

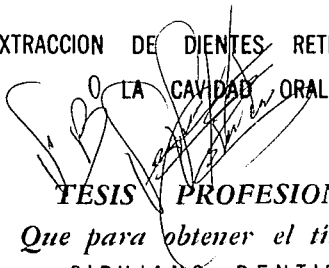
213
2º ej.



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS EN



LA CAVIDAD ORAL

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el titulo de

CIRUJANO DENTISTA

presentan

LAURA ELENA OCHOA REYES

ESTEBAN SORIA ARROYO

Asesor: DR. VICTOR MANUEL BARRIOS



México, D. F.

1992

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.

EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS

EN LA CAVIDAD ORAL

PROLOGO

INTRODUCCION

CAPITULO 1. ANATOMIA Y FISIOLOGIA

- 1.1 OSTEOLOGIA
 - 1.1.1 MANDIBULA
 - 1.1.2 MAXILA
 - 1.1.3 PALATINOS
- 1.2 MIOLOGIA
 - 1.2.1 MUSCULOS MASTICADORES
 - 1.2.2 MUSCULOS ADYACENTES
- 1.3 NEUROLOGIA
 - 1.3.1 CARACTERISTICAS DE LOS 12 PARES CRANEALES
 - NERVIOS SENSITIVOS
 - NERVIOS MOTORES
 - NERVIOS MIXTOS
 - 1.3.2 NERVIOS TRIGEMINO
 - 1.3.3 NERVIOS FACIALES
- 1.4 ANGIOLOGIA
 - 1.4.1 ARTERIAS
 - 1.4.2 VENAS
 - 1.4.3 VASOS LINFATICOS

CAPITULO 2. PRINCIPIOS BASICOS DE CIRUGIA BUCAL

- 2.1 GENERALIDADES
- 2.2 DEFINICION DE CIRUGIA BUCAL
- 2.3 QUIEN PRACTICA LA CIRUGIA BUCAL
- 2.4 RELACION PACIENTE CIRUJANO
- 2.5 CARACTERISTICAS DE UN CIRUJANO DENTISTA

CAPITULO 3. DEFINICION DE DIENTES RETENIDOS EN LA CAVIDAD BUCAL

- 3.1 ETIOLOGIA
- 3.2 FRECUENCIA Y CLASIFICACION

CAPITULO 4. TRATAMIENTO PREOPERATORIO

- 4.1 HISTORIA CLINICA
- 4.2 ANALISIS DE LABORATORIO
- 4.3 ESTUDIO RADIOLOGICO
- 4.4 DIAGNOSTICO
- 4.5 ASEPCIA Y ANTISEPCIA

CAPITULO 5. TRANSOPERATORIO

- 5.1 BLOQUEO
 - 5.1.1 LOCAL
 - 5.1.2 LOCOREGIONAL
- 5.2 TECNICA QUIRURGICA
 - 5.2.1 INCISION Y COLGAJO

- 5.2.2 OSTEOTOMIA Y OSTEECTOMIA
- 5.2.3 OPERACION PROPIAMENTE DICHA
- 5.2.4 TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA
- 5.2.5 SUTURA

- CAPITULO 6. COMPLICACIONES.
- 6.1 INMEDIATO (TRANSOPERATORIO)
- 6.2 MEDIATO (POSOPERATORIO)

- CAPITULO 7. TRATAMIENTO POSOPERATORIO
- 7.1 DIETA
- 7.2 RECOMENDACIONES
- 7.3 ANTIBIOTICOTERAPIA

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

GLOSARIO

INTRODUCCION

La dieta blanda y refinada que existe en nuestros dias hace innesario un aparato masticatorio poderoso, esta es'' una de las causas que hace que existan dientes retenidos en un gran número de personas además de otras tantas razones.

Uno de los dientes más comunes que pierde el hombre '' son los 3ros. molares; se cree, que pasados los milenios;'' se va ha encontrar una retención y ulterior pérdida de los incisivos laterales.

-Todos los dientes que no asuman su posición y función correcta en el arco dentario deben ser considerados para su extracción-. Nuestro proposito es detectarlos, diagnoticar los y tratarlos oportunamente con la mejor terapeutica clínica posible. Ya que la extracción de estas piezas retenidas es meramente preventivas porque pueden ocasionar diversas alteraciones como:

- a) MECANICAS
- b) TUMORALES O QUISTICAS
- c) PROBLEMAS INFECCIOSOS
- d) ACCIDENTES DE TIPO NERVIOSO

Así tambien podemos decir que su etiologia es variada* como:

- a) MECANICA
- b) EMBRIOLOGICO
- c) TUMORAL O QUISTICO
- d) HEREDITARIO
- e) ENDOCRINO

Todos estos tipos de alteraciones y etiologias se explicaran con más detalle en el contenido de este trabajo, '' así como tambien se mencionan casos clínicos.

C A P I T U L O I

CAPITULO 1

ANATOMIA Y FISILOGIA

OSTEOLOGIA:

Rama de la medicina que se encarga del estudio del esqueleto humano, que comprende huesos, cartilagos y articulaciones.

El esqueleto tiene las funciones de: Proporcionar a los musculos palancas para mover el cuerpo; sostener los tejidos adyacentes; proteger los organos situados dentro del craneo, torax y pelvis; así como de almacenaje de sales calcicas que el cuerpo puede utilizar cuando sea necesario.

DESARROLLO DEL HUESO

El hueso se forma apartir del mesenquima, al condensarse la sustancia del cemento del tejido conjuntivo en diferenciación entre las fibrillas y alrededor de las células, formando tejido osteoide y después este se calcifica.

COMPOSICION QUIMICA

El 70% de hueso consiste en substancia inorganica, sales calcicas, principalmente fosfato de calcio y 30% formada de substancia organica que es lo que permite una naturaleza plastica.

Visto el hueso al microscopio se observa una capa externa de hueso Compacto, denso, envolviendo a una fina maya de trabeculas de hueso Esponjoso.

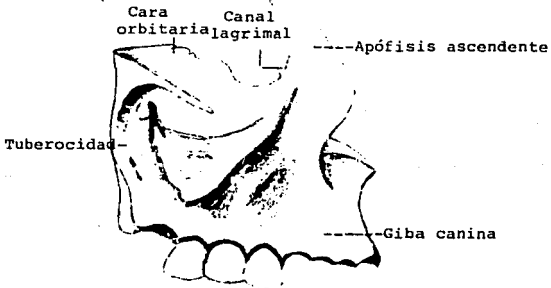
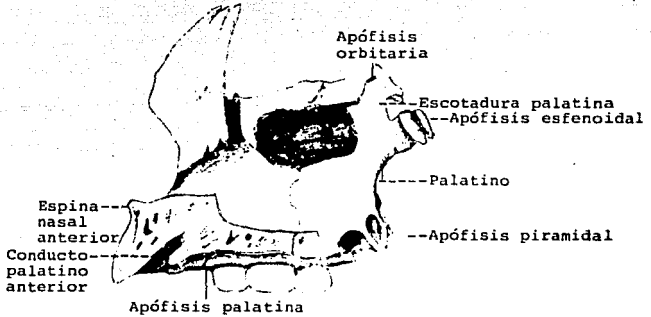
MAXILAR:

Los dos maxilares forman el esqueleto de la cara. En ellos se incertan los dientes superiores que contribuyen a formar el techo de la boca, la pared de la cavidad nasal y el suelo de la orbita; el cuerpo hueco, las apófisis piramidales, ascendente y palatina y el borde alveolar constituyen la totalidad del hueso.

El cuerpo, en su cara anterior o facial presentan eminencias que corresponden a las raíces de los dientes; la eminencia canina por fuera es la mayor; por dentro de la misma queda la fosa multiforme y por fuera la depresión mayor de la misma. Entre la eminencia canina y la apófisis piramidal por debajo del borde orbitario esta el agujero suborbitario por el que pasan nervios y vasos. En la porción superior, la cara anterior del cuerpo se continua en la porción interna con la apófisis ascendente y en la externa con la apófisis piramidal; constituyendo una pequeña parte del borde orbitario, por arriba del agujero suborbitario. En la porción interna en forma de curva se encuentra la escotadura nasal que se prolonga hacia abajo en la espina nasal anterior. La cara posterior o subtemporal constituye la pared anterior del plano subtemporal y de la fosa pterigo-maxilar; presentan los agujeros dentarios posteriores que se continúan en los canales por los que pasan los vasos y nervios que distribuyen a los premolares y molares. Hacia abajo esta la tuberocidad del maxilar, por dentro se articula con la apófisis piramidal del palatino. En la porción superior, esta cara está limitada por el borde anterior de la hendidura esfenomaxilar que la separa de la cara orbitaria; esta cara triangular forma la totalidad del suelo de la orbita y presenta el canal suborbitario que dirigiéndose hacia atrás y adelante se abre en el agujero suborbitario. En la porción interna esta cara está limitada de adelante atrás por la escotadura lagrimal, el unguis, la lámina papirácea del etmoides y la apófisis orbitaria del palatino. La cara nasal, en la pared externa de la cavidad nasal, se une hacia abajo con la apófisis palatina.

Entre el unguis, el etmoides, el cornete inferior y el palatino delimitan al hiato del seno maxilar, por debajo del hiato del seno maxilar la superficie concava lisa forma el meato inferior, entre el orificio del seno maxilar y la apófisis ascendente; el surco nasolagrimal se convierte en conducto lagrimal nasal al articularse con la porción descendente del unguis y la apófisis lagrimal del cornete inferior. La unión de la apófisis ascendente y el cuerpo hay una cresta transversal, que se articula con el cornete inferior.

MAXILAR Y PALATINO, CARA INTERNA



MAXILAR, CARA EXTERNA

La apófisis piramidal, corta y gruesa, se proyecta hacia arriba y afuera como una zona triangular aspera que se articula con el malar.

La apófisis palatina más delgada hacia atrás que '' hacia adelante; constituye tres cuartas partes de la pared ósea del paladar, se proyecta desde la unión del cuerpo y del borde alveolar y se une con la del lado opuesto con la cresta nasal.

En la línea media por detrás de los incisivos se encuentra la fosa incisiva. Hacia adelante cada lado de la cresta nasal el conducto palatino anterior o incisivo, por el que pasa el nervio nasopalatino y ramas de la arteria palatina descendente, se abre en la fosa incisiva por los agujeros interno y externo.

La apófisis ascendente es delgada se eleva en los huesos propios de la nariz y el unguis para articularse en la apófisis orbitaria interna del frontal. En la cara externa presenta la cresta lagrimal anterior que forma el borde interno de la órbita y en la unión con el borde inferior posee un pequeño tubérculo que se palpa y sirve como punto de orientación para localizar el saco lagrimal situado en su fosa por detrás de la cresta.

La cara interna de la apófisis ascendente por arriba cierra el frente de las celdillas etmoidales anteriores debajo hay una pequeña cresta llamada cresta etmoidal, que articula con el cornete medio.

MANDIBULA:

Está formada por hueso compacto denso de gran importancia, ya que se insertan los músculos masticadores y los músculos que conforman el piso de la boca.

Es el único hueso móvil del cráneo, tiene forma de herradura y está compuesto por un cuerpo (cara interna y externa) y dos ramas que ascienden del cuerpo de la mandíbula (cara interna y externa).

CUERPO:**Cara Externa:**

En la línea media se encuentra la sínfisis mentoniana que corresponde a la línea de unión de las mitades del cuerpo, es de forma rugosa y en el borde inferior se ensancha una zona triangular llamada eminencia mentoniana.

Por debajo del espacio interpremolar se observa el agujero mentoniano en dirección oblicua, en el que pasan los vasos y nervios mentonianos. La porción superior del cuerpo se observan los alveolos dentarios, el cual recibe el nombre de porción alveolar.

