

122
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

[Handwritten signature]

T E S I S A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
PABLO GARCIA CHAVEZ
MEXICO, D. F. 1990

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

CAPITULO I.

Definición y Etiología de los terceros molares retenidos inferiores.

CAPITULO II.

Anatomía del tercer molar inferior y región que lo rodea.

CAPITULO III.

Patologías que pueden ocasionar el tercer molar inferior.

CAPITULO IV.

Indicaciones y contraindicaciones para la extracción del tercer molar inferior.

CAPITULO V.

Clasificación de los terceros molares retenidos inferiores.

CAPITULO VI.

Historia clínica y métodos auxiliares.

CAPITULO VII.

Cuidados preoperatorios.

CAPITULO VIII.

Técnica de anestesia del nervio dentario inferior y ramas adyacentes.

CAPITULO IX.

Instrumentación, operación propiamente dicha o técnica quirúrgica.

CAPITULO X.

Tratamiento Post-Operatorio.

CAPITULO XI

Complicaciones del post-operatorio.

Conclusiones.

Bibliografía.

H I S T O R I A

Todo lo que puede servir, aunque sea muy remotamente el conocimiento del pasado debe ser, reunido con el máximo esfuerzo y la mayor diligencia. La actitud de un siglo ante ésta herencia es ya de suyo un conocimiento, es decir, algo nuevo que la generación siguiente recogerá a su vez como algo históricamente plasmado, o sea algo superado e incorporado a su herencia.

Desde el pasado ignoto de la época glaciaria y prehistórica, hasta el presente luminoso de la civilización en el campo de la Odontología. Ya que la historia sirve para que el hombre se conozca así mismo.

El hombre primitivo se manifiesta en varios prototipos de su vida rudimentaria y salvaje y gracias a hallazgos de diferentes cráneos se consideraba en tener cuatro molares, ya que requería fuerzas exageradas para su alimentación, desgarrar de objetos y su supervivencia.

Las diferentes evolucionenns físicas y sociales de nuestros antepasados, han modificado el cambio de vida y ésto atribuye a manifestarnos con unos maxilares más pequeños, reduciendo a dos molares y un tercero denominado: "Muela del Juicio".

CAPITULO I.

DEFINICION Y ETIOLOGIA DE LOS TERCEROS MORALES RETENIDOS INFERIORES.

INCLUIR: -----

Contener una cosa a otra, es decir, llevar o encerrar otra cosa dentro de sí.

RETENER: -----

Detener, conservar, guardar en sí y por lo tanto, quiere decir que está retenido, conservado o guardado.

En la Odontología, como en la rama de la cirugía maxilofacial (bucal), ambas expresiones son equivalentes y como su uso se ha generalizado "A DIENTE INCLUIDO", conservándose así dentro de la Odontología.

ETIOLOGIA: -----

Todos los dientes del ser humano tanto temporales como permanentes, quedan incluidos fisiológicamente, durante un período más o menos largo en los maxilares primero y debajo de la mucosa después, y sólo cuando se han desarrollado, hacen aparición en la cavidad bucal para ocupar el sitio que les corresponde en el arco dentario.

Las anomalías del desarrollo del diente, se pueden producir en cualquier período de la formación del germen dentario y hasta su calcificación definitiva de la corona y raíz.

Dentro de éste tema, nos interesa la inclusión de los dientes permanentes desde el punto de vista quirúrgico, los cuáles son:

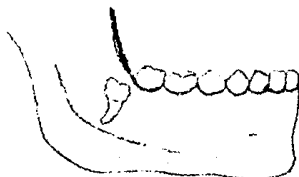
- a). Falta del desarrollo del maxilar.
- b). Falta de espacio en el sitio correspondiente.
- c). Persistencia del diente temporal anónimo.
- d). Anomalías de las raíces de los dientes vecinos.
- e). Calcificación exagerada del hueso en el sitio que va a ocupar el diente, lo que se debe a la pérdida prematura del diente temporal.
- f). Mala posición del germen dentario.
- g). Desarrollo incompleto de la raíz.
- h). La presencia de quistes o tumores en la proximidad del sitio que debe ocupar el diente.
- i). Existencia de dientes super-numerarios.

CLASIFICACION:

La inclusión dentaria puede ser parcial o total. La parcial puede ser en la cual la corona está en contacto con la cavidad oral, y la total está cubierta por el diente por tejidos blandos y duros. En la parcial, puede haberse liberado totalmente del hueso maxilar y estar tapado parcialmente por mucosa, o cubierto por una parte de hueso y en parte por la mucosa. En la total, puede permanecer dentro del hueso y haber reabsorbido una parte de éste y permanecer completamente cubierto por la mucosa, no teniendo continuidad con la cavidad bucal.

La clasificación de los dientes incluidos en general es la siguiente:

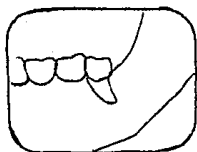
- a). Dientes en inclusión total. Completamente cubiertos por el hueso sin contacto con los tejidos blandos (inclusión intraósea total).



- b). Parcialmente cubiertos por hueso y totalmente por la mucosa (inclusión mixta).

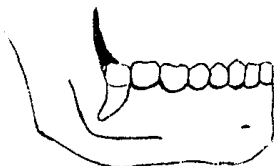
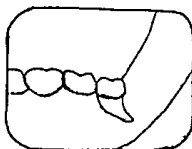


c). Libres del hueso y totalmente cubiertos por la mucosa (inclusión sub-cutánea).



Dientes en inclusión parcial (semi-incluidos).

a). Cubiertos en parte por el hueso y por la mucosa y por una porción de la corona en contacto con la cavidad bucal.



b). Libres totalmente de hueso y cubiertos en parte por la mucosa bucal, es decir, con una porción de la corona en contacto con la cavidad bucal.



ESTADÍSTICAS DE BERTEN-CIESZYŃSKI.

Tercer molar inferior	35%
Canino superior	34%
Tercer molar superior	9%
Segundo premolar inferior	5%
Canino inferior	4%
Incisivo central superior	4%
Segundo premolar superior	3%
Primer premolar inferior	2%
Incisivo lateral superior	1.5%
Incisivo lateral inferior	0.8%
Primer premolar superior	0.8%
Primer molar inferior	0.5%
Segundo molar inferior	0.5%
Primer molar superior	0.4%
Incisivo central inferior	0.4%
Segundo molar superior	0.1%

Con éstas estadísticas, los terceros molares inferiores se manifiestan en primer lugar, en la retención.

La existencia de éstos puede pasar inadvertida tanto para el paciente como para el Odontólogo, puede no existir síntomas clínicos, ausencia del diente. La inclusión del diente se descubre al tomar una radiografía de la zona correspondientes, o al tomar una radiografía del cráneo.

Frente a un diente incluido puede actuar en alguna forma contra la estética, (apixonomiento).

En algunas anomalías fuera del arco dentario deformará las partes llamadas vecinas. Si no tuviera indicado habrá que decidir por su eliminación, por ejemplo: Si comprobamos que no han erupcionado los terceros molares, y si por razones patológicas o estéticas, sin caries, sin procesos inflamatorios de vecinos, con su raíz más o menos intacta o reabsorbida, pero firme en su alvéolo, puede permanecer en la boca durante muchos años y a veces indefinidamente, satisfaciendo las funciones, tanto estéticas como fisiológicas.

