

318322



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**CIRUGIA DE LOS TERCEROS MOLARES
INFERIORES RETENIDOS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

LUIS AMEZCUA GARCIA

Mexico, D. F.

TELIS CON
FALLA DE ORIGEN

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CIRUGIA DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

INTRODUCCION

CAPITULO I. - ANATOMIA DE LA REGION

- 1.- R. MASETERICA
- 2.- R. GENIANA
- 3.- R. FOSA CIGOMÁTICA
- 4.- R. GLOSOSUPRAHIOIDEA

CAPITULO II. - HISTORIA CLINICA

CAPITULO III.- IMPORTANCIA DE LA RADIOGRAFIA

CAPITULO IV. - TERCEROS MOLARES RETENIDOS

- 1.- ETIOLOGÍA
- 2.- CLASIFICACIÓN
- 3.- CAUSAS
- 4.- TRASTORNOS OCASIONADOS

CAPITULO V. - INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO.

CAPITULO VI. - SALA DE OPERACIONES

- 1.- INSTRUMENTAL
- 2.- TÉCNICAS QUIRÚRGICAS
- 3.- INDICACIONES POST-OPERATORIAS
- 4.- COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El estudio de los terceros molares inferiores retenidos es un caso clínico frecuente que afecta a las estructuras orales con sus consiguientes problemas.

Todo cirujano dentista debe tener los conocimientos necesarios y técnicas adecuadas para resolver estos problemas.

Al elaborar esta tesis, hemos procurado incluir las nociones teórico- prácticas de efectiva utilidad en nuestras necesidades quirúrgicas.

En nuestra opinión, un dentista no deberá realizar intervenciones quirúrgicas, salvo que esté dispuesto a asumir la responsabilidad de reconocer oportunamente y tratar las complicaciones asociadas con la cirugía, si estas llegarán a presentarse. Deben ser remitidos a un cirujano especializado así se cumplirá con la responsabilidad que debe existir en la conciencia de todo buen cirujano dentista.

CAPITULO I

ANATOMIA TOPOGRAFICA DE LA REGION

ANATOMIA TOPOGRAFICA DE LA REGION

1). REGION MASETERICA

Situada en las partes laterales de la cara, ésta región tiene aproximadamente los límites del músculo - masetero : Arco Cigomático, por arriba; el Borde Inferior del Maxilar, por debajo; el Borde Posterior - de éste Hueso, por detrás; y el Borde Anterior del Músculo que da nombre a esta región, por delante.

PLANOS CONSTITUTIVOS.-

Desde la parte superficial hacia lo profundo, la sección encuentra piel y tejido celular subcutáneo.- En éste tejido celulo-grasoso se investigan importantes elementos anatómicos: la del nervio facial, la glándula parótida con su conducto excretor, fascículos de los músculos risorios de Santorinia y cutáneo del cuello y la arteria y vena faciales.

Mas profundamente aún se halla el músculo, e inmediatamente, cubierta por su periostio, la rama ascendente del maxilar inferior. Antes de éste y después de la arteria y vena facial se encuentra la aponeurosis masetérica, la cual se inserta en el arco cigomático y en el borde anterior del masetero.

2). REGION GENIANA

Sólo está relacionada por su límite posterior. Se halla situada a ambos lados de la cara, son sus lí

mites: el posterior, el borde anterior de la rama; - el superior, el borde inferior de la órbita; abajo, - el borde inferior del maxilar, y adelante los surcos nasogeniano y labiogeniano.

PLANOS CONSTITUTIVOS .-

Piel y tejido celular subcutáneo. En esta última capa se encuentra la bola adiposa de Bichat, a la cual corresponde una función importante en los procesos infecciosos de los maxilares. Esta bola grasosa comunica con la fosa temporal y con la cigomática. Rellena el espacio existente entre el masetero y el buccionador y alcanza, por su prolongación superior la región temporal, y por su prolongación inferior la región del tercer molar inferior; " rodeada por una vaina aponeurótica delgada, la bola adiposa es un tejido de relleno, sin ninguna finalidad práctica".

En las intervenciones sobre el tercer molar superior e inferior después de rechazadas las inserciones respectivas del buccionador, en ocasiones ocurre que la bola adiposa prolapsa parte de sus elementos en la cavidad bucal.

La capa muscular profunda, constituida por el buccionador y la aponeurosis buccinatrix, están en directa relación con la región quirúrgica del tercer molar inferior.

VASOS Y NERVIOS.-

La vena facial, que desemboca en la yugular interna, cruza en diagonal, junto con la arteria homónima, la región geniana.

VENAS.- La vena facial, que desemboca en la yugular interna, cruza en diagonal, junto con la arteria homónima, la región geniana.

3). REGION DE LA FOSA CIGOMÁTICA

Pertenecientes a las regiones profundas de la cara, - la región de la fosa cigomática se encuentra situada por dentro de la rama ascendente del maxilar inferior.

Los límites clásicos de la región están señalados :- arriba, por el arco cigomático; abajo, por el borde inferior del maxilar; atrás, por la cara anterior de la parótida; adelante, por la tuberosidad del maxilar superior y su prolongación imaginaria hacia abajo. El límite externo está constituido por la cara interna del maxilar y su límite interno lo forman la apófisis pterigoides y la faringe.

La región cigomática tiene la forma de una pirámide de base cuadrangular; externa, interna, anterior y posterior.

La cara externa, es ósea y esta formada por la cara interna de la rama ascendente y la mitad inferior de la pared interna, que se halla constituida por el músculo pterigoideo interno; por su dirección y disposición, este músculo origina una formación triangular, dada por el músculo de la cara interna del maxilar; entre el músculo y el hueso se encuentran los elementos del paquete vasculonervioso dentario inferior y el lingual, que discurren en un tejido celulograsoso del espacio pterigomandibular entre la cara interna e inferior del pterigoideo y la faringe

existe un espacio denominado maxilofaríngeo.

4). REGION GLOSOSUPRAHIOIDEA

Se le denomina así por la íntima relación y mutua dependencia de la región sublingual y la región supra hioidea.

En esta región está limitada : a los lados, por el - borde anterior del músculo esternocleidomastoideo; - hacia arriba, por el borde inferior de la mandíbula, - desde el mentón al gonión; hacia abajo, un plano que - pasando por el cuerpo del hioides llegue lateralmente hasta ambos esternocleidomastoideos. El plano superior de la región está formado por la mucosa bucal, - que recubre el piso de la boca, y la lengua, que se - encuentra descansando arriba de ella.

Estudiaremos los distintos planos y los elementos anatómicos que se hallan en la región yendo desde la cara inferior de la lengua hasta la piel.

a). El Piso de la Boca

La lengua llena todos el espacio comprendido por el arco del maxilar inferior. La lengua se halla separada de la mucosa bucal subyacente por un espacio denominado sublingual; este espacio, inexistente estando la lengua en reposo se hace visible cuando se levanta este órgano.

b). El Compartimiento de la Glándula

El compartimiento sublingual está ocupado-

por la glándula salival de su nombre; este espacio es de forma cuadrilátera, con cuatro paredes, cuyos límites son: la pared interna del maxilar, la línea media, la mucosa bucal y el músculo milohioideo. En este compartimiento de la glándula se encuentran las arterias y venas sublinguales y el nervio lingual.

c). Los Músculos Milohioideos

Se estudiará desde la piel de la región suprahioidea al músculo mencionado.

1). Piel

Tiene las características de la región.

2). Tejido Celular Subcutáneo

Este tejido más o menos rico en grasa, contiene entre las dos hojas de la fascia superficialis al músculo cutáneo del cuello, arterias, venas, nervios y linfáticos.

3). Músculos

Los músculos que se encuentran en la región glososuprahioidea ya los hemos mencionado: el digástrico, el estilohioideo, el

higloso y el milohioideo, a cuyo encuentro nos proponfa mos llegar desde la piel hacia los planos profundos. - Todos tienen escasa participación en la región del tercer molar inferior, a excepción del músculo milohioideo.

d). La Glándula Submaxilar

Se encuentra alojada en el compartimiento submaxilar por encima del músculo digástrico, en el ángulo esteomuscular formado por la cara interna del maxilar, la cara inferior del milohioideo y la cara externa del hiogloso.

En esta directa vecindad con la piel de la región glososuprahioidea, separada sólo por el tejido subcutáneo y la aponeurosis cervical superficial.

La celda de la glándula comunica con la celda sublingual mediante el hiato originado por la separación que existe entre los músculos higlosos y milohioideo, hiato que al relacionar las dos regiones permite el paso de los procesos inflamatorios en uno u otro sentido.

La glándula tiene la forma de un prisma triangular con tres caras y dos vértices; de estas caras, presentan interés quirúrgico: la cara externa que se relaciona con la interna del pterigoideo interno y con el hueso, cubierto por periostio, en la zona que presenta una fosa para alojarla, ubicada por debajo de la línea de inserción del milohioideo, y la cara superointerna, en relación directa con la cara inferior del milohioideo y la externa del hígloso.

Las dos extremidades de la glándula se relacionan: la posterior, con la glándula parotida, de la que separa un tabique fibroso denominado submaxiloparitideo; y la anterior, que es la porción glandular que invade, junto con el conducto de Wharton, por el espacio hiato ya mencionado, la celda sublingual.

e). Arterias, Venas y Nervios de la Región Glósoprahioidea

Arterias

La facial y la lingual, que recorren caminos paralelos a las arterias; la primera desemboca en la yugular interna o externa y la segunda en la yugular interna.

Los nervios de la región son el milo

hioideo, rama del dentario inferior, el lin
gual, rama del maxilar inferior y el hipo _
gloso mayor.

CAPITULO II
HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLINICA

La historia clínica odontológica, es el medio de conocer a los pacientes con todos sus datos, nos enseña y nos obliga a proceder debidamente, según el caso lo requiera; se compone de dos partes :

- 1). Interrogatorios
- 2). Exploración Física

A través de los interrogatorios se entabla un diálogo con el paciente, con esto vamos a conocer los datos subjetivos de la enfermedad, o sea el cuadro clínico a través del lenguaje es a lo que se le denomina; síntoma.

Por medio de la exploración física, se conocen los datos objetivos, o sean los signos.

El interrogatorio se divide en varios capítulos

- 1). **Ficha de Identificación**, con el propósito de individualizar al paciente: nombre completo, edad, sexo, lugar de nacimiento, lugar de residencia, ocupación u oficio, estado civil.
- 2). **Antecedentes Heredo-Familiares**. Esto es con el fin de saber si algún miembro de su familia ha padecido o padece enfermedades como - como la diabetes, hemofilia, cáncer, enfermedades transmisibles o infecciosas como la tuberculosis etc. Alérgicas (inclusive problemas asmáticos) a medicamentos, a polvos - a alimentos, etc.

- 3). **Antecedentes Personales no Patológicos:** Higiéne personal, habitacional, alimentación, escolaridad, hábitos o costumbres.
- 4). **Antecedentes Personal Patológicos,** aquí se trata de conocer enfermedades que haya padecido o padezca el Paciente, por ejemplo pueden ser: diabetes, enfermedades infectocontagiosas o transmisibles, intervenciones, enfermedades venéreas, enfermedades de la coagulación.
- 5). **Padecimiento Actual.** Es el motivo por el cual acude el Paciente a consulta : Síntomas de la enfermedad. Tribuna al Paciente, o sea por qué viene a consulta, de esto sacamos los datos mas importantes. Se deduce la semiología, por ejemplo : pondremos el dolor que se presenta en la mayoría de los casos, hay que investigar el tiempo de evolución del dolor, intensidad, fenómenos que aumentan o disminuyen, si es continua o intermitente, si hay localización exacta o hay irradiación, por qué o que lo produce, cuándo apareció, o si se presentó fiebre.
- 6). **Aparatos y Sistemas,** vamos a investigar si hay algún problema de:

A). APARATO DIGESTIVO

De las enfermedades originadas en los diferentes aparatos del organismo, las que se encuentran más íntimamente relacionadas con las enfermedades o anomalías de los dientes son los

del aparato digestivo : por lo mismo, nuestro conocimiento de dicho aparato debe ser lo mas completo posible, para diagnosticar con todo acierto la causa que ha producido cualquier anomalia dentaria.

Se expone muy someramente la forma de efectuar el interrogatorio del aparato digestivo en relación con las enfermedades de los dientes : para ello le preguntaremos al enfermo si presenta o no los siguientes sintomas, así como las características de los mismos.

Apetito. Si está conservado, si está abolido (anorexia) o si se ha pervertido (parorexia).

Masticación de los Alimentos.

