

870122
25
24

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA BUCAL MAS
FRECUENTE EN EL CONSULTORIO DENTAL**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

ARTURO JESUS COBO OLIVAR

ASESOR DR. MARIO GOMEZ DEL RIO

GUADALAJARA, JALISCO, 1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA BUCAL MAS FRECUENTE EN EL CONSULTORIO DENTAL.

INTRODUCCION.

CAPITULO 1: EQUIPO NECESARIO DE CIRUGIA EN EL CONSULTORIO DENTAL:

- 1.- Instrumental para la limitación del campo operatorio.
- 2.- Instrumental para tejidos blandos.
- 3.- Instrumental para tejidos duros.
- 4.- Instrumental de punción.
- 5.- Instrumental de drenaje.

CAPITULO 2: ANESTESIA

- 1.- Definición.
- 2.- Clasificación de las técnicas intraorales.
- 3.- Clasificación de las técnicas extraorales.
- 4.- Accidentes y complicaciones de la anestesia.

CAPITULO 3: LA CIRUGIA BUCAL EN EXODONCIA

EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS:

- 1.- Definición y etiología.
- 2.- Clasificación.
- 3.- Anestesia.
- 4.- Técnica quirúrgica.
- 5.- Cuidados Post-operatorios.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

" I N T R O D U C C I O N "

INTRODUCCION

La amplia investigación y el creciente interes que ha despertado la difusión de la ciencia odontológica, ha llevado a muchos cirujanos dentistas a dedicarse de lleno al ejercicio y práctica de algunas de las especialidades que en gran número encontramos en nuestra profesión, llámense: Prostodoncia, Endodoncia, Parodoncia, Prótesis o Exodoncia por solo nombrar algunas.

Entre ellas una de las más importantes e interesantes a la vez es la Cirugía Bucal.

Por lo tanto, al dedicarse el profesional a una sola especialidad se olvida muchas veces de las demás especialidades sin tomar en cuenta muchas veces la relación que estas tienen entre sí.

Sin embargo, pienso que el dentista de práctica general al tratar de hacer una buena Odontología, debe de conocer y de practicar todas y cada una de las especialidades y practicarlas con verdadera honradez profesional, conociendo la relación íntima que existe entre cada una de ellas.

De tal manera que he pensado en enfocar los procedimientos más frecuentes que se utilizan en la cirugía bucal, que se presentan en el consultorio odontológico de práctica general.

CAPITULO 1
EQUIPO NECESARIO DE CIRUGIA EN EL
CONSULTORIO DENTAL.

- 1.- Instrumental para la limitación del campo Operatorio.
- 2.- Instrumental para tejidos Blandos
- 3.- Instrumental Para tejidos Duros
- 4.- Instrumental de Punción
- 5.- Instrumental de Drenaje

INSTRUMENTAL

Para poder llevar a cabo una intervención quirúrgica en la cavidad oral, debemos tener instrumental especializado y saber con seguridad lo que pretendemos al realizar la cirugía bucal, además del conocimiento necesario de la anatomía de la región.

En términos generales, la cirugía bucal se propone intervenir la encía, llegar hasta el hueso, practicar una ventana en él y por dicha ventana eliminar la patología existente, como puede ser un diente o un tumor, éct.

Consiguiendo dicho objeto, se vuelven los tejidos a su sitio normal, dándose por terminada la intervención. (6)

1.-INSTRUMENTAL PARA LA LIMITACION DEL CAMPO OPERATORIO

Para limitar el campo operatorio en una intervención quirúrgica, vamos a utilizar compresas esterilizadas que son de hilo de algodón de color blanco o verde y que nos van a servir para cubrir la cara del paciente, dejando al descubierto la nariz y la cavidad bucal, así mismo vamos a utilizar las pinzas de campo que nos van a servir para tomar o fijar las compresas estériles. (6)

2.-INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS BLANDOS

BISTURI.- Para cirugía bucal, existen tres hojas de uso general y dos mangos de bisturí. Las hojas son de Bard Parker núms. 11, 12 y 15, y los mangos son 7 y 3.

La hoja núm. 11 se emplea principalmente para la incisión y el drenaje cuando se prefiere un tipo de incisión a ---

manera de punción y cuando es necesario el corte a ciegas de tejidos profundos.

La hoja núm. 12 está especialmente adaptada para la incisión de margen gingival y se presta para seguir las líneas cervicales de los dientes.

La hoja núm. 15 es para uso general y es la empleada con mayor frecuencia. Esta es muy buena para la mayor parte de las incisiones de la piel y de las mucosas.

Al usar el bisturí, se utiliza la toma de lápiz. Las puntas del cuarto y quinto dedos descansan sobre una base sólida. El tejido deberá ser tensado mientras que la porción curva de la hoja se coloca sobre la superficie tisular. A continuación se hará presión firme hacia abajo y se tirará de la hoja con movimiento continuo hasta la distancia deseada. Deberá aplicarse presión uniforme sobre la hoja, y al terminar el corte deberá levantarse el mango terminando con la punta de la hoja.

Al cortar mucoperiostio, la incisión deberá hacerse directamente hasta el hueso con un solo movimiento.

Cuando sea posible, debemos siempre hacer incisiones completas. El parar a la mitad de una incisión es innecesario, aunque sea evidente el sangrado.

La hemorragia puede ser controlada tan pronto como haya sido terminada la incisión. (3)

TIJERAS.— Hay dos tipos principales de tijeras para uso general, denominadas tijeras para sutura y tijeras para tejidos.

Las tijeras de Mayo curvas de 15 cm con dos puntas afiladas son muy útiles para la disección así como para el corte de los márgenes de las heridas. Al recortar los márgenes de las heridas resulta conveniente inmovilizar

el tejido usando el fórceps para tejido que permitirá un corte preciso y cuidadoso.

Al hacer disección o socavar con las tijeras los márgenes cortados son inmovilizados nuevamente con fórceps y - las tijeras son insertadas en la posición cerrada abriéndolas posteriormente con fuerza.

El motivo de esta técnica es hacer la disección roma de los tejidos con hemorragia mínima y sin el riesgo de cortar estructuras anatómicas significativas.

El socavado suele hacerse para permitir llevar tejido -- hasta un nuevo sitio y para disminuir la tensión al suturar el colgajo hasta su nueva posición. (3)

PINZAS DE DISECCION.- Este tipo de instrumental es de vital importancia en cualquier intervención quirúrgica ya - que nos van a ser útiles en la preparación de colgajos y en otras etapas de nuestro trabajo, y por tal motivo existen varias formas pero sólo nombraremos las más importantes de las que se usan en cirugía bucal en el consultorio dental como son:

Pinzas de disección desdentadas que nos sirven para to-- mar la fibromucosa sin lesionarla.

Pinzas con diente de ratón, pinzas que tienen tres pequeños dientes que se engranan y que van a permitir sostener el colgajo.