En el borde inferior grueso que también se le llama base de la mandíbula presenta a cada lado de la sínfisis una fosa llamada fosa digástrica; en el que se inserta el vientre anterior del digástrico. Debajo de las ramas el borde inferior del cuerpo de la mandíbula es más delgado con surcos; aquí es donde se forma el ángulo de la mandíbula con el borde posterior de la rama.

CARA INTERNA:

Presenta una línea oblicua interna o milohiodea. A ambos lados de la sínfisis, inmediatamente por arriba de la línea milohiodea se observan las apófisis geni superiores e inferiores, donde se insertan los músculos geniogloso y genihiodeo respectivamente. Aun costado de las apófisis geni se apresia la fosa sublingual, donde se aloja la glándula del mismo nombre; y debajo de la línea milohiodea se observa la fosa submaxilar que se extiende hacia la rama y aloja a la glándula salival del mismo nombre.

RAMA ASCENDENTE:

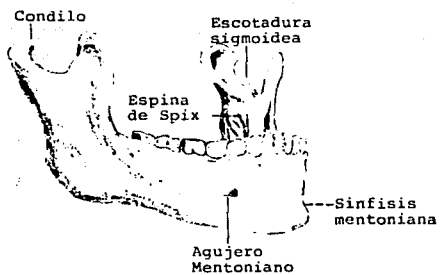
La rama es plana en su borde anterior, se proyecta la apófisis coronoides; el borde posterior inclinado hacia atrás termina en el condilo; entre la apófisis coronoides y el condilo se encuentra el borde superior, concavo y delgado llamado escotadura sigmoidea.

CARA EXTERNA:

Brinda inserciones al masetero, excepto en la porción superior que queda en contacto con la parótida.

CARA INTERNA:

Por arriba de la porción central se encuentra el orificio superior del conducto dentario inferior, en dirección oblicua que se escava en el hueso dirigiéndose a la línea media y conduce a los vasos y nervios inferiores que



Mandíbula. Visto Anterolateralmente

llegan a las raíces de los dientes; y a la altura de los premolares se dirige hacia afuera y atrás alcanzando la superficie del agujero mentoniano. Hacia abajo del orificio superior del conducto dentario y de la línea milohioidea se observa el canal milohioideo por donde pasan los vasos y nervios del mismo nombre. Detrás del canal, la zona correspondiente al ángulo de la mandíbula presenta rugosidades donde se inserta el pterioideo interno; en el borde posterior del ángulo se inserta el ligamento estilomaxilar y arriba, la parotida rodea el borde y ambas caras, interna y externa, incluyendo el cuello.

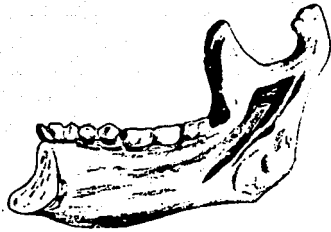
Al orificio superior del conducto dentario inferior lo recubre una laminilla delgada como si fuera un escudo llamado lingula o Espina de Spix, por delante y abajo presenta inserción al ligamento esfenomaxilar que se dirige a la Espina del Esfenoides.

APOFISIS CORONOIDES:

La apofisis coronoides es delgada y triangular; en su cara interna y en sus bordes se inserta el músculo temporal que se continua por el borde anterior de la rama del maxilar hasta llegar al cuerpo del hueso. La apofisis coronoides se aparta fácilmente haciendo presión en el masetero relajado después de abrir la boca; en esta posición la apofisis desciende por atrás del hueso malar que la cubre.

CONDILO:

Se proyecta hacia arriba, atrás y adentro; en sentido anteroposterior una porción estrecha que se continua con la rama de la mandíbula; llamada cuello, hacia arriba queda el condilo propiamente dicho. Su eje mayor tiene dirección interna y ligeramente hacia atrás y abajo. En la cara anterior del condilo se inserta el pterioideo interno; en la externa, el ligamento temporomandibular, y el nervio auriculotemporal queda por dentro y atrás.



MANDIBULA, CARA INTERNA

PALATINO:

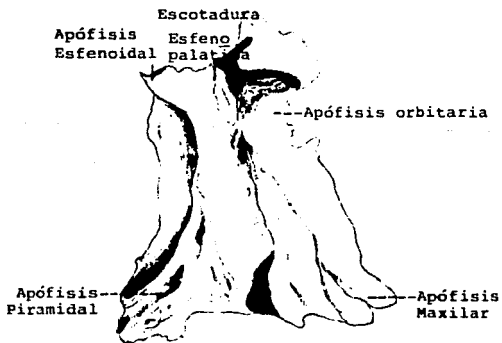
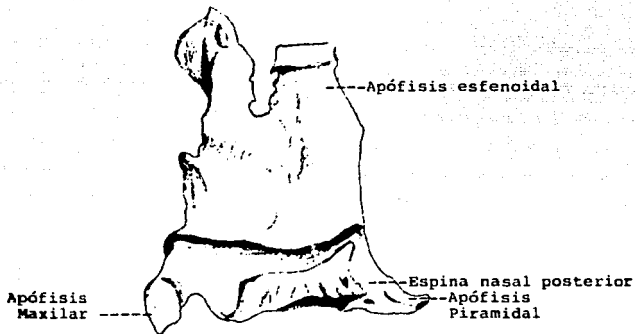
El palatino, de forma "L", constituye la cuarta parte del paladar óseo por su porción horizontal, y parte de la pared externa de la cavidad nasal entre el maxilar superior y el ala interna de la apófisis pterigoides por su porción vertical o perpendicular; además, en su porción superior presentan dos apófisis llamadas orbitaria y esfenoidal, separadas por la escotadura palatina; el hueso se articula con esfenoides hacia arriba convirtiendo la escotadura en agujero esfenopalatino; por el que pasan los nervios y vasos del mismo nombre; en cambio en su extremo inferior se proyectan hacia atrás la apófisis piramidal; en la unión de las dos porciones se cierra la escotadura pterigoidea.

La porción horizontal, cuadrilátera, es lisa en su cara superior y aspera en su cara inferior, en la que se observa la cresta palatina por delante del borde posterior; en la que se inserta el tendón del peristafilino externo. La cresta palatina en su porción anterior articula con la apófisis palatina del maxilar, el borde interno articula con el del lado opuesto, se eleva en la línea media formando la cresta nasal, que se articula con el vomer. Esta cresta, se continua por delante con la cresta del maxilar, se proyecta posteriormente formando la espina nasal posterior donde se inserta el músculo de la úvula. El borde externo presenta un surco donde forma el borde interno del agujero palatino posterior,

La porción vertical o perpendicular más larga por su cara interna o etmoidal se articula con los cornetes medio e inferior, por las crestas turbinales superiores e inferiores, que limitan dos áreas, una superior estrecha y una media más ancha cada una de las cuales forman la porción del meato nasal respectivo y esta cubierta por mucosa. La cara externa o maxilar en su porción superior, debajo de la apófisis orbitaria y esfenoidal, forman la pared interna de la fosa pterigomaxilar, y por su parte anterior ayuda a cerrar el seno maxilar; en sus demás porciones es aspera y articula con la porción nasal del maxilar superior, excepto en el canal palatino posterior que se une con un análogo situado en la tuberosidad del maxilar y constituye el conducto palatino posterior, que desciende de la fosa pterigomaxilar hasta el agujero palatino posterior. El borde superior sobresale la apófisis orbitaria por delante y la apófisis esfenoidal por detrás separada por la escotadura palatina, que se convierte en el agujero esfenopalatino, al articularse el palatino hacia arriba con el esfenoides.

El borde anterior, delgado de la porción vertical se articula con el etmoides y maxilar. El borde posterior se une al ala interna de la apófisis pterigoides, se continua con la apófisis esfenoidal hacia arriba y hacia abajo se ensancha en la apófisis piramidal.

PALATINO POR SU CARA INTERNA



PALATINO POR SU CARA EXTERNA

La apófisis piramidal esta dirigida hacia abajo y a--
tras; su cara posterior donde se insertan las fibras del
pterigoideo interno, llena la separación entre las dos a--
las de la apófisis pterigoides; se articulan con la tube--
rociudad del maxilar por su cara externa que presenta una
pequena área triangular entre la tubercidad y el área ex--
terna de la apófisis pterigoides.

La apófisis esfenoidal describe una curva de direcci--
ón superior sobre el cuerpo del esfenoides y el área inter--
na de la apófisis pterigoides; su borde interno llega al
área del vomer. La cara superior presenta un surco que al
completarse con los opuestos del los huesos que estan hacia
arriba constituyen el conducto pterigopalatino.

MUSCULOS MASTICADORES:

Estos músculos intervienen en la masticación, deglución, expresión facial y fonética.

Estos músculos son:

- a) TEMPORAL
- b) MASETERO
- c) PTERIGOIDEOINTERNO o MEDIO
- d) PTERIGOIDEO EXTERNO o LATERAL

MUSCULO TEMPORAL

Es un músculo grande de forma de abanico, que nace en la fosa temporal y la cara profunda de la aponeurosis temporal. Lateralmente esta en contacto; por debajo del borde del hueso zigomático, con la bola adiposa de Bichat, con los pterigoideos interno y externo y con la arteria maxilar interna.

El músculo temporal esta formado por varias hojas planas que tienen su origen en la fosa temporal y la aponeurosis temporal. Estas hojas se unen al pasar por la parte inferior. Las fibras posteriores corren en sentido anterior, en dirección transversal. Las fibras medianas corren oblicuamente en dirección vertical y anterior, y las anteriores y profundas corren en dirección posterior. En la capa superficial; las fibras medianas y posteriores se unen en un tendón central, se insertan en el vientre de la cara externa y la apófisis coronoides. El tendón se extiende por debajo al largo del borde anterior de la rama.

Las capas profundas se insertan en la cara media de la aponeurosis coronoides, donde terminan en un tendón, el cual se inserta en la media del borde anterior de la rama.

Las fibras anteriores son carnosas y se insertan en la cara anterior de la aponeurosis coronoides. Estas fibras mueven la mandíbula hacia arriba, las medias mueven la mandíbula hacia arriba y el ligamento hacia atrás y las posteriores hacen retroceder después de haberse movido hacia adelante.

Este músculo está inervado por las tres ramas profundas de la porción anterior de la tercera división del trigémino.

Esta irrigado por las ramas temporales profundas anterior y posterior de la arteria maxilar interna y la arteria temporal media, rama de la arteria temporal superficial.

BUCCINADOR

Es un músculo que suele clasificarse como músculo de la masticación; pero contribuye al mecanismo de la masticación porque retiene el alimento entre las áreas masticadoras de los dientes posteriores en lugar de derramarlo en el vestibulo de la boca. Esto se puede observar en el caso de parálisis facial cuando el músculo buccinador no puede realizar su función, otra de sus funciones es la de expeler el aire de la cavidad bucal bajo presión, como en el caso de tocar un instrumento musical como el trombón. La contracción de este músculo comprime también los labios y las paredes bucales contra los dientes y retrae la comisura de la boca.

El músculo es delgado y ancho, y se extiende desde la apófisis alveolar bucal del maxilar y la mandíbula en la región de los terceros molares permanentes, en las que se originan las fibras del músculo; corre hacia adente para insertarse en las fibras del orbicular de los labios. En su inserción, las fibras musculares se dividen en tres fascículos; Superior, Inferior y Medio.

Las fibras superiores e inferiores continúan hacia adelante, mezclándose respectivamente con el orbicular de los labios superior e inferior, las fibras medias se encuentran entre cruzadas en la región de la comisura de la boca y los extremos laterales del orbicular de los labios, de manera que las fibras medias inferiores se extienden hasta el orbicular de los labios, (superior) y las fibras medias superiores se extienden hasta el orbicular del labio inferior, con lo que se forma el esfínter.

