

58
2 y

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA

DE MEXICO

CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PRESENTA

ARACELI CORTES NIETO

1991



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

	PAG.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
EMBRIOLOGIA DE LA REGION	2
1.1. DESARROLLO DEL DIENTE	3
1.2. DESARROLLO DE LA APOFISIS ALVEOLAR	5
1.3. DESARROLLO DEL MAXILAR SUPERIOR	6
1.4. DESARROLLO DEL MAXILAR INFERIOR	6
CAPITULO II	
ANATOMIA DE LA REGION	8
2.1. INERVACION DEL MAXILAR SUPERIOR	9
2.2. INERVACION DEL MAXILAR INFERIOR	12
CAPITULO III	
CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES	14
3.1. DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS	20
CAPITULO IV	
ASEPSIA Y ANTISEPSIA	21
4.1. MEDIOS FISICOS	21
4.2. MEDIOS QUIMICOS	22
CAPITULO V	
HISTORIA CLINICA	23
5.1. CONDICIONES CLINICAS PRELIMINARES	29
5.2. SIGNOS, SINTOMAS Y CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS	30
5.3. ANALISIS DE LABORATORIO	31

CAPITULO VI

VALORACION PARA ANESTESIA LOCAL Y GENERAL	37
6.1. TECNICAS DE ANESTESIA A UTILIZAR	38
6.2. PRINCIPALES AFECCIONES	41

CAPITULO VII

TECNICAS DE EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES	45
7.1. TIPOS DE COLGAJOS	47
7.2. ODONTOSECCION	47
7.3. SUTURA	48
7.4. INSTRUMENTAL PARA CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES	55

CAPITULO VIII

COMPLICACIONES EN CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES	59
8.1. ACCIDENTES MEDIATOS E INMEDIATOS	59

CAPITULO IX

INDICACIONES QUE SE LE DARAN AL PACIENTE PARA EL POSOPERATORIO	61
9.1. INDICACIONES DE FARMACOTERAPIA: PRE Y POSOPERATORIA	61
CONCLUSIONES	63
BIBLIOGRAFIAS	64

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

Comprendiendo la írtima relación de la cavidad oral con el resto del organismo, y de las repercusiones y consecuencias que sobre el estado de salud de cada individuo tiene un estado patológico, nos damos cuenta de que, en la actualidad, el cirujano dentista debe estar familiarizado con los padecimientos generales que tienen manifestaciones bucales y de la gravedad -- que puede padecer el organismo al no atenderse dicha cavidad a sus enfermedades.

Al entender el cirujano dentista la necesidad de estar al tanto de los últimos adelantos y conocimientos científicos, tanto médicos como dentales, para así poder dar su mayor rendimiento, tanto a los enfermos como a su profesión me animo a presentar mi investigación sobre cirugía de terceros molares, campo muy amplio el de esta rama de la odontología, en la cual tomo sólo una parte de ella y esperando que quien tenga la oportunidad de leer o consultar algo de esta investigación le sea de gran ayuda, ya que en ella se trata de dar posibles alternativas en el tratamiento de terceros molares; obviamente no se puede generalizar cada tratamiento y definitivamente no creo tener la panacea.

Si deseo que quien tome este trabajo en sus manos se origine - en el un criterio más amplio en el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento en pacientes con este problema y que se le trate como un caso muy especial, porque realmente toda cirugía es diferente a las demás y debe considerarse como tal.

EMBRIOLOGIA DE LA REGION

Las bases de la cirugía bucal son igualmente amplias que la cirugía general. La definición de la cirugía bucal es. La parte de la odontología que trata del diagnóstico y del tratamiento quirúrgico y coadyuvante de las enfermedades, traumatismos y defectos de los maxilares, mandíbula y regiones adyacentes.

2) La ciencia y el arte de la cirugía es tan antigua como - la humanidad misma, pues el hombre en sus épocas primitivas, por las condiciones de vida que lo rodeaban, estaba expuesto a sufrir grandes traumatismos por sus constantes luchas con las bestias, la naturaleza y sus semejantes.

Etimológicamente; Cirugía tiene su origen en las palabras griegas Kheir-mano y Ergon-Obra.

El cirujano capaz es aquel cuya destreza manual se basa en conocimientos fundamentales de anatomía, fisiología y de los esta dos patológicos mas frecuentes.

A la cirugía se le puede considerar en sus distintos aspectos como.- Medio terapéutico urgente.

Recurso profiláctico.

Restaurador de funciones orgánicas.

Correctora y reparadora.

La Cirugía ha tenido un desarrollo lento debido al gran número de dificultades, que se encuentra entre ellas; Dolor, Hemorragia, infección y Complicaciones.

DESARROLLO DEL DIENTE

Cada diente se desarrolla a partir de una yema dentaria que se forma profundamente, bajo la superficie en la zona de la boca primitiva que se transformará en los maxilares. La yema dentaria consta de tres partes:

- 1.- El órgano dentario, deriva del ectodermo bucal.
- 2.- Una papila dentaria, proveniente del mesénquima.
- 3.- Un saco dentario que también se deriva del mesénquima.

El órgano dentario produce el esmalte; la papila dentaria origina a la pulpa y la dentina; y el saco dentario forma no sólo el cemento, sino también el ligamento periodontal.

A pesar del hecho obvio de que el desarrollo dentario es un proceso continuo, no sólo es tradicional, sino también necesario desde el punto de vista didáctico, dividir el proceso de desarrollo del diente en varias etapas.

ETAPA DE YEMAS

LAMINA DENTARIA.- Es un engrosamiento epitelial en la región del futuro arco dentario, extendiéndose a lo largo del borde libre de los maxilares.

YEMAS DENTARIAS.- Son salientes redondas u ovoides, que corresponden a la posición de los dientes deciduos y esbosos de los órganos dentarios o yemas dentarias.

ETAPA DEL CASQUETE.

EPITELIO DENTARIO EXTERNO E INTERNO.- El epitelio dentario externo consiste en una sola hilera de células cuboideas, y el epitelio dentario interno, está formado por una capa de células cilíndricas.

RETICULO ESTRELLADO.- Son células situadas entre los epitelios externo e interno, dispuestas en forma de malla.

PAPILA DENTARIA.- Es el órgano formador de la dentina y -- del esbozo de la pulpa.

SACO DENTAL.- Es una capa que se desarrolla más densa y -- más fibrosa, y equivale al saco dentario primitivo.

ETAPA DE CAMPANA.

EPITELIO DENTARIO INTERNO.- Está formado por una sola capa de células cilíndricas.

ESTRATO INTERMEDIO.- Son capas de células escamosas, que -- parecen ser esenciales para la formación del esmalte.

RETICULO ESTRELLADO.- Son células estrelladas, con prolongaciones largas que se anastomosan con las vecinas.

EPITELIO DENTARIO EXTERNO.- Son células que se aplanan hasta adquirir forma cuboidea baja.

LAMINA DENTARIA.- Prolifera en su extremidad profunda para originar el órgano dentario del diente permanente.

PAPILA DENTARIA.- Está encerrada en la porción invaginada del órgano dentario.

SACO DENTARIO.- Muestra disposición circular de sus fibras, con forma de estructura capsular.

ETAPA AVANZADA DE CAMPANA.- Dará origen a la vaina epitelial de Hertwing.

DESARROLLO DE LA APOFISIS ALVEOLAR.

Casi al finalizar el segundo mes de la vida fetal, tanto maxilar superior como en el inferior, forma un surco que se abre hacia la superficie de la cavidad bucal. En este surco están contenidos los gérmenes dentarios, que incluyen también los nervios y los vasos alveolares. Paulatinamente se desarrollan tabiques óseos entre los gérmenes dentarios vecinos y mucho tiempo después el canal mandibular primitivo se separa de las criptas dentarias por medio de una placa horizontal del hueso.

En sentido estricto, la apófisis alveolar se desarrolla únicamente durante la erupción de los dientes. Es importante darse cuenta que, durante el crecimiento, parte de la apófisis alveolar se incorpora gradualmente en el cuerpo del maxilar superior y del inferior, mientras que crece a ritmo bastante rápido en sus bordes libres. Durante la etapa de crecimiento rápido se puede desarrollar un tejido, a nivel de la cresta alveolar, que combina los caracteres del cartílago y del hueso, y se llama condroide.

DESARROLLO DEL MAXILAR SUPERIOR

Todos los huesos de la porción superior de la cara se desarrollan por osificación membranosa, en su mayor parte cerca del cartílago de la cápsula nasal.

El maxilar superior, está representado por dos huesos homólogos, el maxilar propio y el premaxilar. Los centros de osificación del premaxilar y maxilar pueden estar separados por muy corto tiempo, o solamente aparece un centro de osificación, común para los dos. La composición del maxilar está indicada por la fisura incisiva, que se ve bien en cráneos jóvenes, sobre el paladar, extendiéndose desde el foramen incisivo hasta el alveolo del canino.

DESARROLLO DEL MAXILAR INFERIOR

El maxilar inferior se desarrolla como hueso intramembranoso, al lado del cartílago, llamado de Meckel, constituye, en sus partes proximales, los esboses de los huesillos auditivos: el yunque y el martillo.

El maxilar inferior hace su aparición como estructura bilateral en la sexta semana de vida fetal en forma de una placa delgada de hueso, lateral y a cierta distancia en relación al cartílago de Meckel, que es un bastón cilíndrico de cartilago. Su extremidad proximal está en contacto con el yunque. Su extremidad distal está doblada hacia arriba, en la línea media, y se pone en contacto con el cartilago del otro lado. La mayor parte del cartilago de Meckel desaparece sin contribuir a la formación del hueso de la mandíbula. Durante toda la vida fetal el maxilar inferior es hueso par. Los maxilares inferiores derecho e izquierdo están unidos en la línea media por fibrocartilago, a nivel de la sínfisis mandibular. El cartilago de la sínfisis no se deriva del cartilago de Meckel, sino se diferencia a partir del tejido conjuntivo de la línea media. En él se desarrollan pequeños huesos irregulares conocidos como osículos mentonianos, y al final del primer año se fusionan con el cuerpo de maxilar. Al mismo tiempo las dos mitades del maxilar inferior se unen mediante la osificación del fibrocartilago sinfisario.