La indicación de la extracción no es absoluta, más aún si se trata de trastornos neviosos cuya causa no se encuentra en otra parte del organismo, esto indica la eliminación de cualquier diente incluido, por ser posible el causante del fenómeno.

Al descubrir un diente incluido en los maxilares que no padecen trastornos de ninguna especie, seremos un poco parcos en aconsejar su extracción. Si se encuentra un diente incluido sin provocar accidente o trastorno, en tanto hayamos resuelto conservar, debemos informar al paciente su existencia, si llegara a sufrir trastornos de cualquier naturaleza, tendrá que informarle al médico u odontólogo que tiene un diente incluido, quizás sea el momento adecuado para su extracción.

CAPITULO II.

ANATOMIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR Y REGION QUE LO RODEA.

ANATOMIA DEL TERCER MOLAR:

Es el último del maxilar inferior, ocupa el octavo sitio a partir de la línea media, su erupción de los 17 años en adelante.

La forma y mineralización del ápice, termina a los 25 años o más.

Se llama popularmente "Muela del Juicio", porque a esa edad la persona ya debe de tener madurez mental o juicio.

El desarrollo de fólculo se verifica en edad de pobre metabolismo cálcico para los dientes, por estar haciéndolo los huesos del esqueleto. Es la edad del crecimiento general, en el organismo se efectúa entre los 8 y 16 años de edad. En la mayoría de los casos tiene múltiples fallas, las cuales son visibles en el esmalte y con esto se expone ha ser fácilmente agredido por afecciones cariosas, muchas ocasiones los lóbulos de crecimiento no logran hacer unión correcta y esto acarrea deformaciones y fallas superficiales.

Su colocación en el arco dentario es muy distal.

La orientación de su eje en movimiento natural de la erupción es de apical a oclusal y fuertemente hacia vestibular y distal, su posición se encuentra con frecuencia fuera de oclusión de otros molares inferiores.

Según la exagerada mal posición con relación al eje longitudinal, así será la que alcance definitivamente en el arco dentario. Se manifiestan casos de las tantas anomalías a las que ya tiene su morfología.

En la cara oclusal adopta varias formas que son: cuadrada, trapezoidal o triangular.

El volumen de su corona, ya sea pequeño o grande llamados gigantismos coronarios. (Su corona es más pequeña que el segundo molar).

El tercer molar se distingue por varios detalles.

Normalmente ocupa un lugar en la arcada con su cara oclusal, a nivel de segundo y primer molar, llegando al límite óseo a la altura del cuello del tercer molar. La cara distal considerada por detrás del tercer molar en erupción, debe haber un espacio juntos que varían lo ancho, que separa la cara distal del molar, del borde anterior de la rama ascendente llamado "Distema post-molar".

Las raíces del tercer molar, presentan extraordinarias variaciones en tamaño, número y dirección.

Se denomina biradicular con dos raíces mesial y distal, no son excepcionales, pueden estar fusionadas, hay casos que son tres o más; las raíces supernumerarias pueden estar bifurcadas.

En los molares inferiores no es raro encontrar multiradiculares con tres, cuatro o cinco raíces. Sin forma en muchas ocasiones, o encontrar raíces supernumerarias grandes o pequeñas, pueden estar fusionadas en sus conductos radiculares de dos o tres conductos. En cuanto a su tamaño hay varios grados desde la ausencia, pequeñas hasta el gigantismo radicular.

La dirección en sentido mesiodistal se manifiesta apropiada, pero la variación puede ser en sentido lingual, vestibular, mesial o distal.

La extracción deberá considerarse en tamaño de la corona, raíz o raíces, su número o dirección, asimismo debe ser diagnosticado e investigado en el examen radiográfico.

ANATOMIA DE LA REGION DEL TERCER MOLAR.

Esta región es muy importante estudiarla topográficamente, para ver si no se afecta algún órgano, nervio, ligamento o músculo, ya que es importante para el Cirujano Dentista.

La región del tercer molar inferior está situado en el ángulo de unión de la rama ascendente de la mandíbula y el cuerpo de ésta.

REGION EN RELACION A ESTE DIENTE.

MASETERICA:

Tiene límites aproximados con el 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 el nombre a ésta región por delante.

Desde la parte superficial hacia lo profundo se encuentra piel y tejido celular sub-cutáneo. En este tejido celulograsoso encontramos importantes elementos anatómicos con son

La arteria transversal de la cara, las ramas terminales del nervio facial, glándula parótida, con su conducto externo, fascículos del músculo risorios de Santorini, cutáneo del cuello de la arteria y vena facial, profundamente se halla la aponeurosis maseterica la cual se inserta en el arco cigomático en el borde anterior de la rama ascendente, rodeando el borde del masetero.

REGION GENIANA:

Sólo está relacionado por su límite posterior con la región en estudio, se halla a ambos lados de la cara y sus límites son:

El posterior, el borde anterior de la rama, el superior, el borde interior de la órbita, abajo el borde inferior del maxilar y adelante los surcos nasogeniano y labiogeniano.

Constitutivamente piel y tejido celular sub-cutáneo, en la 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.

Venas, vena facial que desemboca en la yugular interna, cruza en diagonal, junto con la arteria homónima, la región geniana pertenece a las regiones profundas de la cara.

Sus límites 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 forma la apófisis pterigoidea y la faringe.

REGION DE LA FOSA CIGOMATICA:

Esta región, sólo se considera la externa, que es ósea y está 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.

Entre los músculos y el hueso se encuentran los elementos del paquete vasculonerviosos del dentario inferior y el lingual que discurren en tejidos celulograsosos del pterigomandibular, entre la cara interna inferior el pterigoideo y la faringe, existe un espacio denominado: "maxilofaringeo".

GLOSASUPRAHIODEA:

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 hioideo llegando lateralmente hasta ambos esternocleidomastoideos. El plano superior está formado por la mucosa bucal que recubre el piso de boca y la lengua.

Arterias, la facial y la lingual, ramas de la carótida externa.

Venas, la facial y la lingual que corren caminos paralelos a las arterias, la primera desemboca en la yugular interna.

Los nervios de la región son el milohioideo, rama del dentario inferior, el lingual, rama del maxilar inferior y el hipogloso mayor.

CAPITULO III.

PATOLOGIAS QUE PUEDEN OCASIONAR EL TERCER MOLAR INFERIOR.

En el intento de erupción el tercer molar retenido inferior, puede producir una serie de accidentes patológicos, de variados aspectos e intensidades. Estos accidentes tienen lugar en todos los climas, en edades muy distintas, en ambos sexos y en ambos lados de los maxilares.

Los accidentes más frecuentes es la infección del saco pericoronario (PERICORONITIS).

Traumatismo sobre el tejido que cubre el tercer molar, originado por las cúspides de los dientes antagonistas o por la acción conjunta de ambos.

Los microorganismos que habitan en la cavidad oral, por su mecanismo de acción en cavidad cerrada, exacerban su virulencia.