MASETERO:

Es el más superficial de los músculos masticadores. Es un músculo grueso de forma cuadrada que se encuentra debajo del arco cigomático en la cara externa de la Rama Mandibular. Esta cubierto por piel, la aponeurosis superficial, la aponeurosis maseterina, la glándula parótidea, el conducto parotídeo y las ramas del nervio facial. Cubre el ángulo de la mandíbula y la rama, en su borde anterior esta separado por el buccinador, y la bola adiposa de Bichat.

Este músculo se divide en tres partes: Superficial, Media y Profunda.

PORCION SUPERFICIAL

Es plana y cuadrangular. Se origina en la cara lateral y el borde inferior del cigomático. Las fibras se extienden aproximadamente de la sutura cigomático-temporal al borde inferior del cigomático-maxilar. Las fibras superficiales pasan hacia abajo y hacia atrás para insertarse en la cara lateral de la rama, en la región del ángulo de la mandíbula. Por delante y por debajo las fibras se unen a las de la porción media y a las del músculo temporal. Estas fibras del temporal se insertan a lo largo de la línea oblicua externa, en la región del triángulo retromolar, donde entra el Buccinador. Como las fibras se dirigen hacia abajo y un poco atrás, cuando se contrae la mandíbula se mueve hacia arriba y hacia adelante.

PORCION MEDIA:

Es carnosa en forma de triángulo con la base en la región de origen. Nace en el borde inferior y en la cara interna del arco cigomático, desde la sutura cigomático-maxilar hasta el ligamento capsular, frente a la prominencia articular. Estas fibras convergen para insertarse en la cara lateral de la rama. Cuando se contrae la mandíbula se mueve hacia arriba.

PORCION PROFUNDA:

Esta formada por un pequeño número de fibras que se extienden por encima y por detrás del oído. Tiene su origen las fibras en la cara media del arco cigomático y son inseparables de la porción media del masetero en su inserción de la apófisis coronoides. Estas fibras están inervadas por el nervio maseterino. Cuando se contrae la mandíbula se mueven hacia atrás y arriba. Las fibras profundas se insertan en niveles más elevados de la rama ascendente y la apófisis coronoides.

MUSCULOS PTERIGOIDEOS

Los dos músculos pterigoideos se encuentran situados entre la apófisis pterigoidea del esfenoides y la rama ascendente de la mandíbula.

MUSCULO PTERIGOIDEO INTERNO

Está situado en el lado medio del ángulo de la mandíbula y sube casi hasta la mitad del borde posterior de la rama. El pterigoideo interno esta formado por dos vientres, el posterior y el anterior, de los cuales el posterior es el más profundo y mucho más grande. El vientre posterior tiene su origen parcialmente en la cara media de la lámina central de la apófisis pterigoides y parcialmente en la apófisis piramidal del palatino. El pequeño vientre anterior tiene un fuerte origen tendinoso en la tuberosidad del hueso palatino y la parte inferior del pterigoideo externo. Las fibras corren hacia abajo, afuera y atrás formando un grueso músculo cuadrangular que se aplanan de su lado externo al interno.

Las fibras de los dos vientres se unen al descender hasta una área triangular en la cara media de la rama ascendente de la mandíbula. El pterigoideo interno esta inervado por la rama pterigoidea interna del nervio mandibular. Lo irrigan varias ramas pterigoideas de la segunda división de la arteria maxilar interna. La contracción simultanea de ambos músculos pterigoideos internos puede hacer que se mueva la mandíbula hacia arriba y hacia adelante. Cuando se contraen los fibras de un músculo pterigoideo interno la mandíbula se mueve al lado opuesto del músculo.

MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO

El pterigoideo externo es un grueso músculo piramidal situado en la fosa cigomatica detras del arco cigomatico y entre la lámina lateral de la apófisis pterigoides y entre el condilo mandibular. Las fibras de inserción del temporal, la apófisis pterigoides y algunas veces la arteria maxilar interna se encuentran a un lado del músculo. En el borde superior del fascículo superior se encuentra el maseterino y las dos ramas temporales profundas del trigemino. El fascículo superior tiene su origen parcialmente en la región subtemporal de la cara lateral del esfenoides en su ala mayor y parcialmente en la cresta subtemporal. El fascículo inferior tiene su origen en la cara lateral de la lámina lateral de la apófisis pterigoides.

Los dos fasciculos convergen y pasan hacia atrás y aun lado para insertarse en la fosita pterigoidea del cuello del condilo.

Algunas de las fibras del músculo del fascículo superior se insertan en el menisco interarticular de la articulación temporomandibular y otras fibras penetran en la capsula para adherirse al menisco.

Este músculo esta inervado por el nervio pterigoideo externo, que puede estar separado o en unión de la rama del buccinator de la división anterior del nervio mandibular. la contracción,

ción de las fibras de uno solo de los pterigoideos externos mueven la mandíbula hacia adelante y hacia el lado opuesto del músculo.

Lo irriga las ramas pterigoideas de la arteria maxilar interna.

MUSCULOS ADYACENTES

Los siguientes músculos se agrupan alrededor de la boca:

- 1.- Depresores de la comisura y el labio
 - a) Triangular de los labios
 - b) Riosorio de Santorini
 - c) Cuadrado de la barba
 - d) Cutaneo del cuello (algunas fibras)
- 2.- Elevadores de la comisura y del labio
 - a) Cigomático
 - b) elevador del labio superior
 - c) Canino
 - d) Borla del mentón
- 3.- Esfinteres de la comisura del labio
 - a) Orbicular de los labios
 - c) Buccinador

Estos músculos de la expresión nacen en regiones superficiales del cráneo y se insertan en la piel o en la aponeurosis superficial. Están inervados por el nervio facial. Se dividen en una capa superficial y una profunda. Esta última está formada principalmente por el buccinador, el orbicular de los labios y el canino.

TRIANGULAR DE LOS LABIOS

Es un músculo plano que tiene su base ancha en la línea oblicua externa de la mandíbula, debajo del primer molar permanente. Desde aquí pasan las fibras hacia arriba y convergen hacia la comisura, tiene la función de mover la comisura hacia abajo junto con el canino y el cigomático.

RIOSORIO DE SANTORINI

Es un músculo delgado, pequeño en abanico, cuyos fascículos nacen en el tejido subcutáneo frente al masetero y converge hacia la comisura de la boca, donde se une al triangular y al orbicular de los labios, se inserta en la piel y en la comisura de la boca.

Su función es mover hacia atrás la comisura de la boca produciendo una arruga lateral como al sonreír.

CUADRADO DE LA BARBA

Es un músculo plano y cuadrado que se encuentra debajo del triangular de los labios. Nace en una línea horizontal rugosa, debajo del agujero mentoniano, y se extiende desde los premolares hasta los incisivos laterales. Sus fibras corren hacia arriba, casi en ángulo recto con las del triangular y se unen con las del cutáneo del cuello. Se inserta en el tegumento del labio inferior. Su función es tirar el labio hacia abajo y lo hace salir hacia adelante.

CIGOMÁTICO

Es un músculo delgado, acintado, nace en una depresión superficial del hueso malar, frente a la sutura cigomática-temporal. Sus fibras pasan oblicuamente hacia adelante y hacia abajo para

unirse al orbicular de los labios y ala comisura. Las fibras superficiales se insertan en la piel y las profundas en la mucosa de la parte lateral del labio superior. La contracción del músculo eleva la comisura de la boca en dirección del hueso malar. Tirando la comisura hacia arriba y hacia afuera.

ELEVADOR DEL LABIO SUPERIOR

Es un músculo delgado, plano cuadrangular, formado por tres partes: Los vientre posteriores cigomáticos, suborbitarios y angular. Los vientre convergen desde sus orígenes separados y se insertan en la piel de todo el labio superior o se mezclan con las fibras del orbicular de los labios. El vientre cigomático nace en la pared interna de la cara anterior del hueso malar. El vientre suborbitario nace en el maxilar, encima del nivel del agujero suborbitario y en la parte contigua del hueso malar. El vientre angular nace en la apófisis nasal del maxilar, cerca del ligamento palpebral y desciende por el lado de la nariz hasta el labio superior. Su función es elevar y mover hasta adelante el labio superior, es dilatador de las aperturas nasales, eleva la comisura y contribuye a la formación del surco nasolabial.

CANINO

Nace en la fosa canina. Se halla en la parte profunda del elevador del labio superior. Las fibra del músculo pasan hacia abajo, a la comisura donde se une a los músculos contiguos. Es un músculo antagonista del triangular de los labios. Forman al surco nasolabial.

BORLA DEL MENTON

Se encuentra en dirección media a los fascículos incisivos. Nace en la eminencia alveolar del incisivo lateral y en la porción central del incisivo central. Las fibras pasan oblicuamente hacia abajo hacia la línea media para hacerse superficiales y se insertan en la piel de la barbilla. La contracción de este músculo eleva la piel que cubre la barbilla y todo el labio inferior. El estrecho intervalo que existe entre la elevación para la borla del mentón y el frenillo del labio en la línea media, debe esto a una área en que no hay músculos. En dirección lateral a la inserción de los músculos incisivos los vestibulos anterior y bucal son más extensos. Esta área libre de músculos incluyen las áreas de los caninos y los premolares y se extiende hacia atrás hasta la inserción del buccinador de la región del primer molar permanente.

ORBICULAR DE LOS LABIOS

Es una banda gruesa elíptica que rodea al orificio de la boca y forma la pared muscular del vestibulo anterior. Funciona como esfínter de los labios, su acción es antagonista junto con todos los demás músculos anteriores. Su función es de elevar, bajar o contraer los labios, cerrar los labios y los oprime contra los dientes. Las fibras profundas cruzan de un lado a la comisura de boca del lado opuesto sin insertarse en la mucosa. Muchas de estas fibras se unen entre si o con las fibras tendinosas verticales contiguas en la comisura de la boca.



Esquema de los músculos Masticadores
y Adyacentes de cabeza y cuello

NEUROLOGIA

El sistema nervioso se divide en dos partes: una central y otra periférica. El sistema nervioso central está formado por el cerebro y la médula espinal; el sistema periférico comprende todos los nervios ganglios distribuidos en todo el cuerpo. Los nervios periféricos se unen al cerebro y a la médula espinal por medio de las raíces nerviosas. Como las partes centrales de estas raíces forman parte del sistema nervioso central, ninguno de los dos sistemas nerviosos, el central y el periférico deberán ser considerados como entidad independiente, sino como continuación anatómica y fisiológica de un solo sistema. Debido a que los nervios periféricos tienen partes craneales y raquídeas reciben el nombre de nervios cranealespinales. Hay 12 pares de nervios craneales que nacen en el cerebro y 31 pares de nervios espinales o raquídeos, que nacen en la médula espinal.

De una manera general, los nervios sensitivos y motores caminan agrupados en un solo cordón, constituyendo nervios mixtos. Los que se originan del neuro eje a distintas alturas, son pares y se distribuyen simétricamente, emitiendo en su trayecto ramas colaterales y al final, ramos terminales como sucede con las arterias. También originan ramos o fibras que unen unos nervios con otros y forman anastomosis nerviosas.

Los nervios están constituidos por fibras nerviosas, y estas a su vez están formadas por un cilindro eje, rodeado por una cubierta adiposa que forman la vaina de mielina y envuelto por la vaina de Schwann, que es una membrana muy delgada provista de nucleos. Las fibras nerviosas amielínicas o fibras de Remak, abundantes en sistema SIMPÁTICO, carecen de mielina.

Las fibras nerviosas se agrupan formando fascículos, que a su vez se unen por medio de una atmósfera conjuntiva para constituir un tronco nervioso. Los nervios poseen su circulación arterial y venosa así como capilares y circulación linfática.