Las pinzas de Allys llamadas también pinzas atraumáticas nos ayudan para sostener la fibromucosa bucal delicada, - sin desgarrarla y sin lesionarla. (3)

LEGRAS, PERIOSTOTOMO, ESPATULAS ROMAS:

Las legras, como los periostótomos y las espátulas romas - son también de vital importancia en la cirugía bucal ya - que nos sirven en el despegamiento y separación de la fibromucosa primeramente incidida por el bisturí, con el objeto de realizar lo que se llama colgajo y dicho colgajo - lo liberaremos con la legra, la cuál se insinúa entre los labios de la herida y entre el mucoperiostio y el hueso, - pero éste cometido lo podemos realizar también con el periostótomo.

Las espátulas pueden ser rectas o acodadas; éstas últimas es decir las acodadas están indicadas en sitios de -- difícil acceso como son la bóveda palatina y la cara lingual del maxilar inferior.

Las espátulas también nos sirven cuando efectuamos el -- despegamiento de las bolsas, de los quistes del hueso que las aloja. (3)

SEPARADORES.- En el curso de una intervención quirúrgica de la cavidad bucal es necesario utilizar los separadores con el fin de mantener apartados los labios, con el propósito de no herirlos, ó también los colgajos para que no -- sean traumatizados.

Solamente nombraremos los más importantes y los que más se usan en las intervenciones quirúrgicas de la cavidad - bucal.

Separadores de Farabeuf.- Este instrumento tiene la característica de tener sus dos extremos acodados.

Separadores de Volkmann.- Este tipo de instrumento consta de un tallo y de un mango que termina en forma de diente, los cuales se colocan debajo del colgajo y así los mantiene fijo. (3)

ESCOPILOS: El uso de los escoplos en cirugía bucal es importante y a la vez es muy frecuente ya que nos va a servir para reseca el hueso que cubre el objeto de la intervención, como puede ser la tabla externa en las extracciones dentarias, el hueso mesial, distal o bucal en las extracciones de tercer molar inferior retenido, el hueso palatino que protege a los caninos u otro diente retenido en el paladar y en general la tabla ósea vestibular, para eliminar los quistes de distintos tipos que se llegan a desarrollar en el maxilar.

El escoplo es una barra metálica, uno de cuyos extremos está cortado a bisel a expensas de una de sus caras y convenientemente afilado, y se manipula a presión, o bien accionados a golpes de martillo, dirigidos sobre la extremidad opuesta al filo, el escoplo puede ser accionado también por el torno dental, llamándose a éste tipo de escoplo, escoplo automático, teniendo puntas intercambiables las cuales tienen distintas formas y distintas funciones.

Este tipo de instrumento no es de gran utilidad en las maniobras de odontosección es decir en la separación de dientes.

Existen varios tipos de escoplos pero todos varían entre sí en detalles, la hoja del escoplo puede ser recta o bien estar ahuecada en mediacaña.

En la actualidad se usa más la fresa quirúrgica ya que es menos traumática. (4)

ALVEOLOTOMO: Este instrumento lo utilizamos en la resección del hueso (osteotomía). Los bocados pueden ser rectos o bien curvos y actúan extrayendo el hueso, por mordiscos sobre el tejido, previa preparación de una puerta de entrada con el escoplo o directamente, como cuando se de--

sea eliminar bordes cortantes, crestas oseas o trozos oseos que emergen de la superficie del hueso.

Existen varios tipos de alveolotomos y dentro de éstas - variedades que residen en la angulación de sus ramas o en la disposición de su parte cortante. (4)

FRESAS: El empleo del torno dental en intervenciones quirúrgicas de la cavidad bucal es de extraordinaria utilidad. La fresa puede sacar el hueso por sí sola o bien nos sirve para abrir camino a otros instrumentos.

Las fresas quirúrgicas más utilizadas son la de Chamber y las de Allport. (4)

LIMAS PARA HUESO: Este tipo de instrumento nos sirve para la preparación de maxilares destinados a llevar aparatos de prótesis o para alisar bordes y eliminar puntas óseas.

Pinzas de Kelly: Este instrumento se utiliza para realizar hemóstasis en la intervención pero en realidad su uso en cirugía bucal es un poco frecuente ya que son pocas -- las oportunidades de ligar vasos, por tratarse de vasos pequeños, de la fibromucosa.

Hay dos tipos de tales pinzas, la común y la mosquito:

Las pinzas de Kelly se usan en intervenciones quirúrgicas de la cavidad bucal para sostener colgajos o bien para tomar bolsas quísticas. (4)

CUCHARILLAS PARA HUESO: Este instrumento nos va a ser de gran utilidad cuando tengamos que remover granulomas, fungosidades, quistes del interior de las cavidades oseas.

Existen gran variedad de estos instrumentos, los hay rectos y acodados cuya parte activa puede tener formas y diámetros distintos. (4)

PINZAS PARA EXTRACCIONES DENTARIAS Y ELEVADORES:

Este tipo de instrumentos son útiles para exodoncia.

Material para Sutura: La sutura es una parte sumamente importante en la cirugía bucal incluyendo aún la exodoncia.

En cualquier intervención quirúrgica por pequeña que sea es sumamente importante emplear agujas que estén en consonancia con la delicadeza de los tejidos bucales, ya que estos son finos y delicados y están propicios a desgarrarse y por tal razón es recomendable usar agujas rectas o curvas pero que sean sencillas y de pequeñas dimensiones.

Las agujas curvas son de dos tipos concavoconvexas en el sentido de sus caras y concavoconvexas en el sentido de sus bordes, de estos dos tipos de agujas las más recomendables son las concavoconvexas en el sentido de sus caras y que al perforar la mucosa, la herida que dejan es paralela al trazo de la incisión.

Otro punto importante para el uso de las agujas curvas es que en las agujas curvas concavoconvexas en relación con sus caras la tracción que ejerce el hilo de sutura en el labio de la perforación no tiene acción sobre la herida del primer término, en cambio, en el otro tipo de aguja curva la brecha tiende a agrandarse y desgarrarse. (4)

PORTAAGUJAS: Este tipo de instrumento es de gran utilidad ya que sin él no podemos llevar a cabo la sutura debido a que las agujas son muy pequeñas y no pueden ser dirigidas a mano y es por tal razón que debemos de valernos del portaagujas ya que con él vamos a tomar la aguja en el sentido de su superficie plana y en ésta forma vamos a guiar sus movimientos. (4)

SONDA ACANALADA: Este tipo de instrumento nos va a servir en una intervención quirúrgica o bien con fines diagnósticos.

Este instrumento es de gran utilidad para drenar absesos una vez que han sido incididos por el bisturí, o bien para practicar cortes que requieren cierta delicadeza usando - en éste caso la parte acanalada de la sonda en la cual va a servir de guía. (4)

4.- INSTRUMENTAL DE PUNCIÓN

La punción exploradora con fines de diagnóstico o bien -- durante el transcurso de una intervención quirúrgica tiene que ser realizada con agujas de calibre suficiente -- para que pasen las colecciones líquidas muchas veces de -- consistencia purulenta como la que encontramos en los quistes supurados, para esto usaremos jeringas de vidrio con agujas de un calibre suficiente que permita el drenaje -- del líquido o bien llevar los líquidos opacos para realizar radiografías de contraste. (10)

5. INSTRUMENTOS PARA DRENAJE

Toda cavidad que posea líquidos purulentos necesitan ser comunicados al exterior, tal es el fin del drenaje, y éste se efectúa por diversos procedimientos y en cirugía bucal -- son dos los procedimientos importantes que son el drenaje por tubos y el drenaje por gasas.