CAPITULO II

ANATOMIA DE LA REGION

MAXILAR SUPERIOR.- Este hueso tiene forma cuadrangular. Se encuentra íntimamente unido al del lado opuesto y en la línea media por las apófisis palatinas, está fuertemente enclavado en el espesor de la cara. Presenta dos caras, cuatro bordes, cuatro ángulos y una cavidad o seno maxilar.

CARA INTERNA.- En esta cara presenta la apófisis palatina, la cual forma parte del piso de las fosas nasales. Esta apófisis se articula con la del lado opuesto para formar así la espina nasal anterior.

CARA EXTERNA.- Presenta la apófisis piramidal por medio de la cual se articula con el hueso malar; esta apófisis presenta tres caras; la superior que forma parte del piso de la órbita, y lleva un canal conocido como conducto sub-orbitario, su cara anterior presenta la terminación del conducto el cual es conocido como agujero sub-orbitario; y la cara posterior la cual corresponde por dentro a la tuberosidad del maxilar y por fuera a la fosa cigomática.

BORDE ANTERIOR.- Junto con el del lado opuesto forma el orificio anterior de las fosas nasales.

BORDE POSTERIOR.- Forma la tuberosidad del maxilar; en su parte superior, forma la pared anterior de la fosa pterigomaxilar. En su parte baja se articulan la apófisis piramidal del palatino con el borde anterior de la apófisis pterigoides, en esta articulación se encuentra el conducto palatino posterior.

BORDE SUPERIOR.- Forma el límite interno de la pared inferior de la órbita, y se articula por delante con el unguis, y por atrás con la apófisis orbitaria.

BORDE INFERIOR.- Presenta los alveolos dentarios que sirven de alojamiento a las raíces dentarias.

ANGULOS.- El maxilar superior presenta cuatro ángulos, de los cuales dos son superiores y dos inferiores; destacándose en ellos la apófisis ascendente del maxilar superior y la cresta la grimal anterior.

CAVIDAD O SENO MAXILAR.- El centro del maxilar superior se encuentra ahuecado por una vasta cavidad llamada Seno Maxilar o antrodo Higmore, nombre del anatómico que dió de él la primera buena descripción. Esta cavidad está en relación: por arriba, con la pared inferior de la órbita; por delante con la fosa cani na; por fuera, con la fosa cigomática; en la parte posterior con la hendidura pterogomaxilar, y por debajo con el arco alveolar superior.

INERVACION DEL MAXILAR SUPERIOR.- El nervio del maxilar superior, proviene del Nervio Trigémico o V par craneal y es una de las ramas de éste. El nervio atraviesa sucesivamente el conducto redondo mayor, el fondo de la fosa pterigomaxilar, la gote ra y el conducto suborbitario.

Da en particular:

NERVIO PALATINO ANTERIOR.- Que atraviesa el conducto palatino.

NERVIO PALATINO POSTERIOR.- Para inervar la bóveda palatina.

NERVIO PALATINO MEDIO Y POSTERIOR.- Que se distribuyen en la mucosa del velo del paladar.

Los nervios, dentarios posteriores.- En número de dos o tres, nacidos adelante de la entrada de la gotera suborbitaria; dan los ramos superficiales de la mucosa gingival, después penetran en el maxilar a media altura e inervan los molares y premolares.

El nervio dentario medio, inconstante, caminando en la pared externa del seno maxilar, va a inervar el primer premolar.

El nervio dentario anterior.- Se depende en el conducto suborbitario y penetra en el conducto dentario anterior superior, destinado al meato inferior, a los incisivos y caninos.

Estos nervios dentarios anterior medio y posterior se hallan anastomosados por encima de las raíces dentarias en un plexo dentario en forma de arco que se prolonga con el del lado opuesto.

MANDIBULA.- Forma él sólo la mandíbula inferior y se puede considerar dividido en un cuerpo y dos ramas:

CUERPO.- Tiene forma de herradura, cuya concavidad se halla vuelta hacia atrás. Se distinguen en él dos caras y dos bordes:

CARA ANTERIOR.- Presenta en la línea media la sínfisis mentoniana, como resultado de la unión media de las dos mitades. En su parte más inferior y saliente es denominada eminencia mentoniana, Hacia fuera y atrás, se encuentra el agujero mentoniano y más atrás aún la línea oblicua externa del maxilar.

CARA POSTERIOR.- Presenta cerca de la línea media las apófisis geni. En el borde anterior la línea oblicua interna o -- milohioidea, por encima de ésta la foseta sublingual, y por debajo de la misma línea foseta submaxilar.

BORDE INFERIOR.- Presenta los alveolos dentarios, separados entre sí por apófisis interdentarias.

RAMAS.- En número de dos, derecha e izquierda, aplanadas - de forma cuadrangular. Presentan dos caras y cuatro bordes.

CARA EXTERNA.- Su parte inferior es más rugosa que la superior.

CARA INTERNA.- Se encuentra el orificio superior del conducto dentario. La espina de Spix en forma de saliente triangular, y el canal milohioideo.

BORDE ANTERIOR.- Forma la hendidura vestibulocigomática.

BORDE POSTERIOR. Recibe también el nombre de borde Parotídeo.

BORDE SUPERIOR.- Se localiza la escotadura sigmoidea, la -
cual se localiza entre dos salientes, la apófisis coronoides por
delante, y el cóndilo del maxilar por detrás. El cóndilo se ar
ticula con la cavidad glenoidea del temporal, y se une al resto
del hueso por medio de su cuello.

BORDE INFERIOR.- Se continúa con el borde inferior del --
cuerpo al unirse por detrás con el borde posterior, forma el án-
gulo de la mandíbula.

INERVACION DEL MAXILAR INFERIOR.- También proviene del Ner
vio Trigémino. Es un nervio sensitivo-motor, sale del cráneo -
por el agujero oval, se introduce en la fosa ptérigomaxilar y se
divide rápidamente en sus ramas terminales, que son:

- a) Tronco anterior.
- B) Tronco posterior.

a) TRONCO ANTERIOR: Nos da:

El Temporo-buco-ptéridoideo.- Que pasa en-
tre los dos haces del músculo ptéridoideo -
externo, al que inerva, y da el nervio tem-
poral profundo anterior y el nervio bucal,
para la piel de la mejilla y de la mucosa -
bucal.

El Temporal Profundo Medio.- El Temporo -
Maseterino, que da el temporal profundo pos
terior y el maseterino.

- b) TRONCO POSTERIOR.- Se divide en cuatro ramas:
- 2) El Tronco Común.- De los nervios del ptérigoideo interno, del periestafilino externo y del músculo del martillo.
 - 2) El Nervio Aurículo.- Temporal que atravieza el polo superior de la parótida, sube verticalmente hacia delante del - Tragus, atrás de la arteria temporal - para llegar a los tegumentos del cráneo; inerva la Articulación Temporomaxilar, el Conducto auditivo externo y el pabellon de la oreja.
 - 3) El Nervio Dentario Inferior.- Se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante hacia la hendidura mandibular, para penetrar en el conducto dentario, inervando cada raíz dentaria, y adelante del agujero mentoniano se divide en nervio incisivo, que continua su trayecto hasta la línea media, y nervio mentoniano.
 - 4) El Nervio Lingual.- Situado hacia delante del dentario inferior, y pasa por dentro del ligamento ptérigomaxilar y penetra en el piso de la boca a la altura del Tercer Molar, pasa sobre el polo superior de la glándula submaxilar, - cruza por debajo del conducto de Whartón, de fuera hacia dentro para llegar a la cara de la lengua.

CAPITULO III

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES SEGUN PELL Y GREGORY Y WINTER.

Pell y Gregory se basan en la posición que tiene el tercer molar con la rama ascendente y la profundidad en el hueso.

Hay 3 clases:

- 1a. CLASE: Hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama y la cara distal del 2o. molar para ubicar totalmente el diámetro Me-Di de la corona del tercero.
- 2a. CLASE: El espacio existente entre el borde anterior de la rama y la cara Di del 2o. molar es menor que el diámetro Me - Di del tercero.
- 3a. CLASE: Toda a la mayor parte del molar se encuentra ubicado en la rama.

Según la profundidad del tercer molar en el hueso hay tres posiciones:

- POSICION A: Es la más alta encontrándose al mismo nivel o por encima del nivel oclusal.
- POSICION B: La porción más alta se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar.
- POSICION C: La porción más alta se encuentra al mismo nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

Winter se basa en la posición y desviación usando 4 puntos - de referencia.

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

Según esto la clasificación es la siguiente:

a) RETENCION VERTICAL.

Puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso pero lo característico reside en que su eje mayor es más o menos paralelo al eje del 2o.

b) RETENCION HORIZONTAL.

El eje del tercero es perpendicular al del 2o.

c) MESIOANGULAR.

El eje del tercero está dirigido hacia el 2o. molar formado con este un ángulo de 45 grados.

d) DISTOANGULAR.

Es opuesta a la anterior. El eje del tercero esta dirigido hacia la rama.

e) RETENCION INVERTIDA.

La corona se encuentra dirigida hacia el borde inferior de - la rama y las raíces hacia la cavidad bucal. Es muy rara y también se le llama paranormal.

f) BUCO ANGULAR.

Su eje mayor es perpendicular al plano del 2o. molar con la corona dirigida hacia bucal.

g) LINGUOANGULAR.

Como la anterior pero la corona dirigida hacia lingual.

SUPERIORES.

Puede ser intraósea o submucosa.

Puede ser total o parcialmente retenidos.

a) VERTICAL.

El eje mayor del tercero es paralelo al del 2o.

b) MESIO ANGULAR.

La cara oclusal hacia mecial y la raíz hacia la apófisis -- pterigoides.

c) DISTOANGULAR.

El eje del tercero dirigido hacia la tuberosidad del maxilar, la cara triturante hacia la pótisis pterigoides.

d) HORIZONTAL. .

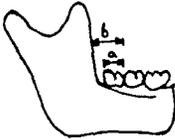
1.- El molar está dirigido hacia el carrillo

2.- La cara oclusal está dirigida hacia la bóveda.

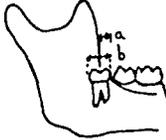
e) PARANORMAL.

