CONTRARIO-NO PERMITIRA LA FORMACION DE COAGULO DEL ALVEOLO.
- 3) SE LE INDICA QUE NO TOQUE LA HERIDA CON LOS DEDOS, LENGUA O PALILLOS, PORQUE VA A PROVOCAR IRRITACION, SANGRADO E- INFEECCION.
- 4) SE LES RECUERDA QUE NO DEBE FUMAR, O INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS, CUÁNDO MENOS DURANTE LAS PRIMERAS 6 HORAS, ESTO ES CON EL FIN DE QUE NO SE INTRODUZCAN PIEZAS DE TABACO AL ALVEOLO QUE ACTUEN COMO CUERPO EXTRAÑO, EN EL CASO DE LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS DEBEN EVITARSE DEBIDO A QUE ACTUAN COMO VA SO DILATADOR, OCASIONANDO SANGRADO DESPUES DE VARIAS HORAS.
- 5) SE LE ADVIERTE AL PACIENTE QUE DESPUES DEL EFECTO DEL -



ANESTESICO PUEDE HABER DOLOR EN LA ZONA QUIRURGICA, ESTE SE VA A CONTRARESTAR CON UN ANALGESICO, EL CUAL VA A VARIAR SE GUN LA INTENSIDAD DEL DOLOR.

6) LA ALIMENTACION ES A BASE DE LIQUIDOS O DIETA BLANDA DURANTE LAS PRIMERAS 24 HORAS, CON EL FIN DE NO LASTIMAR LA ZONA QUIRURGICA, E IMPEDIRA QUE EL PACIENTE SE DESHIDRATE.

7) EN CASO DE QUE EXISTA ALGUN CAMBIO, SE LE PIDE QUE SE COMUNIQUE AL CONSULTORIO DENTAL PARA DARLE ALGUNA INDICACION, Y SI LA MOLESTIA PERSISTE DEBE ACUDIR AL CONSULTORIO LO MAS PRONTO POSIBLE.

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

LA REALIZACION DE ESTA TESIS ES DE GRAN IMPORTANCIA PARA MI, PORQUE EXISTE UN GRAN INTERES EN LLEVAR A CABO LA CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES, ENTRE OTRAS TANTAS CIRUGIAS QUE PUEDEN SER REALIZADAS EN EL CONSULTORIO DENTAL.

EL CIRUJANO DENTISTA DEBE TENER PLENO CONOCIMIENTO DE LA ANATOMIA DE LA ZONA POR INTERVENIR, ASI COMO DE LAS COMPLICACIONES QUE PUEDEN PRESENTARSE EN EL TIEMPO OPERATORIO Y POSTOPERATORIO. EL TRATAMIENTO VA A VARIAR DE ACUERDO AL CRITERIO DEL ODONTOLOGO. ESTO ES MUY IMPORTANTE, PORQUE SIEMPRE SE TRATARA DE RECURRIR POR TODOS LOS MEDIOS NECESARIOS Y CONSERVADORES PARA EL BIENESTAR DEL PACIENTE.

SOLO EN CASO NECESARIO, Y YA AGOTADOS LOS RECURSOS SE PROCEDERA A UN TRATAMIENTO DE CIRUGIA.

EN ESTE TRABAJO SE MENCIONAN ALGUNAS TECNICAS QUIRURGICAS PARA LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES PARCIALMENTE INCLUIDOS E INCLUIDOS, ASI COMO LAS PRECAUCIONES QUE EL CIRUJANO DENTISTA DEBE TENER EN CUENTA, COMO: LA HISTORIA CLINICA, EXAMENES DE LABORATORIO, EXAMEN RADIOGRAFICO, ETC., PARA ASI EVITAR COMPLICACIONES.

SE MENCIONAN ALGUNOS DE LOS FARMACOS MAS UTILIZADOS POR EL ODONTOLOGO PARA REALIZAR UN TRATAMIENTO, TAMBIEN LOS MEDICAMENTOS QUE DEBERAN ADMINISTRARSE EN CASO DE EMERGENCIA, ASI

COMO LOS FARMACOS QUE DEBERA DE ADQUIRIR EL PACIENTE EN LA -  
FARMACIA PARA SU TRATAMIENTO.

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

- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.  
GUSTAVO O. KRUGER.  
EDITORIAL INTERAMERICANA.  
CUARTA EDICION.
- CIRUGIA BUCAL.  
RIES CENTENO G.  
EDITORIAL EL ATENEO.  
SEXTA EDICION.
- MEDICINA INTERNA.  
HARRISON  
EDICIONES CIENTIFICAS LA PRENSA  
MEDICA MEXICANA, S.A.  
QUINTA EDICION.
- ANATOMIA INTERNA.  
FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ.  
EDITORIAL PORRUA, S.A.  
TOMO I Y III.  
DECIMA SEPTIMA EDICION.
- TEXTO DE PATOLOGIA.  
PELAYO CORREA.  
JAVIER ARIAS STELLA.  
RUY PEREZ TAMAYO.  
LUIS M. CARBONELL  
SEGUNDA EDICION.  
LA PRENSA MEDICA MEXICANA, S.A.
- MANUAL DE LA PRACTICA DENTAL  
MARTIN J. DUNN.  
DONALD F. BOOTH.  
MARIE CLANCY.  
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A.
- CIRUGIA Y PATOLOGIA ODONTOLOGICA.  
R.A. CAWSON.  
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A.