La clasificación de los nervios craneales van a ser en 3 grupos:

- 1.- Aferentes
- 2.- Eferentes
- 3.- Mixtos

Los nervios aferentes o sensoriales son:

- a) Olfatorio (1° Par)
- b) Óptico (2° Par)
- c) Auditivo (8° Par)

Los nervios eferentes o motores son:

- a) Motor Ocular Común (3° Par)
- b) Patético (4° Par)
- c) Motor Ocular Externo (6° Par)
- d) Espinal (11° Par)
- e) Hipogloso Mayor (12° Par)

Los nervios mixtos son:

- a) Trigémino (5° Par)
- b) Facial (7° Par)

- c) Glossofaríngeo (9° Par)
- d) Neumogástrico (10° Par)

*

*

*

*

CARACTERISTICAS DE LOS 12 PARES CRANEALES

1° Par @ OLFATIVO @

O.R. Células olfativas de la mucosa pituitaria.

O.A. Cara inferior del bulbo olfativo.

T. Al atravesar la lámina cribosa, la piamadre le suministra una envoltura conjuntiva que desempeña el papel de neurilema. Cuando pasa a través de la aracnoides, el tejido subaracnoides les proporciona otra envoltura que acompaña a las fibras hasta su terminación en el bulbo olfativo. La dura madre se fija a los orificios de la lámina cribosa, donde se confunde con el periostio, emite una prolongación que forma una vaina a los haces nerviosos y desciende con ellos hasta las fosas nasales.

I. Termina en la cara inferior del bulbo y la cinta olfativa.

A.S. Agujero de la lámina cribosa.

2° Par @ OPTICO @

O.R. Células ganglionares de la retina.

O.A. Angulo anteroexterno del quiasma optico.

T. Presenta dos curvaturas, una posterior de concavidad inferior e interna y otra anterior de concavidad externa. Se relaciona con la arteria oftálmica que lo cruza en su cara superior de afuera a dentro; con el ganglio oftálmico que está situado en su cara externa, en la unión del tercio posterior con los dos tercios anteriores; con los vasos centrales de la retina que caninan en el inferior del nervio, y con los nervios y vasos ciliares que corren a su alrededor.

Al perforar el polo ocular, penetra en la esclerótica y se adelgaza de manera que hacia el final de su travesía, en la coronoides alcanza un diametro y medio.

En el conducto óptico conserva su forma cilindrica, se adhiere íntimamente en la parte ósea y se relaciona por su parte inferior externa con la arteria oftálmica que pasa por el mismo conducto. En su porción intracranial se aplana de arriba abajo formando una cinta de cinco milímetros de anchura y está en relación por arriba con la estria blanca del nervio olfativo y por abajo se apoya sobre la tienda de la hipófisis. Por fuera y por abajo está en relación con la carótida interna y con el origen de la arteria oftálmica.

A.S. Agujero óptico.



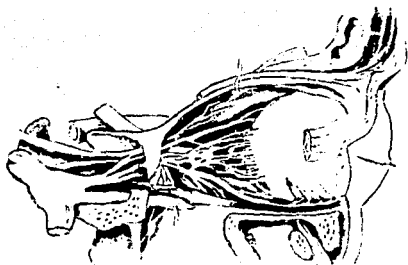
3° Par @ MOTOR OCULAR COMUN @

O.R. Sustancia gris que lo rodea al acueducto de Silvio, a nivel del tuberculo cuadrigémino anterior.

O.A. Borde interno del pedúnculo cerebral.

T. Al nervio motor ocular común lo componen dos series de fascículos nerviosos que convergen para formar un solo tronco que se dirige hacia adelante y afuera hasta alcanzar el borde externo de la lámina cuadrilátera del esfenoides, a nivel de la apófisis clinoides posterior; llega despues a la pared del seno cavernoso en su porción superior y se introduce más adelante en el espesor de la pared externa de está, por donde camina hasta llegar a la hendidura esfenoidal y atravesar el anillo de zinn, donde termina dividiendose en dos ramas una superior u otra inferior.

A.S. Hendidura esfenoidal.



Ramificaciones del nervio
Motor ocular

4° PAR @ PATETICO @

O.R. Nucleo del casquete peduncular a los lados de la línea media por debajo y afuera del acueducto de Silvio.

O.A. A los lados del freno de la válvula de Vieussens.

T. En su primera porción se halla cubierta por el cerebelo y camina por el pedúnculo cerebeloso superior. Circunda después su cara externa del pedúnculo cerebral. Penetra en la conflua subaracnoidea inferior, pasando por fuera del motor ocular común y por dentro de las raíces del trigémino.

Alcanza más adelante el entrecruzamiento de las circunferencias de la tienda del cerebelo en un plano superior al que ocupa el ganglio de Gasser y penetra en la pared externa del seno cerebeloso donde se pone en relación con el motor ocular común y el oftálmico.

Ya en la endidura esfenoidal, pasa por fuera del anillo de Zinn y por dentro y por encima de la vena oftálmica, así como también por dentro del nervio frontal y del nervio lagrimal. En la órbita se desliza por encima del elevador del párpado superior y se dirige hacia adentro y adelante, junto con el nervio frontal, del que se separa para penetrar en el oblicuo mayor.

A.S. Hendidura esfenoidal.

*

*

*

6° Par @ MOTOR OCULAR EXTERNO @

O.R. Núcleo protuberencial a nivel de la eminencia redonda

O.A. Surco bulboprotuberencial arriba de las pirámides anteriores.

T. Se origina en dos núcleos, uno de los cuales es el principal y el otro es accesorio.

Núcleo Principal: Situado en las eminencias laterales formando una columna que se continúa con el hipocloso y base en los cuernos anteriores de la médula.

Núcleo Accesorio: Por delante del anterior y el núcleo facial se dirige hacia adelante y afuera, atraviesa al cuerpo restiforme y la cinta del reil para salir del neurojeje por el surco bulboprotuberencial, con un trayecto paralelo al rafe.

Al salir del surco bulboprotuberencial el nervio se dirige hacia adelante y arriba envuelto en la piamadre, corre por el tejido subaracnoideo, entre la protuberancia y el canal basilar,

hasta el borde lateral de la lámina cuadrilátera del esfenoides. Después de rebasar el borde de la lámina, cruza el borde superior de la roca, pasa por debajo del seno petroso superior, el cual se fija por medio del ligamento esfenopetroso de Grüber.

Después se introduce en el seno cavernoso, por donde corren entre la carótida interna y pared externa del seno. Al salir del seno atraviesa la endidura esfenoidal pasando por el anillo de Zinn. Penetra en la órbita para alcanzar la cara interna del músculo recto externo donde termina.

A.S. Hendadura Esfenoidal.

*

*

*

8° Par @ AUDITIVO @

O.R. Nervio coclear del ganglio de Corti. Nervio vestibular del ganglio de Scarpa.

O.A. Surco bulboprotuberencial

T. El ganglio de Corti se halla situado en el canal espinal de Rosenthal, dentro del caracol óseo del oído interno, este sale del conducto auditivo interno y se adosa al tronco vestibular ocupando la parte anterior del conducto. Una vez unido al tronco vestibular, presenta un canal que recibe al intermediario de Wrisber y al facial cada uno envuelto en su vaina propia dependiente de la piamadre; poseen una vaina derivada del aracnoides.

El nervio vestibular nace del ganglio de Scarpa, situado en el fondo del conducto auditivo interno. Sus prolongaciones cilindroaxilares forman el nervio vestibular que a partir del fondo del conducto auditivo interno se adosa al nervio coclear saliendo juntos del conducto auditivo. Después pasa en el vestíbulo, por arriba de la sutura petrooccipital, debajo del facial y por dentro del neumogástrico, del glosofaríngeo y del espinal para penetrar en el neuroeje a nivel del surco bulboprotuberencial y terminar en los núcleos de la zona vestibular del piso del cuarto ventrículo.

A.S. Conducto Auditivo Interno.

9° Par @ GLOsofaríngeo-@

O.R. Sensitivos del ganglio de Andersch y del ganglio de Ehrenritterx y Motores de la parte superior del núcleo ambiguo.

O.A. Parte superior del surco colateral posterior del bulbo.

T. Este nervio se dirige hacia afuera y adelante, penetra en el agujero rasgado posterior y sale del cráneo. Corre en dirección vertical en contacto con la cara interna del Estilogloso, dibuja una curva de concavidad anterior, y alcanza la base de la lengua.

En la cavidad camina envuelto por la piamadre en el espacio subaracnoideo, descansa en el tubérculo occipital y corre por debajo del lóbulo del Neumogástrico.

En la parte inferior del cráneo, corre por delante del Neumogástrico y del Espinal, así como por delante de la yugular interna. Después se dirige hacia adelante, describe una curva de concavidad anterosuperior y continúa por el borde posterior del músculo estilofaríngeo, se aserca a la pared lateral del faríngeo para abordar la cara interna del estilogloso, se introduce en este músculo y la faringe, para abordar la base de la lengua donde emite sus ramas terminales.

A.S. Agujero Rasgado Posterior.



10° Par @ NEUMOGÁSTRICO o VAGO @

O.R. Sensitivo del ganglio yugular y del ganglio plexiforme y Motores de la parte media del núcleo ambiguo y vago espinal.

O.A. Surco colateral posterior del bulbo.

Es un nervio mixto que se extiende del cráneo al abdomen; e inerva a su paso las vísceras del cuello, del tórax y del abdomen.

T. Las raíces constituyen un solo cordón nervioso que se dirige hacia afuera arriba y adelante alcanzando el agujero rasgado posterior por donde salen para descender verticalmente por el cuello; atraviesa de arriba abajo el mediastino y penetra a través del diafragma a la cavidad abdominal, donde termina.

En la cavidad del craneo camina en el espacio subaracnoideo entre el tuberculo occipital y el lóbulo del Neumogastroco del cerebello. Atravieza la aracnoides y la duramadre para lizrar al agujero rasgado posterior.

A.S. Agujero Rasgado Posterior.

*

*

*

11° Par @ ESPINAL @

O.R. Cuerno lateral de la médula cervical y parte inferior del núcleo vago espinal. Dos raíces medular y bulbar.

O.A. Surco colateral posterior del bulbo.

T. Es un nervio motor que acaba por un lado en el Neumogastroco (nervio accesorio de Willis) y por otro, en los músculos esternocleidomastoideos y trapecio.

La raíz medular se halla formada por varios cordones que salen de la médula por delante de las raíces raquídeas posteriores abarcando de la quinta cervical del bulbo.

La raíz bulbar se forma de cuatro o cinco haces radiculares que emergen del surco colateral del bulbo, por debajo de la eminencia del Neumogastroco.

La raíz medular asciende por el canal raquídeo para penetrar en el craneo por el agujero occipital, donde se une a la raíz bulbar para constituir el nervio espinal. En la cavidad craneal, el Espinal camina por detras del Neumogastroco, envuelve tambien al Glossofaríngeo por una vaina común dependiente de la aracnoides.

A.S. Agujero Rasgado Posterior.

12° Par @ HIPOGLOSO MAYOR @

Es un nervio motor destinado a los músculos de la lengua y músculos supra e infrahiodeos.

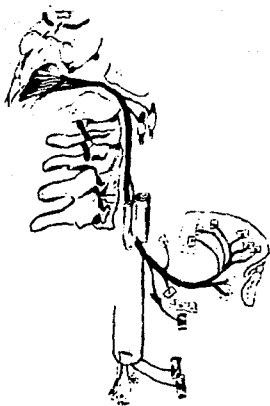
O.R. Núcleo en relación con el ala blanca interna del ' O.A. Surco preolivar.

T. El nervio atraviesa el agujero condileo anterior, para salir del craneo, baja a los lados de la faringe en la región parotídea y se dirige a los bordes de la lengua donde se distribuye.