Esta en diversas posiciones que no encuadran con las anteriores

Clase 1ª



Clase 2ª



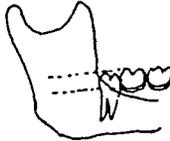
Clase 3ª



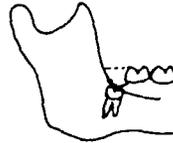
Posición
A

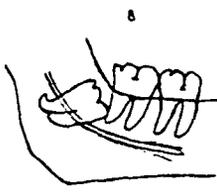
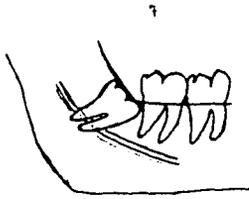
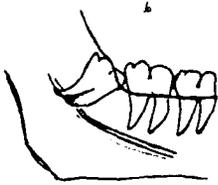
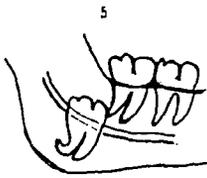
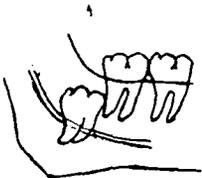
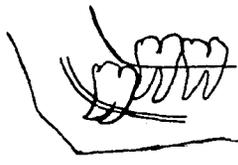
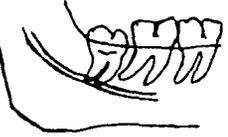
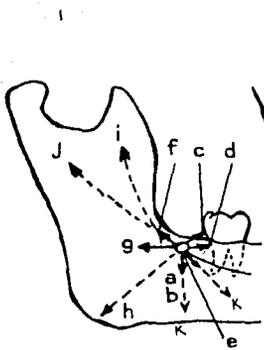


Posición
B



Posición
C







I Intraosseal



II Sub-gingival



III Normal



A-vertical

B-mesio-angular

C-disto-angular



D-horizontal



E-paranasal

DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS.

Hay varios términos que se han usado para referirse a los dientes no erupcionados, tres son los más comunes:

RETENIDO

Quiere decir detener su acción.

INCLUIDO

Quiere decir comprender una cosa dentro de otra.

IMPACTADO

Significa introducir por la fuerza una cosa dentro de la - otra. Hemos visto que los diferentes autores lo usan indistintamente para referirse a un diente que llegada su época de erupción queda mantenido en un sitio rodeado por hueso o tejido gingival.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

Uno de los tres postulados de la técnica quirúrgica es evitar la infección. La asepsia y antisepsia nos brindan los conocimientos necesarios para prevenir y combatir la infección.

Etimológicamente asepsia del griego que significa a-sin y --sepsis putrefacción, indica la forma de combatir la infección provocada por agentes microbianos.

La asepsia tiene pues por objeto destruir los gérmenes para evitar su entrada al organismo y la antisepsia de combatirlos - cuando ya han entrado.

La asepsia y antisepsia se pueden obtener por medios que pueden ser:

MEDIOS FISICOS

Cepillado con jabón.- Cepillando los instrumentos se consigue el arrastre mecánico de los residuos infectados. Esta operación por sí sólo no es suficiente para esterilizar, aunque se emplean jabones antisépticos.

Calor seco.- Dentro del calor seco tenemos:

- 1.- Llama directa.- Es la destrucción por incineración, sus resultados son indiscutibles, pero su aplicación es reducida.
- 2.- Aire caliente.- Se aplica en hornos especiales y Hornos Pasteur, a temperatura de 160°C durante una o dos horas,

sólo es aplicable a objetos de metal, cristalería, etc.

Calor Húmedo.- Los más importantes son:

- 1.- Agua hirviente.- Es el más doméstico y cayendo rápidamente en desuso, en el Consultorio Dental, ya que es - ineficaz contra las esporas y los virus.
- 2.- Vapor a presión.- Autoclave, es el más eficaz de todos los medios de esterilización, si el vapor efectivo llega a todas las porciones de los materiales contenidos - en el aparato. El período de esterilización usual es - de quince minutos a 120°C, o veinte minutos si los instrumentos están envueltos en toallas.

MEDIOS QUIMICOS

Son los antisepticos y germicidas; se utilizan en los materiales que pueden ser destruidos o alterados por el calor y para la asepsia de manos y tegumentos del campo operatorio. Desde el punto de vista de su modo de acción pueden ser:

- 1.- Coagulantes.- Que son los que destruyen los gérmenes por coagulación de las proteínas de su protoplasma.
- 2.- Deshidratantes.- Que nos producen deshidratación del - protoplasma.

Entre los agentes químicos más comunes tenemos:

Alcohol Isopropílico.- Reduce el número de organismos presentes, pero no mata a los patógenos. Cloruro de benzalconio. Tinturas de Yodo y de Merthiolato, Formadehído, etc.

CAPITULO V

HISTORIA CLINICA

La historia clínica es un factor muy importante en el diagnóstico odontológico, no basta que el Dentista haya aprendido a conocer unas cuantas enfermedades, es necesario también que haya estudiado un gran número de pacientes durante un período más o menos largo, para hacer la descripción correcta de la enfermedad, es necesario también adoptar una terminología satisfactoria y saber expresar en pocas palabras lo que se desee asentar. La historia clínica (o anamnesia): se anotará la historia clínica para cada paciente y debe contener todos los datos necesarios.

Datos generales del paciente (antecedentes personales). Se anotará en la hoja clínica el nombre del paciente, edad, sexo, estado civil, ocupación, lugar de nacimiento, etc. Es importante tomar estos datos ya que en el caso de la edad el porque de la caries, la dentición tardía se observa generalmente en la niñez. La parodontosis, se considera como una enfermedad de la edad adulta.

a) Examen bucal.

Labios.- Se anotará la presencia de queilosquisis (labio leporino o fisura congénita).

Mucosa.- Se observará si hay neoplasias, úlceras, etc.

Lengua.- Si se observa glositis, lengua geográfica, escretalo o cualquier estado patológico se hará la anotación respectiva.

Paladar.- Se investigará la existencia de lesiones sifilíticas, perforaciones, neoplasias, etc.

Espacio sublingual.- Se tomará nota de presencia de ránulas, de -
celulitis crónica, de carcinoma, etc.

Articulación temporomandibular.- Se anotará igualmente cualquier
anomalía de la articulación (anquilosis, luxación, fracturas).

Estado higiénico de la boca.- El estado antihigiénico puede ser -
signo de infección bucal, de algún foco infeccioso de malos hábi-
tos, etc. y debe ser asentado en la historia clínica.

b) Estudios de aparatos.

Digestivo.

¿ Tiene apetito?.

¿ Distingue bien el sabor de los alimentos?.

¿ Tiene sed; mucha sed?

¿ Mal sabor de boca? ¿a qué le sabe?.

¿ Siente dificultad al pasar los alimentos?.

¿ Siente alguna molestia cuando le llegan al estómago? ¿con
qué la compara?.

¿ Tiene eructos; agruras; acedías?.

¿ Náuseas?.

¿ Vómitos?; ¿Se presentan a alguna hora determinada, por --
ejemplo en ayunas, después de las comidas, entre ellas o -
en la noche.; ¿de qué olor, en qué cantidad, qué sabor le
dejan, de qué color son?, ¿son simplemente mucosos o con--
tienen restos alimenticios?; ¿tienen sangre?.

¿Tiene dolor de estómago; aparece éste con alguna clase de -
alimento; con cuáles; es constante el dolor; es muy intenso;

tiene alguna relación con las comidas; en qué sitio es el - dolor; se extiende para alguna parte; hacia dónde; con qué desaparece; es la primera vez que aparece, o le había dado en algunas otras ocasiones.

¿Tiene retortijones; cólicos; gases en abundancia?.

¿Cuántas veces obra en las veinticuatro horas; antes de co-- menzar a estar enfermo, qué número de veces obraba?.

¿Hay dolor al obrar; puja?.

¿Es abundante su evacuación; de qué color; dura, líquida, pas- tosa; líquida con fragmentos duros; de muy mal olor; contie- ne pedazos de alimentos, tiene lombrices, sale mezclada con moco, pus o sangre?.

c) Respiratorio.

¿ Siente dificultad al pasar el aire por la nariz?.

¿ Tiene tos; continúa por accesos o por tosaduras aisladas; produce vómitos; es seca o desgarrá; desgarrá con dificul- tad?.

¿ Es abundante la espectoración?; por ejemplo, juntando la - del día y la de la noche, ¿cubriría el fondo de la basini- lla?. ¿Es muy pegajoso el esputo a la basinilla; qué color tiene; es aereado; con pequeñas o grandes burbujas; sale - con sangre; la sangre tiñe todo uniformemente o sólo en ra yas; tiene pus el esputo?.

¿ Tiene dolor en el pecho, la espalda o los costados; aumen- ta el dolor al respirar profundamente?.

d) Circulatorio.

- ¿ Tiene palpitaciones; obedecen al esfuerzo?.
- ¿ Se fatiga y siente sofocación al caminar; se fatiga pequeños o grandes esfuerzos?.
- ¿ Dolor en el corazón; a qué compara ese dolor; en que sitio, para dónde se extiende; cuanto tiempo dura; se acompaña sensación de angustia?.
- ¿ Le ha salido sangre por alguna parte de su cuerpo?.
- ¿ Se ha hinchado de alguna parte de su cuerpo; en dónde se - presenta esa hinchazón; es dura o blanda; pálida o rojiza; dolorosa; a qué hora es más notable, en la mañana o en la - noche?.
- ¿ Se ha puesto alguna vez morado?.
- ¿ Siente vértigos, así como si le dieran vueltas las cosas?.
- ¿ Siente bochornos, llamaradas de calor?.
- ¿ Tiene dolor de cabeza; constantemente?.
- ¿ Zumbido de oídos?.
- ¿ Por los ojos le pasan manchas, o como moscas que vuelan?.
- ¿ Siente que se le duerme algún dedo, los brazos o alguna parte de su cuerpo?.
- ¿ Siente hormigueos; calambres?.

e) Génitourinario.

- ¿ Orina Ud. con mucha frecuencia?.
- ¿ Orina por las noches?.
- ¿ Juntando la orina en el día y en la noche, cómo que tanto - será?.

¿ Qué color tiene la orina; qué olor; deja asiento en la base nilla; de qué color es ese asiento; sale la orina mezclada con sangre; la sangre sale durante todo el rato que orina o solamente al principio, en medio o al fin?.

¿ Cuando termina de orinar, siente todavía ganas de seguirlo haciendo, aún cuando ya haya acabado?.