CLASIFICACION DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION:

Los accidentes originados por el tercer molar, alcanzan todas las gamas y toman todos los cuadros clinicos de intensidad distinta.

Se clasifican clinicamente:

- 1). Accidentes mecánicos
- 2). Accidentes mucosos
- 3). Accidentes nerviosos
- 4). Accidentes celulares
- 5). Accidentes óseos
- 6). Accidentes linfáticos o ganglionales
- 7). Accidentes tumorales

1). ACCIDENTES MECANICOS:

Los dientes retenidos, actúan mecánicamente sobre los dientes vecinos, afectando su dirección normal o apiñamiento. La presión que el diente retenido o saco dentario ejerce sobre el diente vecino, tendrá alteraciones en el cemento, en la dentina y aún en la pulpa de éstos dientes.

Los trastornos "protésicos", al bascular en la boca de una retención dentaria.

El diente en su trabajo de erupción cambian la arquitectura del maxilar con las naturales molestias.

2). ACCIDENTES MUCOSOS:

Se denominan accidentes mucosos a las complicaciones que ocurren en las partes blandas que lo rodean. La "pericoronitis" es la lesión inicial, su comienzo puede ser brusco o insidioso. A nivel del capuchón que cubre el molar retenido, total o parcial, hay un proceso inflamatorio con signos característicos: dolor, calor, rubor.

DOLOR: Casi siempre precòz, localizado o irradiado. En ocasiones se ubica en el oído, a nivel del tragus. el dolor es generalmente nocturno, con el roce de los alimentos o cambios de temperatura.

CALOR: La vasodilatación consiguiente ocasiona un cambio en la temperatura de la región. Produciendo, fiebre, anorexia (falta de apetito), astenia (falta de vigor físico), los ganglios regionales son afectados, la masticación se dificulta, se acompaña por inflamación que duran unos días brotando gotas de pus y sangre.

RUBOR: La encía cambia de color a un rojizo, cubierta de abundante secreción espesa (saborra), restos alimenticios coagulados de sangre.

TUMOR: La encía aumenta el volùmen con la presión de los dientes antagonistas, ésta zona que cubre el molar se encuentra adematizada.

COMPLICACIONES MUCOSAS LOCALES Y REGIONALES:

El capuchón del tercer molar inferior, sus regiones vecinas y fondos de saco próximos a diente retenido, pueden ser sitios propicios a la exacerbación de la virulencia microbiana, alcanzando su plenitud.

La erupción del tercer molar, o la pericoronitis o saco, son el punto de inicio de una "GINGIVITIS O GINGIVESTOMATITIS", que pueden presentar todo el aspecto de las úlceras-membranosas. Esta afección que tiene generalmente repercusión ganglionar y general, se caracteriza por su unilateralidad, del lado del molar en erupción.

Se producen en la cara inferior del capuchón una ulceración extremadamente dolorosa, con fuertes dolores locales o irradiados.

3). ACCIDENTES NERVIOSOS:

Los accidentes nerviosos originados por los terceros molares. Sobre el nervio dentario inferior pueden incidir trastornos REFLEJOPATICOS Y NEULOGICOS, que se producen en herpes, paladas, canicie (color), eczemas (manchas irregulares y rojisas, afección-cutánea).

4). ACCIDENTES OSEOS:

Son posibles accidentes óseos que se convierten en verdaderas osteitis (inflamación del hueso), osteoflemones y osteomielitis (inflamación del tejido de la médula ósea. En algunos casos los quistes dentígeros que envolvían sus coronas, hicieron focos de osteitis y osteomielitis.

El foco óseo que se desarrolla a ese nivel es susceptible de propagarse y dar un cuadro séptico de osteoflemones e infecciones en general, o ruidosos procesos locales.

5). ACCIDENTES LINFATICOS O GANGLIONALES:

La repercusión ganglionar en el curso de una pericoronitis es un hecho frecuente y común. Todas las infecciones del saco pericoronario se acompañan de su cortejo ganglionar. En esta zona los ganglios son los subángulos maxilares (ganglio de Chassignac), o submaxilar. Este accidente ganglionar se trata por lo general de una evolución de acuerdo con la marcha del proceso pericoronario.

El ganglio vuelve a sus normales proporciones y estando una vez terminada la afección del saco pericoronario, cuando se tiene una infección de gran virulencia o está resentido, la adenitis simple puede transformarse en un verdadero flemón del ganglio con el cuadro clínico siguiente.

El ganglio está considerablemente aumentado de volumen, doloroso a la palpación, el proceso tiene repercusión sobre el estado general. El ganglio en tales condiciones tiene a la superación que se abre camino de por sí o el ganglio es abierto por el dentista.

6). ACCIDENTES TUMORALES:

Los terceros molares retenidos pueden originar tumores odontogénicos de varias especies. Los más comunes son los "QUISTES".

Estos quistes llegan a infectarse, dando procesos supurativos de intensidad variable, complicándose con procesos óseos (osteitis y osteomielitis).

Los quistes dentígeros desarrollados a espensas de la hipergénesis del saco pericoronario del molar inferior. Se observan pequeños quistes dentígeros y quistes de gran tamaño.

ODONTOMAS: Aunque no son muy comunes en este lugar se pueden observar procesos en relación con el molar retenido.

ADAMANTINOMAS: La región del tercer molar inferior es lugar de elección para su desarrollo, se presentan no existiendo el molar, a espensas de cuyo folículo se origina.

CAPITULO IV.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

En adultos todo diente deberá ser extraído con excepción de casos en que esté contraindicado para el paciente, toda intervención de tipo bucal. El paciente deberá comprender las razones por qué es conveniente dicha extracción.

El dentista deberá de manejar las condiciones de la extracción, teniendo en cuenta sus ventajas y desventajas, estas deberán ser hechas por el dentista, ya que las ventajas deberán tener un alto índice de lo contrario se planteará detalladamente el caso, teniendo una solución satisfactoria.

La extracción del tercer molar inferior está indicada, pero en mayor parte son extraídas por trastornos que pueden convertirse en locales o de repercusión general, según su alteración patológica que logre alcanzar y tenemos:

A). **INFECCION:** Pericoronitis (inflamación de la encía) infecciosa o abscesos alveolares crónicos o agudos, osteitis inflamación de sustancia ósea, superativa crónica o necrosis, osteomielitis (cuando el proceso llega a médula).

En caso de haber cualquier infección mencionada se controlará por medio de antibiótico para mejorar el estado de salud y empezar el tratamiento con respecto a la cirugía.

B). **DOLOR:** Es definido espontáneamente en la región del molar, ángulo de la mandíbula y oídos. Este puede ser ligero o severo, localizado o irradiado, esto puede producir neuralgia facial, afectar al oído, afectar al nervio trigémino y aún toda la zona de este nervio.

C). **FRACTURAS:** Se debe al debilitamiento que hay en las zonas ocupadas por dientes retenidos, se desplaza el hueso mandibular. También afecta a zonas vecinas, se hará la extracción de inmediato para evitar la infección.

D). **TUMORES:** Llamados odontomas, en ocasiones impiden un mecanismo normal a la erupción dentaria.