El drenaje por tubos es incómodo, molesto y prácticamente no se le puede mantener en la boca, su indicación está -- dada para drenar focos oseos, cutáneos y ganglionares a -- través de la vía extraoral.

Estos tubos son de caucho, de diámetro variable, pero menor de medio centímetro y su largo va de acuerdo al proceso por drenar.

El tubo se debe sostener fijo a la piel atravesándolo -- con un alfiler de gancho, cuando es un drenaje extraoral.

Cuando usamos dicho drenaje dentro de la cavidad bucal -- se atravieza con un hilo el cual lo sujetamos a un diente

En el drenaje por gasa se va a utilizar una tira de gasa con los bordes doblados, en éste caso la gasa actúa por -- capilaridad.

La gasa la podemos utilizar simple o bien utilizando medicamentos como el yodoformo.

CAPITULO 2
A N E S T E S I A

1.- Definición

2.- Clasificación de las técnicas Intraorales

3.- Clasificación de las técnicas Extraorales

4.- Accidentes y Complicaciones de la Anestesia

1.- ANESTESIA

El control del dolor es extremadamente importante en Odontología; tan importante que muchos enfermos prefieren no asistir - al odontólogo pensando que este puede causarle molestias.

Es tan importante saber que técnicas de anestesia podemos administrar a nuestros enfermos para no causar algún accidente o complicación después o durante la aplicación de dicho anestésico, por esta razón definiré lo que es anestesia y enumeraré las técnicas tanto intraorales y extraorales así mismo los accidentes y las complicaciones de la misma.

DEFINICION:

La palabra anestesia proviene del griego:

AN - Privativo y AISTHESIS - Sensibilidad

Teniendo dichas raíces griegas podemos definir a la anestesia tanto local como general de la siguiente manera:

Anestesia Local.- La anestesia local es la falta de sensibilidad transitoria, sin pérdida de la conciencia, provocada por la administración de una droga en el sitio de su aplicación.

Anestesia General: La anestesia general es la privación temporal de la sensibilidad con pérdida de la conciencia. (5)

2. CLASIFICACION DE LAS TECNICAS INTRAORALES

Se clasifican en : Técnicas intraorales del maxilar superior - que son:

SUPRAPERIOSTICA.- En esta técnica el dentista debe mantener el labio y la mejilla del enfermo entre el pulgar y el índice estirándolos hacia afuera a fin de distinguir bien la línea de separación entre la mucosa alveolar movable y la mucosa gingival firme y fija.

La aguja se inserta en la mucosa alveolar, cerca de la gingival, y se deposita inmediatamente una gota de la solución anestésica en este punto. Se espera unos cuatro o cinco segundos, después de lo cual el dentista empuja la aguja hacia la región apical del diente que quiere anestésicar.

La profundidad de la inserción de la aguja no debe pasar de unos cuantos milímetros. Entonces se inyecta lentamente la solución, sin provocar distensión o hinchazón de los tejidos.

Los mejores resultados suelen observarse con medio centímetro cúbico de solución inyectada durante un lapso de dos minutos. (1).

BLOQUEO DEL NERVIO PALATINO ANTERIOR Y ESPENOPALATINO:

(Palatino Anterior) En esta técnica se coloca el bisel de la aguja en sentido plano sobre la mucosa distal del primer molar y en un punto medio entre el borde gingival y la bóveda del paladar.

Se advierte al paciente que sentirá la presión del bisel de la aguja, se aprieta lentamente el émbolo de la jeringa para forzar la solución contra el epitelio. Al observar que la mucosa palpidece, se disminuye la presión enderezándose la aguja, se inyecta una gota de la solución y se espera unos cuatro o cinco segundos.

entonces se empuja la aguja unos cuantos milímetros volviendo a inyectar una gota de la solución y se espera otra vez unos segundos, no se debe inyectar más de 0.5 de milímetro.

(Esfenopalatino) En esta técnica el bisel de la aguja se coloca en sentido plano contra la mucosa y sobre el lado de la papila incisiva, apretándolo contra la mucosa. Se inyecta la solución. Después de una pausa de unos cuantos segundos se dirige la aguja por debajo de la papila y se inyectan lentamente 0.25 a 0.5 ml de la solución. (1)

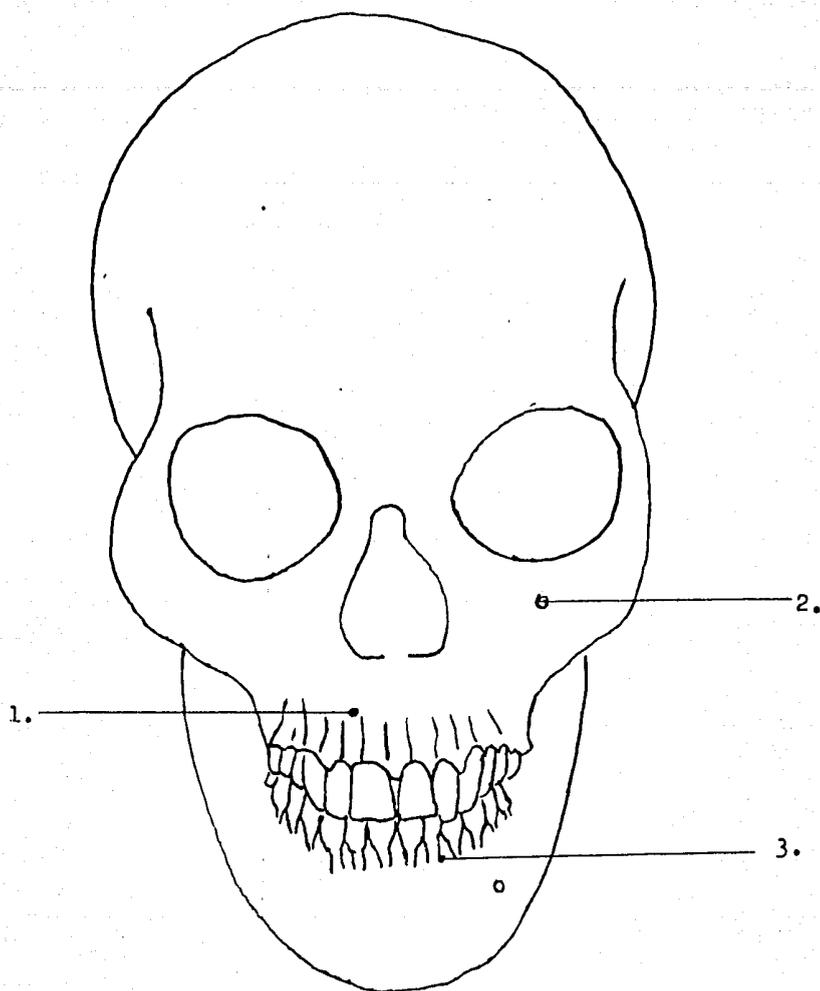
BLOQUEO DEL NERVIIO INFRAORBITARIO

Utilizando uno de los métodos antes descritos, el dentista --- sitúa gradualmente el agujero, y coloca sobre él la yema del índice. Entonces con el pulgar, levanta el labio y la mejilla hacia arriba y afuera. Sujetando la jeringa como una pluma, se -- coloca la aguja paralelamente al eje del segundo premolar, y la misma jeringa se apoya ligermanete en el labio inferior. Se inserta la aguja de tal manera que al alcanzar la fosa suborbitaria su extremidad apunte hacia la punta del dedo. Cuando la --- punta de la aguja haya penetrado en la mucosa se inyecta una gota de la solución anestésica, esperando unos cuatro o cinco -- segundos antes de empujarla otra vez lentamente.