¿ Siente dificultad al orinar?.

¿ Siente alguna molestia al hacerlo, como dolor, sensación de quemadura, etc.?.

f) Sistema nervioso.

¿ Duerme bien?.

¿ Como cuántas horas dormirá en la noche?.

¿ En el día lo hace?.

¿ Tiene pesadillas?.

¿ Oye bien, huele bien, ve bien?.

g) Síntomas Generales.

¿ Tiene escalofríos?.

¿ Calentura; sudores?.

¿ Ha enflacado o engordado?.

¿ Como cuántos kilos habra aumentado o disminuido?.

¿ Ha tomado su cuerpo alguna coloración especial?.

¿ Se siente cansado y sin fuerzas.

h) Antecedentes Personales.

Patológicos.

- Aparte de éstas, ¿Qué otras enfermedades ha tenido?.
- ¿ Ha tenido paludismo y reumatismo?.
- ¿ Ha tenido chancros; uno o varios; dolorosos?.
- ¿ Se le ha caído el pelo o mechones dejándole lunares sin pelo; le han salido manchitas rojas en el cuerpo?.
- ¿ Se ha tenido escoraciones en la boca o en la faringe que ha yan sido muy rebeldes para curar?.
- ¿ Dolores de huesos en las noches?.
- ¿ Cuando chico, fue de esos niños que llaman écticos?.
- ¿ Tuvo bolas en el cuello; le llegaron a surpurar?.
- ¿ Suda abundantemente sin que la temperatura ambiente justifi que ese sudor; por las noches tiene sudores?.
- ¿ Ha vivido con personas que tosen mucho, de esas que llaman tísicos?.

No patológicos.

- ¿ De dónde es Usted?.
- ¿ En qué otras partes ha vivido?.
- ¿ En qué trabaja?.
- ¿ Fuma?.
- ¿ Acompaña sus comidas con alguna bebida; qué toma?.
- ¿ Acostumbra tomar bebidas alcohólicas antes de comer?.
- ¿ Cuántas comidas hace al día?.
- ¿ Come despacio?.

¿ Es afecto a los platillos muy condimentados y a los pican--
tes?.

i) Antecedentes hereditarios.

¿ Viven sus padres; son o fueron sanos; qué enfermedades pade--
cen o padecieron; de qué murieron?.

¿ Tiene hermanos; son sanos; murieron algunos chicos; de qué
murieron?.

¿ Tuvo su mamá hijos que nacieran antes de tiempo?.

j) Terapéutica empleada.

¿ Que es lo que le han hecho o indicado para curar a Ud.?.

CONDICIONES CLINICAS PRELIMINARES.

Antes de realizar la extracción del tercer molar retenido se
debe efectuar lo siguiente:

Historia Clínica.

Saneamiento básico.

Evaluación radiográfica para localizar forma, tamaño y número
de raíces.

Así como la relación del tercer molar con el conducto denta--
rio inferior.

En caso de existir infección aguda eliminarla.

Estudios de laboratorio.

Evaluar el estado del segundo molar.

Evaluar estado psicológico del paciente.

Comentar con el paciente acerca del posible pos-operatorio.

SIGNOS, SINTOMAS Y CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Puede ocasionar en mayor o menor grado diferentes accidentes los que podrían ser: mucosos, celulares, oseos, linfáticos, tumorales y quísticos.

MUCOSOS.- Se refiere a las complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean al molar conocida como pericoronitis que consiste en la instalación al nivel del capuchón de un proceso inflamatorio con sus clásicos signos de tumor rubor calor y dolor.

El dolor es inicial, puede ser localizado o irradiado en la línea del nervio dentario inferior, es muy frecuente que se ubique en el oído de ese lado, y se exacerbe durante la masticación.

TUMOR.- A la exploración encontramos la encía de volumen con la huella de los dientes antagonistas.

RUBOR.- La encía es rojo violácea cubierta con saburra restos de alimento y sangre.

CALOR.- Hay aumento de temperatura en la zona.

ESTADO GENERAL.- Existe fiebre, anorexia, astenia, trismus, masticación difícilmente en períodos de 2 a 3 días.

CELULARES.- Pueden aparecer inflamación y absceso en diferentes si tios como en el pilar anterior o subamigdalino, en la fosa tempo--
ral, en el piso de la boca, en el espacio masetero, etc.

OSEOS.- Pueden ocurrir osteítis y osteomielitis.

Puede haber repercusión ganglionar.

Aparición de quistes dentígeros.

Formación de ameloblastomas.

La radiografía que se usa comunmente es la periapical y es in dispensable tomar una buena radiografía antes de iniciar la extracción. Debido al sitio donde se coloca el paquetillo hay dificul--
tad para hacerlo, pero es imprescindible que veamos totalmente la corona y las raíces con sus relaciones hacia el segundo molar, la rama ascendente, el tejido óseo que cubre el adiente, el conducto dentario, el número de raíces, bifurcadas o no, para planear los -
cortes necesarios.

También es conveniente tomar una radiografía periapical oclu--
sal para ver la posición Bu-Li. Es indispensable tener estas ra--
diografías antes de iniciar la cirugía.

ANALISIS DE LABORATORIO

De acuerdo a la intervención quirúrgica a realizar y el diag--
nóstico general final van a ser los exámenes de laboratorio que se
deben solicitar.

No han de realizarse indistintamente gran número de pruebas -
de laboratorio antes del examen clínico, tratando de hacer un diag--
nóstico o por sentir que se cumple con un requisito. El abuso de

los exámenes sin bases adecuadas conduce a diagnósticos erróneos - y manejo inadecuado del paciente.

Los exámenes que más frecuentemente vamos a solicitar son: -
Biométrica hemática, Hematocrito, tiempo de coagulación y sangrado, tiempo de protrobina, glucosa en sangre y los vamos a interpretar de la manera siguiente:

ERITROCITOS.- La cifra normal es de 4 a 5 millones por mm, se encuentra disminuida en anemias, hemorragia. Se encuentra aumentada en Policitemia Vera, deshidratación.

LEUCOCITOS.- Normal de 5 a 9000 x mm³ se encuentran disminuidos - en, algunas infecciones, estados caqueticos, radiación, y en relación, con algunos productos químicos analgésicos, sulfonamidas, - etc.

Se encuentran aumentados (leucocitosis) en leucemias, infección - hemorragia.

NEUTROFILOS.- 50 a 70% aumentados en infecciones agudas, intoxicaciones, envenenamientos, neoplasias malignas de hígado o médula - ósea, leucemia.

EOSINOFILOS.- 1-3 % aumentados en trastornos alérgicos, dermatitis, infecciones parasitarias enfermedades del sistema hematopoyético.

BASOFILOS.- 0-1 % aumentados en esplenectomía, infecciones como vi ruela y varicela leucimia mielocítica crónica enfermedad de hodkin.

LINFOCITOS.- 20-40 % aumentados en infecciones agudas, exantemas, raquitismo y malnutrición.

MONOCITOS.- 2-8 % aumentados en infecciones bacterianas, T.b. endocarditis infección de protozoarios, leucemia monocítica.

HEMOGLOBINA.- Normal de 12.5 a 17 gr x 100 cc. las cifras anormales se encuentra por la misma razón que los eritrocitos.

HEMATOCRITO.- Hombres de 40 a 54 % mujeres de 37 a 47 %, disminución en anemias hipocrómicas, aumento en anemias hiperocrómicas.

HEMOGLOBINA GLOBULAR MEDIA.- Es el peso de la hemoglobina en el eritrocito medio normal de 27 a 32 microgramos. Disminución en anemia hipocrómica. Aumento en anemia hiperocrómica.

VOLUMEN GLOBULAR MEDIO.- Es el volumen del eritrocito medio. Disminución en anemia microcítica, aumento en anemia microcíta.

TIEMPO DE SANGRADO.- 1 a 5 minutos, aumentado en púrpura, leucemia, anemia enfermedades hepáticas, escorbuto.

PRUEBA DE FRAGILIDAD CAPILAR.- 10 a 20 petequias en un área de 5 cms. de diámetro.

TIEMPO DE PROTROBINA.- 11 a 15 segundos. Disminuido en tromboflebitis, aumentado por la formación inadecuada de protrobina en hígado, falta de absorción de vitamina K del intestino, ictericia, terapéutica con salicilatos heparina y dicumarol.

PLAQUETAS.- 250 000 a 400 000 disminuídas en púrpura trombocitopénica, leucemias agudas, anemias. Aumentadas en policitemia, hemorragia, anemia.

AZUCAR EN SANGRE.- Normal de 80 a 120 mg. por 100 cc. Aumentada - en diabetes.

De éstos exámenes tomaremos como pauta lo siguiente para solicitar los. La biometría se solicitará a todos los pacientes mayores de 50 años a los que vayan a ser sometidos a anestesia general, a los que se les vayan a efectuar extracciones múltiples o cirugía traumatizantes.

Tiempo de sangrado y coagulación será solicitado a los pacientes - antes mencionados y además a los que tengan antecedentes de sangrado o fácil formación de hematomas.

La prueba de glucosa se solicitará a pacientes mayores de 50 años obesos o con antecedentes diabéticos.

ASEPSIA.- Quiere decir libre totalmente de microorganismos.

ANTISEPSIA.- Son los métodos por los cuales se logra la asepsia.

ANTISEPTICO.- Es una substancia que impide detiene o inhibe el desarrollo de los microorganismos sin necesidad de matarlos (destruir los).

ESTERILIZACION.- El proceso por el que todos los microorganismos - patógenos y no patógenos incluyendo esporas son destruidos. A menudo se usa incorrectamente cuando sólo se ha logrado bacteriostasis.

ESTERILIDAD.- Es el estado alcanzado por la esterilización.

DESINFECCION.- Es el proceso de destrucción de microorganismos pa-

tógenos a excepción de los que forman esporas.

El método más comunmente usado y recomendable es el vapor a presión: Autoclave a 120 grados C y de 15 a 17 libras de presión durante 30 minutos para sábanas, campos, gasas, guantes, toallas, instrumentos metálicos y de cristal.

Otro método también usado es el calor seco a 170 grados C durante una hora.