En general los quistes de origen dentario son causa de retenciones que envuelven a la corona al hacer erupción.

E). **TRISMUS:** La infección localizada del tercer molar inferior, sufre contracciones, las fibras masetéricas que ocasionan la limitación de los movimientos mandibulares, manifestando dificultad para abrir la boca.

El trismus se puede asociar con otras infecciones agudas, inflamación de piso de boca, mejilla, faringe, glándula parótida, tumores, fracturas. La limitación de los movimientos se asocia con dolor, inflamación y tumefacción.

Este trismus puede ser tratado mediante anestesia general.

F). OTRAS COMPLICACIONES:

- A). Sonido, tintinante, zumbante
- B). Otitis, dolor en los oídos
- C). Afecciones en los ojos, ceguera (pasajera o total). Iritis, disminución de la visión.

Esta indicada la extracción del tercer molar inferior en tratamientos ortodónticos y protésicos.

Dentro de las contraindicaciones no hay ninguna para hacer la extracción en una persona físicamente sana.

Mencionaremos las patologías más importantes que nos impide realizar su extracción así como patologías secundarias.

A). ENFERMEDADES DEL CORAZÓN: Este tipo de trastornos que requieran de atención odontológica, con frecuencia hay signos y síntomas clínicos de trastornos cardiovasculares como hipertensión, angina de pecho de pecho e infarto almiocardio.

Estos pacientes deberán de ser premedicados con un barbitúrico de acción corta, principalmente para la hipertensión, antes de entrar al consultorio, se acompañará de un familiar y no conducirá automóvil. Se empleará la cantidad mínima de anestesia con poco vaso-constrictor.

Datos clínicos de las cardiopatías; insuficiencia respiratoria, fatiga crónica, palpitaciones, sueño alterado, cefaleas, vértigo. Se estará en contacto con el cardiólogo antes de ser sometido a cualquier intervención.

B). ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS: Estas enfermedades son muy importantes para el cirujano dentista, ya que deberá hacer pruebas de tiempo de sangrado y tiempo de coagulación, por punción, dentro de estas enfermedades se encuentran:

ANEMIA: Reducción de eritrocitos o hemoglobina en la sangre, falta de hierro, síntomas y signos. Palidez (uñas, labios, lengua). Disnea, vértigo, anorexia, vómito, xerostomía, disfagia, somnolencia, excitabilidad, queratitis angular. Son frecuentes en adultos y ambos sexos.

LEUCEMIA: Aumento en la sangre de leucocitos o glóbulos blancos estos aparecen frecuentemente en médula ósea y circulación, es frecuente en adolescentes y durante la niñez. Síntomas y signos, debilidad generalizada, fatiga en aumento, fiebre, dolor de garganta, cefaleas, pérdida de peso hepatomegalia, esplenomegalia, hemorragias excesivas. Hay dos tipos de leucemia, mieloide y linfóide, variando los síntomas en ambas, con ayuda del hematólogo indicará el tratamiento dental requerido.

HEMOFILIA: Es una enfermedad congénita que es transmitida por la madre, se caracteriza por hemorragias excesivas a causa del menor trauma están contraindicadas las extracciones. Será atendido especialmente y con medicación previa con vitamina K y coagulantes, según lo indique el hematólogo.

DIABETES: Enfermedad muy peligrosa para el paciente y el cirujano dentista, se caracteriza por la presencia anormal de glucosa en la sangre. Una diabetes no controlada es contraindicada, se puede predisponer al desarrollo de infecciones en las heridas, se deberá tener su glucemia controlada por dieta, insulina o hipoglucemiantes, se tendrá que consultar al médico antes de cualquier tratamiento dental.

NEFRITIS: Síntomas principales oliguria, hematuria, fiebre, albuminuria. Antes de ser atendidos, se recomienda sea examinado por su médico. Ya que puede precipitar la nefritis aguda en la extracción.

SIFILIS: Causada por el treponema palidum, los pacientes tienen disminuida su resistencia física, se está predispuesto al desarrollo de infecciones post-operatoria por un retraso en la cicatrización.

Se clasifica en adquirida o congénita, la congénita "se adquiere" a partir de una madre infectada, adquirida después del contacto sexual (persona infectada). Es recomendable su tratamiento sifilitico antes de cualquier procedimiento dental.

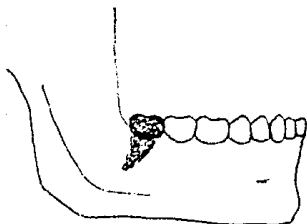
CAPITULO V.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS INFERIORES.

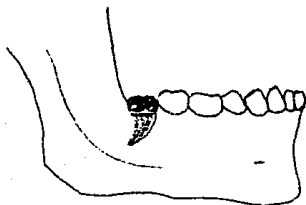
La clasificación es muy importante para el cirujano dentista, ya que sirve para determinar:

- El grado de dificultad que tendrá la extracción.
- El estudio y plantear los procedimientos quirúrgicos.
- Se tendrá que observar en la radiografía.
- La posición de la corona.
- La forma radicular.
- La osioestructura que rodea al molar retenido.
- La posición del tercer molar en relación con el segundo.

CLASE I. Hay demasiado espacio entre la rama ascendente y el lado distal del segundo molar, tendrá la posición más alta del tercer molar en su nivel o por encima del de la línea oclusal del segundo molar.



CLASE II. El espacio que existe en el borde anterior de la rama del maxilar y cara distal del segundo molar es menor el espacio y tendrá contacto con la cavidad bucal alguna de sus cóspides, se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar.



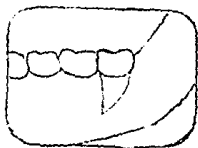
CLASE III. Todo o mayor parte se encuentra involucrado en la rama ascendente, se encuentra por debajo de la línea cervical del segundo molar.



Su clasificación según la posición que adopta el molar.

RETENCION
NORMAL

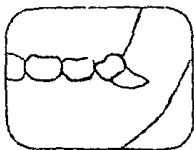
Su eje mayor mantiene de arriba hacia abajo en forma vertical sin sufrir ninguna alteración de rotación o inclinación.



RETENCION VERTICAL: En esta retención parcialmente o totalmente cubierto el hueso, su eje mayor es sensiblemente relativo a el eje mayor del segundo molar. Su posición vertical puede estar colocada en distintas formas a la arcada y sus curvaturas, con desviaciones a bucal lingia o bucolingual.



RETENCION MESIOANGULAR: El eje longitudinal se halla dirigido de arriba hacia abajo y de adelante hacia atrás, su corona se encuentra a alturas variables con relación a la línea oclusal. La cúspide mesial se encuentra siempre por debajo, la corona está relacionada con el segundo molar, puede desviar a lingual, vestibular o con ligera rotación.



RETENCION DISTOANGULAR: El eje longitudinal está dirigido al segundo molar, de arriba hacia abajo y de atrás hacia adelante, mira la cara ascendente del maxilar. Cuando la inclinación es intraósea la corona y raíz ocupan la rama ascendente de la mandíbula, difícil de encontrar puntos de contacto.