Si son masticados bien, o si se presenta alguna dificultad para ello investigarla, aumento o disminución de la secreción salival (Tiacismo o Asimilia).
Sensaciones dolorosas en la cavidad bucal: características del dolor, ritmo, periodicidad, intensidad, frecuencia, irradiación.

Sensaciones Anormales Motivadas por la llegada de los Elementos al Estómago: sensación de peso-

plenitud, rejugitaciones, nauseas
vómito; sus características; tiem_
po de aparición, olor, cantidad, -
frecuencia, consistencia, etc.

Dolor y sus Características.

Digestión, meteorismo, estreñimien_
to, diarrea, borborigmo, flatulen_
cia, etc.

En los vómitos continuados, así como en la rejugitación repetida del contenido gástrico (meri_ cismo, rumiación) la condición de la boca sigue motivada descalificación y erosión de los dien_ tes, sobre todo los incisivos.

En la cirrosis hepática es frecuente la piorreal_ veolo-dentaria.

En la ictericia hemolítica son frecuentes las a_ nomalias dentarias.

Los incisivos superiores aparecen hipoplásticos- y ectópicos, faltando en ocasiones los superio_ res centrales. Por el depósito de pigmentos en_ los dientes, en especial durante las primeras se_ manas éstos toman un color amarillo verdoso (dis_ cromatodencia).

B). APARATO RESPIRATORIO

Los padecimientos del aparato respiratorio, son_ capaces de repercutir tan hondamente en el esta_

do general de las personas, que es de utilidad-revisar, aunque sea con brevedad las alteraciones que en el aspecto general o " hábito exterior " pueden ser ocasionados por dichos padecimientos. Para ello, sólo tendremos en cuenta aquellos atributos del aspecto general que realmente puedan ser originados en estas condiciones.

La constitución de los enfermos, es siempre alterado y la conformación es siempre modificada en los padecimientos crónicos (raquitismo, enfisema pulmonar, etc.).

Por el interrogatorio, nos daremos cuenta si presenta tos seca o flemosa, se presenta por accesos, las características que tienen éstos, es el tiempo que tienen de haber comenzado, evolución que ha tenido, sensación de opresión, dificultad para respirar, dolor torácico, fiebre, tipo de ésta, sudores vespertinos, etc.

En la disnea respiratoria, la dificultad, se encuentra en la expulsión del aire, haciéndose más larga y penosa; las dos causas más comunes de la disnea respiratoria son : el asma bronquial y el enfisema pulmonar generalizado.

La respiración de Chegue-Strockes, es una manifestación de alta gravedad que suele presentarse en los padecimientos del riñón, hígado, corazón, etc.

La disnea en la que interviene el factor nervioso, es casi siempre de carácter paroxístico.

Así tenemos la disnea asmática, la respiración de Chegue-Stockes, la respiración del bioter.

La disnea puede ser de pequeños, medianos y - grandes esfuerzos.

El aparato respiratorio tiene importancia, por que es la vía de introducción de la mayoría de los anestésicos.

Ciertos padecimientos como el flemón séptico; - edema de la glotis, padecimientos gripales, infecciones de las vías respiratorias, bronquitis neumonia, insuficiencia respiratoria, etc. Pueden formar oclusión a nivel de la faringe.

En la tuberculosis pulmonar, es frecuente la caries dental Goldschier considera como antigua - tuberculosa la caries dental del cuello de los incisivos medios. Roy admite que la poliartrosis-alveolodentaria (piorrea alveolar) y la tuberculosis pulmonar son procesos distróficos si ambos coinciden, el proceso tuberculoso evoluciona favorablemente.

C). APARATO CARDIOVASCULAR

Todos los padecimientos de exploración clínica son aplicables para conocer el estado en que se encuentra el corazón; la repercusión de padecimientos del corazón sobre el aspecto general de los enfermos es semejante a la producción de los trastornos respiratorios, habiéndose ocupado de

ellos en el capítulo correspondiente; ahora ocuparnos de la exploración del aparato cardiovascular mencionarse solamente a la conformación, ésta, es seriamente modificada cuando los enfermos están en anasarca (edema generalizado) en los casos de insuficiencia cardíaca.

En la insuficiencia aórtica, la palidez de la cara (faces aórtica) es característica, y en este mismo padecimiento los movimientos rítmicos de la cabeza (signo de Musset y la expansión muy acentuada de las arterias del cuello) (balle arterial o danza de las arterias), son muy notables.

Por el interrogatorio podrá saberse a cerca de palpitaciones, taquicardia, disnea, precordialgias, tos, hemorragias, sensación de paro del corazón, cianosis, edemas, síncope, vertigo, o presión, algunas sensaciones de tensión abdominales y de dolor en el hipocondrio derecho.

Oliguria, cardio-neumo-renal, claudicación intermitente, dolores precordiales, que son síntomas de gran valor en cardiopatías pudiendo ser angina de pecho, infarto al miocardio insuficiencia coronaria, etc.

Pueden presentarse dolores pleuro-pericardíacos pudiendo irradiarse al hombro izquierdo: la investigación de estos dolores pone en condiciones de presumir lesiones orgánicas muy graves, que pueden ser contraindicaciones para la in

intervención o para la anestesia; por lo tanto se enviará al enfermo con su médico especialista - que nos indique la manera de actuar. El tratamiento de un enfermo cardiópata, supón que incumre varios factores de importancia en la etiología de los trastornos accidentes frecuentes - durante su tratamiento, puesto que, pueden presentarse diversos accidentes antes, durante y - después de la intervención en un enfermo de esta naturaleza y pueden deberse a un factor psíquico, representado por la anestesia, o debido a la cardiopatía misma.

Las enfermedades del corazón y del aparato respiratorio requieren una consulta del dentista - con el médico del paciente.

El riesgo de la práctica de cualquier operación aumenta considerablemente en los cardíacos y la elección de la anestesia ofrece también peligro. Son peligrosas las operaciones en sujetos que tienen antecedentes de trombosis coronaria, de fiebre reumática, de angina de pecho, de degeneración adiposa al corazón, soplos o arterioesclerosis.

D). SISTEMA NERVIOSO

El insomnio (su causa) cambios de carácter, - percepción de las sensaciones, estado de la sensibilidad (hormiguelo, calambres, adormecimientos, parestesia, etc.) cefalalgias o cefaleas, vértigos, lipotimias, movilidad, memoria, etc.

El interrogatorio en relación con estas clases de padecimientos, deberá hacerse con amplitud y cuidado. Siendo el sistema nervioso el coordinador de todas las actividades de la economía el interrogatorio tendrá necesariamente que abarcar todo lo referente al funcionamiento general del cuerpo.

Algunas exploraciones del sistema nervioso son en realidad en cierto modo, un interrogatorio condicionado por las maniobras que el médico ejecuta para que el enfermo informe sobre el estado de ellas:

En tal caso se encuentra la exploración de la sensibilidad tanto general como especial; lo mismo podría decirse de la exploración del lenguaje en los casos de afasia.

Entre las manifestaciones de padecimientos del sistema nervioso, consideramos en primer lugar el dolor de cabeza.

Este síntoma trivial, puede adquirir en algunos casos tal importancia que le da un valor semiológico de primer orden.

El dolor de cabeza puede ser un episodio agudo o crónico (cefalalgia, cefalea).

De una manera general, la cefalalgia tiene menos importancia como manifestación de padecimientos nerviosos que la cefalea, ya que el do

lor episódico de la cabeza puede sobrevenir en las circunstancias mas variables: intoxicaciones, estados febriles, mala digestión, etc.

Los antecedentes tanto personales como hereditarios, no deben ser quitados. Entre los primeros, se consideran tanto los no patológicos como los patológicos.

De los antecedentes no patológicos, importa conocer los que se refieren al género de vida o ocupación, costumbre; los antecedentes patológicos pueden ser de importancia, principalmente la de orden infecciosa en los cuales primeramente debe colocarse a la sífilis. Se averiguará si el paciente ha tenido en la infancia convulsiones, terrores nocturnos, etc.

Los antecedentes hereditarios serán adquiridos con detalle principalmente los referentes a los progenitores y colaterales del enfermo, para conocer si en ellos se han presentado padecimientos del sistema nervioso como epilepsia, alineación mental, sífilis, alcoholismo, etc.

Debe tomarse en cuenta la psicología del paciente para esto se recurrirá a sedantes que tienden a prevenir o a eliminar estos signos y síntomas: equilibrio mental, temperamento del paciente, tabaquismo, alcoholismo y drogas.

CAPITULO III

IMPORTANCIA DE LA RADIOGRAFIA

IMPORTANCIA DE LA RADIOGRAFIA

Para poder precisar con exactitud un buen diagnóstico, nos valemos de un auxiliar que es muy indispensable, como lo es la radiografía, en ésta podremos observar y encontrar anomalías en la raíces, en el tamaño y en la forma de las piezas dentarias, así como también caries profundas, que muchas veces la clínica no las resuelve, estados patológicos de los cuales no se tenía la menor sospecha, hipercementosis que dificulta en el momento de hacer una extracción, resorciones óseas, piezas retenidas.

Observamos también, la proximidad de las raíces de las piezas dentarias en el seno maxilar y en el caso de piezas inferiores, observaremos el canal dentario.

Por lo tanto, el método radiográfico permitira un buen trabajo en nuestros enfermos, al evitar accidentes debido al desconocimiento de las causas que rodean a la intervención.

Por otra parte, es el único método capaz de descubrir los focos sépticos en las bocas mas cuidadas, incluso en los dentados.

El granuloma aparece en la placa bajo la forma de una estitis rarefaciente de asiento apical; el granuloma superado como una zona clara de contornos muy barrosos, los quistes apicales, en forma de un área mas clara con contornos bordeados de una areóla opaca.

CAPITULO IV

TERCEROS MOLARES RETENIDOS

TERCEROS MOLARES RETENIDOS

1). ETIOLOGIA

Se denomina dientes retenidos, aquellos que. una vez llega la época normal de erupción, encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

La retención de un diente puede presentarse en dos formas:

- 1.- Cuando el diente esta completamente rodeado por tejido óseo, a la cual se le llama retención intra-ósea.
- 2.- Cuando el diente está cubierto por la mucosa gingival y que vendría a ser la retención de las piezas dentales y de las razones por las cuales no hacen erupción éstas, pueden quedar encerradas en las siguientes causas.

a) RAZONES EMBRIOLOGICAS

La ubicación de un germen dentario en un sitio muy alejado del de su normal erupción, pues el diente erupcionado, de tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar.

El germen dentario puede hallarse en su sitio, pero en una angula_ ción tal, que al llegar la calsi_ ficación del diente y empezar su_ erupción, la corona hace contacto con un diente vecino ya sea éste_ retenido o erupcionado, este con_ tacto viene a ser un obstáculo - que hace que el diente al erupcio_ nar adquiera una posición viciosa; sus raíces se constituyen, pero - su fuerza de impulso no logra co_ locar el diente en un eje que le_ permita erupcionar normalmente.

b) OBSTACULOS MECANICOS

1.- **Falta de Espacio.** El germen_ del tercer molar inferior, debe - desarrollarse entre una pared in_ extensible que es la cara distal_ del segundo molar y la rama ascen_ dente del maxilar; completa la - calsificación del diente y en maxi_ lares de pequeño volumen, no tie_ ne lugar para ir a ocupar su sitio normal en la arcada dentaria.

2.- **Huesos de tal condicion, que - no puede ser vencido en el momento de la erupción.**

3.- Existen también elementos patológicos que puedan oponerse a la normal erupción, y entre los cuales tenemos a los dientes supernumerarios, tumores odontogénicos.

c) CAUSAS GENERALES

Todas las enfermedades generales que tienen relación directa con las glándulas endócrinas, pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retención y ausencia de dientes.

Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio, tales como el raquitismo y las enfermedades que le son propias, tienen también influencia sobre la retención dentaria.

2). CLASIFICACION

Para la clasificación de los terceros molares retenidos, tenemos que basarnos en cuatro puntos esenciales.

1. La posición de la Corona
2. La formación Radicular
3. La naturaleza de la oseoestructura que rodea al molar retenido
4. La posición del tercer molar en relación con el segundo.