Entre los métodos químicos el que más se usa es el O.R.Y. cada 100 ml. contienen:

Cloruro de alkyl, dimetil Benzil amonio
Nitrito de sodio (antioxidante)

Se usa para la desinfección de:

- 1.- Instrumental de acero.
- 2.- Instrumental de filo.
- 3.- Utensilios de peltre, plástico, hule, vidrio.
- 4.- Aseo de cavidades.
- 5.- Desinfección de aparatos en general.

Esta solución actúa como detergente, disminuye la tensión superficial y hace más permeable a la célula bacteriana. Su actividad disminuye ante la presencia de sangre, pus, suelo saliva.

Como antiséptico de piel o mucosas se usa en concentraciones de 1 a 100 y 1 a 1000.

Para efectuar una cirugía bucal por sencilla que sea siempre deberá efectuarse en el "área de cirugía" usando dentro de ésta - área gorro y cubrebocas todas las personas que en ella se encuen--

tren, el cirujano y sus ayudantes deben usar uniformes y guantes - estériles. El instrumental y los campos de la mesa de mayo y del - paciente será estériles. El sillón, la lámpara, la mesa, deben - limpiarse previamente con un desinfectante.

Las piezas de mano y aspirador se lavarán con agua y jabón y después se desinfectan con Q.R.Y. manteniéndolas cubiertas con gasa empapadas en ésta solución hasta que se vayan a usar. Se deben cubrir las mangueras con un campo estéril.

Las fresas y hoja de bisturí deben mantenerse en Q.R.Y. hasta el momento de emplearlas. Así como los cartuchos de anestésico - que se piense usar.

Las mucosas se deben desinfectar antes de efectuar la anestesia. cuando menos un minuto.

Para hacer el lavado del área que se está operando nunca se - empleará el agua que proviene de la unidad, sino suero que se ver- tirá en un riñón estéril que deberá estar en la mesa de trabajo y de donde se tomará con una jeringa estéril.

CAPITULO VI

VALORACION PARA ANESTESIA LOCAL Y GENERAL

Antes de hacer cualquier tipo de anestesia, local o general - debe realizarse un estudio previo del paciente. Es un procedimiento muy valioso del que puede obtenerse mucha información útil. El estudio no debe insumir tiempo, especialmente antes de una anestesia local, en el consultorio dental. Sin embargo, es inseguro proceder sin estudio previo.

VALORACION PARA ANESTESIA LOCAL.- Cuando el C.D. mediante el estudio previo adecuado, determina el verdadero estado del paciente, - puede planear mejor la intervención.

El estudio previo debe ser tan bien planeado y organizado, - que toda la información necesaria sea lograda en un mínimo de -- tiempo y esfuerzo. Preocupará poco o nada al paciente, especialmente si le informan que es un procedimiento de rutina. El C.D. dependerá del estudio previo para determinar:

- 1.- El estado físico del paciente en general.
- 2.- La necesidad de consulta médica.
- 3.- La historia de una experiencia anestésica previa, desagradable.
- 4.- Si el paciente tiene sensibilidad a alguna droga.
- 5.- La necesidad de medicación previa.
- 6.- El tiempo para la intervención.
- 7.- La técnica o método a usar.
- 8.- La elección de una solución anestésica.
- 9.- Si se usará un vasopresor y cuánto.
- 10.- Si se empleará oxígeno.

Además el C.D. de observar atentamente al paciente buscando - signos de nerviosidad, ojos salientes u otros síntomas de hipertensi-

riodismo.

La vasta mayoría de los pacientes que tienen alguna clase de lesión cardíaca orgánica puede tolerar un anestésico local, siempre que sean tratados con cuidado. Las normas que regirán el tratamiento de estos pacientes son las siguientes:

- 1.- Su estado debe conocerse mediante la consulta con el médico.
- 2.- La intervención debe planearse según el estado físico del paciente.
- 3.- Deben tener moderada medicación previa si están temerosos y aprensivos.
- 4.- Tendrán sesiones breves, para no fatigarlos sin necesidad.
- 5.- Se le administrará la menor cantidad posible de solución anestésica.
- 6.- El vasoconstrictor debe estar al mínimo, o ser eliminado en caso necesario.
- 7.- Se administrará oxígeno nasal durante la intervención.

Ninguno de los anestésicos locales en uso actualmente están contraindicados para el paciente cardíaco o hipertenso. Es generalmente el vasoconstrictor en la solución anestésica el que preocupa más y puede usarse en muchos casos cardíacos si no se excede la dosis establecida.

TECNICAS DE ANESTESIA A UTILIZAR.

El tipo de anestesia que utilizaremos para nuestras intervenciones de Terceros Molares será: Regional o Troncular, ya que ésta nos permite anestesiar parte de la arcada inferior o superior según sea el caso.

La anestesia Regional o Troncular, es la que se realiza poniendo la solución anestésica en contacto con un tronco o rama nerviosa importante que se desee anestésicar, surcando los escollos anatómicos correspondientes; y así lograr una buena intervención, sin que el paciente perciba dolor alguno y evitarle posteriormente un trauma psicológico.

INYECCION MANDIBULAR.- Para realizar la anestesia del nervio dentario inferior es necesario: Jeringa de anestesiar, y agujas de 4 ó 5 cm. de diámetro de 6.

El paciente mantendrá la cabeza ligeramente hacia atrás, el maxilar inferior horizontal, derecho del operador.

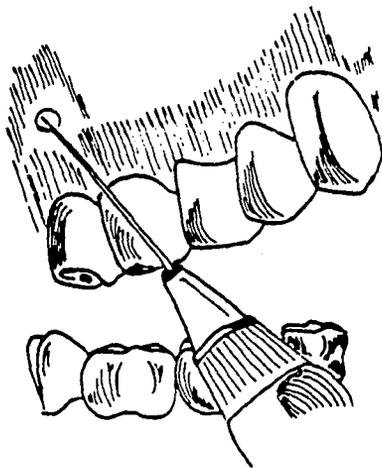
La jeringa estará cargada con 3 mm. de solución anestésica, - el bisel de la aguja irá dirigido hacia afuera. Con el cuerpo de la jeringa descansando sobre los premolares del lado opuesto se introduce la aguja paralelamente al plano oclusal de los dientes del maxilar inferior, hasta tocar hueso (no es necesario), se debe retirar ligeramente el émbolo de la jeringa para cerciorarse de no haber caído en una vena o arteria. Posteriormente se dirige la jeringa hacia el otro lado de los premolares.



INYECCION DEL MAXILAR SUPEROPOSTERIOR.- Para realizar la anestesia del nervio del maxilar superior, también necesitaremos de: jeringa, y aguja de 6 cm. de largo.

El paciente mantendrá la cabeza en forma vertical, con el plano oclusal de los dientes superiores colocados horizontalmente. - El operador, para ambos lados, se encontrará a la derecha.

La boca del paciente permanecerá entre abierta con la jeringa preparada, en el pliegue mucobucal sobre el segundo molar, se dirige la aguja ligeramente atrás y adentro, a los 3.5 cm. aproximadamente la aguja puede encontrar hueso, en tal caso se retira la aguja y se repite la maniobra a 2 cm. se inclina hacia atrás forzándola sobre la comisura bucal. Con 3 ml. de solución se obtienen buenos resultados.



PRINCIPALES AFECCIONES

Las afecciones más frecuentes que preocupan al anestesista -
son:

HIPERTIROIDISMO.- Se observa en la exoftalmía típica, nerviosidad o aprensión inmotivada, pérdida de peso. En ella es esencial no -
usar vaso constrictor.

ALERGIA.- Las reacciones alérgicas a las drogas anestésicas no -
son comunes y a veces pueden ser graves. El C.D. Debe estar ente-
rado de los síntomas de reacción alérgica en caso de presentarla -
un paciente, conociendo la droga a la cual es alérgico, para no -
usarla ni aplicarla usar otra, con la naturaleza química semejante.

DIFICULTADES EN EL SISTEMA RESPIRATORIO.- Los pacientes afectados
de Asma deben considerarse como individuos alérgicos o tratados en
consecuencia. La falta de aliento es casi siempre cardíaca más -
que de origen pulmonar.

Los afectados de Rinitis Crónica, Sinusitis, Laringitis, Bron-
quiectasia leve o Enfisema Pulmonar, no constituirán necesariamen-
te problemas para la anestesia local, pero pueden ocurrir frecuen-
tes interrupciones.

DIABETES.- El paciente diabético es un problema quirúrgico más que
anestésico. Sería de desear que si el diabético está bajo atención
médica el dentista consulte a éste respecto el estado del paciente.
Los diabéticos generalmente están bien informados de su estado y -
en la mayoría de los casos ofrecen la información adecuada al den-
tista.

VALORACION PARA ANESTESIA GENERAL.- El C.D. ocupa un lugar único entre los cirujanos especialistas, porque él sólo es responsable de la decisión de usar anestesia general para los pacientes que no se hallan en un hospital. Esta decisión no se ha de tomar con ligereza, sino después de la debida consideración. Para los pacientes hospitalizados serán objeto de un examen físico rutinario, como se hace con todos los pacientes de cirugía.

Las afecciones cardíacas más frecuentes que preocupan al anestestista son:

AFECCION CARDIACA CONGENITA.- Por defectos de desarrollo del corazón. Su interés para el dentista depende del grado en que se afecta la función cardíaca.

AFECCION DE LA ARTERIA CORONARIA.- es el resultado de un estrechamiento de la luz de los vasos coronarios. Las manifestaciones clínicas son: Angina de Pecho, Trombosis coronaria y la insuficiencia miocárdica.

AFECCION VALVULAR CARDIACA.- Resulta de una afección prolongada - que causa obstrucción o estenosis de la abertura valvular. La Fiebre reumática es responsable de una elevada cantidad de defectos - valvulares.

ARRITMIAS Y DEFECTOS DEL SISTEMA CONDUCTOR.- Es una desviación del ritmo normal del latido cardíaco.

CONGESTION CARDIACA.- Se afecta la capacidad funcional del corazón. Disminuye el impulso cardíaco y aumenta el tiempo de circulación.

HIPERTENSION.- La elevada presión arterial es síntoma de una afección latente.

Las afecciones pulmonares.- Cualquier afección leve del mecanismo de respiración puede alterar el curso de la anestesia.

INFECCION RESPIRATORIA SUPERIOR.- Las secreciones aumentadas junto con la fiebre y el aumento del ritmo metabólico pueden producir -- condiciones riesgosas que indican posponer la intervención.