En la cavidad craneal se halla envuelto por una vaina de la piamadre y corre por el espacio subaracnoideo entre la arteria cerebelosa inferior que está por detras.

En el conducto condileo pasa rodeado de un plexo venoso que tiene anastomosis con el seno petroso inferior y con el plexo del agujero occipital.

A.S. Agujero Condileo Anterior.



Esquema del inicio de la ramificación
y de las conexiones del nervio Hipogloso.

5° Par @ TRIGEMINO @

Es un nervio mixto que transmite la sensibilidad de la cara, órbita y fosas nasales y lleva las incitaciones motoras a los músculos masticadores.

O.R. Raíces sensitivas del ganglio de gasser y Motoras de los núcleos masticadores principal y accesorio.

O.A. Parte lateral de la protuberancia anular.

El ganglio de gasser de forma cecilunar y aplanada está contenido en un desdoblamiento de la dura madre y situado en la fosa de gasser.

La cara interna del ganglio está en relación con la raíz motora del trigemino y con los nervios petrosos superficiales y profundos que caminan en el espesor de la duramadre que forma la pared inferiores del cavum de Meckel.

Del borde posterior del ganglio se desprende la raíz sensitiva del trigemino y del borde anteroexterno nacen las tres ramas: Oftálmico, Maxilar y Mandibular.

Las fibras motoras tienen su origen en dos núcleos masticadores: principal y accesorio. El principal se inicia a la altura del polo superior de la oliva protuberancial y rebasa por arriba la extremidad superior del núcleo sensitivo. Este núcleo representa en la protuberancia la cabeza del asta anterior de la médula espinal. El núcleo accesorio se continúa del principal y se extiende hasta la parte interna del tubérculo cuadrigémino.

NERVIO OFTÁLMICO Y GANGLIO OFTÁLMICO

Es un ramo sensitivo que se desprende de la parte anterior del ganglio de gasser, se deriva hacia arriba y adelante para penetrar en la pared externa del seno cavernoso. Al salir de este lugar se divide en tres ramas:

- a) Interna o Nervio Nasal
- b) Media o Nervio Frontal
- c) Externa o Nervio Lagrimal.

NERVIO NASAL

Es la rama interna del tronco oftálmico, penetra en la órbita por la parte más amplia de la endidura esfenoidal, atravesando el anillo de zinn y por encima del nervio óptico. Luego después al agujero etmoidal anterior, donde se bifurca en el ramo nasal interno y otro nasal externo. Emite antes sus colaterales que son: la raíz sensitiva del ganglio oftálmico, los nervios ciliares largos y el esfenoidal de Luschka destinado al seno esfenoidal.

NERVIO NASAL INTERNO. Pasa por el conducto etmoidal anterior, acompaña la arteria etmoidal anterior, llega a la lámina cribosa y penetra en el agujero etmoidal para ir a las fosas nasales. En las fosas emite en la parte anterior del tabique un ramo interno para la pared externa de las fosas nasales; Este último llega hasta la piel del lóbulo de la nariz y recibe el nombre de nervio "nasolobar".

NERVIO NASAL EXTERNO. Continúa la dirección del nervio nasal y sigue el borde inferior del oblicuo mayor hasta llegar a la parte inferior de la polea de este músculo, donde emite ramos

ascendentes, destinados a la piel del espacio interciliar y ramos descendentes para las vías lagrimales y para los tegumentos de la raíz de la nariz.

NERVIO FRONTAL

Penetra en la orbita por fuera del anillo de Zinn y del nervio patético y por dentro del ramo lagrimal. En el interior de la orbita camina sobre la cara dorsal del músculo elevador del párpado superior y antes de llegar al reborde orbitario, se divide en frontal interno y frontal externo.

NERVIO FRONTAL INTERNO. Sale de la orbita por fuera del óblicuo mayor y se divide en numerosos ramos; unos destinados al periostio y la piel de la frente, otros al párpado superior y un tercer grupo o ramos nasales para la piel de la raíz de la nariz.

NERVIO FRONTAL EXTERNO. También llamado supraorbitario, escapa de la orbita por el agujero supraorbitario y suministra ramos ascendentes que terminan en el periostio y la piel de la región frontal, ramos descendentes destinados al párpado superior; así como cierto número de ramos óseos.

NERVIO LAGRIMAL

Penetra en la hendidura esfenoidal por fuera del anillo de zinn y corre por el borde superior del músculo recto externo hasta llegar a la glándula lagrimal, donde se divide en un ramo interno que va a distribuirse por la porción externa del párpado superior y en un arco de concavidad posterior que se anastomosa con el ramo orbitario del nervio maxilar superior. El ramo externo lacrimopalpebral inerva la glándula lagrimal.

GANGLIO OPTALMICO

Esta colocado por fuera del nervio óptico, recibe el nombre de ganglio ciliar de forma cuadrilátera.

RAMAS AFERENTES. Recibe un ramo motor, derivado del motor ocular común, que se desprende del ramito que unerva al oblicuo menor; un ramo sensitivo procedente del nervio nasal, y un ramo simpático que emana del plexo cavernoso y atravieza junto con el nervio nasal el anillo de zinn para alcanzar el ganglio.

RAMOS EFERENTES. Constituye los nervios ciliares cortos que salen de la parte anterior del ganglio. Forman un grupo superior e inferior y antes de penetrar al globo ocular emite ramos destinados a la envoltura del nervio óptico y la arteria oftálmica. Atraviezan la esclerótica y caminan en la lámina fusca hasta llegar al músculo ciliar, a los músculos del iris y la cornea.

NERVIO MAXILAR Y GANGLIO ESFENOPALATINO

Este nervio es exclusivamente sensitivo y nace de la parte media del borde antero externo del ganglio de gasser.

Apartir de su origen, se dirige hacia adelante para alcanzar la fosa pterigomaxilar y despues corre adelante'

y abajo para llegar a la endidura esfenomaxilar y despues al canal suborbitario al que recorre y penetra por el conducto' del mismo nombre y cuando sale de este conducto emite sus ramas terminales.

Emite seis ramas;

1.- Ramo Meningeo Medio. Se desprende del nervio antes de que este penetra al agujero redondo mayor y se distribuye por las meninges de las fosas esfenoidales, acompanando a la arteria meningeo media.

2.- Ramo Orbitario. Emana del tronco del nervio en la fosa pterigomaxilar y penetra con la cavidad orbitaria. Al salir de la orbita se divide en un ramo temporal que penetra en el conducto malar, suministrando un ramo malar para la piel del pomulo y un ramo temporal que va a la fosa temporal, donde se anastomosa con el temporal profundo anterior, rama del mandibular; El otro ramo es el lacrimopalpebral que se dirige hacia adelante y arriba y suministra un filote lagrimal y uno palpebral que termina en el párpado inferior.

3.- Nervio Esfenopalatino. Que se desprende del maxilar cuando este penetra en la fosa pterigomaxilar. Pasa por fuera del ganglio esfenopalatino y se divide en diferentes ramos: nervios orbitarios, nasales superiores, nasopalatinos, pterigopalatino, palatino anterior, palatino medio y palatino superior o posterior.

NERVIOS ORBITARIOS: Son dos y penetran por la endidura esfenomaxilar a la orbita, se adosan a la pared interna hasta llegar al agujero etmoidal posterior, penetran y se distribuyen en las celdillas etmoidales.

NERVIOS NAALES SUPERIORES. Son ramas externas del esfenopalatino, penetran en el agujero del mismo nombre y llegan a las fosas nasales para inervar la mucosa de los cornetes superior y medio.

NERVIO NASOPALATINO. Penetra en el agujero esfenopalatino pasando por delante de la arteria esfenopalatino. Alcanza el tabique de las fosas nasales, corre hacia delante hasta llegar al agujero palatino anterior, lo atravieza y llega para inervar la mucosa anterior de la boveda palatina, antes emite ramas destinadas a la mucosa que cubre al tabique.

NERVIO PTERIGOPALATINO. (faringeo de Bock), se dirige hacia atras y penetra en el conducto pterigopalatino atravezandolo y llega a la mucosa de la rinofaringe.

NERVIO PALATINO ANTERIOR. Desciende alcanzando el agujero palatino posterior emitiendo un ramo para el cornete inferior al salir del conducto emite ramos para la boveda palatina y el velo del paladar.

NERVIO PALATINO POSTERIOR. Sigue un suco descendente y penetra en el conducto palatino accesorio, al salir se divide en dos ramas una para la mucosa de la cara superior del velo del paladar y otra que inerva al periastafilino interno, al palatogloso y el faringostafilino.

NERVIO PALATINO MEDIO. Acompaña al palatino anterior y al salir del conducto palatino posterior o a un conducto accesorio palatino se distribuyen en la mucosa del velo del paladar.

4.- NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES. Son dos o tres ramos que se desprenden del tronco en la parte anterior de la fosa pterigomaxilar, descienden adosados a la tuberosidad del maxilar y penetran en los conductos dentarios posteriores, eite ramos a los molares así como a la mucosa del seno maxilar y al hueso.

5.- NERVIOS DENTARIOS MEDIOS. Nace del tronco en pleno canal suborbitario y desciende por la parte anteroexterna del surco, se anastomosa con el dentario posterior y dentario anterior, para formar el plexo dentario emitiendo ramas para premolares y aveces para caninos.

6.- NERVIOS DENTARIOS ANTERIORES. Emanan del nervio cuando éste pasa por el conducto suborbitario, camina por el periostio, alcanza el conducto dentario anterior y suministra ramos a los incisivos y al canino.

GANGLIO ESFENOPALATINO.

También llamado ganglio de Meckel, está situado en el trasfondo de la fosa pterigomaxilar, por dentro y abajo del maxilar.

RAMOS APARENTES.

Recibe dos o tres ramos del esfenopalatino o directamente del tronco del maxilar, el nervio vidiano que atraviesa el agujero rasgado anterior.

RAMOS EFERNTES.

Los nervios que pasan del ganglio se anastomosan y van a distribuirse al mismo tiempo que los ramos terminales del nervio esfenopalatino.

NERVIO MANDIBULAR Y GANGLIO OTICO

El nervio mandibular es un nervio mixto que nace del borde anteroexterno del ganglio de Gasser y forma la unión de la raíz motora y la raíz sensitiva que proviene del ganglio.

Al salir del ganglio de Gasser, camina en el desdoblamiento de la duramadre hasta llegar al agujero oval, donde se pone en relación con la arteria meníngea menor. Fuera del agujero oval queda colocado por fuera de la aponeurosis interterigoidea del ganglio ótico al cual se une íntimamente. Se divide en dos troncos, uno anterior y otro posterior; pero emite antes de su bifurcación un ramo recurrente que se introduce en el cráneo por el agujero redondo menor, acompaña a la arteria meníngea media y se distribuye por las meninges.

1.- TRONCO ANTERIOR. Proporciona tres ramas:

- Temporobucal
- Temporal profundo medio
- Temporomasetérico

a) NERVIOS TEMPOROBUCALES. Parte del tronco y se dirige hacia afuera entre el pterigoideo externo al que se suministra unos ramos. Se divide en éste músculo en su cara externa en un ramo ascendente motor o nervio temporal profundo anterior que va a distribuirse por los haces anteriores del músculo temporal, y un ramo descendente sensitivo o nervio bucal que cruza por la cara interna del tendón del temporal alcanzando la cara externa del buccinador, donde proporciona ramos para la

piel y la mucosa del carrillo, su ramo cutaneo se anastomosa con el facial.

b) NERVIOS TEMPORALES PROFUNDOS MEDIO. Se dirigen hacia arriba y afuera para alcanzar la cresta esfenotemporal y distribuirse a los haces medios del músculo temporal.

c) NERVIOS TEMPOROMASETERINOS. Cubren por encima del músculo pterigoideo externo y al nivel de la cara esfenotemporal se divide en un ramo ascendente, el nervio temporal profundo posterior que inerva los haces temporales del músculo temporal y otro descendente del nervio maseterino, que pasa por la escotadura sigmoidea y se distribuye por la cara profunda del músculo maseterino.