Generalmente, al penetrar la aguja en el tejido alveolar adi-- poso, entre los musculos elevador propio del labio superior y -- canino, el enfermo casi no experimenta molestia. Pero si el enfermo manifiesta dolor, se detiene la aguja para inyectar 0.06-0.12 ml de la solución y se espera unos segundos para obtenerla anestesia. (1)

BLOQUEO DEL NERVIO DENTAL POSTERIOR (TUBEROSIDAD)

Con la boca sólo ligeramente abierta, se pide al paciente mover el maxilar inferior hacia el lado de la inyección, lo cual procura más campo para la manipulación de la jeringa entre la apófisis coronoides y el maxilar superior.



- 1.- Lugar en que se aplica la tecnica ánestesica suprapariostica.
- 2.- Lugar en que se aplica la tecnica ánestesica del nervio infraorbitario.
- 3.- Lugar en que se aplica la tecnica ánestesica del nervio incisivo.

El pulgar estira la mejilla hacia arriba y afuera, se inserta la aguja através de la mucosa movable y se inyecta una gota de la solución. Después de cuatro a cinco segundos se empuja la aguja unos cuantos milímetros hacia arriba, adentro y atrás, inyectando una gota de la solución anestésica antes de llegar al periostio y se inyecta una gota de solución en cada etapa.

En el momento que la aguja pierde contacto con la curvatura de la tuberosidad se hace una pausa, se aspira con la jeringa y se inyecta 0.5 a 1 ml de la solución. (1)

BLOQUEO DEL NERVIO MAXILAR SUPERIOR

La aguja se inserta en el punto más alto del vestíbulo, generalmente arriba del ultimo molar y a cierta distancia de la mucosa alveolar, dirigiéndola hacia arriba, adentro y atrás.

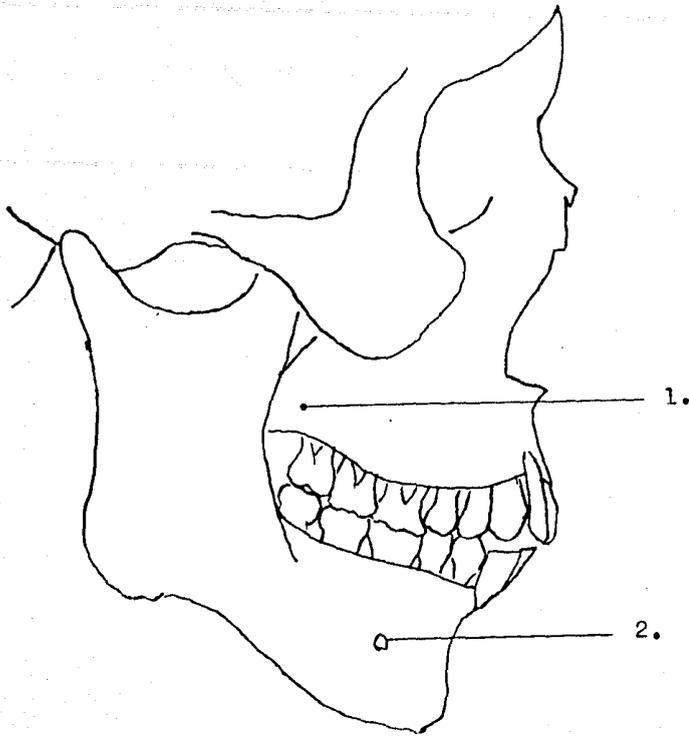
La aguja no debe tocar el periostio, sino hasta después de haber penetrado unos 15 mm. Antes de tocarlo se inyectan dos gotas de la solución y se dejan transcurrir unos cuantos segundos antes de proseguir el avance de la aguja a lo largo del periostio, inyectando entonces otra cantidad pequeña de la solución anestésica. Se vuelve a esperar otros segundos antes de empujar la aguja e inyectar una pequeña cantidad de la solución.

Este método hace que la inyección sea indolora y sin sensaciones propioceptivas. (1)

Las técnicas intraorales del maxilar inferior son:

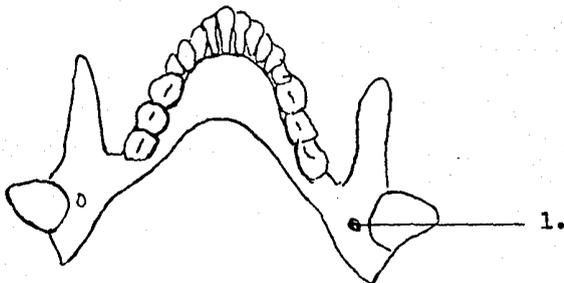
BLOQUEO DEL NERVIO DENTAL INFERIOR, LINGUAL Y BUCAL

En esta técnica se apoya la jeringa en los premolares del lado opuesto y se punciona la mucosa a la altura indicada por la escotadura coronoides, lo más cerca posible del tendón profundo del músculo temporal, pero hacia adentro del cuerpo adiposo.



1.- Lugar en que se aplica la tecnica ánestesica del maxilar superior

2.- Lugar en que se aplica la tecnica ánestesica del nervio mentoniano.



1.- Lugar en que se aplica la tecnica ánestesica del nervio dentario inferior.

Al penetrar en la mucosa, se detiene la aguja y se inyecta una gota de la solución. Después de esperar cinco segundos, el dentista avanza lentamente la aguja unos 0.5 cm; moviéndola ligeramente hacia los lados se puede sentir el tendón profundo del músculo temporal. Como entre este punto y la espina de Spix hay una distancia de 1 cm, se hunde la aguja unos cuantos milímetros más y se inyectan 0.5 ml, si se quiere anestesiar el nervio lingual.

Bloqueo del nervio bucal: La técnica más sencilla fue elaborada por Sloan. La inyección se hace aproximadamente a un centímetro por encima del plano oclusal y a unos cuantos milímetros hacia adentro del borde anterior del maxilar inferior. (2)

BLOQUEO DE LOS NERVIOS MENTONIANO E INCISIVO

El mismo aplicador de algodón que fue utilizado para extender el antiséptico es empleado como sonda para encontrar la depresión en forma de embudo donde desemboca el conducto mentoniano.

El aplicador se sujeta apuntando hacia abajo, hacia adelante y medialmente. Habiendo encontrado la depresión, el dentista pide al ayudante que mantenga firmemente el aplicador en esa posición y coloca la jeringa en la misma dirección, pero ligeramente posterior al aplicador. Al quitar el ayudante el aplicador, queda una ligera depresión en la mucosa. Se inserta entonces la punta de la aguja en dicha depresión, inyectando una o dos gotas de la solución. La aguja avanza lentamente hacia el agujero, se inyectan unas cuantas gotas dejando transcurrir cuatro o cinco segundos antes de deslizar la punta de la aguja en el conducto donde se inyectan lentamente 0.5 ml de la solución, obteniéndose la anestesia de los dientes anteriores a los molares.