BRONQUITIS.- Infección de la tráquea inferior y puede ser aguda o crónica. Se caracterizan por aumento de secreciones probablemente consecuentes a la congestión y edema de las membranas mucosas.

BRONQUIECTASIA.- Infección crónica con pronunciada dilatación y es pesamiento de los bronquios terminales o espesamiento. La infec-- ción puede ser localizada en un sector o abarcar todo un lóbulo.

OBSTRUCCIONES.- Pueden deberse a enfermedad fuera del árbol tra-- queobronquial o tractos de aire. Las glándulas tiroideas dilatadas pueden producir obstrucción parcial de la tráquea.

Cualquier desviación pronunciada del tabique nasal se advertira porque la respiración nasal, es esencial para el mantenimiento de la oxigenación adecuada y a veces de la anestesia, cuando la bo ca está abierta y el tabique orofaríngeo en su lugar.

Los pacientes en estado asmático manifiestan un tipo de obstrucción respiratoria que con frecuencia interfiere con la respiración más que la inspiración.

ABSCESO PULMONAR.- Es el resultado de infecciones en los alveolos pulmonares y generalmente es consecuencia de la aspiración de cuer pos extraños.

ENFISEMA PULMONAR.- Hay distensión y rigidez de los alveolos pulmonares, pudiendo ser localizada o general.

La capacidad del paciente para realizar con eficiencia al intercambio de gases con la atmósfera externa o mecanismo de gases con la atmósfera externa o mecanismo de gas es tan esencial para una anestesia satisfactoria que es de la mayor importancia la valoración de los mecanismos respiratorios.

DISNEA Y TOS.- Son síntomas de tal importancia en la valoración -- del estado cardíaco y pulmonar del paciente que es necesaria una detallada consideración de estos síntomas, los cuales no deben ser descartados o despreciados, mereciendo consulta médica y estudio a fondo.

CAPITULO VII

TECNICAS DE EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES

Existen diferentes técnicas, de acuerdo al tipo de retención del molar vamos a mencionar los pasos más comunmente usados.

El tipo de incisión más común es el angular, una de las ramas de traza desde el centro de la cara distal del segundo molar y se extiende hacia atrás, variando su largo de acuerdo al caso, la otra rama se puede iniciar en el mismo punto de la cara distal, en caso de ser una retención más complicada es conveniente hacer un colgajo más amplio y se festionea el segundo molar iniciando la incisión en el ángulo mesiobucal del segundo molar y se extiende hacia bajo y afuera más o menos 1 cm. El tejido gingival incidido se separa con una legra, obteniéndose de este modo el colgajo. Después de esto si el diente estuviera en posición vertical y sólo cubierto por tejido gingival se realiza la extracción, de no ser posible se procede a efectuar la osteotomía.

La cantidad de hueso a resecarse depende de la posición del molar tipo de raíces etc. La osteotomía será realizada con fresas de carburo redonda # 5 efectuando pequeños orificios alrededor de la "tapa" que cubre al molar para unirlos después y dejarlo al descubierto, las fresas deben ser nuevas y refrigerarse constantemente con agua esterilizada para evitar el calentamiento y por lo tanto la lesión ósea. Posteriormente se puede usar fresa de fisura de carburo para eliminar el hueso distal de modo de eliminar toda la resistencia ósea que se oponga a la extracción.

La odonto sección es un método indicado cuando la retención es mesio angular u Horizontal. Se puede dividir el diente según su eje mayor o según su eje menor y esto se hace con fresas de diamanete. Algunas veces es suficiente con eliminar la cúspide mesial.

Es conveniente identificar la anatomía de la corona y tener buena visibilidad para hacer los cortes correctos, porque puede suceder que el corte fuera insuficiente y que parte de la corona unida a las raíces en lo que correspondería a la cara mesial ocasionando retención. Otro accidente que puede ocurrir es lesionar tejidos blandos hacia lingual o lesionar el paquete dentario inferior. Pudiendo ocasionar hemorragia y parestesia.

Una vez seccionado el diente se elimina la corona con elevador recto y posteriormente las raíces. En caso de gran divergencia radicular puede ser de utilidad separar las raíces con fresa.

Una vez efectuada la extracción de la totalidad del diente y para estar seguros de esto vamos a conservar cada porción que se extraiga, se inspecciona la cavidad, retirándose las esquirlas y restos del capuchón del diente retenido que generalmente se encuentran en la cara distal del segundo molar, se hace lavado a presión y limado en las zonas que se considere conveniente.

Se afronta el colgajo en su sitio y se sutura con seda 0000, de modo que no queden espacios en la herida o hueso al descubierto.

En cuanto a los terceros molares superiores se usa la incisión con dos ramas de modo similar al inferior, la rama bucal y la anteroposterior. La rama anteroposterior se traza próxima a la cara palatina del diente paralelamente a la arcada y en una longitud de 1 cm. La incisión bucal parte del extremo anterior de la primera incisión y se dirige hacia afuera y asciende hasta las proximidades del surco vestibular. En caso de ser necesario un colgajo más amplio por considerarse el acceso más difícil se prolonga la incisión hacia mesial rodeando el cuello de uno o dos molares, el colgajo se desprende con legra y se mantiene levantado con un separador o la misma legra.

La osteotomía se efectúa siguiendo los mismos lineamientos -- que se dieron para los molares inferiores. El punto de apoyo para colocar el elevador recto será la cara distal del segundo molar, - recordando siempre que la fuerza no ha de ser excesiva para lo que no debe existir hueso que reterga el diente.

Se debe tener cuidado con el labio inferior al momento de usar el elevador así como recordar la cercanía con la apófisis coronoides de la mandíbula. La osteotomía por lo general es menor que en los inferiores ya que tienden a tener las raíces unidas y la elasticidad del hueso del maxilar superior es mucho mayor.

TIPOS DE COLGAJOS

1.- Preparación del colgajo.- En el caso de intentarse la extracción con un colgajo mínimo, se realiza una sola incisión vertical, (partiendo de la lengüeta interdientaria mesial, desciende 1/2 cm. oblicuamente, hacia abajo y adelante. Con el mismo bisturí se -- realiza la sindesmontomía en las caras li y Bu del molar.

El colgajo retenido permite un amplio campo operatorio, y el colgajo no es traumatizado.

Debemos recordar que un buen colgajo debe tener una base ancha para la correcta nutrición del mismo.

Incisión lineal para 3er. molar. Se secciona verticalmente - la fibromucosa vestibular, ni cortar los vasos que por ella discurren. La incisión debe llegar profundo hasta el tejido óseo

ODONTOSECCION

1.- OSTEOTOMIA.- Puede realizarse con fresa, escoplo y martillo o

escoplo manual, con el cual se eliminará la porción necesaria del hueso.

2.- SECCIONAMIENTO DEL MOLAR.- Nos valemos de la ayuda de un disco de carburo que se aplica verticalmente en la porción media de la corona calculando coincidir con el espacio interradicular. Puede también seccionar el molar a nivel de su cuello separando la corona de las raíces, empleando esta maniobra con fresa redonda. La corona se eliminará con un golpe de escoplo. Se aplican y usan los elevadores. En caso de raíces fracturadas a niveles diferentes, puede el operador valerse de los elevadores angulares, extrayendo la raíz mayor a expensas del alveolo de la menor de la raíz mayor con el nuevo espacio creado por la extracción de la primera raíz.

3.- EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.- Separando los elementos pueden extraerse las raíces con pinzas en raíces rectas, o bien ser extraídas con el elevador recto ya que con éstos se evitan riesgos inútiles.

TECNICA DEL COLGAJO Y ODONTOSECCION DE LA EXTRACCION DE LAS RAICES

1.- OPERACION COLGAJO Y ODONTOSECCION.- Se aplica el método como ya se ha señalado.

2.- Seccionamiento de las raíces con la fresa de fisura colocada en el ángulo recto.

SUTURA

Proviene del latín Sutura-sutucoser, unir. Existen dos tipos de sutura la absorbible, de origen biológico.

La no absorbible, de origen sintético.

DEXON.- Hilo absorbible de origen sintético a los siete días se -- desprenden los puntos. Pero tarda más en absorberse.

CATGUT.- Tejido conjuntivo de la pared interna o del epitelio del carnero. El catgut tratado con éter sulfúrico o sulfuro de carbono para desengrasarlo. Existe en calibre desde 2-1 ceros. El -- catgut esterilizado se le agrega alcohol etílico y se esteriliza a 60°C durante 6 horas por medio de tindalización. La tindalización es de tres días a 60°C por 8 horas diarias. Se embasa en un anti-septico que no altera, ni afecta la elasticidad y resistencia del material.