A). La Posición del Tercer Molar en el Maxilar**a). Retención Vertical**

En este tipo de retención, el tercer molar puede estar total o parcialmente cubierto por hueso; pero su eje mayor es sensiblemente paralelo al eje mayor del segundo y primer molar adyacente.

b). Retención Horizontal

En esta forma de retención, el eje mayor del tercer molar es sensiblemente perpendicular a los ejes del segundo y primer molar.

c). Retención Mesioangular

El eje mayor del tercer molar, está dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje de este diente un ángulo de grado variable, pero que está generalmente alrededor de 45°.

d). Retención Disto-Angular

El tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama ascendente, por la cual la corona ocupa dentro de esta rama una posición variable, de acuerdo al ángulo que marque la -

desviación.

e). Retención Invertida

El tercer molar, presenta su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal. Este tipo de retención es muy poco frecuente, se le llama también retención para normal.

f). Retención Bucoangular

En este tipo de retención, el eje mayor del tercer molar es perpendicular al plano en que están orientados el segundo y el primer molar, pero con su corona dirigida hacia bucal.

g). Retención Lingoangular

El eje mayor del tercer molar es perpendicular al plano en que están orientados el segundo y primer molar, pero con la corona del molar retenido hacia el lado lingual.

B). Situación del Tercer Molar en la Arcada

De acuerdo a su ubicación, el tercer molar puede presentar cuatro tipos de desviaciones tomando como relación la arcada.

a). **Normal (sin desviación)**

El tercer molar sigue la forma oval de la cara.

b). **Desviación Bucal**

El tercer molar está dirigido bucalmente en relación al óvalo de la arcada.

c). **Desviación Lingual**

La desviación del tercer molar es hacia el lado lingual de la arcada.

d). **Desviación Bucolingual**

El molar dirigido hacia el lado bucal y su cara oclusal desviada hacia la lengua.

C). **Relación del Molar Retenido con el Borde Anterior de la Rama**

El tercer molar puede guardar, con respecto a la rama ascendente del maxilar una relación variable. De acuerdo a esta relación que puede guardar, se han encontrado tres clases.

Clase 1ª.

Hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama ascendente y la cara -

distal del segundo molar, para así situar con comodidad el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase 2ª

El espacio que existe entre el borde anterior de la rama del maxilar y la cara distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase 3ª

En esta clase, todo o la mayor parte del molar, se encuentra situado en la rama.

D). Profundidad Relativa del Tercer Molar en el Hueso

Considerando la relación de altura entre la cara triturante del segundo molar, existen tres posiciones que son las siguientes:

Posición A

La porción más alta del tercer molar retenido, se encuentra al mismo nivel o por encima de la línea oclusal del segundo molar.

Posición B

La posición más alta del tercer molar retenido, se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar.

Posición C

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

Para realizar la intervención quirúrgica, es necesario coordinar estas distancias clasificaciones del tercer molar; de tal manera se consigue indicar, radiográficamente, la posición real del tercer molar en el interior del maxilar y las relaciones del diente retenido con el segundo molar y el hueso circunvecino.

3). CAUSAS

La explicación más lógica de los terceros molares incluido, es la reducción evolutiva gradual del tamaño mandíbula, ésta nos dará por resultado mandíbulas muy pequeñas, en las cuales no habrá espacio para colocación de los terceros molares.

Esta teoría, es apoyada por la ausencia congénita de algunos terceros molares o su hipodesarrollo; también en otros dientes se presenta ausencia congénita o malformaciones pero no con tanta frecuencia como los terceros molares.

La terfa de Nodine, está comprobada por sus -- estudios realizados con mandíbulas de antiguos egipcios y modernos beduinos, aborígenes australianos, indios de México y esquimales, en las cuales nos demuestra que estos pueblos no presentan dientes incluídos, ya que la consistencia de su alimento vegetal o animal requiere gran fuerza de masticación, desde el niño pequeño al adulto.

Nodine nos explica que la causa de malformaciones por dientes incluído en las personas adultas en Europa Occidental, Canadá, Estados Unidos e Irlanda, es por la alimentación artificial dada a los bebés, los malos hábitos, los alimentos blandos y dulces por su mezcla desproporcionada

Causas Locales

Berger hace mención de las causas locales de la inclusión de las piezas dentarias; como la irregularidad en la posición, presión de los dientes adyacentes, mandíbulas poco desarrolladas (falta de espacio), densidad del hueso que lo cubre, enfermedades extremas en los niños o permanencia excesiva de las piezas primarias.

Causas Sistemáticas

Se pueden presentar donde hay condiciones locales para ella, Berger presenta los siguientes

tes casos :

A). Prenatales :

- 1.- Herencia
- 2.- Mezcla de raza blanca y negra
- 3.- Tuberculosis
- 4.- Sífilis
- 5.- Desnutrición

B). Posnatales

- 1.- Anemia
- 2.- Enfermedades exomatosas
- 3.- Tuberculosis
- 4.- Raquitismo
- 5.- Falta de espacio en la mandíbula
- 6.- Sífilis hereditaria
- 7.- Disendocrinas
- 8.- Enfermedades de los maxilares o tejidos vecinos

Condiciones Raras

Oricefalea.- Conocida también como de cono, en la cual la parte superior de la cabeza es puntiaguda.

Acondoplasia.- Enfermedad del esqueleto, iniciada en la vida fetal, ocasiona una forma de enanismo; el cartilago en estas condiciones no se desarrolla en forma normal.

Disostosis Cleidocraneal .- Es una condición congénita excepcional, en la que hay mala calcificación en los huesos craneales, también se presentará en la ausencia parcial o total de las clavículas; la segunda dentición será retardada, por lo cual habrá piezas permanentes no erupcionadas y dientes supernumerarios.

Fisura Palatina.- Es una fisura congénita que se presenta en la línea media del paladar.

Estadística de Berten.- Cleszunski sobre la frecuencia de los dientes incluidos.

Tercer molar inferior	35%
Canino superior	34%
Tercer molar superior	9%
Segundo molar inferior	5%
Canino inferior	4%
Insicivo central superior	4%
Segundo premolar superior	4%
Primer premolar inferior	2%
Insicivo lateral superior	1.5%
Insicivo lateral inferior	0.8%
Primer molar superior	0.8%
Segundo molar inferior	0.5%
Primer molar superior	0.5%
Insicivo central superior	0.5%
Segundo molar superior	0.1%

El tercer molar inferior, es la pieza dentaria que se presenta incluida con mayor frecuencia, siendo más factible en el lado iz

quierdo, debido a que este lado es más corto. No hay estadísticas en lo referente a la mujer y al hombre, pero se afirma que es más frecuente en la mujer, ya que su mandíbula es más pequeña.

4). TRASTORNOS OCASIONADOS

Los dientes incluidos o no erupcionados o piezas en mala posición, pueden ser causa de: Infecciones, reabsorción patológica en los dientes adyacentes o bloqueo de las estructuras óseas, así como tumores, quistes - también se puede encontrar dolor y otras complicaciones.

Dolor

Se puede encontrar en la zona distribución de los nervios y también en las regiones más elevadas; con frecuencia, este dolor sube, reflejándose en el oído. El dolor puede ser ligero y localizado en el área inmediata a la pieza a tratar (pieza incluida) o puede ser agudo, incluyendo todos los dientes superiores e inferiores - del lado afectado, el oído y la zona postauricular y cualquier zona por la que atraviesa el quinto par o presentar dolor en toda la zona; el dolor puede ser temporal, constante, intermitente o periódico.

El dolor puede constituirse en una neural

gia intermitente del trigémino, que simula el tic doloroso; este tic se distingue por que el dolor es agudo y súbito, como resultado del contacto con una zona esencial sobre la cara o los labios; esto lo diferencia de otras neuralgias.

Infecciones

Pueden manifestarse las siguientes infecciones, que son causa de extracción: la pericoronitis infecciosa, abscesos alveolares crónico o agudo, esteitis supurativa crónica y osteomielitis.

Los dientes incluidos son piezas en mala posición y, por lo tanto, agentes que ocasionan complicaciones, aunque no son muy frecuentes, tales como: sonico retumbante-zumbido del oído (trismus arien), afecciones de los ojos, como visión oscura, iritis ceguera, dolor que estimula al glaucoma y otitis.

En enfermos mentales, todos los dientes incluidos deben ser extraídos, por la dificultad existente en el paciente para explicar la sintomatología tan abigarrada.

Pericoronitis

Es la inflamación de los tejidos que rodean la corona de un diente, casi siempre en

erupción incompleta; se ve con mayor frecuencia en la zona del tercer molar inferior en sujetos adultos jóvenes. Pueden encontrarse también en otros dientes menos impactados.

Este proceso ocurre a cualquier edad, no es demasiado raro observarlo en enfermos en la etapa media de la vida que aparentemente ya no tienen dientes y que utilizan dentaduras artificiales.

Los factores que influyen en la gravedad de la Pericoronitis son, sin duda alguna, la persistencia del enfermo a las infecciones, la virulencia de los gérmenes, el traumatismo sobre los tejidos gingivales causados por el diente maxilar opuesto y, finalmente la acumulación de restos alimenticios en el espacio pericoronar del folículo dental.

ANATOMIA PATOLOGICA

Como la zona del tercer molar inferior es la más afectada, sirve de ejemplo para estudiar los cambios patológicos, que son comprobables a los de otras regiones. Inmediatamente antes de la erupción, la corona del diente está encerrada en el folículo dental y hay un espacio potencial entre ella y el folículo, y la parte superficial de ésta, esta cubierta únicamente por la encía. En la pericoronitis, la vava que separa la co

rona y la cavidad bucal pierde su continuidad en algún punto y de este modo los líquidos y las bacterias bucales penetran en el espacio comprendido entre la corona y el folículo dental.

En este espacio se encuentran las condiciones propicias para la proliferación de los microorganismos patógenos y así es como se inicia el proceso inflamatorio.

SINTOMAS Y DIAGNOSTICO

La gran mayoría de las pericoronitis son ligeras y dan pocas molestias. Es necesario comprender que la intensidad de la inflamación varía considerablemente de un enfermo a otro, y que esas variaciones determinan los síntomas; siempre se encuentra dolor, que tiene tendencia a ser constante y no se identifica con los cambios de temperatura y la palpación de la corona del diente impactado lo agrava.

El diente impactado se ve casi siempre, pero a veces es necesario una radiografía para confirmar el diagnóstico.

La pericoronitis es bilateral ocasionalmente; a menudo el dolor es referido al oído al cuello del lado afectado, y puede ser precedido por episodios semejantes.

Cuando la reacción inflamatoria produce -
exudado purulento, puede obtenerse fácil -
mente por la maniobra de expresión.

Con frecuencia se distingue la abertura -
que da acceso hacia la cripta dental llena
de residuos de alimentos, sobre todo cuan -
do la mayor parte del diente ya ha salido -
y solo está afectada la porción distal del
operculo por el proceso inflamatorio.

En algunos casos, la congestión de la zona
inflamada de los tejidos blandos en sota -
ble, se ve como área de color rojo vivo o
violáceo.

Cuando la infección se extiende hacia los -
tejidos vecinos y afecta a los músculos ma -
seteros y al pterigoideo interno se encuen -
tra trismas, y se llega hasta la parte su -
perior de la faringe, la deglución se vuel -
ve dolorosa.

ABSCEOS ALVEOLARES

Las infecciones mas comunes de la cavidad -
bucal, son los abscesos alveolares agudos,
que se clasifican en periapicales, perice -
mentales, pericoronales y superiosticos.

Si el enfermo se encuentra en malas con -
diciones generales puede ser muy grave, de
gran peligro para el paciente. Pero si -

constituyen el único problema en un individuo sano, el pronóstico es bueno.

Absceso Periapical

Se produce en el ápex de la raíz dental, - confinado al espesor de la zona coortical- de los maxilares superiores o del maxilar-inferior.

Absceso Pericemental

No se encuentra circunscrito al hueso, si- no que ocurre a lo largo de la raíz desn_ da, donde el alveolo ha sido destruido y - se extiende hasta los tejidos blandos veci- nos, los vestíbulos bucal o lingual o los- tejidos palatinos.

Los síntomas principales son hinchazón y - dolor, que mejoran con el drenaje del pus- y con la medicación antibiótica.

Absceso Pericoronar

La infección pericoronar es la que rodea - un diente no sólido o parcialmente brotado y, a veces, a un diente impactado. Ocurre más frecuentemente en el tercer molar in - ferior.

El pus puede ser drenado, elevando o des - pegando el borde gingival que cubre el -

diente.

Absceso Subperióstico

En éste, el pues se encuentra entre los -
periostos y el hueso, en un sitio distan-
te al origen de la infección. A menudo -
se observa tumefacción dolorosa fluctuan-
te en el vestibulo opuesto a la zona del-
primero o segundo molares inferiores, -
cuando el sitio inicial de la infección -
corresponde a tercer molar impactado.

La infección emigra por debajo del perios-
to, a lo largo de las líneas de menor re-
sistencia y forma una colección purulenta
lejos del sitio de origen.

Se observa más comunmente, después de las
infecciones pericoronales y pericementa-
les, que después de las periapicales.