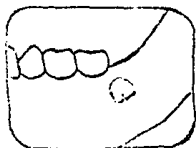
RETENCION HORIZONTAL: El eje es perpendicular a los ejes del segundo y primer molar, el eje principal dirigido de adelante hacia atrás es horizontal, aunque a veces ligeramente ascendente. En ocasiones tiene contacto oclusal con la corona o raíz del segundo molar.



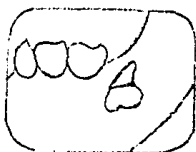
RETENCION BUCOANGULAR: El eje principal está dirigido de arriba hacia abajo y de vestibular hacia lingual, la cara oclusal mira hacia vestibular y las raíces se dirigen hacia lingual.



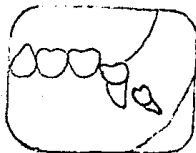
RETENCION LINGUAL: El eje principal es dirigido de arriba hacia abajo, de lingual a vestibular se acentúa la inclinación hasta el plano horizontal, ocupa una relación transversal al cuerpo del maxilar.



RETENCION PARANORMAL: Su cara oclusal se dirige hacia el borde inferior de maxilar y sus raíces contrariamente a ella, su dirección a cualquier otro sitio de la rama mesial, distal, vestibular o lingual.



UN CASO MUY ESPECIAL ES LA EXTRACCION DE LOS CUARTOS MOLARES.



CAPITULO VI.

HISTORIA CLINICA Y METODOS AUXILIARES

Para todo paciente, en que vayamos a realizar algún tratamiento quirúrgico será conveniente y necesario realizar una historia clínica lo más correcta y completa posible.

Tomar todas las medidas y precauciones al menor riesgo posible, evaluando el estado de salud del paciente.

El interrogatorio deberá ser sagaz, claro, breve, sencillo y preciso, se evitará el empleo de terminología médica, las preguntas se harán en términos del lenguaje común, que sea ampliamente comprendido. Evitar la confusión del paciente.

El exámen clínico, comprenderá al examinar al paciente directo o indirectamente, exploración, inspección, palpación, etc. Así también como los métodos auxiliares, laboratorio, radiología, etc.

Para la elaboración de una historia clínica se deberá llevar una secuencia de datos

1). Datos personales del paciente, nombre, edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, dirección, teléfono, ocupación.

2). Antecedentes heredofamiliares, si algún miembro de la familia inmediata ha padecido o ha fallecido de enfermedades como: sífilis, fiebre reumática, tuberculosis, diabetes, obesidad, cardiopatías, hipertensión arterial, alergias, traumatismo u otras enfermedades.

3). Antecedentes personales no patológicos, se analizará una historia socio-económica, habitación, iluminación, sanitario, hábitos de nutrición o aseo, etc.

4). Antecedentes personales patológicos, son antecedentes de enfermedades como: sarampeón, varicela, rubeola, escarlatina, antecedentes quirúrgicos, fecha o si fueron de urgencia o electivas.

5). Padecimiento actual, cuales son las molestias y en caso de que exista una enfermedad, causa y tratamiento.

6). Interrogatorio por aparatos y sistemas, nos valemos con la exploración, oscultación y palpación.

APARATO DISGESTIVO. Apetito succión, deglución, masticación si existe alguna alteración, intolerancia a los alimentos.

APARATO CARDIOVASCULAR. Disnea, respiración, palpitaciones, presiones, taquicardia, bradicardias.

APARATO RESPIRATORIO. Afecciones del aparato respiratorio como: amigdalitis, faringitis, permeabilidad, nosofaríngea, tos.

APARATO GENITO URINARIO. Debemos de ser prudentes en éstas enfermedades ya que se podrá encontrar infecciones peligrosas, así como observar color, ardor, densidad, cantidad, en mujeres, ritmo menstrual, duración y alteraciones.

SISTEMA ENDOCRINO. Alteraciones a nivel hormonal y glándulas de secreción interna.

SISTEMA HEMATOPOYETICO. Aquí se observará el sangrado normal o prolongado, identificar las anemias.

SISTEMA NERVIOSO. Si no padece de convulsiones, temblores, parálisis, trastornos de marcha, etc.

ESTUDIO PSICOLOGICO. Personalidad, memoria, manías, depresiones, angustias, etc., trataremos de comprender al paciente y guardar en ocasiones distancias en diálogos.

METODOS AUXILIARES:

A). ESTUDIOS RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR.

En el radiográfico exige que la radiografía no de imágenes que no representen con toda fidelidad al objeto real, la radiografía deformada o que presenta condiciones normales, siempre tendrá inconveniente en el acto operatorio.

Los puntos localizados son:

Estado de la corona del tercer molar, intensidad de cara mesial y distal.

Localización del conducto dentario inferior, ya sea lingual o vestibular o abajo de las raíces del segundo molar retenido, ya que puede estar entre ellas.

Forma, disposición y número de las raíces del tercer molar.

Forma del septim interradicular.

Retención de la rama.

Grado de contacto del tercer molar y segundo molar.

Forma y disposición de las raíces del segundo molar.

Forma, espesor, altura, inclinación y giroversiones del tercer molar.

Trabeculado.

Se tomarán en diferentes ángulos sin distorsionar o alterar su toma, y tener un mejor apoyo para la exitosa cirugía.

B). ESTUDIOS DE LABORATORIO.

Son muy importantes para elaborar un buen diagnóstico clínico, se pedirá: biometría hemática, tiempo de sangrado y coagulación, tiempo de protombina, química sanguínea.

C). DIAGNOSTICO.

Nos servirá para el plan de tratamiento a seguir, tomando en cuenta los estudios realizados al paciente, pronóstico a juicio del caso.

D). PLAN DE TRATAMIENTO.

Los pasos a seguir durante los tratamientos preoperatorios, operatorios y post-operatorios.

HISTORIA CLINICA

NOMBRE _____ EDAD _____
SEXO _____ ESTADO CIVIL _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____
OCUPACION _____ DOMICILIO _____
TELEFONO _____

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

ENFERMEDADES DE LA NIREZ:

ANTECEDENTES POR APARATOS Y SISTEMAS:

DIGESTIVO: _____

RESPIRATORIO: _____ FUMA SI O NO _____

CIRCULATORIO: _____

CARDIO VASCULAR: _____

GENITO URINARIO: _____

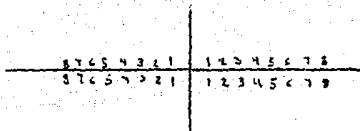
NERVIOSO _____

HEMATOLOGICO Y LINTATICO: _____

DERMATOLOGICO: _____

OSTEOMUSCULAR: _____

PROCEDIMIENTO ACTUAL:



CARIES: _____ LABIOS: _____

ENCIAS: _____ PISO DE BOCA: _____

LENGUA: _____ CARRILOS: _____

CAPITULO VII.

CUIDADOS PRE-OPERATORIOS

Para realizar una operación cualquiera en el organismo, salvo las operaciones de urgencia, se requiere de una preparación previa, es decir, checar que al paciente esté en las mejores condiciones físicas y psicológicas, cuando se realiza una intervención de este tipo, pues es una cirugía totalmente programada y planeada; si en la valoración del paciente se encuentra alguna irregularidad, deberá controlarse, primero llevando al paciente a condiciones óptimas para soportar una intervención quirúrgica exitosa, con mayor razón si se trata de la necesidad de intervenir al paciente bajo anestesia general.