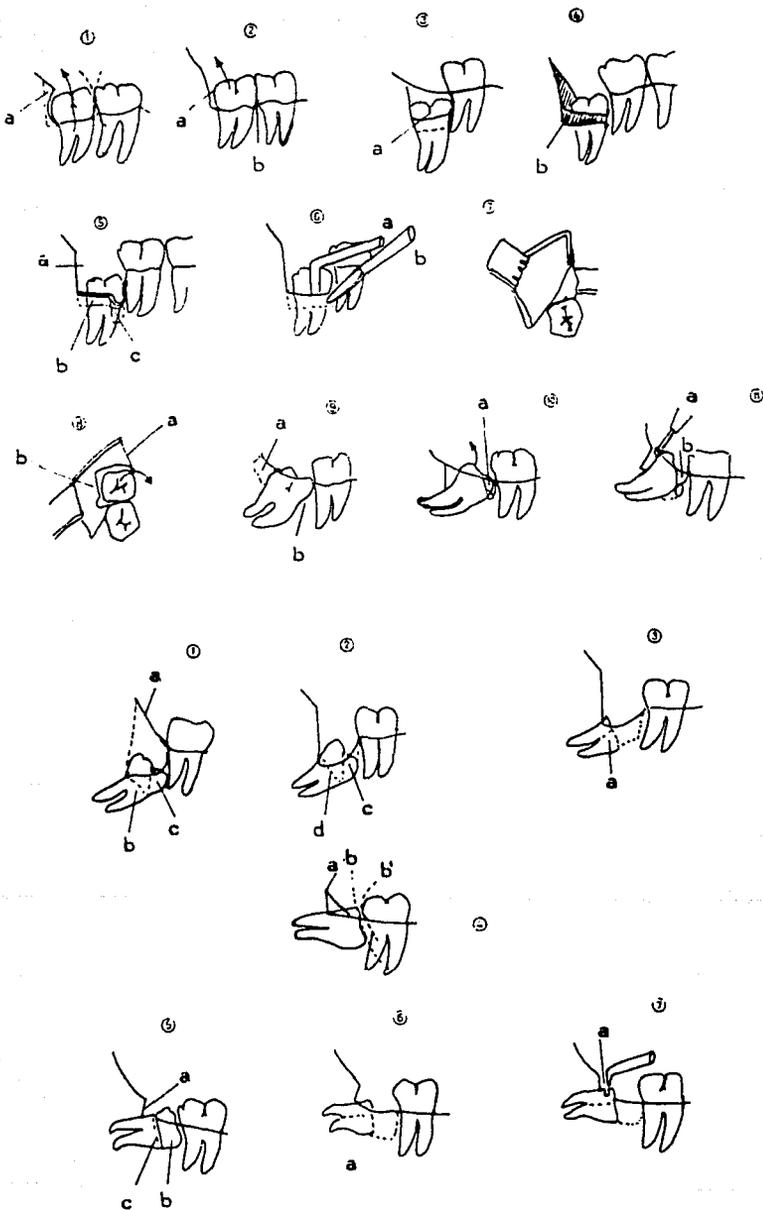
- a) Cagut Normal.- Se absorbe de 8 a 10 días.
- b) Cagut Tanico.- Absorción de 8 a 10 días. (con ácido tánico).
- c) Cagut Cromico.- Este aumenta su tiempo de reabsorción y es de 15 a 20 y 30 días.

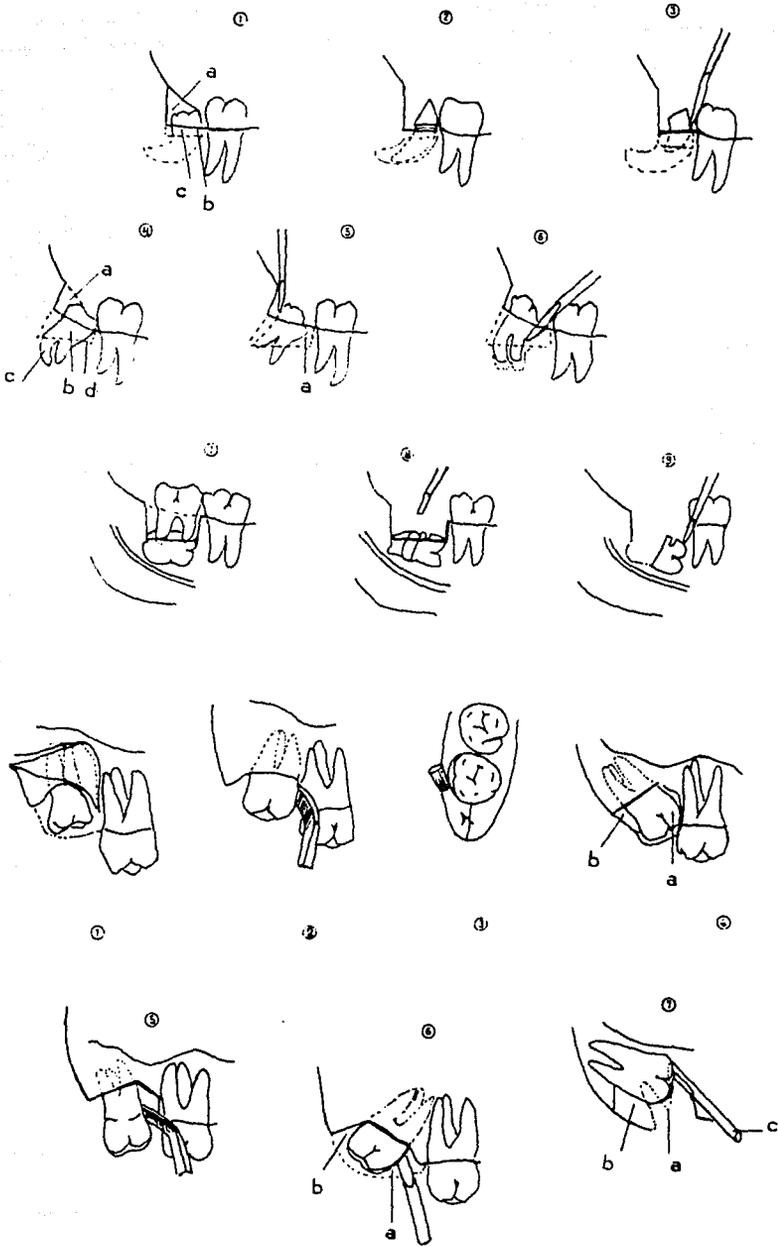
Las suturas se clasifican según su origen y reino de producción en 4 tipos.

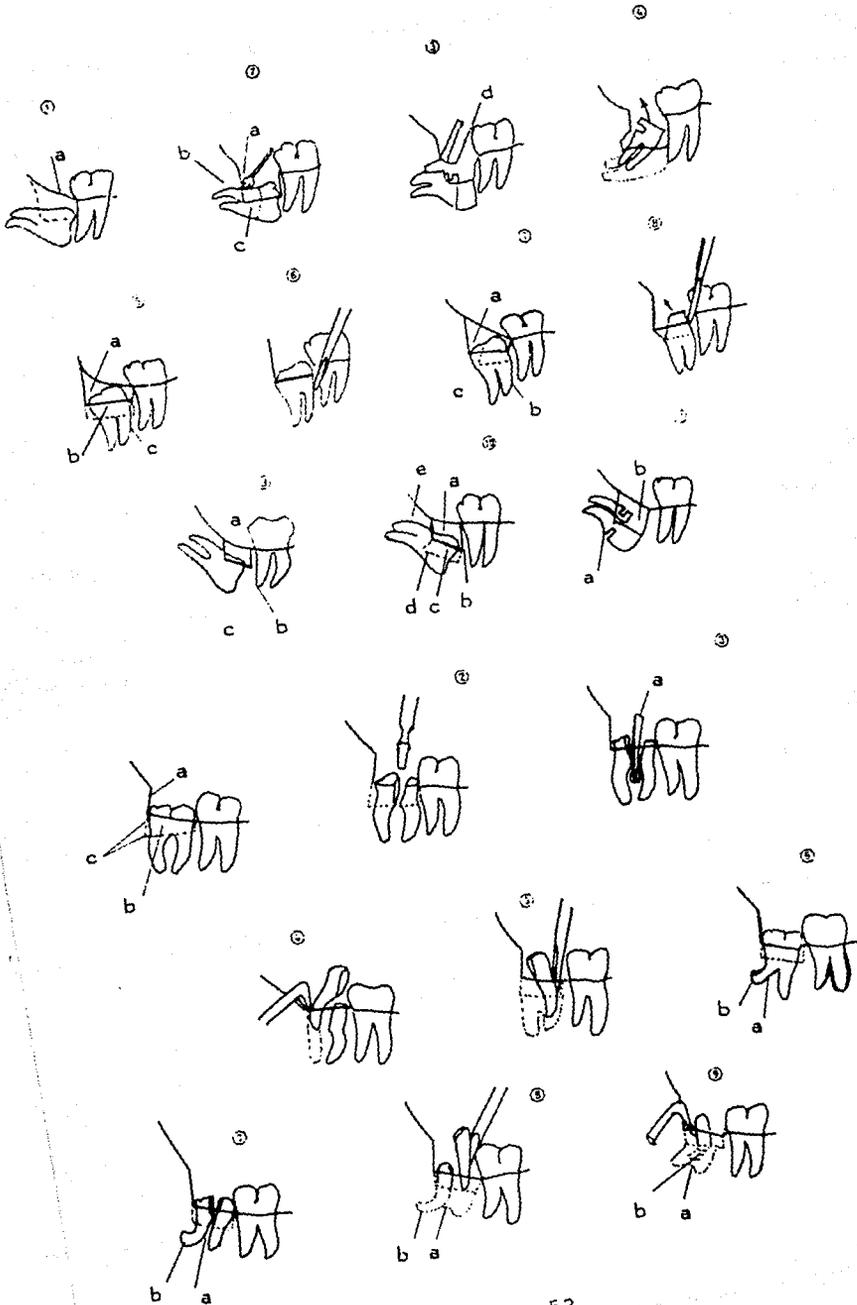
- 1.- Origen Vegetal.- Algodón de lino actualmente en desuso.
- 2.- Origen animal.- Pelo de caballo, tripa de gato y epitelio de carnero.
- 3.- Origen mineral.- Oro y plata se usa en fracturas.
- 4.- Origen artificial.- Sintéticos de los cuales hay derivados filamentosos de transparencia perfecta.

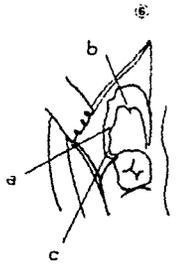
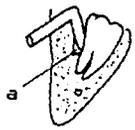
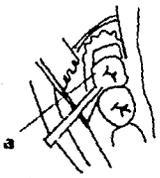
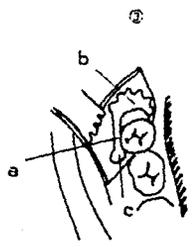
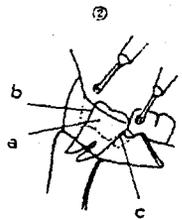
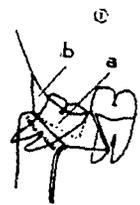
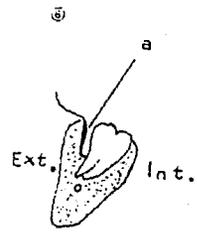
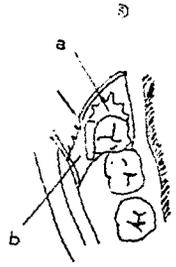
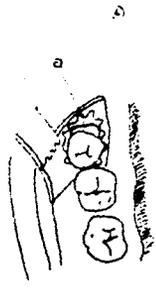
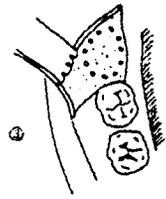
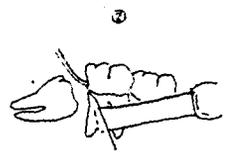
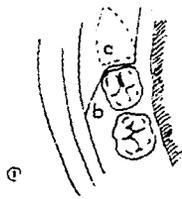
DERMALON.- De 1 a 10 ceros, este no se usa en encía.