En la osteomielitis bien establecida, los-
abscesos superiásticos migratorios forman
parte del cuerpo, y por eso deben ser -
bien conocidos por el dentista. La inva-
sión bacteriana aguda, puede fraguarse -
caminos a través del periostio, destruir-
los planos formados por las fascias y lle-
gar a estructuras o fosas atómicas profun-
das.

Osteitis Supurada

Conforme se extiende hacia la profundidad

el absceso dentoalveolar óseas vecinas y aparece un absceso subapical grande. Las infecciones periapicales agudas varían únicamente en el grado de ataque, la extracción del diente o dientes dañados acelera la resolución de la infección.

Ostiomielitis

Aunque se haga el tratamiento quirúrgico algunas infecciones agudas de los maxilares terminan causando ostiomielitis. Actualmente se encuentran pocos casos de ostiomielitis externa, tal vez por la administración rápida de antibióticos, que casi siempre se prescriben para las tumefacciones inflamatorias faciales o cervicales.

Aún cuando la ostiomielitis se encuentra establecida definitivamente, la destrucción ósea no es externa.

CAPITULO V

INDICACIONES Y CONTRADICCIONES DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO

Se dice que las posibles complicaciones y dificultades de la extirpación, aumentan en grado considerable con la edad del paciente. La evolución precoz elimina estas peligrosas consecuencias, que pueden presentarse en el momento mas inoportuno. La ocasión ideal para extraerlos, es cuando se ha formadado las dos terceras partes o tres cuartas partes, aproximadadamente, de las raíces, eliminándose así el riesgo de la curvatura anómala de los ápices y las exostosis de las raíces.

En personas de mayor edad, la odontectomía se torna un problema mucho más difícil. El hueso es duro y frágil, las raíces pueden tener exostosis y la corona estar en contacto directo con el segundo molar, con resorción completa de todos los tejidos intermedios, incluyendo la corona del segundo molar y en general la reparación ósea es mas incompleta.

INDICACIONES

Las indicaciones para la odontectomía de los terceros molares retenidos y no brotados, son las siguientes:

- A). Hipoplasia de los Maxilares y Desproporción entre las Dimensiones de éstos y las de los Dientes.

Este fenómeno es causa de maloclusión en general; pero en particular, es la razón por - la que al brotar el último diente y carecer de espacio, no puede adoptar su posición normal en maxilar.

Broadbent ha demostrado por radiografías cefalométricas que el incompleto desarrollo de la estructura ósea va acompañado de la imposibilidad de proporcionar espacio suficiente para la erupción de los terceros molares.

B). Obstáculos de la Erupción Normal del Segundo Molar.

Esta importante anomalía de desarrollo de la dentición, debe corregirse con o dontectomía precoz del tercer molar. Por lo común, la causa de este fenómeno, es la formación precoz del tercer molar cuando la mandíbula no se ha desarrollado lo suficiente para alojarlo, de manera que presiona sobre el segundo molar y lo inclina.

C). Inclinación Posterior de los Segundos Molares.

La presión del tercer molar en desarrollo sobre la superficie distal del segundo, puede causar la inclinación de este último o impedir así su oclusión normal, pues las cúspides distales no se ponen en contacto con las cúspides correspondientes de los molares superiores.

D). Síntomas Neurológicos

La compresión del nervio dental inferior

por un molar retenfdom origina a veces ciertos síntomas neurológicos, entre ellos, dolor que en ocasiones es referido a zonas inervadas por cualquiera otra de las ramas del quinto par o de los nervios que se anastomosan con él.

En individuos menores de treinta años, es en quiénes con mayor frecuencia se producen síntomas neurológicos por esta causa, puesto que la presión es mas probable se ejerza durante la etapa de desarrollo del molar cuando las raíces crecen sin erupción compensadora del diente retenfdo. La causa de la irritación puede ser también un molar, que en lugar de hacer erupción a través del hueso que lo cubre, llega a detenerse en una pieza contigua.

Cefaleas frontales y occipitales y una oscura e indefinida sensación de presión, son los síntomas, más comunes que puede suprimir la extracción de los terceros molares criptodónticos, aunque habrá también que diagnosticar y eliminar otras causas.

Los terceros molares inferiores retenfidos, producen frecuentemente otalgia de origen dental y tinnitus, y se ha registrado casos de neuralgia glosolingual causadas por la extracción de esos dientes.

E). Formación de Quistes.

Muchas veces el folículo dental en los dientes retenidos forma un quiste, que suele hallarse situado alrededor de la corona y aparece en la placa radiográfica como un pequeño quiste de erupción inmediatamente por debajo de la encía. La membrana está adherida al cuello del diente. En algunos casos, los quistes alcanzan grandes dimensiones, y pueden ser dentígeros (encerrando la corona). Los quistes de erupción, pasan frecuentemente inadvertidos hasta que llegan a adquirir tales dimensiones, que por presión desvían los dientes a considerable distancia.

F). Caries e Infecciones Periapical.

Hay teorías que indican que en piezas totalmente retenidas intraóseas se han llegado a encontrar focos de caries, clínicamente se han encontrado dos casos de caries en lo clínico periférica de Xochimilco de la Universidad. Esto confirma, ya que hay una teoría que se encuentra en el texto de Cirugía Bucal del Autor G. Ries Centeno, donde indica que hay vías especiales por donde penetran los microorganismos cariogénicos, la teoría endógena de la caries-apoya este fenómeno.

G). Resorción Interna.

La resorción interna ideopática, debe distinguirse de la caries.

La infección puede desarrollarse en dientes completamente retenidos sin abertura de la encía. Cuando se extirpan estos dientes la corona se desmenuza, y después de eliminar sus fragmentos, se procederá a extraer las raíces.

CONTRAINDICACIONES

1). LOCALES

A). Infección Pericoronar.

Uno de los procesos que con mayor frecuencia causan los terceros molares, es la infección de los tejidos peridentales, lo que sucede cuando la encía ha sido perforada y permite la invasión de los microorganismos.

En las infecciones piógenas se puede formar un absceso pericoronar, que en el maxilar inferior es frecuente que vaya acompañado de trismo, disfagia, celulitis y linfadenitis o absceso submaxilar o parofaríngeo.

B). Infección de Vincent.

Bajo el colgajo gingival que cubre un tercer molar, es muy frecuente que exista un foco de esta infección que periódicamente origine brotes de gingivitis ulcerosas, hasta que se proceda a la odontotomía. Sin embargo, se deberá tener la precaución de no extraer ningún diente durante la fase aguda de la infección de Vincent, pues podrían producirse graves complicaciones.

Cuando se sospecha la infección foscopilar el diagnóstico deberá confirmarse bacteriológicamente y aplazarse la odontotomía, hasta que haya sido eliminada la infección.

C). Noma o Cancrum Oris.

El noma es una gangrena fulminante muchas veces mortal de uniones cutaneomucosas como labios, nariz, conducto auditivo externo o genitales. Suele iniciarse en la superficie mucosa y es mucho más frecuente a nivel de la cavidad bucal.

El cancrum oris es muy raro, suele presentarse en niños o adultos mal alimentados, o en ancianos. En general existen a nivel de lesión, causas predis-

ponentes locales como fragmentos de -
raíces o coronas mal ajustadas.

El desarrollo del noma se ve favoreci_
do por factores predisponentes genera_
les, como mal nutrición o problemas -
circulatorios, y por factores locales -
como irritación crónica, traumatismos -
y mala higiene bucal. Se observa en -
pacientes agotados por una enfermedad -
crónica.

D). Fracturas.

Las fracturas, especialmente en el -
maxilar inferior, pueden escapar al -
diagnóstico y originar cuadros doloro_
sos. Hay incapacidad para masticar a_
limentos sólidos y puede haber cambios -
leves en las zonas normales de oclu _
sión. Debe investigarse cualquier al_
teración en el funcionamiento de los -
maxilares; por ejemplo, cualquier des_
viación que se produzca al abrir la -
puerta.

E). Trismus.

El trismus, como reacción antálgica o -
por inflamación directa de los múscu _
los masticadores (masetero y pterigoi_
deo).

Esta siempre presenta, sobre todo en los procesos provenientes de los molares inferiores. En muchas ocasiones el trismus esta tan cerrado, que será necesario abrir la boca por métodos instrumentales o por la anestesia general.

F). Osteomielitis.

Se conoce con este nombre a la infección de la médula ósea. El proceso se extiende a lo largo de los espacios medulares y produce necrosis y destrucción de grandes cantidades de hueso. En la etapa aguda hay dolor intenso, hipertemia e induración de los tejidos blandos adyacentes.

La ósteomielitis no es tan frecuente, como en la era preantibiótica. No obstante aún se ven casos muy serios originados por gérmenes resistentes a los antibióticos.

2). GENERALES

A). Avitaminosis

Cuando el paciente padece deficiencia vitamínica, se retarda la cicatrización y es posible que fracase el proceso de reparación, tanto del tejido óseo

como del blando.

Además, la avitaminosis disminuyen las resistencias orgánicas contra la infección, de manera que es probable que se presente la infección secundaria, y a menudo ocasionan diversas enfermedades de la boca que se resisten a los tratamientos usuales.

La vitamina C o ácidos ascórbico es de mucha importancia para la cicatrización de heridas. La deficiencia de ácido ascórbico, como la vitamina K origina propensión a la hemorragia.

La deficiencia del complejo vitamínico B.

Es frecuente en pacientes quirúrgicos- en particular la deficiencia de niacina que acompañada de malestar general fatiga, estreñimiento y anorexia; después puede presentarse la estomatitis-glositis, la depresión mental, el delirio y el estupor. La deficiencia de tiamina, ocasiona síntomas nerviosos imprecisos, dolores musculares, trastornos de la motilidad gastro-intestinal y anorexia.

B). Choque.

El paciente puede hallarse en estado -

de choque después de padecer traumatismo grave, quemaduras extensas, hemorragias copiosas, deshidratación, infección de suma virulencia o intoxicación medicamentosa. Se ve pálido, cianótico; el pulso es rápido y débil (filiforme), - la respiración superficial y a menudo - hay signos de deshidratación. La principal causa del choque es la circulación defectuosa, bien sea a causa de la reducción del volumen de sangre, o al aumento de la circulación capilar.

La reducción del oxígeno en la sangre venosa (la sangre oscura que sale por una incisión es señal de peligro) es uno de los primeros signos de choque.

Al paciente en estado de choque se le debe colocar en posición horizontal, o aún mejor en la llamada " posición contra choque ", esto es, con los pies levantados y la cabeza vuelta hacia un lado, y se le mantendrá bien abrigado y con las ropas secas. Es frecuente que se vomiten las personas que se hallan en estado de choque intenso y puede ser la causa de muerte repentina.

C). Infección de las Vías Respiratorias.

Las infecciones de la nariz y la faringe, pueden ocasionar complicaciones pulmonares.

monares después de la anestesia. En -
 las personas que padecen faringitis, -
 bronquitis, o cualquier clase de infec-
 ción de las vías respiratorias, no se -
 debe ejecutar ninguna operación quirúr-
 gica que requiera anestesia por inhala-
 ción, a causa del peligro de las compli-
 caciones, como la pulmonía y los absce-
 sos pulmonares secundarios.

D). Enfermedad Cardiovascular.

Las cardiopatías más frecuentes que oca-
 sionan problemas que pueden llegar a la
 muerte durante una operación, según -
 Butler, Feeney y Levine (1930) son -
 las siguientes : enfermedades valvula-
 res, miocarditis crónica, fibrilación -
 auricular, angina de pecho trombosis -
 coronaria, insuficiencia cardiaca con -
 gestiva, taquicardia paroxfmal. Cuando
 hay nefritis, el riesgo es mayor.

Aconseja Bulmgart el reposo en cama, la
 administración preoperatoria de barbitú-
 ricos, como el fenobarbital (16 a 32 -
 mg. las dosis mayores son peligrosas) -
 tres o cuatro veces al día para reducir
 el temor y en virtud del efecto que pro-
 ducen en el sistema cardiovascular; la
 administración preoperatoria de nitro -
 glicerina (0.12 mg.) disuelta debajo
 de la lengua cada media hora. Los medi-

camentos que pueden producir efectos perjudiciales en los pacientes que padecen cardiopatías son : estreto hipofisiario, mezcla de bióxido de carbono, atropina y particularmente adrenalina (epinefrina).

E). Angina de Pecho.

La angina de pecho se caracteriza por ataques paroxísticos de dolor torácico, con sensación de sofocación y muerte inminente. Esta afección suele estar relacionada con una cardiopatía isquémica y el dolor resulta de una aportación insuficiente de oxígeno al miocardio.