2.- TRONCO POSTERIOR. Emite cuatro ramas, una rama inerva el pterigoideo interno, periostafilino externo y músculo del martillo; los cuales son el nervio auricular temporal, el nervio dentario inferior y el nervio lingual.

El tronco de los nervios del pterigoideo interno, del periostafilino externo y del músculo del martillo se unen al ganglio ótico. Cuando se separan del ganglio emite sus ramos dirigidos a estos músculos y cada rama recibe el nombre del músculo que inervan.

NERVIO AURICULOTEMPORAL. Pasa sobre la arteria maxilar interna; rodea el cuello de la mandíbula y penetra en la cara profunda de la parótida, emitiendo un rama para la piel de la región temporal. Antes de llegar a la parótida el nervio atraviesa el ojal retrocondíleo de Juevara y ya en la parte superior de la glándula pasa por detrás de los vasos temporales superficiales y por delante del conducto auditivo externo; dividiéndolos en varios ramos; a) Auriculares inferiores para el conducto auditivo externo; b) Auriculares, para la articulación temporomandibular; c) Dos ramos anastomóticos para el nervio dentario inferior y el otro que se une al nervio facial; d) Ramos Parotídeos que se distribuyen por la glándula parotídea.

NERVIO DENTARIO INFERIOR. Desciende entre la cara externa del pterigoideo externo y el interno, penetrando en el conducto dentario, corre éste hasta el agujero mentoniano donde se divide en sus ramos colaterales y terminales:

COLATERALES:

a) Rama anastomótica del lingual, se desprende de la región pterigoidea y se dirige hacia abajo para alcanzar al lingual por debajo de la cuerda del tímpano.

b) Nervio milohioideo. Emana del tronco cuando éste va a penetrar en el conducto dentario, se introduce en el canal milohioideo y suministra ramos para el milohioideo y el vientre anterior del digástrico.

c) Ramos dentarios. Nacen en el conducto dentario e inervan los molares premolares y caninos, así como la mandíbula y la encía que lo cubre.

TERMINALES:

a) Nervio incisivo. Continúa la dirección del tronco, se mete en el conducto incisivo y proporciona ramos a los incisivos y al canino.

b) NervioMentoniano. Sale por el agujero mentoniano y se espansa en múltiples ramos que se distribuyen por el mentón y

el labio inferior alcanzando su mucosa.

NERVIO LINGUAL. Corre por delante del nervio dentario inferior, separándose de éste para dirigirse a la punta de la lengua. corre por la inserción externa del pterigoideo interno hasta alcanzar el piso de la boca se dirige sobre el Hipogloso y el Genigloso, corre colocándose entre el Genigloso y el músculo Lingual inferior, cruzando el conducto de Wharton, se ramifica en mucosa de la lengua situada por delante de la V lingual.

Recibe varios ramos. Uno de ellos del dentario inferior ya descrito; otro del facial que constituye la cuerda del tímpano; Un tercer ramo se anastomósa con el Hipogloso mayor que descien de por la cara externa del músculo Hipogloso y esta constituida por uno o dos ramos; por último, suministra un ramo anastomótico que se une con el nervio milohiideo.

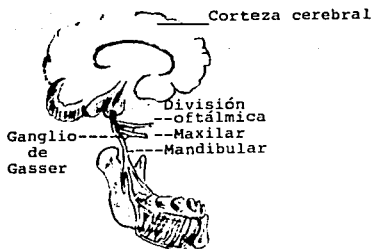
GANGLIO OTICO

Se llama tambien ganglio de Arnold. Situado por debajo del agujero oval y por detras del nervio mandíbular.

RAMOS AFERENTES: Recibe ramos del mandíbular, el nervio petroso superficial menor que procede del ganglio geniculado, el nervio petroso profundo menor derivado del nervio de jacobson, en la cara interna del tímpano y va a unirse con el nervio petroso superficial menor para constituir la raíz larga del ganglio ótico. La raíz simpática se desprende del plexo simpático que rodea la meníngea media.

RAMOS EFERENTES. Se desprenden del ganglio ramos que van a los nervios del pterigoideo interno, del periostafilino externo y del músculo del martillo y ramos que van al auriculotemporal para inervar la glandula parotidea y la mucosa de la caja del tímpano.

A.S. Endidura Esfenoidal y agujero Redondo Mayor y Oval



DIVISIONES DEL QUINTO PAR
CRANEAL (TRIGEMINO)

7° par @ FACAL @

Es un nervio mixto, compuesto de una raíz motora destinada a los músculos cutáneos de la cabeza y del cuello y de una raíz sensitiva que lleva la mucosa de la lengua, las glándulas submaxilar y sublingual y constituye el nervio intermedio de Wrisberg.

O.R. Raíz sensitiva del ganglio geniculado y la raíz motora del núcleo situado en la substancia reticular gris de la protuberancia.

O.A. Surco bulbotuberencial.

T. El nervio se desprende del surco bulbotuberencial y sus dos raíces se introducen en el conducto auditivo interno.

En la cavidad del cráneo, el facial y el intermediario de Wrisberg caminan por el espacio subaracnoideo, debajo de la protuberancia y del pedúnculo cerebeloso medio y encima de la parte externa del canal basilar, así como de la cara posterosuperior de la roca.

RAMOS COLATERALES

1) Nervio Petroso Mayor. Se inicia en la región del ganglio geniculado y sale a través del hiato del canal del nervio petroso mayor, se dirige por la cara anterior del peneas del temporal, pasa al canal pterigoideo alcanzando el ganglio pterigoalaterno emitiendo ramos nasales posteriores y nervios palatinos y unos ramos mínimos para el cigomático y a la glándula lagrimal.

2) Nervio Estapendio. Inerva el músculo del estribo.

3) cuerda del Tímpano. Se separa del nervio facial en la parte inferior del canal facial, penetra en la cavidad tímpanica saliendo después a través de la cisura petrotímpanica para ir hacia abajo y adelante a unirse con el nervio lingual, y en su parte sensitiva inerva con fibras gustativas la mucosa de la lengua en sus dos tercios anteriores.

RAMOS MUSCULARES

1) Nervio Auricular Posterior. Inerva al músculo auricular posterior y el vientre occipital del músculo epicráneo.

2) Ramo Digestivo. Para el vientre posterior del músculo digástrico y el músculo Estilohiideo.

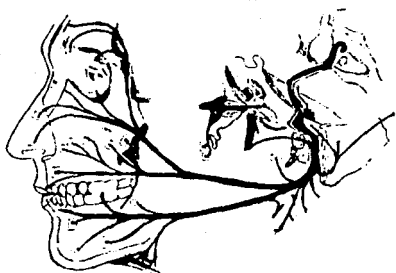
3) Ramos Múltiples. Van a la musculatura mímica de la cara, forman el plexo parotideo, anastomosándose con los ramos subcutáneos del nervio Trigémino y son:

a) Ramos temporales. Para los músculos auriculares anterior y superior, el vientre frontal del músculo epicráneo y el músculo orbicular de los ojos.

b) Ramos cigomáticos. Para el músculo orbicular de los párpados y el músculo cigomático.

c) Ramos Bucales. Para los músculos en la circunferencia de la boca y la nariz.

d) Ramos marginales de la mandíbula. Se extiende por el borde de la mandíbula hacia los músculos del mentón y del labio inferior.



Trayectoria del nervio facial

e) Ramos del cuello. Desciende al cuello e inerva el platisma.

Este ramo se anastomósa con el ramo superior del nervio transverso del cuello.

NERVIO INTERMEDIARIO DE WRISBERG

Es un nervio mixto, contiene fibras aferentes gustativas que van a un núcleo sensitivo y fibras eferentes secretoras que parten de su núcleo vegetativo.

El nervio intermediario de Wrisberg inerva todas las '' glándulas de las cavidades de la cara, con exepción de la '' parótida que recibe sus fibras secretoras del nervio Glossofaríngeo.

A.S. Conducto Auditivo Interno y acueducto de falopio.

ANGIOLOGIA

Rama de la medicina que se encarga del estudio de la distribución de arterias, venas y vasos linfáticos.

ARTERIAS DE CABEZA Y CUELLO**ARTERIA CAROTIDA EXTERNA:**

Irriga la parte de la cabeza y del cuello, por eso se de nomina externa. Esta dirigida hacia arriba, mediante el vientre posterior del digastrico y al milohioideo, perfora la glándula parotídea y por detras del cuello de la mandíbula se divide en sus ramos terminales.

Sus divisiones se clasifican en tres grupos con tres arterias cada grupo:

1.- GRUPO ANTERIOR

a) Arteria Tiroidea Superior. Sale de la carotida externa en su inicio se dirige hacia abajo y adelante a la glándula tiroidea, donde se anastomosa con las arterias tiroideas. Emite ramos para su músculo Esternocleidomastoideo, al músculo tiroideo, al hueso hioides y a la laringe. A la laringe también la irriga la arteria laringea superior que junto con el nervio laringeo superior perfora el ligamento tirohioideo y proporciona ramos para los músculos, ligamentos y mucosa de la laringe.

b) Arteria lingual. Parte de la carotida a nivel de los cuernos del huesohioides, y se dirige hacia arriba atravez del triangulo de Pirogov, cubierta por el músculo Hioglosso en dirección de la lengua, emite ramos para el hueso hioides, la tonsila palatina y la glándula sublingual. Se extiende hasta la punta de la lengua, aquí se le llama arteria lingual profunda y en su trayecto emite ramificaciones para el dorso de la lengua.

c) Arteria Facial. Se inicia arriba de la arteria Lingual a nivel del ángulo de la mandíbula, pasa por el vientre posterior del digastrico y alcanza el borde anterior del masetero donde se dirige a la cara. Más adelante se dirige hacia el ángulo medial del ojo donde se anastomosa con la arteria dorsal de la nariz. Emite ramos para la faringe, al paladar blando, la tonsila palatina, la glándula submandibular el diafragma de la boca y las glándulas salivales. Despues de su curvatura emite ramos para el labio superior; arteria labial superior y para el labio inferior; arteria labial inferior.

2.- GRUPO POSTERIOR

a) Arteria Occipital. Se inicia por debajo del vientre posterior del digastrico, se aplica al proceso mastoideo, se extiende subcutaneamente en la región occipital, donde se ramifica hasta la región parietal. En su trayecto emite ramos para los músculos circundantes, al pabellón de la oreja y la duramadre en la fosa craneal posterior.

b) Arteria Auricular posterior. Se inicia a la altura del vientre posterior del digastrico, se dirige hacia arriba y atras, a la región cutanea retroauricular, llegando hasta la región de la eminencia parietal. Sus ramos se distribuyen tanto a fuera del oído como por dentro del mismo en la cavidad timpánica, donde penetra uno de sus ramos atravez del agujero Estilomastoideo.

c) Arteria Esternocleidomastoidea. Esta destinada al músculo homónimo.