Bloqueo de la fosa incisiva: La eficacia de esta inyección se debe a la presencia de pequeños canaliculos nutricios en el hueso cortical del piso de la fosa incisiva. Se suele obtener una anestesia pulpar y quirúrgica de los incisivos, depositando lentamente un ml de la solución. (2)

3.-CLASIFICACION DE LAS TECNICAS EXTRAORALES

La anestesia extraoral es la que se practica a través de la piel. Se clasifican en:

BLOQUEO DEL NERVIOSUBORBITARIO

Los tejidos de la cara deben limpiarse con jabón y agua, después con alcohol y, finalmente, se pintan con mertiolato. Se utilizan guantes estériles. Para la inyección preliminar se suele emplear una aguja delgada, puntiaguda, de 2.5cm de largo que se inserta -- justo al lado de la ventana de la nariz, en el surco nasolabial.

Para la anestesia del lado derecho, se busca con el índice el -- agujero infraorbitario. Se coloca el pulgar en el surco nasola-- bial, apretándolo hacia arriba y en dirección del dedo índice para desplazar, también hacia arriba, la mejilla y estirar la piel - en vista de la inyección. Entonces se hunde una aguja del núm 25 de bisel corto y de 2.5cm de largo en el surco nasolabial desviado hacia arriba, dirigiéndola hacia el agujero. Al inyectar unas gotas del anestésico alrededor del agujero el dedo índice sentirá la solución que "mana" por el tejido. Entonces se espera unos 10 segundos para obtener la anestesia del área y se prosigue el -- avance de la aguja dentro del conducto sobre una distancia de -- uno o dos milímetros. Se inyectan de 0.5 a 1 ml de la solución - en un lapso de dos minutos y, al mismo tiempo el dedo hace presión sobre el agujero, obligando la solución a difundirse hacia la parte posterior, a lo largo del paquete neurovascular. (7)

BLOQUEO DEL NERVIOMAXILAR SUPERIOR

Se traza una línea horizontal de 2cm de largo y paralela al --- borde al borde inferior del hueso malar que debe cortar la extre- midad superior de una segunda línea de 2cm, trazada paralelamente a la cara anterior de la apófisis coronoides del maxilar inferi- or.

Se unen las líneas horizontal y vertical para obtener un triángulo cuyo centro indica el punto de penetración de la aguja, núm. 20, de 6 cm de largo y de bisel corto, estará provista de un retén de hule, cerca del adaptador. Siguiendo la técnica de Siche la punta de la aguja debe avanzar a lo largo de la tuberosidad -- hasta quedar detenida por el ala externa de la apófisis pterigoides. La señal o el retén de hule se coloca entonces a 5 mm de la piel. Se saca ligeramente hacia arriba, a través de la cisura -- pterigopalatina y 5mm dentro de la fosa pterigopalatina. Generalmente son suficientes de 2. a 4 ml de la solución anestésica, aunque esta cantidad depende del medicamento utilizado. La técnica de Siche amide que la aguja penetre en la cavidad nasal pasando por el agujero esfenopalatino. (7)

BLOQUEO DEL NERVI0 DENTAL INFERIOR

Para determinar la dirección y la profundidad de penetración de la aguja se marcan puntos de referencia extrabuccales. Con el pulgar o un dedo, colocados en la boca, el dentista palpa la escotadura coronoides. Después, utilizando el índice o el pulgar opuestos determina mediante palpación la posición del borde anterior de -- la rama mandibular y de la escotadura coronoides. Con lápiz quirúrgico se procede a marcar la piel para indicar el punto a partir del cual se traza una línea horizontal hasta el borde posterior de la rama ascendente, paralela al borde inferior del maxilar inferior. Se marca una cruz, ligeramente posterior al centro de esta línea horizontal, señalando, así, la mitad del surco mandibular, sobre la misma línea que la espina de Spix. A partir de -- esta señal del punto medio se traza una línea paralela al borde posterior de la rama ascendente y que se extiende hasta un punto situado por debajo del borde inferior del maxilar inferior. Se -- procede ahora a medir la distancia comprendida entre el punto de la punción y la primera línea que fué trazada. El dentista ajusta sobre la aguja una señal estéril para indicar esta distancia.

Se da por asegurado que el enfermo recibió ya la premedicación adecuada. Mediante inyección preliminar se anestesia el tejido blando del sitio de penetración de la aguja. Cuando la aguja está en la posición adecuada se conecta la jeringa de Luer y se procede a inyectar 1 a 2 ml de la solución. (7)

BLOQUEO DEL NERVI0 MENTONIANO

La preparación de los tejidos es la misma que en los demás casos. El punto de inserción de la aguja se encuentra un poco alejado del segundo premolar inferior. Se imprime una dirección anterior medial e inferior a la aguja, hundiéndola hacia el agujero mentoniano e inyectando lentamente la solución. El punto de contacto con el periostio se establecerá ligeramente por encima del punto medio, que se mide sobre la distancia entre el borde gingival de los dientes y el borde inferior del maxilar inferior.

Deslizándose desde la porción apical del segundo premolar, la aguja progresa hacia adelante y abajo para penetrar en el agujero mentoniano. Hemos de recordar que algunas fibras de plexo cervical inervan parte del área submentoniana de la barbilla; por tanto, es necesario hacer una anestesia suplementaria cuando está afectada dicha área. (7)

BLOQUEO DEL NERVI0 MAXILAR INFERIOR

Después de la inyección preliminar, se inserta una aguja grande (núm. 20), larga (60 mm), en el centro de un semicírculo formado por el borde inferior del arco cigomático y el borde superior agudo de la rama mandibular (escotadura sigmoidea). Smith recalca que la aguja, al avanzar, debe mantenerse en ángulo recto con la superficie de la piel. La aguja encontrará el nervio maxilar inferior aproximadamente a 1 cm por delante del agujero de Botal (agujero oval). (7)

4.-ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA

Siempre durante la realización de la anestesia local o después de ella, estamos expuestos a sufrir accidentes y complicaciones - estos pueden presentarse inmediata o posteriormente a la aplicación de la anestesia.

ACCIDENTES INMEDIATOS:

a) Dolor.- Cuando realizamos una punción sin seguir las normas adecuadas, es decir previa anestesia de la piel ect.. la aguja puede tocar alguna parte sensible, originándose por este motivo dolor de distinta índole, intensidad, localización, irradiación, el cuál puede persistir horas y días. (8)

b) Lipotimias, Síncope.- De características muy complejas en su etiología, aunque en la mayoría de las ocasiones es de tipo neurogénico siendo el Stress, la causa principal.

Es un accidente frecuente, durante la realización de la anestesia, el paciente presenta un cuadro que es clásico: Palidez, taquicardia, sudor frío, nariz afilada y respiración ansiosa.

El paciente se puede recuperar en algunos minutos o avanzar su estado a un período más serio pero por fortuna muy poco frecuente.