Los pacientes que sufren angina de pecho acusan dolor en el torax, que suele aparecer tras los esfuerzos o las emociones y que cede pronto con el reposo. Es típica la localización del dolor detrás del esternón y su propagación frecuente al brazo izquierdo. En algunas ocasiones, el dolor se refiere a la cabeza y al cuello.

Los pacientes con angina de pecho que van al consultorio dental, generalmente se deben tratar del modo siguiente:

Las consultas han de ser breves y de preferencia por las mañanas. A menudo hay que preescribirles barbitúricos como premedicación para reducir la ansiedad y la tensión.

Debe suspenderse el tratamiento inmediatamente, si el paciente se queja de dolor en el pecho durante el mismo. Es aconsejable llamar al médico del paciente cuando se presenta un episodio de dolor, incluso en el caso de que la nitroglicerina lo haya aliviado.

F). Infarto al Miocardio.

Cuando se interrumpe subitamente la irrigación sanguínea de una porción del miocardio, dando lugar a la muerte o necrosis de la fibra muscular, se produce un infarto.

El paciente experimenta un ataque súbito de dolor constrictivo en la llnmedia, acompañado de sensación de muerte inminente; puede sucumbir al shock o producirse un paro cardiaco.

Si el episodio ocurre en el consultorio del dentista, debe llamar inmediatamente a un médico. Hasta su llegada se administrará oxígeno al pacien

te y se le mantendrá caliente. Si se produce el paro cardiaco, debe hacerse masaje sin abrir el tórax y respiración boca a boca. En estos pacientes no debe hacerse ningún tratamiento dental electivo, hasta transcurridos seis meses después del infarto.

G). Insuficiencia Cardiaca Congestiva.

La insuficiencia cardiaca congestiva, aparece cuando durante un período de tiempo prolongado el rendimiento cardiaco es inferior al que exige el organismo. La insuficiencia cardiaca congestiva puede presentarse como complicación de varias enfermedades: anemia, tirotoxicosis, fiebre reumática, cardiopatía congénita, infarto al miocardio, enfermedad ósea de paget, enfermedades pulmonares y otras.

Si el estancamiento de sangre en el círculo pulmonar produce congestión pulmonar, la disnea es el síntoma clínico principal. Cuando aumenta la congestión pulmonar suele aparecer la ortopnea (mayor facilidad para respirar en la posición vertical.)

Asimismo puede presentarse una disnea paroxística nocturna en la cual la crisis de ahogo se desarrolla súbita

mente durante el sueño, su causa aparente. Otro síntoma pulmonar corriente es la tos, producida por la acumulación de líquido en los pulmones en cantidad suficiente para estimular el reflejo tóxico bronquial.

La función renal en los pacientes con insuficiencia congestiva, suele alterarse produciéndose una retención de sal y agua.

La insuficiencia congestiva puede llevar a la anoxia cerebral, que se manifiesta por irritabilidad, pérdida de la atención, inquietud e incluso coma. No obstante, estos síntomas indican una insuficiencia congestiva avanzada.

En un paciente con signos o síntomas de insuficiencia congestiva, no deben practicarse tratamientos dentales corrientes, no siquiera urgentes, hasta después de consulta con su médico.

B). Hipertensión.

Las dos formas más importantes de esta enfermedad, son la esencial y la secundaria. Alrededor de 85090% de los pacientes pertenecen a la primera categoría, cuya etiología es desconocida. La hipertensión esencial puede

seguir su evolución rápida, maligna.- La inmensa mayoría pertenece a la variedad benigna, en la cual el paciente se ve relativamente libre de síntomas durante varios años.

La hipertensión secundaria, generalmente está asociada con trastornos del sistema nervioso central, con enfermedades de las glándulas suprarrenales, con enfermedades renales primarias, o con la toxemia del embarazo.

El paciente con la forma maligna o acelerada de la hipertensión esencial presenta un comienzo brusco de síntomas que consisten en cefaleas intensas, trastornos visuales, náuseas convulsiones y a veces incluso coma. Estos síntomas están asociados con una elevación rápida de la presión sanguínea.

Por lo general se hace el diagnóstico de hipertensión, cuando la presión sistólica es superior a 150 y la diastólica superior a 100.

El paciente hipertenso no compensado, constituye un mayor riesgo operatorio pudiendo presentar hemorragia tras una operación de cirugía mayor. Asimismo, es un individuo hipertenso no-

compensado; el tratamiento dental puede precipitar un accidente cerebrovascular o un infarto del miocardio.

Las consultas dentales de los hipertensos compensados, han de ser lo más corto posible y exentas de ansiedad. Es aconsejable la premedicación con barbitúricos, pero el dentista ha de tener en cuenta los posibles efectos colaterales de los medicamentos que toma el hipertenso.

I). Fiebre Reumática.

Todavía no está aclarado por completo la etiología de la fiebre reumática - pero al parecer esta relacionada con una hipersensibilidad indirecta surgida tras una infección por estreptococos.

La fiebre reumática puede tener un comienzo insidioso o agudo.

Generalmente hay antecedentes de infección estreptocócica de las vías respiratorias superiores, que preceden al comienzo de los síntomas en una a cuatro semanas. La forma más corriente de fiebre reumática, se caracteriza por la aparición súbita de fiebre y dolor articular. La artritis

tis tiene a veces carácter migratorio; a medida que el dolor y la tumefacción ceden en una zona, se afectan otras articulaciones de las extremidades, pero no hay ninguna zona que se immune. - También se observan invariablemente - síntomas como anorexia pérdida de peso depresión y fatiga. Puede producirse una inflamación del miocardio, pericardio, o endocardio en los pacientes en que la lesión del corazón es notable, - suele producirse precozmente una insuficiencia cardiaca congestiva. Una - complicación frecuente de la fiebre reumática, es la lesión de las válvulas cardiacas, especialmente la válvula la mistral.

La colonización de bacterias en la - válvula cardiaca alterada, origina la grave complicación llamada endocarditis bacteriana. El dentista tiene que identificar a los pacientes que han padecido una fiebre reumática, con el fin de protegerlos, con antibióticos - de la bacteremia que se produce a consecuencia de algunas intervenciones quirúrgicas dentales, como el escariado de la raíz, el raspado gingival, - las extracciones, las operaciones de endodoncia, las intervenciones quirúrgicas en los tejidos blandos y el sonido periodontal.

La penicilina es el mejor fármaco para la cobertura antibiótica profiláctica. Se recomienda la administración por vía oral de 500,000 unidades cuatro veces al día de la intervención y continuando dos días más. Los pacientes alérgicos a la penicilina, deberán sustituirla por eritromicina.

J). Lesión Hepática.

Los enfermos de lesiones graves del hígado, como la cirrosis avanzada, a menudo sangran espontáneamente después de una operación. Esta hemorragia se debe de vigilar, pues cuando se acompaña de vómito, puede ser debida a una varice del esófago perforada.

Se han recomendado los siguientes preparativos: transfusión de sangre peridida, corregir la anemia y mejorar los factores antihemorrágicos antes de la extracción y durante ella, y si es necesario después de la operación.

Es conveniente la administración de hidratos de carbono. La leche desnatada es útil por razón de sus aminoácidos que contiene azufre; a los pacientes después se prescribirá la vitamina C. Se hará todo lo posible por administrar proteínas o hidratos de carbono y

reducir la infección de grasas al grado mínimo.

K). Ictericia.

Esta enfermedad se conoce por el color amarillo de la piel y de las escleróticas. Produce deficiencia de los factores formadores de Protrombina, así como del calcio utilizable, fibrinógeno-glucosa y agua. La deficiencia de protrombina se debe a la absorción deficiente de vitamina K. Si el tiempo de protrombina es de 18 segundos, es muy probable que se presenten hemorragias. Por consiguiente, se deben diferir las operaciones quirúrgicas, y si es necesario una extracción urgente, se administrarán 4 mg. de vitamina K tres veces al día, transfusión de 250 cc. de sangre que contienen protrombina, y 0.5 cc. de vitamina sintética hidrosoluble por vía intravenosa o intramuscular dos veces al día para normalizar el tiempo de protrombina.

I). Diabetes Mellitus.

A los enfermos diabéticos se les debe prescribir un régimen alimenticio bien regulado con respecto a los hidratos de carbono, las proteínas y las grasas.

El tipo más corriente de diabetes, -

tiene un comienzo lento en individuos maduros y generalmente adopta formas benignas. La cetoacidosis es poco frecuente y la enfermedad tiende a estabilizarse; menos de 23% de tales pacientes requieren insulina.

A menudo se trata de individuos obesos.

La diabetes de comienzo tardío o de tipo adulto, se trata de acuerdo con su intensidad; muchos de estos pacientes eran compensados simplemente con la prescripción dietética y el ejercicio; otros, con control dietético, ejercicios y agentes hipoglucemiantes por vía oral. Algunos diabéticos de tipo adulto, requieren insulina que se administra por vía intramuscular.

Muchos agentes hipoglucemiantes orales utilizados en el tratamiento de la diabetes mellitus, son compuestos de sulfanilurea. Uno de uso muy corriente es la tolbutamida (orinase) y su actividad hipoglucémica se debe probablemente a la estimulación de síntesis y liberación de insulina en los islotes del páncreas. Otros agentes hipoglucemiantes del grupo sulfanilurea usados en el tratamiento de la diabetes, son la clorpropamida (diabinese), la tolazamida (tolinase) y la -

aceroexamida (dimeró). El clorhidrato de fenformina es un agente hipoglucemiente oral, no relacionado con la sulfanilurea. La fenformina actúa fuera del hígado, como coadyuvante o reforzador de la insulina.

Puede utilizarse prácticamente en todas las clases de diabetes, sola o asociada con la insulina.

El paciente diabético presenta gran tendencia al desarrollo de operaciones patológicas en las arteriolas, capilares, las vénulas y las arterias de mayor tamaño. Tales alteraciones pueden conducir a una enfermedad coronaria, al infarto del miocardio, a la insuficiencia renal, a los accidentes vasculares cerebrales, la hipertensión, a la gangrena de las extremidades y a trastornos de la retina.

El paciente diabético, también puede desarrollar neuropatías periféricas.

Los signos y síntomas de la diabetes mellitus, son la poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, prurito, infecciones cutáneas, enfermedad periodontal progresiva, abscesos periodontales múltiples, retraso de la cicatrización de las heridas y somnolencia. Cuando -

descubre uno o mas signos de los que acabamos de ennumerar, el dentista - debe pensar en la diabetes. Si la diabetes es de tipo más moderado, el análisis de orina puede resultar negativo, y para hacer el diagnóstico hay que recurrir a la glucemia postpandrial determinada, dos horas después de la comida. El diabético precoz puede detectarse mediante la prueba de la tolerancia a la glucosa o la prueba de tolerancia de la glucosa y cortisona.

El éter y el cloroformo deprimen a la función renal. No se deben administrar a estos pacientes los barbitúricos de acción prolongada, particularmente cuando es alto el nitrógeno no proteínico.

Las enfermedades del riñón se acompañan a menudo de perturbaciones del equilibrio hídrico y electrolítico.

M). Hipertiroidismo.

El hipertiroidismo es un estado en que la glándula tiroides funciona con demasiada actividad. Predomina en el sexo femenino y es más frecuente en personas jóvenes y maduras.

Los pacientes con hipertiroidismo, - suelen ser nerviosos o impreciona - bles. Tienen tendencia a la pérdida de peso, a la disnea y a la sensa - ción de debilidad, y duermen mal. - Pueden presentar exoflacmos, tienen el pelo fino y liso, perspiración - excesiva en la cara y el las manos y toleran mal el calor.

Para hacer el diagnóstico, el médico usa las siguientes pruebas : metabo - lismo basal, yodo ligado a la protfina colesterol sérico e índice de yodo ra dioactivo.

El hipertiroidismo se trata con el - tiouracilo aunque algunas veces ésta indica la tiroidectomfa.

Como los pacientes con hipertiroidis - mos presentan una irritabilidad supe - rior a la normal, uno de los facto - res del tratamiento dental ha de ser la administración de sedantes. Ta - les pacientes son hipersensibles a - la acción de la adrenalina, que ha - de ser empleada con cautela y modera - ción.

Los tratamientos orales quirúrgicos - en pacientes hipertiroideos están - contraindicados, pues se ha dado ca -

so de muerte. Hay que tener presente que cuando el metabolismo basal está elevado, pueden desarrollarse déficits nutritivos secundarios, por lo cual habrá que añadir un suplemento a la dieta.

0). Hemofilia y otras Enfermedades Hemorrágicas.

Estas pueden ocasionar complicaciones si no se reconocen antes de una operación. La hemorragia primaria o secundaria puede continuar a pesar del tratamiento.