Debemos tomar en cuenta de que en caso de que el paciente presenta alguna enfermedad de tipo general crónico, como consecuencia de la enfermedad bucal, deberá ser tratado previamente por su médico general o en su defecto por su especialista, autorizando éste, cuando será posible la intervención.

Tenemos como medidas pre-operatorias las llamadas generales, que son las que se refieren al organismo en general y las llamadas locales que son las que realizan o toman en cuenta en el campo, antes de nuestra intervención.

La historia clínica y los exámenes de laboratorio, son la partida para conocer su estado físico general.

Tratándose de afecciones de tipo general como: infecciones de vías respiratorias altas, enfermedades cardiovasculares no controladas, reumáticas, hepáticas, ictericia, diabetes, hemofilia, anemia, hipertirodismo, etc., tendrá que ser remitido con su médico general, esperando el momento apropiado para la intervención.

LA ANTIBIOTERAPIA COMO MEDIDA PROFILACTICA EN LA CIRUGIA BUCAL:

No es necesario la profilaxis antimicrobiana en la extracción rutinaria de dientes no infectados, ni en cirugía bucal simple.

COMO TRATAMIENTO ANTI-INFECCIOSO:

Se administrará un nivel no menor de 12.5 mg. por quilogramo de peso corporal y para las primeras 24 horas de los compuestos de tetracíclicos moderados, descendiendo gradualmente, de acuerdo a la respuesta, (con cualquier antibiótico).

LOS SEDANTES EN CIRUGIA BUCAL:

La resistencia a la tensión nerviosa es diferente a cada paciente; si el dentista no logra la confianza en su paciente, ni resistencia al dolor, mediante la anestesia local, entonces es preciso reforzar su acción con un medicamento que tenga efecto calmante, sobre el sistema nervioso central.

Los propósitos más importantes de la premedicación son los siguientes:

- 1). Mitigar la aprensión, ansiedad y miedo.
- 2). Elevar el umbral del dolor en caso de anestesia general.
- 3). Controlar la secreción de las glándulas salivales y mucosas.
- 4). Controlar las arcadas.
- 5). Contrarrestar los efectos tónicos de los anestésicos locales.
- 6). Controlar los trastornos motores.
- 7). Disminuir la tensión.

CAPITULO VIII

TECNICA DE ANESTESIA DEL NERVIJO DENTARIO INFERIOR Y RAMAS ADYACENTES

A ésta técnica se le denomina, conducción, troncular o regional, la cual se lleva a cabo en la cirugía de terceros molares, llevando a solución anestésica en contacto con un tronco o rama nerviosa importante (dentario inferior).

ANATOMIA: El nervio dentario inferior se desprende del nervio maxilar inferior, éste se divide inmediatamente por debajo del agujero oval y se dirige hacia abajo, primero por dentro del músculo pterigoideo medio, entra éste y la rama del maxilar inferior.

Está limitado en forma lateral por la rama ascendente, inmediatamente por el músculo pterigoideo interno y en la parte posterior para la glándula parótida que contiene ramas del nervio facial.

Las observaciones anatómicas para éste bloqueo serán: borde oblicuo externo, borde oblicuo interno, amplitud del arco, ángulo mandibular (oblicuidad), amplitud del arco, zona retromolar y estructuras locales.

El nervio dentario inferior se bloquea depositando el líquido anestésico a su alrededor, exactamente antes de penetrar al agujero mandibular y cuando se encuentra en el espacio pterigomandibular.

TECNICA: El método de Clarke y Holmes (1959), técnica de Angelo Sargentine (1966), técnica de Saunder J. Vazirani (1960). Son algunas técnicas que se han utilizado para el bloqueo del nervio dentario inferior. Sin embargo, las principales, hoy en día son el método directo y el indirecto.

METODO DIRECTO: Para realizar el punto de inserción de la aguja, se debe palpar con el dedo índice el borde oblicuo externo, en aproximación del borde oclusal, después se rota el dedo palpando la fosa o triángulo retromolar sobre el borde oblicuo interno.

La aguja se introduce lentamente en los tejidos hasta hacer contacto con el hueso, se retira 1 mm. y se deposita la solución requerida. La jeringa debe mantenerse paralela al cuerpo de la mandíbula y paralela al plano oclusal, es importante que el cilindro de la jeringa descanse entre los dos premolares del lado contrario por anestesiar.

METODO INDIRECTO: Serán los primeros pasos iguales que el primero, sólo que en éste caso el último paso, será retirar un poco y se desliza la jeringa hacia el lado contrario, a nivel de caras oclusales de molares del lado anestesiado.

Ambos métodos son excelentes siempre y cuando el sitio de punción y depósito del líquido anestésico sea en la zona adecuada.

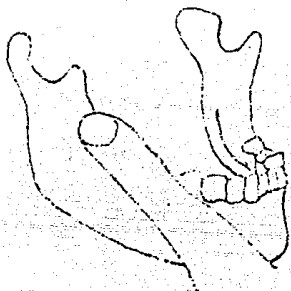
Para un bloqueo eficaz, es necesario bloquear el nervio lingual, así como en la zona de la mucosa para controlar la hemorragia.

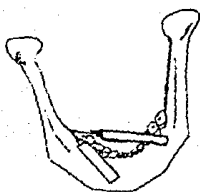
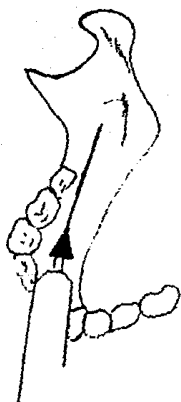
En pacientes desdentados, es importante conocer la zona anatómica y sobre todo mantener la jeringa en el plano horizontal adecuado.

Cabe mencionar, de ninguna manera forzar la aguja dentro de los tejidos.

Los síntomas que manifiesta en la zona anestesiada, sensación de hormigueo en labio inferior, sensación que aumenta su intensidad y extensión.

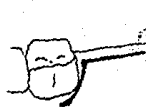
Para comprobarse la insensibilidad, se hará punción en la zona, sin tener dolor para saber si exactamente está anestesiada la zona.







I



ESTO TENDRÁ SU
CÓDIGO DE
IDENTIFICACIÓN



II

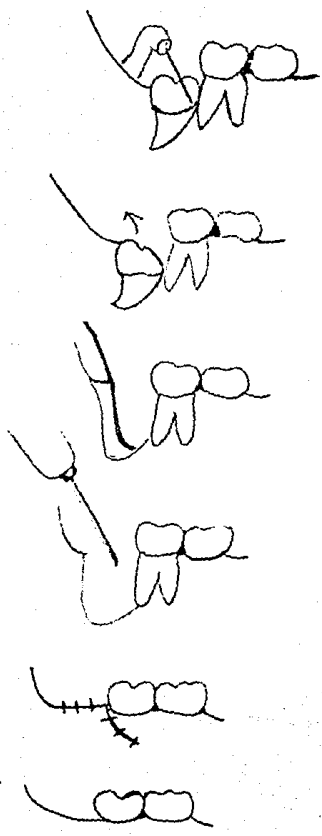


III



IV





CAPITULO IX.