Los materiales no absorbibles se emplean para evitar el rechazo.









INSTRUMENTAL PARA CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES.

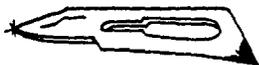
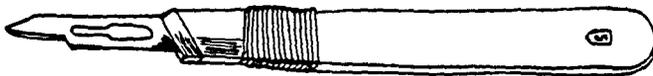
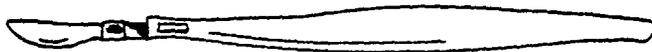
Para realizar una buena intervención quirúrgica, necesitamos contar con el instrumental necesario y que éste se encuentre en buenas condiciones. En la Cirugía Bucal, como en todas las cirugías se necesita el instrumental especializado; la mayoría de la Cirugía Bucal, se practica dentro de la cavidad oral sin interesar la piel de la cara ni los músculos de la región facial.

Los instrumentos para Cirugía se dividen en:

- 1.- Instrumental para Tejidos Blandos.
- 2.- Instrumental para Tejidos Duros.

1.- INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS BLANDOS

a) BISTURI: Comúnmente de hoja corta; consta de mango y distintas hojas de forma y tamaño intercambiables, dependiendo la clase de operación se designará la hoja.



b) TIJERAS.- Se emplean para seccionar lengüetas y festones gingivales, y porciones de encía en parodontitis.

c) TIJERAS DE NEWMAN.- Son curvas, de buena adaptación, alcanzan - regiones palatinas y linguales con fácil acceso. Los puntos de sutura se cortan con tijeras de hojas pequeñas y curvas.

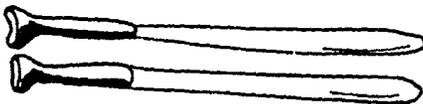
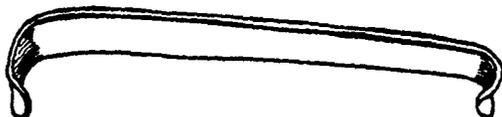
d) PINZAS DE DISECCION.- Son dentadas permiten tomar la delicada - fibromucosa, sin lesionarla. Entre las pinzas de disección se encuentran de mucha utilidad las pinzas de Kocher y las de Ratón, - que permiten sostener firmemente el colgajo.



e) INSTRUMENTOS DE GALVANO Y TERMOCAUTERIO.- Estos instrumentos -- nos sirven especialmente para seccionar tejidos gingivales; los -- más importantes son: Legras, Periostomos, Espátulas Roma, los cua les nos ayudan a desprender el colgajo lastimado lo menos posible los tejidos adyacentes, se utilizan también para despegar las bols as de los quistes, del hueso que los aloja.



f) SEPARADORES.- Los empleamos para no lastimar o traumatizar los colgajos, entre los separadores, encontramos: Los separadores de Farabeuf, de extremos acodados; y Separadores de Volkman, con forma de dientes que se insertan debajo del colgajo, manteniéndolo -- firme.



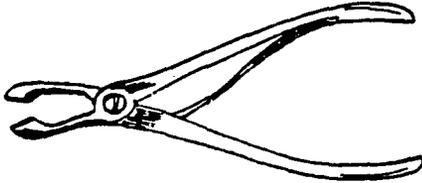
2.- INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS DUROS.- Los utilizamos para efectuar la sección quirúrgica, y aún la resección del hueso, que cubre el objeto de la intervención, la tabla externa de las extracciones - del Tercer Molar Inferior retenido, el hueso palatino que cubre - también dientes retenidos, y en general la tabla ósea vestibular - de los maxilares.

Los instrumentos más importantes que utilizamos para las extracciones de Terceros Molares son los siguientes:

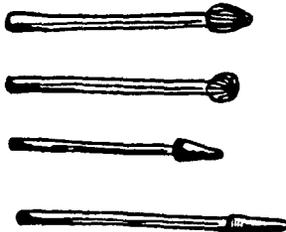
a) ESCOPLA O MARTILLO.- Su uso ha disminuido debido a que el golpe del instrumento, es mal soportado por el paciente.



b) PINZAS GUBIAS.- Se emplean para regularizar bordes óseos o salientes por fractura de la tabla externa, etc.



c) FRESAS.- Las fresas son de gran utilidad, ya que pueden sacar el hueso por sí sólo, o abrir camino a otros instrumentos. La fresa se coloca en la pieza de mano o en ángulo, según las necesidades. Las fresas más comunes a emplearse son las utilizadas por el C.D., pudiendo ser redondas del número 5 al número 8, o bien las de fisura número 560.



CAPITULO VIII

COMPLICACIONES EN CIRUGIA DE TERCEROS
MOLARES

Durante la realización de la anestesia local o después de ella pueden ocurrir una serie de accidentes y complicaciones mediatos o inmediatos.

ACCIDENTES MEDIATOS E INMEDIATOS.

- 1.- Fractura o luxación del segundo molar por efectuar la presión sobre este diente.
- 2.- Fractura del instrumental o restos de amalgamas que deberán ser retirados en ése momento.
- 3.- Fractura de la tuberosidad en el caso de los superiores.
- 4.- Fractura total de la mandíbula por aplicar fuerza excesiva lo cual nunca debe hacerse y se evita realizando osteotomía y odontosección correctas.
- 5.- Desgarros de la mucosa gingival, lengua, carrillos, labios, etc.
- 6.- Hemorragia inmediata o mediata. Si es transoperatoria, se debe suspender momentáneamente la extracción hasta que está controlada; esto lo vamos a tratar taponando con gasa durante unos minutos.

Si la hemorragia se presentara varias horas después de la extracción se debe hacer un aseo de la zona eliminando los coágulos "falsos" que se encuentran fuera del alvéolo y taponar con gasa humedecida ligeramente con epinefrina, pudiendo usarse anestésico -- que lo contenga algunas veces ésto es suficiente dejando la gasa sin que el paciente abra la boca; también podemos introducir en el

alvéolo gelfoam.

ALVEOLITIS.- Es la más frecuente de las complicaciones, entre las causas que la predisponen esta el sangrado insuficiente en el alvéolo, más común en los dientes superiores que evita la protección del alvéolo con el coágulo. Otra causa puede ser también la sutura inadecuada o el mal óseo.

Quando se presenta se debe hacer un lavado a presión con suero para eliminar el tejido necrótico y restos de alimento y colocar un apósito de cemento quirúrgico con algodón estéril, de modo que cubra el alvéolo, evitando introducirlo, porque al introducirlo, porque al endurecer se forma un tapón que solo puede ser retirado infiltrando anestésico y además retrasa la cicatrización.

El apósito se cambiará cada 2 ó 3 días hasta la completa cicatrización.

CAPITULO IX

INDICACIONES QUE SE LE DARAN AL PACIENTE PARA EL POSOPERATORIO

- 1.- Mantener reposo el día de la cirugía.
- 2.- Mantener una gasa presionando el área intervenida el resto - del día o por lo menos unas horas.
- 3.- Colocar compresas de hielo sobre la región maseterina durante las 3 horas siguientes a la cirugía.
- 4.- Vigilar sangrado.
- 5.- Vigilar temperatura.
- 6.- Efectuar aseo con cepillo blando hasta donde sea posible a - partir del día siguiente y enjuagues con alguna solución antiséptica.
- 7.- Hacer ejercicios de abrir y cerrar la boca.
- 8.- Se le explicará acerca de el aumento de volumen que probablemente ocurra y trismus.
- 9.- Se dará cita para control posoperatorio.

INDICACIONES DE FARMACOTERAPIA PRE Y POS OPERATORIA.

En cuanto a la preoperatoria será necesario usarla sólo en - algunos casos, como cuando existe proceso infecciosos para lo que se indicarán antibióticos y analgésicos hasta que este controlada la infección.

En el caso de pacientes parahinsivos se pueden usar tranquilizantes la noche anterior, pero lo indicado es siempre ganarnos la confianza del paciente con lo que evitaremos complicaciones.

En el posoperatorio siempre vamos a indicar analgésicos que pueden ser a base de ácido acetil salicílico o dimetil pirazolona y en caso de esperarse más intenso pirrólicos con cadeína.

Cuando de acuerdo a la cirugía esperamos tener respuesta inflamatoria se indican antiinflamatorios mientras dure esta respuesta.

Los antibióticos se usaran si durante el acto operatorio encontramos un foco infeccioso no detectado antes cuando dudamos de nuestra asepsia o cuando no contamos con la confianza de limpieza de nuestro paciente.

Siempre se indicaran antisépticos bucales, se deben evitar - el día de la intervención porque es más importante tener cuidados para prevenir la hemorragia.

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

- Para efectuar una cirugía de terceros molares lo más recomendable es usar la alta velocidad para evitar trismus, edemas y otras complicaciones.

- Conocer las estructuras anatómicas para evitar complicaciones.

- Tener ética profesional, conocimiento y el -- instrumental necesario para efectuar una cirugía sin complicación alguna.

- Que el cirujano siempre este actualizado en sus conocimientos para no cometer errores.

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

- Quiroz Gutiérrez Fernando Tratado de Anatomía Humana
Décima Sexta Edición 1977
Editorial Porrúa.
- Valent Orban Histología y Embriología
Buco Dental
4a. Edición Año 1979
Editorial Interamericana.
- Riez Centeno Guillermo Cirugía Bucal
2a. y 7a. Edición
Editorial El Ateneo.
- Gustav O. Kruger Tratado de Cirugía Bucal
4a. Edición 1978
Editorial Interamericana.
- Ginestet Gustav Cirugía Estomatológica y
Maxilo Facial
2a. Edición
Editorial Mundi
S.A.C.I.F.
- Archer W. H. Cirugía Bucal Tomo I
2a. Edición
Editorial Mundi
S.A.C.I.F.

Leonard M. Monheim

Anestesia General en la Práctica
2a. Edición 1979
Editorial Interamericana.

Alvin L. Morris

Las Especialidades Odontológicas en
la Práctica General
4a. Edición 1980
Editorial Labor.