Tienen propensión a la hemorragia, - los enfermos del hígado especialmente los de cirrosis crónica, los nefropatas con uremia, de leucemia, escorbuto, ictericia producida por deficiencias de vitamina K; debido a carencia de sales viliaras de púrpura trombocitopénica y de hipertensión.

La hemofilia se caracteriza por la prolongación del tiempo de coagulación, que amenudo es hasta de dos o tres horas, y con frecuencia con prolongación del tiempo de sangría, y es una enfermedad hereditaria, transmitida por la hembra al varón. Los antecedentes de familia y personales generalmente facilitan el diagnóstico.

Las hemorragias son transmitidas por traumatismos que producen hematomas-subcutáneos, hemartrosis o hemorragia exterior continua, difícil de contener. Las hemorragias consecutivas a extracciones dentales, pueden ocasionar la muerte. Es importante el tratamiento profiláctico, antes de ejecutar una intervención quirúrgica.

El tratamiento local, como la aplicación de trombina al alveolo, la sutura minuciosa y los tapones de presión son muy útiles después de las extracciones.

P). Anemia.

Se define la anemia, como la disminución del número de glóbulos rojos circulantes. Son varios los procesos patológicos que pueden originar una anemia; sin embargo no se considera como una enfermedad específica.

Entre los signos que pueden indicar anemia, tenemos los siguientes: la atrofia de las papilas linguales, la ictericia, las uñas en forma de vidrio de reloj, la osteoporosis, la piel seca y lisa, y la palidez de ésta.

Cabe observar una falta de ácido clorídrico gástrico, demostrable mediante pruebas de laboratorio específicas, y también puede haber una hipertrofia del hígado o del bazo. El paciente anémico se queja de tener la lengua muy sensible y dolorosa, fatiga, debilidad, disnea, entumecimiento, pérdida de peso, pérdida de apetito e irritabilidad.

Las pruebas de laboratorio utilizadas en el diagnóstico de la anemia son: la determinación de la hemoglobina, el hematocrito, extensión sanguínea, el recuento de reticulocitos y el examen de la médula ósea.

En general, las anemias por médula ósea hiperactiva producen un aumento del número de reticulocitos en la sangre periférica; las anemias con médula ósea hipoactiva, suelen producir una disminución.

Un paciente dental en el cual se sospecha la existencia de anemia, debe ser remitido al médico para su diagnóstico definitivo y tratamiento. Lo más interesante es determinar la etiología de la anemia y ordenar el tratamiento pertinente.

Q). Trastornos de la Coagulación

La coagulación de la sangre depende de unas proteínas especiales, elaboradas por el hígado, del calcio de las plaquetas, así como algunos factores hemáticos adicionales. En el proceso de la coagulación se han descrito tres fases independientes: formación de la tromboplastina, formación de la trombina a partir de la protrombina y formación de un coágulo de fibrina a partir del fibrinógeno.

Para la formación adecuada del producto de la fase I, la tromboplastina, son necesarios los factores hemofílicos, para que se inicie la fase II, es necesario la formación de trombina.

Las causas más frecuentes de los trastornos hemorrágicos, son las enfermedades hepáticas o la administración de medicamentos anticoagulantes tales como heparina y compuestos cumarínicos, usados en el tratamiento del paciente con un infarto reciente del miocardio o después de las intervenciones sobre el corazón.

Los pacientes con trastornos de la -

coagulación, presentan con frecuencia los síntomas siguientes : petequias, equimosis, hemartrosis, hemorragia gingival espontaneas y epistaxis. Los pacientes con una historia de aparición fácil de equimosis, hematuria, melena, hemorragias prolongadas tras pequeños cortes o tras la extracción de dientes, hospitalización por hemorragias, transfusiones múltiples, hematópata reciente, o tratamiento prolongado con aspirina, deben ser examinados a fondo, para detectar un posible problema de la coagulación.

Las pruebas de laboratorio utilizadas para descubrir las alteraciones de la coagulación, comprenden el tiempo de tromboplastina parcial, el tiempo de protombina y la concentración de fibrinógeno en la sangre.

Los tratamientos quirúrgicos en los pacientes con alteraciones de la coagulación congénitas o adquiridas, son peligrosas en el mejor de los casos. Muchos de estos pacientes son tributarios de la hospitalización y de la substitución de los factores que les faltan antes de intervenirlos quirúrgicamente.

R). Trombocitopenia.

Consiste en una disminución del número de plaquetas circulantes y puede-ideopática (de causa desconocida)-secundaria a una enfermedad como la-metástasis cancerosas óseas, o ser -consecuencia de reacciones alérgicas o de los efectos tóxicos de agenres-químicos sobre la médula ósea.

Las plaquetas son indispensables en la primera fase de la coagulación. - No obstante, para que se efectúe la-coagulación, su número se ha reduci-do mucho. Las plaquetas actúan como tapones mecánicos en los capilares - lesionados. Si el número desciende-por debajo de 100,000 por centímetro cúbico, puede originarse un trastor-no hemorrágico grave. Este trastor-no, esta relacionado con la falta - del taponamiento de los capilares le-sionados.

Las petequias, equimosis, epixtasis-y la hemorragia gingival espontánea, son signos corrientes en los pacien-tes con trombositopenia. El enfermo puede tener antecedentes de trastor-nos hemorrágicos, muy similares a los que presentan los pacientes con alte-raciones de la coagulación.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Las pruebas utilizadas en el estudio de los pacientes, en los cuales se sospecha alguna forma de trombocitopenia, son el recuento de plaquetas, la retracción del coágulo y del torniquete.

No deben efectuarse intervenciones quirúrgicas en los pacientes con trombocitopenia, hasta haber consultado con un médico y haber logrado una cifra prácticamente normal de plaquetas.

8). Enfermedades de los Glóbulos Blancos.

Las principales enfermedades que afectan a los glóbulos blancos, son la leucopenia o agranulocitosis y la leucemia. La granulocitosis es una afección, en la cual hay un notable descenso del número de granulocitos corculantes (principalmente neutrófilos) en la sangre periférica lo cual origina una disminución importante de la resistencia a la infección. La leucemia es una enfermedad maligna de los leucocitos, que da lugar a una producción excesiva de dichas células. Según el tipo de leucocitos que predominan, se distinguen tres clases de leucemia: mielóide, linfóide, monocítica. Puede optar la forma aguda o crónica, pero -

la terminación siempre es letal.

La leucemia suele asociarse con anemia y trombocitopenia, a consecuencia de la substitución de la médula ósea por células leucémicas.

Entre los signos hallados en los pacientes con agranulocitosis o leucemia, figuran las úlceras orales, las petequias, equimosis, hiperplasia gingival generalizada, enfermedad periodontal rápidamente progresiva, osteólisis, hiperplasia de los ganglio linfáticos y dientes flojos. Los pacientes leucémicos pueden acusar fiebre, debilidad, dolores corporales, pérdida de peso, boca seca y dolor de las encías.

Las pruebas de laboratorio usadas en el diagnóstico de estas enfermedades comprenden el recuento leucocitario-total, la extensión hemática para estudiar la morfología celular y la extensión de médula ósea.

En los pacientes que se sospecha una agranulocitosis o una leucemia, no debe realizarse ningún tratamiento dental electivo. Una vez diagnosticada por el médico y sometido a tratamiento, pueden efectuarse los pro-

cedimientos corrientes de asistencia dental.

El dentista debería mentenerse en - contacto con el médico en lo que se refiere al estado de salud del pa - ciente, pues en la leucemia con co - rrientes las recaídas súbitas. En - las fases terminales de la leucemia - los pacientes suelen sufrir mucho - por causa de los dolores orales. El - dentista, mediante los cuidados ora - les conservadores, como la elimina - ción de cálculo con un cavitron, pue - de hacer mucho para disminuir las - molestias de estos pacientes en sus - últimos días.

CAPITULO VI

SALA DE OPERACIONES

SALA DE OPERACIONES

1). INSTRUMENTAL

A). Instrumental para tejidos blandos

Bisturf.- En cirugía bucal se usa comúnmente de hoja corta. Este instrumento consta de un mango y de una hoja; ésta puede tener distintas formas y tamaños. Existen bisturtes con hojas intercambiables, las cuales se eligen según la clase de operación a realizar. Se han recomendado de preferencia el bisturf, Bard-Parker con hoja número 15. Mead ha creado un bisturf, cuya hoja tiene una forma de hoz y filo en sus dos bordes; con este tipo de bisturf se pueden hacer incisiones en sitios poco accesibles, pues corta por los dos filos. El bisturf llamado Síndes mótopo, se usa para reparar la encía del cuello del diente.

Tijeras.- Las tijeras como instrumento de sección de tejidos, tiene escaso uso en nuestra especialidad.

Se pueden usar tijeras para seccionar bridas fibrosas, cicatrices y trozos de colgajos; para dicho fin se hace uso de las tijeras rectas y de las curvas. También se utilizan tijeras para cortar los puntos de sutura; tal operación se realiza -

con tijeras de hojas pequeñas, en especial curvas.

Pinzas de Disección.- Para ayudarse en la preparación de los colgajos y en otras maniobras, son muy útiles las pinzas de disección dentadas, con las cuales se toman las fibromucosas sin lesionarlas o las pinzas de dientes de ratón con tres pequeños dientes, que se engranan y permiten sostener el colgajo; también son útiles las pinzas de Kocher y la pinza atraumática de Chaput y la de Allis.

Instrumento de Galvano y Termocauterío; - Radio Bisturf Electrótomo.- La sección de los tejidos gingivales pueden realizarse también por métodos térmicos o eléctricos; para tal fin, se utilizan el Galvano o el Termocauterío o el Radio Bisturf. Con estos instrumentos también se pueden incidir abscesos o destruir los capuchones que cubre el tercer molar.

Legras, Periostótomos, Espátulas Romas.- El desprendimiento y la separación de la fibromucosa incidida con el bisturf, con el objeto de separar el colgajo, se pueden efectuar con varios instrumentos; entre los cuales tenemos las legras pequeñas, éstas se insinúan entre los labios de la herida y entre mucoperióstico y el hueso, apartando aquel elemento hasta donde fuera necesario.

También pueden emplearse los Periostótomos en sus diferentes tipos. Es muy frecuente emplear la espátula de Freer. Pueden utilizarse espátulas rectas o acotadas, éstas - últimas están indicadas en sitios de difícil acceso, como la bóveda palatina y la - cara lingual del maxilar inferior.

Separadores:- En el curso de una operación en la cavidad bucal, es necesario mantener apartados los labios, con el propósito de no herirlos, a los colgajos para que no sean traumatizados. Para tal fin, se pueden emplear los separadores de Farabeuf o los separadores de Volkamann.

B). Instrumental para Tejidos Duros

Escoplos y Martillos.- Los escoplos en cirugía bucal, se usan para reseca el hueso que cubre el objeto de la intervención : - la tabla externa en las extracciones del - tercer molar inferior retenido, el hueso - palatino que recubre a los caninos u otros dientes retenidos, y en general la tabla - ósea vestibular, para eliminar los quistes de distinto tipo, que se desarrollan en - los maxilares.

El escoplo en una barra metálica, una de - cuyos extremos está cortando a bisel, a expensas de una de sus caras y convenientemente afilado.

Actúan a presión manual o son accionados a golpes de martillos, dirigidos opuestamente al filo.

Los escoplos también se emplean para seccionar dientes (odontosección). La hoja del escoplo puede ser recta o estar ahuecada en media caña.

Los escoplos de Barry, se emplean para realizar la osteotomía en la extracción de los terceros molares retenidos. Un instrumento que tiene las características del escoplo y es utilizado a presión normal, es el osteotómo de Winter.

Pinzas Gubias.- Para realizar la resección del hueso (osteotomía), se pueden utilizar las pinzas gubias, rectas o curvas, de varios tamaños; que actúan extrayendo el hueso por mordiscos, previa preparación de una puerta de entrada con los escoplos, o directamente, como cuando se desea eliminar bordes cortantes, crestas óseas o trozos óseos que emergen de la superficie del hueso.

Fresas.- La fresa puede sacar el hueso de por sí, o abrir camino a otros instrumentos. Pueden usarse las fresas comunes, redondas del número 5 al 8, o de fisura número 560. También son útiles las fresas quirúrgicas de Shamberg, las fresas para la

brar el caucho o las de Allport.

Pinzas de Kocher.- Instrumentos destinados en cirugía, para hacer hemostasis, comprimiendo una arteria o una vena que ha sido seccionada. Una ligadura con catgut, obtura el vaso que sangra. Hay dos tipos de estas pinzas, la común y la de mosquito.