Síncope; En éste caso el pulso se hace filiforme e imperceptible, la respiración entrecortada.

Tratamiento: Debemos siempre que tener en cuenta dos tipos de tratamiento: el preventivo y el del accidente.

El tratamiento preventivo consiste en:

Poner al paciente cómodo teniendo en cuenta que en cualquier enfermo se puede presentar el accidente, comprobar si no ha punccionado un vaso e inyectar lentamente. Siguiendo esta rutina - existe menor posibilidad de provocar una complicación. (8)

El tratamiento de la lipotimia depende de si ésta es fuerte re- costaremos al paciente en posición de Trendelenburg. Le daremos una taza de café si es posible le haremos oler sales aromáticas en casos más serios será necesario inyectar cafeína ó coramina. (8)

c) Rotura de Agujas.- Accidente raro en anestesia local intra- oral, lo es aún más en anestesia extraoral debido a que generalm- ente usamos jeringas tipo luer por lo que realmente no deben -- romperse las agujas. (8)

d) Parálisis Facial.- Este accidente ocurre generalmente cuen- do anestesiemos el nervio dental inferior, con mala técnica lle- vando la aguja detrás del borde parotideo del hueso inyectando la solución anestésica en la glándula parótida a través de la - cual pasa el nervio facial. La parálisis es temporal y durará - lo que el efecto anestésico. (8)

f) Isquemia de la piel de la cara.- Algunas veces a causa de - la anestesia, se nota sobre la piel de la cara del paciente al-- guna zona de intensa palidez por isquemia de la región.

Esto es debido a la penetración de la solución anestésica con vasoconstrictor, disminuyendo el calibre de los vasos. No necesi- ta tratamiento. (8)

g) Enfisema.- Accidente poco común, se presenta al retirar la aguja después de depositar la solución anestésica.

El tejido blando sufre un abultamiento crepitante que por lo - inesperado causa estupor en el paciente, generalmente no tiene - ninguna gravedad pero tarda varios días en desaparecer. (8)

ACCIDENTES INMEDIATOS

a) Persistencia de la anestesia.- Esta situación se puede presentar después de anestesiar cualquier nervio, la falta de sensibilidad se puede prolongar durante varios días é inclusive durante meses, puede ser debido al desgurre del nervio por agujas defectuosas o por infiltración de alcohol que quede como residuo en la jeringa sobre todo cuando se acostumbre dejar el instrumental en ese material para su esterilidad (8)

Tratamiento: El tratamiento a seguir en éste caso es administrar antineuríticos, del tipo de la vitamina B1 y B12, así como antiinflamatorios enzimáticos o esteroides.

b) Infección en el lugar de la punción.- Este es más frecuente en la anestesia intraoral en la cual una aguja mal esterilizada puede llegar a producir infección. (8)

c) Dolor.- Puede persistir el dolor en el punto de punción cuando hemos inyectado subperiosticamente y ha sido desgarrado el periostio por ejemplo en la anestesia del nervio dentario inferior, también cuando usamos agujas despuntadas.

Tratamiento.- Cuando el dolor persiste por mucho tiempo se pueden aplicar rayos infrarojos y vitamina B y C. (8)

CAPITULO 3

LA CIRUGIA BUCAL EN EXODONCIA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS.

- 1.- Definición y Etiología**
- 2.- Clasificación**
- 3.- Anestesia**
- 4.- Técnica Quirúrgica**
- 5.- Cuidados Post - Operatorios.**

1.- DEFINICION Y ETIOLOGIA

Cuando los dientes no toman sus posiciones normales para funcionar en el arco dentario, se consideran incluidos o impactados y, salvo raras excepciones, deben extraerse.

Algunas de estas excepciones comprenden: (1) Pacientes cuyo estado de salud general es tan precario que tal procedimiento quirúrgico no sería conveniente; (2) Pacientes cuya edad sea tal que en presencia de un diente totalmente asintomático, ese procedimiento resultaría innecesario o no aconsejable. Si una persona joven necesita extracción total debido a caries severa o enfermedad periodontal y existen terceros molares que no hayan hecho erupción, podría recomendarse dejar estos dientes incluidos durante un tiempo y extraerlos después.

Esto se hace para asegurar la protección de la importante almohadilla del área retromolar y la tuberosidad del maxilar - que servirán de soporte a la prótesis durante el largo periodo de uso de la dentadura.

Estos dientes deben extraerse cuando su erupción sea lo suficientemente avanzada que interfiera con la prótesis.

Por otra parte, opino que todos los dientes intentan hacer erupción y penetrar dentro de la cavidad bucal y los dientes impactados deben extraerse, excepto en aquellas circunstancias en que esto sea poco aconsejable o imposible. (4)

ETIOLOGIA.

La causa de los dientes incluidos es más teórica que real y de acuerdo con un autor debería discutirse tomando en cuenta tres teorías separadamente.

La primera y principal, es la teoría ortodóntica, ya que el crecimiento normal de la mandíbula y el movimiento de los dientes, se hacen en una dirección anterior.

Cualquier cosa que interfiera con tal desarrollo,causará inclusión dental. Generalmente el hueso denso resulta de un retardo del movimiento hacia adelante y muchas situaciones patológicas ocasionarán condensación del tejido óseo. Por ejemplo, infecciones agudas, fiebres, traumas severos, maloclusión y la inflamación local de la membrana periodontal pueden incrementar la densidad ósea. La respiración bucal constante, generalmente provoca arcadas dentarias de menor tamaño y en consecuencia, aquellos dientes que hacen su erupción al último, no tienen espacio.

Ocasionalmente, una pérdida temprana de los dientes que hacen su erupción tardía puede causar una detención del desarrollo de la mandíbula y una malposición de los dientes permanentes, dan por resultado inclusiones dentarias.

La segunda teoría de interés es la teoría filogenética; la naturaleza trata de eliminar a aquello que no se usa y nuestra civilización, con sus hábitos nutricionales cambiantes, prácticamente ha eliminado la necesidad humana para tener mandíbulas grandes y poderosas.

Como resultado de esta función alterada, el tamaño de la maxila y mandíbula ha disminuido. En muchos casos, el tercer molar ocupa una posición anormal; está mal formado y puede considerarse como un órgano vestigial sin propósito o función, además es frecuente que haya ausencia congénita del mismo.

Teoría Mendeliana: Parece probable que en forma hereditaria, tal como la transmisión de mandíbulas pequeñas de uno de los padres y dientes del otro - pueda ser un factor etiológico importante en los dientes incluidos.

Ciertamente es posible que se produzcan, en forma artificial, en algunos animales. (4)

2.-CLASIFICACION

Una de las clasificaciones más sencillas y que a mi consideración es bastante correcta es la siguiente.

Dientes Totalmente Incluidos.- Cuando se encuentran cubiertos por un techo continuo de tejido oseo y la mucosa permanece intacta.

Dientes Parcialmente Incluidos e infectados.- Cuando los techos oseos y mucosos están perforados y han penetrado gérmenes produciendo infección.

A ésta clasificación quisiera agregar los calificativos de: Presentación lingual, ó palatina, vestibular, bucal o labial o presentación media según observemos en la radiografía y por último agregar también el nombramiento de la variación que se presente por ejemplo: en giroversión, si es que existe.