3. GRUPO MEDIO

a) Arteria Faringea Ascendente. Parte del tronco de la 'carotida externa cerca de su inicio, se dirige hacia arriba' por la pared de la faringe, irrigando a esta, al paladar blando, la tonsila palatina, la tuba auditiva, la cavidad timpánica y la duramadre.

b) Arteria Superficial. Es un ramo terminal de la carotida externa, se extiende por delante del meato acústico externo en dirección a la sien, pasando por el espacio subcutáneo sobre la fascia del músculo temporal, donde puede ser comprimida contra el hueso temporal. A nivel del borde supraorbitario se divide en dos ramos: Uno anterior; Ramo Frontal y otro posterior; Ramo parietal, que se ramifican en estas regiones. La Arteria Temporal Superficial emite en su trayecto ramos para: La glándula parotídea, la cara lateral del pabellón de la oreja, el meato acústico externo, al arco cigomático, al ángulo lateral del ojo destinado al orbicular de los párpados y al hueso cigomático.

c) Arteria Maxilar, Ramo terminal. Se distinguen tres 'porciones:

PRIMERA PORCION. Se dirige hacia arriba al meato acústico externo y la cavidad timpánica, penetra a través de la fisura petrotimpánica; a la dura madre de la fosa craneal media: 'La Arteria Meningea Media'; a través del agujero espinoso y hacia abajo: 'La Arteria Alveolar Inferior'; irriga los dientes inferiores y emite un ramo milohioideo en el canal mandibular. Al salir por el agujero mentoniano se continua en la Arteria mental que se ramifica en la piel y los músculos de la región mentoniana.

SEGUNDA PORCION. Se dirigen los ramos a los músculos masticadores y a los de las mejillas, recibiendo la denominación de acuerdo al músculo que irrigen y otros ramos para el seno maxilar y a los dientes molares superiores: Estas son las Arterias Alveolares Superiores Posteriores.

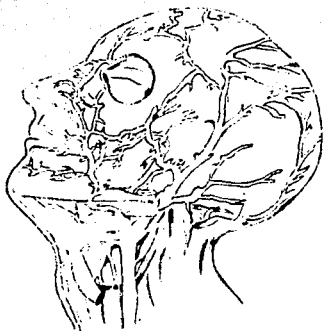
TERCERA PORCION. 1).- Arteria Infraorbital, penetra a la orbita a través de la fisura orbital inferior, sale a la cara anterior del maxilar y emite ramos para el párpado inferior, al saco lagrimal, labio superior y mejillas. Aquí se anastomosa con ramos de la Arteria facial. En la orbita emite ramos para los músculos del bulbo del ojo y en su paso por la fisura orbital inferior proporciona ramificaciones para los caninos e incisivos, y a la mucosa del seno maxilar: Arterias Alveolares Superiores Anteriores.

2).- Ramos para la faringe y la tuba auditiva. Parte de estos si se dirigen hacia abajo por el canal palatino mayor y sale a través de los agujeros palatinos mayor y menor, y se ramifica en el paladar duro y blando.

3).- Arteria Esfenopalatina. Penetra a través del agujero esfenopalatino en la cavidad nasal, dando ramos para la pared lateral de la cavidad nasal y para el septo nasal; la zona etmoidales de la cavidad nasal esta irrigada por las arterias etmoidales anterior y posterior (ramos de la Arteria Oftálmica).



Arteria maxilar derecha



Ramos de la arteria Carótida externa

ARTERIA CAROTIDA INTERNA:

Se encuentra por delante de la carotida externa en su inicio, sigue por delante verticalmente, luego se flexiona y penetra en el cráneo a través del orificio carotídeo interno, se dirige hacia arriba y corre por el surco carotídeo del esfenoides y a nivel del fondo de la silla turca se encurva hacia adelante, atraviesa el espesor del seno cavernoso y al llegar al canal óptico hace su última flexión hacia arriba y emite su primera ramificación: La arteria Oftálmica, después perfora las meninges, la duramadre y la aracnoides, dividiéndose finalmente en sus ramos terminales:

- 1.- Ramos Carotimpanicos. Son ramificaciones muy tenues que penetran en la cavidad tímpanica a través de la pared posterior del canal carotídeo.
- 2.- Arteria Oftálmica. Penetra a través del conducto óptico en la cavidad orbitaria acompañando al nervio óptico, dividiéndose en sus ramos terminales:
 - a). Ramo para la Duramadre. Se anastomosa con la meningeo media (ramo de la arteria Maxilar).
 - b). Ramo para la glándula lagrimal; La arteria Lagrimal.
 - c). Ramos para el bulbo del ojo: las arterias Ciliares, que terminan en la membrana vascular del ojo: Una de ellas; la arteria central de la retina, penetra en el nervio óptico y con él se ramifica en la retina.
 - d). Ramos para los músculos del bulbo del ojo.
 - e). Ramos para los párpados: Arterias palpebrales superiores e inferiores.
 - f). Ramos para la mucosa de la cavidad nasal; las arterias Etmoidales anterior y posterior.
 - g). Arteria Supraorbital, emerge de la orbita por la incisura supraorbital. Y
 - h). Arteria dorsal de la nariz, que asciende por el borde del dorso de la nariz.
- 3.- Arteria Cerebral Anterior. Se extiende por la superficie interna del hemisferio cerebral emitiendo ramos para la corteza cerebral.
- 4.- Arteria Cerebral Media. Se introduce en la superficie de la ínsula. Se subdivide en ramos por la superficie del hemisferio e irriga a los lóbulos frontal, temporal y parietal.
- 5.- Arteria Coroidea Anterior. Se dirige hacia atrás y lateralmente alcanzando la superficie del lóbulo temporal. Penetra en el pie del hipocampo del ventrículo lateral, terminando en el plexo coroideo.
- 6.- Arteria Comunicante Posterior. Parte de la carotida en su inicio de la oftálmica y se dirige hacia atrás para ir a desembocar en la arteria Vertebral.

POLIGONO DE WILLIS (Circulo Arterial del Cráneo).

Está formado por la Arteria Comunicante anterior, Los segmentos iniciales de las arterias cerebrales anteriores, las comunicantes posteriores y las cerebrales posteriores, cuando estas se anastomosan en el espacio subaracnoideo de la base del cráneo.



Ramos de la arteria Oftálmica

VENAS

VENA YUGULAR INTERNA:

Recoge la sangre de la cavidad del cráneo y los órganos del cuello; se inicia en el agujero yugular donde forma una dilatación denominada "Bulbo Superior", se dirige hacia abajo situándose lateralmente a la carótida interna y más abajo, junto con la carótida común. En su extremo inferior presenta un engrosamiento "Bulbo Inferior" en la región del cuello. Por encima de este engrosamiento se hallan una o dos válvulas. En su trayecto esta cubierta por los músculos Esternocleidomastoideo y omohioideo.

Durante su trayecto la vena yugular interna recibe los siguientes afluentes:

1). Vena Facial. Llega por debajo de los músculos Estilohioideo y Esternocleidomastoideo. Los afluentes de la vena facial corresponden a los ramos de la arteria Facial.
2). Vena Retromandibular. Recoge la sangre de la región temporal. En ella desemboca un tronco que recoge la sangre del plexo pterigoideo, después la vena Retromandibular penetra en el espesor de la parótida y se une a la arteria Facial por debajo del ángulo de la mandíbula.

La vena anastomótica une la vena Facial con el plexo pterigoideo a nivel del borde alveolar de la mandíbula y enlaza las venas superficiales con las profundas de la cara y puede convertirse en vía de difusión de un proceso infeccioso.

3). Venas Faringeas. Forman un plexo en la faringe y desembocan directamente en la Yugular interna o en la vena facial.

4). Vena Lingual. Acompaña a la arteria homónima.

5). Venas Tiroideas Superiores. Reciben la sangre de las zonas superiores de la glándula tiroidea y de la faringe.

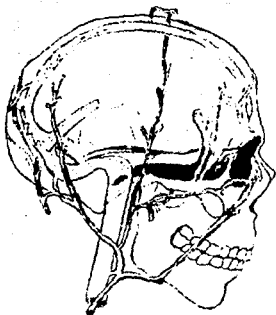
6). Vena Tiroidea Media. Llamada tiroidea lateral. Parte del borde lateral de la glándula tiroidea y desemboca en la yugular interna. Existe un plexo venoso impar que vierte su sangre en la yugular interna por medio de las venas tiroideas superiores, y en las venas del mediastino anterior, a través de las venas tiroideas inferiores y la tiroidea ima.

VENA YUGULAR EXTERNA:

Se inicia por detrás del pabellón de la oreja y sale a nivel del ángulo de la mandíbula, por detrás de la fosa retromandibular, se dirige hacia abajo por el tejido subcutáneo, por la cara externa del músculo Esternocleidomastoideo a la que cruza oblicuamente, hacia abajo y atrás. Alcanzando el borde posterior de este músculo, la yugular externa entra en la región supclavicular, uniéndose correctamente en un tronco común con la vena yugular anterior y con la subclavia. Por detrás de la oreja, en la yugular externa afluyen las venas Auricular posterior y occipital.

VENA YUGULAR ANTERIOR:

Es muy variada por sus formas y dimensiones, formándose por la confluencia de pequeños ramos por encima del hueso hioides, desde donde desciende verticalmente. Las dos yugulares anteriores derecha e izquierda, perforan la lámina pretequial de la fascia cervical, entran en el espacio interaponeurotico supraesternal y desemboca en la vena subclavia.



Venas externas e internas del cráneo
y sus relaciones con los senos venosos
de la duramadre.

VASOS LINFATICOS

La linfa de las regiones de la cabeza y el cuello es recogida en los troncos linfáticos yugulares derecho e izquierdo, que se extienden por su lado correspondiente en línea paralela a la vena yugular interna.

Antes de afluir a los troncos yugulares la linfa pasa a través de los linfonodos regionales.

En la cabeza los linfonodos se agrupan a lo largo de la línea limitrofe entre la cabeza y el cuello. Se describen:

- 1). OCCIPITALES. A ellos llegan los vasos linfáticos de la zona postero lateral de las regiones temporal, parietal y occipital de la cabeza.
- 2). RETROAURICULARES. Ellos recogen la linfa de las regiones ya citadas y también de la cara posterior del pabellón de la oreja, del meato acústico externo y de la membrana timpánica.
- 3). PARATIROIDES. Recogen la linfa de la frente, de las sienes, la zona lateral de los pápados, la cara externa del pabellón de la oreja, de la articulación temporomandibular, la glándula parótida, la glándula lagrimal, las paredes del meato acústico externo, la membrana timpánica y la tuba auditiva.
- 4). SUBMANDIBULARES. Recogen la linfa de la zona lateral del mentón, de los labios superiores e inferiores, de la mejilla, la nariz, las encías y los dientes, la zona media de los pápados, el paladar duro y el blando, el cuerpo de la lengua y las glándulas submandibular y sublingual.
- 5). MANDIBULARES. Recogen la linfa del bubo del ojo, la musculatura mimica, la mucosa de las mejillas, los labios y las encías, las glándulas mucosa de la cavidad bucal, los pericitos de la región de la boca y la nariz y las glándulas submandibular y sublingual.
- 6). SUBMENTALES. Recogen la linfa de los mismos lugares de la cabeza que los linfonodos submandibulares y además, la punta de la lengua.
- 7). BUCALES. Recogen la linfa de la mucosa de la mejilla y del músculo buccinador.
- 8). RETROFARINGEOS. En ellos afluye la linfa de la mucosa nasal, los senos neumáticos, la linfa del paladar duro y blando, de la nariz, de la lengua, la rinofaringe y la orofaringe, así como del oído medio.



Esquema de la distribución de los vasos linfáticos superficiales y de los linfodos.

REFERENCIAS

- 1.- ANATOMIA HUMANA. ANGIOLOGIA Y S. N. C.
"L. TESTUT, A. LARTARJET"
ED. SALVAT
TOMO II
1990.
- 2.- ANATOMIA HUMANA. OSTEOLOGIA, ARTROLOGIA Y MIOLOGIA
"L. TESTUT, A. LARTARJET"
ED. SALVAT
1990
- 3.- ANATOMIA HUMANA
"R. D. LOCKHART"
ED. INTERAMERICANA
1985.
- 4.- TRATADO DE ANATOMIA HUMANA
"FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ"
ED. PORRUA
TOMO I Y II
1988.
- 5.- ANATOMIA HUMANA
"M. PRIVES, N. LISENKOU"
ED. MIR MOSCU
TOMO III
1985.
- 6.- ANATOMIA DENTAL
"MOSES DIAMOND, D.D.S."
ED. UNION TIPOGRAFICA
1987.