La pinza de Kocher se usa en cirugía bucal como sostenedura de los colgajos, o para bolsas quísticas o tejido patológico. En tal caso, puede actuar como homostática, tomando a un éspulis por su pedículo; además de servir para tal uso, es útil para eliminar trozos de huesos o de dientes del interior de una cavidad.

Cucharilla para Hueso.- Las colecciones patológicas, granulomas, fungosidades, quistes, etc., deben eliminarse del interior de las cavidades óseas con cucharillas para hueso (curetas). Los hay rectos o acodados, cuya parte activa puede tener formas y diámetros distintos.

Pinzas para Extracciones Dentarias.-

Son los instrumentos indicados para la exodoncia. La pinza para extracciones, es un instrumento basado en el principio de la palanca de primer grado, con el cual se toma al diente a extraer, imprimiéndole movimientos particulares, por medio de los

cuales se elimina el Órgano dentario del alveolo. La exodoncia con pinzas requiere de tres tiempos, que son: Presión, Luxación y Tracción.

Elevadores.- Estos instrumentos se utilizan con el objeto de movilizar o extraer dientes o raíces dentarias. Deben ser considerados con el elevador tres factores: el punto de apoyo, la potencia y la resistencia. Esquemáticamente consta de tres partes, que son: el mango, el tallo y la hoja.

Agujas de Sutura.- Para sostener los finos y delicados tejidos gingivales, tan propicios a desgarrarse, es necesario emplear agujas que estén en consonancia con tal delicadez: agujas sencillas, curvas, rectas, de pequeñas dimensiones. Las hay traumáticas y atraumáticas.

Porta-Agujas.- Agujas tan pequeñas como las indicadas, no pueden ser dirigidas a mano, sino excepcionalmente. Para ser práctico y seguro su uso, debemos valer nos de una porta-agujas; esto es, una pinza que toma la aguja en el sentido de su superficie plana y la guía en sus movimientos.

Sondas.- Pueden emplearse distintas clases de sondas, ya sea durante el curso de

de una intervención quirúrgica o bien con fines diagnósticos.

Nosotros usamos la sonda acanalada, que consiste en un tallo en forma de canal, que se emplea para drenar absceso, una vez que han sido incididos por el bisturí o para practicar cortes de tejidos que requieran cierta delicadeza, realizándose en dicho caso la incisión sobre el hueco de la sonda, la cual sirve de guía en el curso de una apisectomía; las sondas de plata, con su extremidad en forma oliva, también para trayectos, para investigar secuestros y estudiar cavidades óseas.

C). Medicamentos y Material Quirúrgico

Medicación en Cirugía.- Sin duda la terapéutica médica, es de gran ayuda para el alivio del paciente quirúrgico.

Los medicamentos más usados son : los analgésicos, antihistamínicos, antiinflamatorios, antimicrobianos.

Los analgésicos se dividen en:

a). Narcóticos

1.- Alkaloides naturales del opio.

Morfina y codeína

2.- Derivados sintéticos de los -

Oximorfina (Neurofan)

- 3.- Medicamentos sintéticos de tipo opio, con poca potencia y poca-tendencia a la toxicomanía.

Propoxifeno (Darvon)

Etoheptacina (Zactane)

Pentozocaina (Talwin)

b). No Narcóticos

- 1.- Grupo Salicilatos:

ácido salicílico

salicilato de metilo

ácido acetilsalicílico (disprina, Codispril, Viganin, Aspirina).

- 2.- Derivados de la pirazolona :

Antipirina (Saridón)

aminopirina

- 3.- Derivados de la anilina :

- 4.- Grupos sincófinos

Antihistamínicos.

Clorhidrato de difenhidramina (Benadryl).

Meleato de clorefeniramina -
 (Cloro-trimetón)
 Clorhidrato de tripelenamina
 (Piribenzamina)
 Clorhidrato de fenotiacina
 (Fenergan)

Antiinflamatorios

a). Enzimáticos

Ambozn
 Tromasin
 Varidasa
 Tetranase
 Parengésico

b). No Enzimáticos

Danilan
 Tanderil
 Tantum

Antimicrobianos

Se dividen en antibióticos y -
 quimoterapéutico.

a). Antibióticos, se dividen en :

1.- Bactericidas, los más
 importantes son :
 Penicilina
 Estreptomcina
 Neomicina
 Penicilinas Sintéticas
 Polimixina.

2.- Bacteriostáticos, los más importantes son:

Tetracilina
Cloranfenicol
Lincomicina
Eritromicina

3.- Antibióticos de amplio espectro; los principales son :

Ampicilina
Cefalosporinas
Tetraciclinas
Cloranfenicol

4.- Antibióticos de espectro intermedio :

Oxacilina
Lincomicina
Bacitrina
Kanamicina

5.- Antibióticos de espectro limitado :

Polimixina
Anfotericina
Nistatina

b). Quimioterapéuticos

Estos son los sulfanomidas, nitrofuranos y tuberculostáticos (isonasida y pas).

MATERIAL QUIRURGICO

Para asepsia del campo operatorio tenemos : alcohol, tintura de yodo, tintura de merthiolate.

El campo operatorio se seca y protege con compresas de algodón y gasa, entre los materiales o medicamentos curativos, como los cementos quirúrgicos, tenemos: el wonder-pack, óxido de zinc, eugenol, el tem-pack; ellos nos sirven como protectores de las heridas, aislando de la flora bacteriana y aliviándonos el dolor.

Contamos con homostáticos para prevenir las hemorragias; así como tenemos el gelfoam, sugicel, lomocel, ácido tánico, veneno de víbora, russel, ceras, trombina, adrenalina y suturas para ligaduras.

Así mismo, podemos utilizar diferentes tipos de alambres, que nos sirven para mantener en su sitio la reducción de una fractura: usaremos en caso en que sea preciso, tubos de plástico acrílico para drenar en heridas como el penroso.

Las suturas se realizan con materiales como el nylon catgut, seda; todos ellos sirven para afrontar planos quirúrgicos.

2.- TECNICAS QUIRURGICAS

La extracción consta de los siguientes pasos:

1.- Incisión

- 2.- Preparación de los colgajos
- 3.- Osteotomía
- 4.- Operación propiamente dicha (extracción del molar incluido).
- 5.- Tratamiento de la cavidad ósea
- 6.- Sutura

INCISION

El propósito de la misma, será abrir los tejidos para llegar a planos más profundos; nos valdremos de un bisturí de hoja corta. Se trazará la incisión y se circunscribe un colgajo para tener una buena visualización de un sólo trazo, sin líneas secundarias; deberá ser enérgica hasta percibir por debajo del instrumento la sensación de hueso; el corte se iniciará en la parte mas alta de la cresta distal, por detrás del tercer molar; la longitud estará dada el tipo de retención de la pieza incluida, la incisión; al llegar a la cara distal del segundo molar, se contorneará en torno al cuello de éste; después se festonea la encía del segundo y primer molar hasta el hueso teniendo cuidado de seccionar los ligamentos correspondientes; la hemorragia se cohibe comprimiendo la región.

PREPARACION DE LOS COLGAJOS

Hecha la incisión, tomaremos el periostótomo o una pequeña legra, introduciéndola en los labios de la incisión, empezando de distal a mesial, se haran movimientos de lateralidad y giro del instrumento, apoyándolo en el hueso de manera que al finalizar se encuentre totalmente despegado el peristio de la superficie ósea.

OSTEOTOMIA

Consiste en la eliminación instrumental del hueso que cubre, protege o aloja el objeto de la operación; se podrá realizar el escoplo, pinzas gubias o fresa.

Descubriremos la Osteotomía con fresa, ya que es la que más nos simplifica la técnica; para realizarla con pexito, se evitará el calentamiento excesivo y prolongado de la pieza de mano. Se podrá llevar a cabo con fresas redondas del N^o 5 y 8 o con una fresa de fisura del número 560, si utilizamos la pieza de mano de alta velocidad evitaremos el calentamiento y la intervención será más rápida; es de utilidad irrigar la zona de operación con un chorro de suero fisiológico tibio, el cual será absorbido por un eyector quirúrgico.

OPERACION PROPIAMENTE DICHA

Eliminadas las estructuras óseas que significan resistencia, se inicia la operación propiamente dicha; el molar incluido deberá ser movilizado según principios mecánicos definidos, pero no a costa de excesiva fuerza, que significa trauma, lo cual se traduce por dolor, molestias y retardo del tiempo de cicatrización.

El elevador llegará a la cara mesial del molar incluido, con punto de apoyo en el borde óseo, y con fuerza ejercida sobre el mango, eleva el molar. En términos generales, esta es la técnica de la extracción; no siempre podrá aplicarse en forma absoluta, porque depende de la posición del molar y de la forma de las raíces.

En otras oaciones se realizará la odontosección, -
la cual tiene algunas ventajas :

- 1.- Disminuye el tamaño del campo operatorio lo que significa menor edema postoperatorio.
- 2.- Se reduce la cantidad de hueso a eliminar.
- 3.- Se suprime casi por completo el trismus post-operatorio.
- 4.- No hay lesión sobre los dientes vecinos.
- 5.- El peligro de fractura de la mandíbula, - queda disminuido, pues no se emplea fuerza mecánica.
- 6.- Previene la fractura de las tablas alveolares externa o interna.
- 7.- En gran número de casos, disminuye el peligro de lesionar el nervio dentario.
- 8.- Se acorta el tiempo operatorio.

La odontosección se podrá realizar con escoplo o -
fresas; las indicaciones para la odontosección, son las siguientes :

- a). Cuando el molar se encuentra en posición vertical, cuando es accesible la cara o

clusal o cuando realiza la osteotomía -- oclusal, sea posible ubicar el escoplo - sobre la cara oclusal.

- b). En posición medioangular, en cualquier - forma de desviación y en la clase I y II.
- c). En posición horizontal.
- d). En posición distoangular.
- e). En posición linguo y buco angular.
- f). En posición invertida o para-normal.

La odontosección es recomendable de realizarse bajo anestesia general, pues de realizarla con anestesia local, es desagradable para el paciente, pues tiene repercusiones en los oídos y en la articulación temporomandibular; al realizarse con escoplo, (impactor) con fresa no habrá ninguna repercusión sobre - las partes antes mencionadas, y podrá realizarse bajo anestesia loca.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

Realizada la extracción del molar incluido, en este tiempo se hará la eliminación quirúrgica del saco - pericoronario y el tratamiento médico de la cavidad ósea.

Eliminación quirúrgica del saco pericoronario: La - eliminación de éste, se llevará a cabo con cuchario.

llas filosas para permitir la separación del saco - conjuntivo y la cavidad ósea alveolar; en caso de - encontrar procesos patológicos, como granulomas me_ siales o distales y la osteítis originada por estas mismas, deberán ser resecaados con la cucharilla, te niendo cuidado de no dejar puntas agudas; en este - caso se eliminarán con limas para hueso, pues es - fuente de hemorragias e infecciones postoperatorias como la alveolitis.

Obturación de la cavidad alveolar; esta obturación - sólo se llevará a cabo en casos de que el alveolo - muestre una excesiva hemorragia, por lesión de los - vasos dentarios o vasos de las paredes; esta obtura - ción se realizará con fibri-nacén (espuma de fibri_ na), celfoam, surgalate de bismuto, ácido tácnico, trombina (líquido y polvo), etc.

SUTURA

Se adopata cuidadosamente el periostio y se vuelve - el colgajo a su sitio.

El cirujano toma las pinzas porta-agujas y con una - aguja curva enhebradora con nylon o seda, se atra - viesa primero el colgajo lingual, después el bucal - para el lado derecho y a la inversa para el lado iz - quierdo, se retira la aguja y se hace el nudo, va - linedose de las pinzas porta-agujas.

3.- INDICACIONES POST-OPERATORIAS

El cuidado post-operatorio, consiste en indicacio -

nes que daremos al paciente, para que nuestra inter
vención sea un total éxito :

Una higiene bucal muy escrupulosa de las piezas no-
afectadas acelerará la curación y eliminara el olor
y los gustos desagradables; se indicará el uso de -
dentríficos para la limpieza, evitando la zona afec
tada.

El frío local se usa en todos los casos de traumas-
en que no existe infección aguda, con el fin de dis
minuir la inflamación.

El frío controla la hemorragia por vasoconstricción
evitandose por lo tanto hematomas y la equimosis lo
cal.