Como antes dije en éste mismo capítulo unas de las causas principales de retención ó inclusión de un diente es la falta de espacio en maxilares poco desarrollados encontrando éste problema principalmente en el maxilar inferior.

Me gustaría completar esta clasificación con la que da el Dr. George B, Winter que es una de las más excelentes al referirnos sobre todo a los terceros molares inferiores, los cuales clasifica de la siguiente manera:

a) Relación del diente con la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar:

Clase 1.-

Hay suficiente espacio entre la rama y el lado distal del segundo molar para la acomodación del diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase 2.-

El espacio entre la rama y el extremo distal del segundo molar es menor que

el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase 3.-

Todo o casi todo el tercer molar se encuentra localizado en la rama ascendente del maxilar inferior

b) Profundidad relativa del tercer molar en el hueso:

Posición A.- La porción más alta del diente está a nivel o por encima de la línea oclusal.

Posición B.- La porción más alta del diente está por debajo del plano oclusal, pero por encima de la línea cervical del segundo molar.

Posición C.- La porción más alta del diente está por debajo de la línea cervical del segundo molar.

c) La posición del eje longitudinal del diente del tercer molar inferior retenido en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

1.- Vertical

6.- Bucoangular

2.- Horizontal

7.- Lingoangular

3.- Invertida

Estos pueden presentarse en:

4.- Mesiangular

a) Desviación bucal

b) Desviación Lingual

c) Torsión.

5.- Distoangular

d) Factores que complican la técnica operatoria en la extracción quirúrgica del tercer molar inferior retenido.

1.- Curvatura anormal de las raíces.

2.- Proximidad al conducto dentario

3.- Hipercementosis

4.- Gran densidad Osea

5.- Espacio folicular lleno de cemento o Hueso, lo que se observa con mayor frecuencia en los ancianos.

6.- Ocasionalmente las coronas de los dientes retenidos en pacientes ancianos, son parcialmente reabsorbidos por actividad osteoblástica; el resultado es una anquilosis entre diente y hueso, que necesita una remoción completa de todo el hueso alrededor de la corona antes que el diente pueda ser luxado, o dividido en secciones por la fresa.

7.- Acceso difícil al campo operatorio causado por:

a) Músculo orbicular de los labios pequeños.

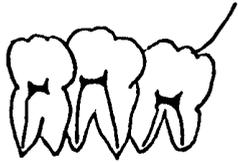
b) Incapacidad para abrir suficientemente la boca.

c) Lengua grande e incontrolable. (9)

A. Tercer molar inferior retenido con inclinación distal. Este es un caso poco común de separación entre el segundo y el tercer molar.



B. En este caso hay contacto completo entre las coronas y ápices de ambos dientes, hay inclinación distal del tercer molar inferior retenido en posición vertical.



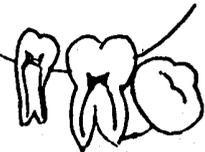
C. Tercer molar inferior retenido en posición distohorizontal en un maxilar inferior desdentado.



D. Tercer molar inferior retenido horizontalmente con raíces divergentes con un cuarto molar retenido en posición invertida.



E. Tercer molar inferior retenido transversalmente con inclinación distal.



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

3.- ANESTESIA

Los tipos de anestesia disponibles para exodoncia son: 1) Anestesia regional o local, 2) Anestesia local con sedación considerable o complementada por agentes anestésicos generales ligeros y 3) Anestesia general inducida por vía intravenosa o por inhalación.

Los factores que determinan la elección de la anestesia son: 1) Edad y Estado físico del paciente: El paciente muy joven se maneja mejor bajo anestesia general, por lo común por inhalación o en combinación con pequeñas dosis de barbitúricos intravenosos. 2) Infección: Si hay infección, la anestesia local no siempre es profunda. De usarse anestesia local, será eficaz emplear bloqueo nervioso y permitir inyección de la solución anestésica en un área no infectada. Bajo ninguna circunstancia se inyecta solución de anestesia local en un área de celulitis. Esto solo sirve para extender la infección.

3) Trismo: Es la incapacidad del paciente de abrir la boca, puede dificultar la administración de anestésico local por la vía normal. Puede administrarse generalmente bloques nerviosos extra-bucales. Cuando el bloqueo nervioso a aliviado el dolor, el paciente puede o podrá abrir la boca de manera que pueda realizarse la extracción necesaria.

4) Estado emocional del paciente: Ciertas personas sufren fobia a las inyecciones dentro de la boca. Por esta razón, a los pacientes de este tipo, se les maneja mejor bajo anestesia general.

5) Duración del procedimiento: En general, los procedimientos que requieran más de 30 minutos se manejan mejor bajo anestesia local con premedicación.

La técnica indicada en terceros molares inferiores es la regional o troncular, inyectando a la altura de la espina de Spix y para reforzarla en caso de que el nervio bucal sufra una variación en su curso, haremos una punción en fondo de saco vestibularmente a la altura de la raíz distal del segundo molar se procederá de la misma manera cuando se trate de piezas anteriores a excepción de la forma de reforzarla ya que si se trata de una pieza anterior la anestesia se reforzará a la altura del agujero mentoniano o bien se puede reforzar por medio de puntos locales por vestibular.

Tratándose de piezas superiores se anestesiará directamente en la región donde se encuentra el diente retenido, pero aquí haremos dos punciones, una vestibular y otra palatina o bien se puede hacer punción en el agujero donde desemboca el conducto nasopalatino para anestesiarse al nervio del mismo nombre y en el agujero palatino posterior para anestesiarse al nervio palatino anterior.

Como anteriormente se dijo muchas veces es ineludible el uso de la anestesia general por lo que procederemos de distinta manera ya que nosotros no daremos la anestesia sino que la dará un especialista preparado para ello, es decir un anestesista, pero sin embargo nosotros daremos ciertas indicaciones al anestesista como por ejemplo la entubación es por vía nasal, para que por un lado se tenga la suficiente libertad de trabajo en el campo operatorio, indicándoles que si se entubara por vía oral llevaríamos el riesgo de que el cirujano por sus tareas de salir bien y hacer una perfecta intervención puede mover la sonda de su posición correcta o bien la puede incidir.

4.- TECNICA QUIRURGICA

Antes de que expliquemos las distintas técnicas que se usan para eliminar las piezas retenidas, es conveniente dar una orientación sobre el planeamiento de los procedimientos operatorios, para evitar dificultades que podrían presentarse si no damos importancia a la intervención para estar en condiciones que se presente de recibir cualquier dificultad y accidente sin alarmarnos demasiado o bien evitándolos. Será necesario que estudiemos con bastante minuciosidad las distintas radiografías que hemos tomado como son: las periápicales, las oclusales y las de aleta de mordida. Debemos cerciorarnos de que las radiografías que hemos tomado muestren el tamaño exacto y completo, forma del diente, el número, tamaño y curvatura de las raíces y proximidad de éstas a la corona o raíz del diente adyacente.