INSTRUMENTAL, OPERACION PROPIAMENTE DICHA O TECNICA QUIRURGICA

INSTRUMENTAL:

- 1). MANGO PARA BISTURI CON HOJA NUMERO 11, 12 Y 15
- 2). LEGRA O PERIOSTOMO
- 3). PINZAS HEMOSTATICAS
- 4). PINZAS DE MOSQUITO
- 5). PINZAS DE KELLY
- 6). PINZAS GUBIAS
- 7). FRESA PARA HUESO
- 8). ELEVADORES (FINO, MEDIO, GRUESO)
- 9). FORCEPS
- 10). CURETA
- 11). ALVEOLOTOMO
- 12). PINZAS PARA TEJIDO
- 13). LIMA PARA HUESO
- 14). PINZAS PORTA AGUJAS
- 15). TIJERAS.
- 16). EYECTOR QUIRURGICO
- 17). ESPEJO
- 18). JERINGA
- 19). PINZAS DE CURACION
- 20). CHAROLA

COMPLEMENTOS:

CAMPOS QUIRURGICOS
GASAS ESTERILES
SUERO FISIOLOGICO
JERINGA HIPODERMICA
SUTURA

La extracción del tercer molar inferior retenido constituye, a tareas sumamente difíciles y complicadas, ya que se trata de un problema mecánico. La serie de factores que afectan a la cirugía bucal, ubicación del molar, su acceso a la zona, visión e iluminación, saliva y sangre, que ocupa en el campo operatorio.

El cirujano dentista tendrá la habilidad y destreza para el manejo de la cirugía, en compañía de su asistente.

CIRUJIA: Se colocará al paciente en posición cómoda para él y para el cirujano, se distrae al paciente con alguna plática o diálogo, para que éste disminuya su estado de esstres y sienta confianza.

Se hará una limpieza séptica con enjuagues, y se limpiará el campo operatorio.

Se colocarán los campos quirúrgicos, teniendo la mejor sépcia, instrumental preparado, el dentista y operador, con vestimenta adecuada para la cirugía.

ANESTESIA: Se anestesiará el troncal del nervio dental inferior, apoyando éste con la lingual y en mucosa. Técnica que emplee del dentista.

INCISION: Deberá de ser amplia y de acuerdo al criterio del cirujano. De primera intención, y no dañar demasiado la mucosa.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO: Se realiza introduciendo en el ángulo mesiovestibular una legre romo, apoyándola en el hueso externo y evitando no despegarla del punto de apoyo, teniendo control de ella, con ligera inclinación hacia afuera.

ELIMINACION DEL HUESO: Si el hueso cubre una parte o totalidad de la corona del diente, lo eliminaremos con el elevador o en su defecto con la fresa quirúrgica, dejando libre de éste la pieza dentaria. Cuando se utiliza fresa en zona del tercer molar retenido, se irriga la zona con suero fisiológico, para evitar calor, friccionar o necrosis ósea. Esta eliminación de hueso se denomina: OSTEOTOMIA.

FRACTURA DEL DIENTE: Si después del estudio clínico y radiográfico, se decide la fractura del diente, se emplea un escoplo de doble bicel bien afilado.

SECCION DEL DIENTE: Se observa la parte que será seccionada con la fresa quirúrgica no llegando al corte total para proseguir con la luxación.

LUXACION: Para realizar éste tipo de operación, se aconseja utilizar los botadores de Winter.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA: Se realiza con los mismos botadores y con forceps adecuados para dicha extracción, dependiendo de las condiciones operatorias, se utilizará el instrumento adecuado.

TERMINACION DE LA OPERACION: Extraído todo el diente, corona, raíz, y saco pericoronario, se deberá de tirar las esquirlas óseas que hayan podido producirse, se analizan las superficies o bordes óseos que presentan aspereza, con limas para hueso o cucharillas, se lava finalmente con suero fisiológico, que se proyecta con cierta presión.

SUTURA: Unión de los tejidos desprendidos en caso de desgarramiento, y no producir infecciones por penetración de restos alimenticios y colocación de apósito quirúrgico, si es requerido por el cirujano.

Se colocará sobre la herida, una gasa estéril de protección y favorecerá la formación del coágulo.

Se darán recomendaciones post-operatorias y medicamentos.

(En ocasiones no se aconseja taponear la herida).

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO.

El tercer molar retenido puede estar en diferentes formas, las cuales estudiaremos para la osteotomía en la zona que lo requiera, ya que tendremos hueso que nos impida la extracción.

La extracción de éstas piezas dentarias seguirán un procedimiento diferente en su eliminación de hueso, luxación, sección del diente, corona o raíces, inclinación y espacio mandibular (rama ascendente).

La sección del diente nos facilitará la extracción en casos que lo requieran, con el apoyo radiográfico, sabremos el espacio necesario y determinar los movimientos que tendremos que efectuar con el forceps o elevador, nuestro punto de apoyo tendrá que ser firme y no falso, para no dañar zonas vecinas y el conducto dentario inferior.

El elevador se introduce en el espacio interdentario por el lado de la incisión, hallando por vestibular en el espacio del segundo y tercer molar, se inician movimientos destinados a elevar el diente, girando el mango del instrumento, teniendo movimientos precavidos y rotatorios.

Se puede apoyar la extracción con algún forceps.

CAPITULO X.

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

El tratamiento post-operatorio es la fase más importante de la intervención quirúrgica, y contribuye al éxito y bienestar del paciente. Terminada la operación, se limpiará la cavidad con agua oxigenada, con el fin de eliminar sangre y restos blandos, óseos o dentarios, que pudieran haberse depositado en los vestibulares, debajo de la lengua y región, evitando que éstos entren en putrefacción.

INDICACIONES POST-OPERATORIAS:

Reposo general

Reposo de la zona intervenida

Aplicar hielo sobre la región intervenida, hasta disminuir poco la inflamación o malestar.

(En caso de haber edema traumático no se aplicarán compresas calientes en la zona intervenida).

Dieta y alimentación, alimentos o sustancias irritantes, dieta líquida y subsecuente dieta blanda.

Prohibidos los enjuagues colutorios, lavarse la boca y tomar leche. (Muchos de los trastornos post-operatorios, se deben al hecho de que los alimentos duros lesionen la región.

TOMAR ANTIBIOTICO: Es para prevención de procesos infecciosos que puedan desarrollarse, teniendo como punto de partida el sitio de la extracción, y deberán ser prevenidos todo tipo de infección con antibióticos como: binotal, peni-k, zinacef, pentrexyl, etc. Se manejará el indicado para el paciente.

ANALGESICOS: El dolor post-operatorio es causa lógica de la intervención en la cavidad bucal, y se deberá calmar con dosis analgésicas ligeras y potentes como: conmel, disprina, magnopyrol, winasorb, prodoлина, tempra, etc.

ANTI-INFLAMATORIOS: Se acompaña de manera que nos ayude a una menor inflamación: flanax, flamicina enzimática, ananase, dibilan, meclomen, etc.