El frío retarda los procesos inflamatorios químicos
y fisiológicos; el uso del frío es limitado en los-
edemas orales; su valor esta en emplearlo al princi
pio y por un tiempo no muy prolongado, y en la ciru
gía bucal tiene aplicaciones aún más limitadas, co
mo: procedimientos post-operatorios en la reduc
ción de fracturas, odontectomía y otros trastornos,
en los cuales la infección no es un factor; después
de ocasionar un traumatismo en la mandíbula, con la
intención de reducir la inflamación y la acumula
ción de líquidos tisurales y exudados, para aliviar
el dolor en las neuralgias faciales y pulpitis, etc.

La terapia del frío es aplicada por medio de bolsas
de hielo, paños fríos o hielo picado en una toalla;
su aplicación es intermitente por períodos no mas -
largos de 20 minutos, ya que puede producir conge
la

ción, ocasionando necrosis y gangrena.

Si el uso del frío en caso de inflamación no produce la reducción del proceso después de 24 hrs., deberá intentarse tratamiento por calor.

La aplicación del calor local, aumenta la vascularización, produciendo una hiperemia, apresura el drenaje de los líquidos extracelulares y en presencia de una infección patogénica, ayuda a precipitar la evolución de la colección purulenta.

Ya que la inflamación es una respuesta del organismo a los traumas y agresiones bacterianas, y una línea de defensa para combatir tanto una como la otra. Los leucocitos son las más importantes células de la defensa orgánica, los macrófagos, los linfocitos y antígenos específicos, son los refuerzos secundarios.

La alimentación del paciente será a base de una dieta blanda, bien balanceada, las primeras 48 horas.

Indicaremos también una terapia a base de analgésicos y antibióticos, aconsejándose de estos últimos la penicilina sódica cristalina, a una dosis de 50,000 miligramos por kilo de peso, administrando la dosis total así calculada cada 6 hora, de día y noche.

4.- COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

Entre las complicaciones que se presentan con mas

frecuencia, podemos mencionar: el trisma, la infección, los hematomas, la equimosis, la hemorragia y la alveolitis.

TRISMUS

Es la imposibilidad pasajera de abrir completamente las mandíbulas, debido a la contractura de los músculos elevadores del maxilar inferior (maseteros), que están relacionados con lesiones de evolución.

Es en sí, tema de diversas opiniones y que plantea, ante todo, un problema etiológico: puede deberse a causas locales, ya sean traumáticas, inflamatorias o tumorales, y también a causas generales, principalmente a procesos tetánicos.

Reconocer el trismus es sencillo, siendo necesario precisar sus características: aparición rápida o lenta progresiva; intensidad variable, unilateral o bilateral, carácter continuo o no, o si es acompañado por dolor intenso o moderado.

El trismus cede fácilmente a la anestesia general: disminuye de intensidad después de una anestesia local de ambos maseteros, o por la alcoholización del ganglio esfenopalatino.

La etiología del trismus la podemos dividir en:

- a). Causas locales
- b). Causas generales

a). Causas Locales

Traumáticas, fracturas de la región condilea de la apófisis coronoides o de la rama ascendente del maxilar inferior, o del ángulo maxilar.

El trismus no significa fractura, puede aparecer por heridas que afecten directamente al músculo, o heridas cutáneas con hematomas o cuerpos extraños intramusculares y por pequeñas contusiones, a las que se agregan el choque psíquico; por último, también puede aparecer simplemente como una secuela. En otros casos se puede tratar de traumatismos operatorios especialmente después de la extracción de dientes y todavía es más frecuente en la extracción del tercer molar.

Inflamatorias

Con más frecuencia se trata de la complicación de una infección (espícula supurada de un molar inferior) que determina un estioflegmon o una celulitis premaxilar limitada.

Estas celulitis son externas o internas; en estas últimas el trismus es más precoz y se acompaña de disfagia intena, especialmente si se trata de un flegmon-periamigdalino de Escar o Pterigomaxilar.

Durante los accidentes producidos por la aparición del tercer molar, es también - un elemento importante, el trismus se acompaña de la pericoronitis supurada, - que origina también otros accidentes infecciosos en la mucosa.

El trismus es uno de los signos principales de la ostiomielitis hematógena del maxilar inferior de los adolescentes en su fase de localización. Se puede encontrar también en el curso del flegmón difuso y de los flegmones limitados.

Las estomatitis que se extienden considerablemente hacia atrás, pueden ser responsables de la aparición de trismus : - es también un síntoma constante de la artritis temporomaxilar y miositis supuradas agudas, en ciertas lesiones lúeticas de los músculos masticadores.

Tumorales

El trismus en estos casos, tiene un importante pronóstico en el cáncer ya diagnosticado, pues sirve de indicio de la extensión, ya sea que afecte al arco cigomático, o bien en forma de un epitelio ma peringual o una neoplasia del velo del paladar o de la amígdala.

b). Causas Generales

Estan producidas por la posibilidad de infección, es un signo constante, un - sintoma señal, que es relativamente - muy precóz, moderado al principio y - posteriormente intermitente, es progre - sivo y toma lentamente el carácter de - las contracturas tetánicas.

En ciertos casos, la infección tetáni - ca es de localización exclusivamente - cefálica y puede acompañarse o no de - parálisis facial o de afectaciones de - otros nervios craneales.

Infección

Es la invasión de los tejidos orgáni - cos por microorganismos patógenos, los - cuales se multiplican rápidamente oca - cionando un proceso patológico, los - gérmenes infectantes más comunes, son - estreptococos alfa y beta hemolítico, - los estafilococos con menos frecuencia - el mycobacterium tuberculosis y el ac - tinomyces.

El mejor tratamiento posible es la pre - vención que trata de evitar fundamen - talmente la osteomielitis en el enfermo. El cirujano dentista debe intentar fa - cilitar el drenaje, evitándose con -

ello nuevos caminos a la infección.

Ocasionalmente se utilizan antibióti _
cos, algunos en grandes dosis, para lo
grar evitar el progreso local de la in
fección y hasta la necrosis ósea.

Las infecciones se pueden clasificar -
en :

Infecciones Primarias

Que son las primeras manifestaciones -
de la enfermedad en el organismo.

Infecciones Secundarias

Cuando el organismo ha sido debilitado
por una infección primaria, existirá -
en muchas ocasiones predisposición a -
contraer otra infección originada por
el mismo gérmen u otro microorganismo-
patógeno.

Infección Mixta

Ocurre cuando el padecimiento es oca _
sionado por dos o más microorganismos.

Otra clasificación de las infecciones-
se basa en la distribución de los mi _
croorganismos en el huésped :

Infección Local

Cuando los síntomas se localizan en una sola área de la superficie corporal, como ocurre en las heridas.

Infección Focal

Cuando los microorganismos se encuentran originalmente confinados en una región determinada, desde donde se propagan ellos mismos o sus toxinas hacia otras partes del organismo, por medio de la corriente sanguínea.

Infección Sistemática o General

Cuando existe una invasión general hacia todos los sistemas orgánicos.

Las infecciones, a su vez, se pueden subdividir en : bacterianas, septicemias, picemias, sepsis o toxemias.

HEMORRAGIA

Es la salida de la sangre fuera de los vasos y su derrame en la superficie externa, en los intersticios de los tejidos y en las cavidades del organismo. La hemorragia sobreviene, porque en los vasos lesionados las células endoteliales adquieren mayor laxitud, se separan unas de otras y permiten la diapedesis.

Tienen importancia dos factores : primero la elevación de la presión sanguínea, y segundo, la disminución de la coagulabilidad de la sangre. Ya hemos visto que la coagulabilidad de la sangre depende de la rapidez con la que los trombos oblitaren las soluciones de continuidad con los vasos, y es indudable que cuando está disminuida la coagulabilidad de la sangre, se presentan dificultades para la formación de los trombos, principalmente en las lesiones vasculares quirúrgicas, en las cuales se presentan hemorragias terribles,

Es una herida, la hemorragia separa los tejidos y aumenta el trabajo que deben efectuar las células vivas para unir los bordes de la lesión. Son un medio excelente para el desarrollo de bacterias y favorecen la aparición de infecciones, a causa de la lesión que produce, dificulta el riego sanguíneo de las células o retrasa su crecimiento.

La necesidad de lograr la hemorragia ideal, no justifica el empleo de sutura o ligaduras innecesarias, que vienen a constituir en ocasiones, o otros cuerpos extraños, y dificultan, por lo tanto el riego sanguíneo.

Según el tiempo en que se presenta la hemorragia puede ser clasificada como :

Hemorragia Primaria

Se presenta en el momento de la cirugía y se atribuye al corte de los vasos sanguíneos.

Hemorragia Intermedia

Se refiere al sangrado que se presenta 24- horas después de la cirugía.

Hemorragia Secundaria

Se presenta 24 horas después de la cirugía y suele atribuirse a diversos factores como trauma intrínseco o infección.

Las consecuencias patológicas pueden dividirse en generales y locales; las primeras se limitan a la disminución de la cantidad de sangre del volumen total, y las segundas consisten en el incremento de la presión ejercida localmente por la sangre - derramada, pudiendo dar lugar a varios efectos :- puede ser favorable por impedir o retardar otras - hemorragias, pero a medida que sea mayor la importancia funcional del órgano en que se producen - las consecuencia, serán de mayor trascendencia.

HEMATOMA

Es una variedad de hemorragia; se le llama hematoma a toda colección sanguínea enquistada'

El hematoma carece de circulación, hasta que se - organiza, por lo que puede albergar bacterias y - propiciar el desarrollo de alguna infección. La - falta de circulación del hematoma, nulifica el - tratamiento con antibióticos. La formación de he - matomas generalmente puede evitarse, ejerciendo -

control sobre el sangrado operatorio y post operatorio; los apósitos de presión aplicados directamente a los sitios quirúrgicos, son muy eficaces si son dejados en su lugar 12 o 24 horas; esto asegura buena adaptación del mucoperiostio al hueso, reduciéndose así la frecuencia de la formación de hematomas.

Sin embargo, si se forman hematomas, deberán ser evacuados mediante una incisión adecuada y drenaje.

EQUIMOSIS

Es otra variedad de hemorragia; las pequeñas hemorragias puntiforme o denominada petequias; cuando son de mayor magnitud, se les llaman zonas equimosis y se pueden observar después de algunos procedimientos dentro alveolares y que pueden alarmar al paciente. Esto desaparece generalmente en 10 o 14 días; son más frecuentes en los ancianos.

ALVEOLITIS

Es una de las complicaciones post-operatorias más frecuentes y más desagradables.

Alveolo seco, osteitis alveolar, alveolo necrótico, y ostiomielitis localizada, son sinónimos utilizados para describir la afección que se presenta cuando se desintegra el coágulo sanguíneo; las terminaciones nerviosas que quedan expuestas a la cavidad bucal, provocando con frecuencia dolor intenso.

Deberá instituirse un tratamiento para aliviar el dolor grave y persistente asociado con esta afec_ ción; consistente en la aplicación de un agente - local para aliviar el dolor y un antiséptico para combatir cualquier infección localizada que pudie_ ra existir.

CONCLUSIONES

Debemos considerar que el problema del tercer molar inferior incluido, afecta un porcentaje elevado de la población. Por lo tanto, es muy importante que el cirujano dentista formule un diagnóstico definitivo y certero, por medio de los estudios tan avanzados que hay, para reconocer y evitar las complicaciones que pueden surgir.

No debemos olvidar lo importante que es tener a la mano todas las medidas de urgencia, con un buen equipo o personas capacitadas en el lugar de la operación; durante el acto no debemos de tomar riesgos en aquellos pacientes en que exista la duda de ser hospitalizados.

Es muy importante la conducta del cirujano y del equipo durante el acto quirúrgico, ya que el éxito de la operación está determinado por la cooperación del equipo en conjunto que desarrollan.

La mayor parte de los pacientes para cirugía bucomaxilar son ambulatorios y generalmente están en buen estado de salud. El facultativo prudente recomendará que siempre existe posibilidad de enfermedades generales, relacionadas o simultáneas, con las manifestaciones de dolor dentomaxilar que pudieran causar complicaciones durante la cirugía o después de la misma.

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

- 1.- Frank M. Mc Crthy
EMERGENCIA EN ODONTOLOGIA
Editorial " El Ateneo ", Buenos Aires 1973.
2a. Edición
536 p.
- 2.- Marcus A. Krupp, Milton J. Chatten.
DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO
Editorial " El Manual Moderno ", México 1975.
10a. Edición
1196 p.
- 3.- C. Allin Charles
**CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA, URGENCIAS
ODONTOLOGICAS**
Editorial Interamericana, México, 1973.
564 p.
- 4.- Ries Centeno Guillermo A.
CIRUGIA BUCAL
Editorial El Ateneo, Buenos Aires 1979.
8a. Edición
680 p.
- 5.- Costich - White
CIRUGIA BUCAL
Editorial Interamericana, México 1974.
224 p.