Debemos de clasificar correctamente la retención. También debemos de determinar la cantidad de hueso que rodea a la pieza y la cual será necesario remover. Saber en que posición se encuentran las raíces en relación con el conducto dentario inferior, y el paquete vásculonervioso. Imaginar la extensión del colgajo que se obtendrá y de la exposición adecuada, de tal manera que haya buena irrigación sanguínea al colgajo, y un soporte adecuado para después de la intervención del mismo. Se decidirá si la pieza puede ser extraída por medio de sección de la misma, por simple remoción del hueso que rodea a la pieza, o bien por la combinación de ambas cosas. Se comenzará la intervención quirúrgica después de colocar los campos y hacer la asepsia correspondiente, comenzaré a describir las distintas técnicas en orden de frecuencia e importancia. Técnica de extracción de terceros molares inferiores: La extracción de éstas piezas es bastante complicada ya que se incluyen en ella tejidos blandos, músculos y parte de hueso, La zona de operación es muy restringida y de difícil acceso.

Respecto a la incisión diré que existen varias formas de hacerlo por lo que expondré solo algunas de ellas. Es importante que el colgajo sea amplio con el objeto de que se haga el menor traumatismo posible. Los bisturís más usados para estas incisiones son el no. 11, el no. 12, o el no. 15 curvo. Una incisión por ejemplo se empieza en el espacio retromolar hasta alcanzar la cara distal del segundo molar, se rodea el cuello hasta alcanzar la línea oblícuca externa, se sigue el corte por el cuello hasta llegar al espacio de la raíz mesial del segundo molar y distal del primero, inmediatamente se hará un corte vertical hasta fondo de saco, éste corte no debe bajarse (en la papila) el espacio interpapilar, es decir, no hacerlo exactamente en medio de los dos molares sino que sea antes de él o después. La remoción o sea será el paso a seguir, esto se efectuará por medio de fresas quirúrgicas y ayudado por cincel o martillo. La cantidad de tejido oseo que será removido dependerá de la retención, sin embargo es aconsejable quitar una cantidad considerable de éste tejido con el objeto de no hacer fuerzas excesivas para la extracción de las piezas, ya que las presiones descomunales para lograrlo producen como consecuencia fracturas, nunca tratemos de llevar a cabo una extracción de un diente retenido através de una pequeña ventana osea, ya que si bien tenemos suerte de no producir fractura si provocamos un traumatismo tal que vamos a complicar el post-operatorio. La remoción del lecho del diente retenido se hace después de que se ha liberado el diente del tejido oseo que lo cubre, obtendremos un espacio por el cual podemos introducir un elevador y hacer maniobras que nos permitan la remoción, sin embargo, la mayoría de las veces será necesario y conveniente el seccionamiento de la pieza. La osteotomía se efectúa de varias maneras, una técnica se lleva a cabo, practicando varios orificios sobre el plano oseo que cubre a la pieza o parte de la pieza (la corona). Esto se hace usando fresas de carburo. Después de haber realizado estos orificios procedemos a unirlos usando un cincel o bien con una fresa troncocónica.

En caso de que se tenga que realizar la sección de la pieza se hará de acuerdo con las conveniencias de nuestro plan de extracción, pero si tratamos de quitar por regla general la parte más retentiva, lo hacemos haciendo una fisura más o menos amplia en la corona con piedra de diamante procurando alcanzar la cámara pulvar, después utilizamos un cincel con doble bisel para partir la pieza. Inmediatamente trataremos de realizar la extracción de ésta parte retenida golpeándola por lingual, hacia vestibular ya que si hay oposición ósea en ésta región deberá salir sin dificultad. (10)

5. CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Después de haber realizado la extracción del diente retenido debemos de tener en cuenta las recomendaciones post-operatorias, siendo conveniente dárselas por escrito al paciente. Dichas instrucciones las daremos orientándolas a la cavidad oral o sistémicas con objeto de prevenir una infección o para controlarla en caso de que se presente. Primero nos referimos a la hemorragia. Mandaremos que la alimentación sea líquida o semilíquida para evitar que la alimentación sólida pueda provocar nuevamente la hemorragia.

Analgésicos ya que el dolor post-operatorios en la cavidad oral es muy frecuente por ser una zona altamente sensitiva, se prescribe algún analgésico, además se harán aplicaciones periódicas de hielo para evitar el edema de la región y en ocasiones mandamos anti-inflamatorios si la intervención fué traumática. Le ordenaremos a nuestro paciente evitar la exposición de los rayos solares y que guarde el mayor tiempo que pueda en reposo. (3)

CONCLUSIONES

- 1.- Es deber de todo Cirujano Dentista actuar bajo el siguiente axioma:
"No debe de existir procedimiento dental que no sea practicado con honradez".
- 2.- La cirugía bucal debe ser un conocimiento obligatorio para el dentista de práctica general.
- 3.- El éxito, en la práctica de la cirugía bucal se logra gracias al conocimiento adecuado de las diferentes técnicas quirúrgicas y de la anatomía de cabeza y de el cuello.
- 4.- Se deben de seguir estrictamente todas las reglas de asepsia y antisepsia al practicar cualquier tipo de Cirugía Bucal.
- 5.- Ganar la confianza del paciente, es factor importantísimo en la marcha de la cirugía bucal y sus resultados.
- 6.- Sigamos siempre una técnica quirúrgica correcta y apropiada en cada caso que apliquemos la Cirugía Bucal, y el tratamiento será un éxito.

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

- 1.- Bjorn Jorgensen Niels
Hayden Jess, Jr.
Anestesia Odontologica
Primera Edición
México
Editorial Interamericana
31 de enero de 1979
Pags. 36,42 a 46

- 2.- Bjorn Jorgensen Niels
Hayden Jess, Jr.
Anestesia Odontologica
Tercera Edición
México
Editorial Interamericana
30 de julio de 1983
Pags. 60 a 64

- 3.- E. White Daniel
Libro de cirugía bucal practica
Primera Edición
México
Editorial Continental
Julio de 1978
Pags. 96 a 110 y 189

- 4.- E. White Daniel
Tratado de cirugía bucal practica
Segunda Edición
México
Editorial Continental

Octubre de 1984

Pags. 50 a 57 y 143

5.- García Pelayo Ramón

Gross

Larousse Ilustrado

Edición 1976

México

Pag. 68

6.- Harry Archer William

Cirugía Bucodental

Segunda Edición

Libro de Edición Argentina

Editorial Mundi

23 de octubre de 1958

pags. 24 a 26

7.- H. D. Roberts

H. J. Sowray

Analgesia local en odontología

Primera Edición

México

8 de diciembre de 1981

Pags. 82 a 86

8.- J. Dunn Martin

F. Booth Donald

Clancy Marie

Farmacología, Analgesia,

Técnicas de esterilización

y cirugía bucal en la práctica dental

Primera Edición

México

29 de septiembre de 1982

Pags. 57 a 61

9.- O. Kruger Gustav

Cirugía Bucomaxilofacial

Primera Edición

Buenos Aires Argentina

Editorial Medica Panamericana

Agosto de 1982

Pags. 33, 166 a 169

10.- Ries Centeno Guillermo A.

Cirugía Bucal

Octava Edición

Editorial el Ateneo Buenos Aires

Octubre de 1980

Paginas 56 a 59 y 293