VITAMINOTERAPIA: La ingestión de vitamina B Y B12, colabora a la restitución de los tejidos en el proceso de cicatrización.

En caso de haber trismus se recetará un relajante muscular como: robaxin, robaxisal, alboral, etc.

RETIRO DE PUNTOS DE SUTURA: Se retirará al 5 o 6 día después de la intervención, una eliminación de los puntos de sutura, puede originar hemorragias secundarias, o la movilización del coágulo. Dicho coágulo es base del éxito post-operatorio.

La sutura se retirará con cuidado, con tijeras y pinzas, lavando la herida con sustancia séptica.

El cirujano dentista tendrá la responsabilidad moral y legal de dar de alta al paciente hasta la culminación del tratamiento post-operario.

CAPITULO XI.

COMPLICACIONES DEL POST-OPERATORIO

Estas complicaciones se pueden clasificar en generales o individuales, las cuáles son:

DOLOR: Molestia y muchas veces intolerable, localizado o irradiado el tipo de dolor puede ser:

Errante, que varía frecuentemente de localización
Fulgurante, sumamente intenso y momentáneo
Latente, sordo, que espera la menor incitación para darse
Lancinante, sensación de pinchazo
Reflejo, que se produce en un sitio distinto de la lesión
Tenebrante, muy intenso
Sordo, tenue pero constante
Urente, con sensación de quemadura
Vago, hipreciso, herrante.

EDEMA: Se hincha la cara en forma alarmante, la piel se pone brillantes y tensa, se edematiza el parpado inferior y después el superior, en ocasiones oculta el ojo. Este proceso se resuelve de 48 a 72 horas, el tratamiento, una bolsa de hielo sobre la parte externa, buches de agua caliente con un débil antiséptico, tratamiento general como todas las infecciones.

HEMORRAGIA: Puede ser espontánea o sifilológica y accidental y por defecto de los mecanismos hemostáticos normales como el de la coagulación, intrínseco o secundario a medicamentos.

Los factores esenciales son: la contracción refleja de las paredes de los vasos sanguíneos, el efecto vaso constrictor de las plaquetas destruidas y la tención del endotelio lesionado a obstruir, los extremos seccionados de los vasos.

La hemorragia se puede contener con presión en el sitio de la herida, son solución de trombina, ligarse los vasos (suturar), helfon, celulosa oxigenada, solución de monsel, vitamina K, colocación de apósito quirúrgico.

INFLAMACION: Es la complicación más molesta y puede ser localizado en el alveolo o extenderse al cuerpo del maxilar o en partes blancas vecinas.

INFECCION DE ALVEOLO: Es la más frecuente, alveolitis, es muy molesta y puede ser de dos clases, por inflamación del mismo (alveolo seco). El primer caso aparecen dolores de intensidad variable, la encía con relación al alveolo se congestiona y el periostio de la tabla externa resulta muy dolorosa a la palpación.

En casos favorables, todas las manifestaciones se atiendan y desaparecen dentro de 8 días.

El alveolo seco, presenta el enfermo dolor, lo que al principio no son muy agudos, el alveolo está vacío del coágulo sanguíneo y de tejido de granulación, al lavar se observa que el hueso está denudado, en ocasiones existe un coágulo desintegrado de aspecto necrótico, fétido y no adherido a las paredes alveolares.

Los tejidos vecinos (blandos) no intervienen en el proceso, si lo hacen, será en forma muy atenuante.

Se empleará la más rigurosa técnica, (por lo que se recomienda dejar de pasar el período agudo). Lavar cuidadosamente el alveolo, secar con gasas esterilizadas y taponear con walter pack, debemos ayudar a las defensas orgánicas con penicilinas o sulfamidas.

ACCIDENTES QUE AFECTAN LAS PARTES BLANDAS: Pueden ser desgarramiento de encía, contusión y heridas en los labios, de los carrillos y la lengua.

Producidas por forceps, el vástago de botador, fresa o instrumental punzocortante. Para evitarlos, se requiere de la precaución del cirujano dentista.

EFISEMA: Es producida instantáneamente y por lo general es por heridas en carrillo, puede tener pequeñas complicaciones como son: hemorragia, infección y trastornos nerviosos.

AIDENTIS: Los ganglios submaxilares se inflaman y notan un punto doloroso al tacto, que se desliza por debajo de la piel, (después de la extracción). Merece atención, ya que puede ser una infección en el territorio irrigado por sus vasos aferentes.

FLEMON: Este se presenta después del edema, inflamación en el tejido celular subcutáneo. Se trata con compresas de agua fría y caliente dentro y fuera de la boca e irradiación luminosa, (rayos infrarrojos).

ABCESO: Es una colección purulenta que puede ser situada a más próxima a la mucosa de la boca o piel. La existencia de pus, debe darse salida por el sitio indicado y siempre por la boca, si está debajo de piel se hará una pequeña insición para que salga el líquido purulento.

TRISMUS: Contractura de los músculos de la mandíbula, se debe a una infección tetánica, aunque con frecuencia se emplea como sinónimo de contracción muscular cualquiera que fuese su origen.

CONCLUSIONES

A pesar de ser una intervención sencilla, debemos hacer un buen diagnóstico e historia clínica, ya que ésta no depende, exclusivamente del tratamiento, sino también de las condiciones anatómicas generales y del organismo.

Ya que la extracción de todo diente incluido, se hará con las condiciones requeridas de asepsia y antisepsia, tanto del operador, como el instrumental y lugar donde sea la intervención quirúrgica.

Todos los pasos deberán ser planteados y ejecutados con precisión y exactitud; para no errar durante la intervención.

El cirujano dentista durante la intervención tendrá una gran responsabilidad, ya que ligado al diente, en el momento de la extracción, es un ser humano que siente y reacciona ante cualquier agresión psicológica, física y emocional, y tendrán que reducirse al mínimo.

Cuidando el tratamiento post-operatorio, ya que puede desencadenar, una patología, que altere la funcionalidad normal de el paciente.

BIBLIOGRAFIA

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
DR. GUSTAVO O. KRUGER
EDITORIAL INTERAMERICANA

CIRUGIA BUCAL
GUILLERMO A. RIES CENTENO
EDITORIAL ATENEO BUENOS AIRES

EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO
GUILLERMO A. RIES CENTENO
EDITORIAL ATENEO BUENOS AIRES

DICCIONARIO ODONTOLOGICO
CIRO DURANTE AVELLANAL
EDITORIAL MUNDI

TRATADO DE CIRUGIA ORAL
WALTER C. GURALNICH
SALVAT EDITORES MEXICO, D. F.

PATOLOGIA BUCAL
THOMA H. KURT
EDITORIAL HISPANO AMERICA

PATOLOGIA ORAL
GORLIN ROBERT J.
BARCELONA

MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA
ASTRA

ANATOMIA DENTAL
DR. RAFAEL ESPONDA VILLA
EDICIONES UNIVERSITARIAS

APUNTES DE CIRUGIA BUCAL
DR. RAFAEL RUIZ RODRIGUEZ
CATEDRATICO DE LA UNAM
EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ATLAS DE CIRUGIA ORAL
H. BIRN, J. E. WINTHER
SALVAT EDITORES, S. A.