C A P I T U L O I I

CAPITULO II

PRINCIPIOS BASICOS DE CIRUGIA BUCAL

La odontología se identifica con la cirugía bucal fuertemente, ya que necesita de un completo conocimiento de la odontología como requisito previo del cirujano bucal bien calificado. Así, los principios bucales de cirugía bucal guían a un tratamiento favorable al cirujano dentista.

Estos principios no se aplican a una especialidad quirúrgica particular, como en el caso de la cirugía bucal, un ejemplo es la Técnica Aséptica, que no se va aplicar de la misma manera a una operación abdominal que para una bucal; el principio es el mismo, pero; la diferencia de la técnica es la zona de la herida.

Dentro de las contribuciones más importantes al tratamiento del paciente quirúrgico es el reconocimiento del valor del enfoque analítico.

Al obtener la información de la evaluación del paciente puede facilitar el diagnóstico y permite la identificación de los problemas discretos y su relación entre sí, esto es de utilidad para situaciones complejas.

Los cirujanos tienen la obligación de mejorar el tratamiento progresando en el conocimiento quirúrgico. un enfoque cuidadoso y complejo es más importante que la velocidad.

El conocimiento de las características clínicas de un paciente a la respuesta de la evolución favorable. Después de una operación o traumatismo, depende del medio interno por un proceso denominado Homeostasia, es decir, activa los mecanismos autorreguladores.

Podemos resumir que los principios quirúrgicos pueden agruparse en tres áreas:

Asepsia,

Enfoque analítico en el tratamiento quirúrgico y

La Formulación del tratamiento quirúrgico basándose en la respuesta del organismo frente a los traumatismos.

GENERALIDADES

Por lo regular el cirujano dentista de práctica general realiza en su consulta la extracción de piezas retenidas, por lo cual mencionamos algunos conceptos importantes que no se deben olvidar, y realizarlos con precisión y seguridad.

El concepto de Diéresis de los tejidos, es la operación propiamente dicha y síntesis de los tejidos son los tiempos operatorios de la cirugía general.

TIEMPOS OPERATORIOS

1.- Incisión y Desprendimiento del colgajo:

INCISION. Se abren los tejidos para llegar a planos más profundos, esto puede ser con bisturí y tejera; las técnicas de incisión son:

NEWMANN. Para tratamientos de parodontosis y focos apicales. WASSMUND. Es cimilal al anterior, pero es más amplio y llega hasta las papilas.

PARTSCH. (Arco) Para tratamientos quirúrgicos de quistes.

FESTON DE LA BOVEDA PALATINA. Para la extracción quirúrgica de dientes retenidos.

ANGULAR. Para la extracción de terceros molares retenidos.

LINEAL. Para drenaje de abscesos.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO. Es el troso de mucoperiostio limitado por dos incisiones o la superficie de una incisión o que queda. Esto se puede realizar con legra, espátula y periostomo.

2.- Osteotomía u Osteotomía:

OSTEOTOMIA. Es la parte de la operación que consiste en abrir el hueso esto puede ser con escoplos y fresas.

OSTECTOMIA. Es la extracción de hueso que cubre el objeto de la operación. Esto puede ser con gubias.

3.- Operación Propiamente dicha.

Es el tratamiento o extracción de la pieza a tratar.

4.- Tratamiento de la cavidad ósea.

se realiza colocando dentro de ella:

a) Medicamentos (directamente)

b) Gasas con medicamentos

c) Drenaje

5.- Sutura:

Maniobra que tiene por finalidad reunir los tejidos separados por la incisión.

Además podemos tomar en cuenta las siguientes recomendaciones en nuestra práctica profesional:

1.- Iluminación adecuada.

2.- Abrebocas de goma. Permite estabilidad en la apertura bucal del paciente, además de cuidar la articulación temporomandibular.

3.- Aspirador quirúrgico. Cánula delgada para que al aspirar sigamos viendo.

4.- Separadores especiales. Que retienen los tejidos blandos.

5.- Pieza de mano de baja velocidad y buena irrigación con solución fisiológica.

Lo anteriormente mencionado, unido al criterio del cirujano dentista basado en su habilidad, conocimiento y práctica, seguro dará mejores resultados.

DEFINICION DE CIRUGIA BUCAL

Entre las especializaciones por región, aparatos o sistemas, la diferenciación dental, órganos que forman parte del aparato masticatorio y que se encuentra en la cavidad bucal, a dado nacimiento a la Cirugía Dental, también llamada Dentoalveolar, Dentomaxilar y, por extensión, Bucal, ya que se realiza dentro de la boca, y como tratamiento de enfermedades quirúrgicas de esta cavidad.

ODONTOMAXILAR. La que tiene por objeto tratar las enfermedades de los dientes y los maxilares por medio de instrumentos adecuados.

DENTOFACIAL. La que se ocupa de los dientes, la boca y sus relaciones con la simetría facial.

CIRUGIA BUCAL. Tratamiento quirúrgico de las enfermedades y traumatismos de la boca y regiones adyacentes.

QUIEN PRACTICA LA CIRUGIA BUCAL

En algunos países la Cirugía Bucal está ejercida por Odólogos especialistas, que se dedican exclusivamente a esa práctica. En las técnicas odontológicas han alcanzado un alto nivel.

En la práctica y el ejercicio de la Odontología, en todas sus ramas, dan al profesional la agilidad manual necesaria para abordar los problemas de la cirugía bucal.

Por lo tanto, el Cirujano Dentista es un profesional especializado para ejercer la Cirugía Bucal.

RELACION PACIENTE CIRUJANO

De hecho, todo tratamiento que debe tener buenos resultados en cualquier paciente se centra en la manera en que este es bien atendido.

El buen éxito del equipo Odontológico para proporcionar los servicios dentales dependerá de la manera en que este equipo se relacione de manera satisfactoria con la actitud del paciente, tanto el odontólogo como sus auxiliares deben cultivar de manera continua las relaciones positivas con los pacientes, para que exista una relación armoniosa.

Si actuamos verdaderamente sinceros con el paciente reaccionará de manera positiva, el lo percibirá, en cambio si somos deshonestos e insinceros con el paciente reaccionará de manera negativa.

Las actitudes como demostraciones de afecto, firmeza, rectitud, honestidad, sinceridad, autoridad y uniformidad son partes importantes para el éxito odontológico en el tratamiento quirúrgico del paciente.

El Cirujano Dentista debe tratar de guiar y modificar la conducta psicológica del paciente antes de la cita para su intervención quirúrgica.

CARACTERISTICAS DEL CIRUJANO DENTISTA

Las características del Cirujano Dentista ante cualquier tratamiento odontológico son:

- 1.- Conocimiento. Ante todo para realizar cualquier tratamiento se requiere saber que vamos a realizar.
- 2.- Amabilidad. (Humanismo).
- 3.- Firmeza. No dudar, porque podemos transmitirle desconfianza al paciente.
- 4.- Seguridad. En todos los movimientos.
- 5.- Confianza en sí mismo y transmitírsela al paciente.
- 6.- Honestidad y Sinceridad.
- 7.- Reconocer nuestras limitaciones.

- 8.- Disciplina.
- 9.- No perder la calma.
- 10.- Ética profesional.

Todas estas características pueden llevar a un cirujano 'dentista a la lleve del éxito. No obstante tiene la obligación de actualizar sus conocimientos, su aservo cultural y su 'material de trabajo para obtener mejores resultados aplicando su propio criterio.

REFERENCIAS

- 1.- CIRUGIA DENTAL IMPORTANCIA DE ASPECTOS PSICOLOGICOS
"BERNAL ROBLES"
1185.
- 2.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
"GUSTAV O. KRUGER"
ED. INTERAMERICANA
1990
- 3.- DICCIONARIO ODONTOLOGICO
"DR. SALVADOR LERMAN, GIRO DURANTE AVELLANAL"
ED. MUNDI
1982.
- 4.- DICCIONARIO DE USO DEL ESPANOL
"MARIA MOLINER"
ED. GREDOS
1988.
- 5.- PRACTICA ODONTOLOGICA
1990 sep.

CAPITULO III

CAPITULO III

DEFINICION DE DIENTES RETENIDOS

Son aquellas piezas que llegado el momento de su erupción quedan atrapadas dentro de su espesor óseo, conservando su 'saco folicular, dentro de los maxilares.

La retención dentaria puede presentarse en dos formas:

- 1.- Retención infraósea:
Es cuando el diente esta rodeado completamente por tejido óseo.
- 2.- Retención subgingival:
Es cuando el diente esta cubierto por mucosa gingival.

ETIOLOGIA

La etiología de estas piezas retenidas es multifactorial; pero ante todo es de índole mecánica.

Al llegar el proceso normal de erupción encuentra en su 'camino un obstáculo que impide la realización normal del trabajo encomendado.

Esto puede ser por la extracción de dientes temporales a temprana edad, ó por falta de estimulación (fisiológico) del crecimiento de los maxilares.

EMBRIOLÓGICO. La ubicación del germen dentario esta muy lejos del sitio de erupción normal, por lo cual el germen no 'puede llegar hasta el borde alveolar tomando la dirección correcta.

ENDOCRINO. Causa generales. Todas las enfermedades relacionadas con las glándulas endocrinas, pueden ocasionar trastornos de erupción dentaria, retenciones, y ausencias dentarias.

TUMORAL O QUISTICO. Cuando se forma algun tumor ó quiste interfiere en la erupción del diente.

HEREDITARIO. Esto puede ser por la herencia directa.

La extracción de estas piezas es preventiva ya que puede causar diversas alteraciones como:

MECANICAS. Causa movilización en otras piezas, problemas de tipo oclusión y su integridad anatómica, trastornos protéticos.

TUMORAL O QUISTICO. Apartir de los elementos que forman al 'diente pueden llegar a formar un tumor o quiste odontogenico.

PROBLEMAS INFECCIOSOS. Los dientes retenidos pueden causar 'infecciones apartir del saco folicular:

- a) Cuando erupciona un diente retenido, su saco se abre y se pone en contacto con el medio bucal.
- b) Una complicación apical o periodontal de un diente vecino.
- c) La infección del saco puede ser por vía hemática.

ACCIDENTES DE TIPO NERVIOSO. No es muy común pero puede causar neuritis, parestesia. Los dientes pueden ejercer presión sobre los nervios, troncos mayores, es posible que origine 'algias de intensidad, tipo de duración variable.

FRECUENCIA Y CLASIFICACION

- 1.- Terceros molares inferiores.
Por ser el último en erupcionar.
- 2.- Caninos superiores.
En las piezas anteriores es la última en erupcionar.
- 3.- Terceros molares superiores.
Por la curvatura del maxilar, pueden llegar a erupcionar en la tuberosidad ya que el hueso es esponjoso o poroso.
- 4.- Segundos premolares superiores.
Por la falta de espacio.
- 5.- Supernumerarios.

La clasificación que nos da el Dr. Dach y Howel, dicen que el orden de frecuencia es:

- 1.- Terceros molares superiores.
- 2.- Terceros molares inferiores.
- 3.- Caninos superiores.
- 4.- Premolares.
- 5.- Supernumerarios.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES

El Dr. Winter fue el primero en clasificarlos según su posición.

- 1.- Vertical.
- 2.- Horizontal.
- 3.- Mesioangular.
- 4.- Distoangular.
- 5.- Bucoangular.
- 6.- Lingoangular.
- 7.- Paranormal.

El Dr. Pell y Gregor hicieron la clasificación de espacio y profundidad además incluyeron la clasificación del Dr. Winter.

Espacio: A, B, C.

A.- Entre el segundo molar y la rama ascendente, permite o permitiría la erupción de tercer molar.

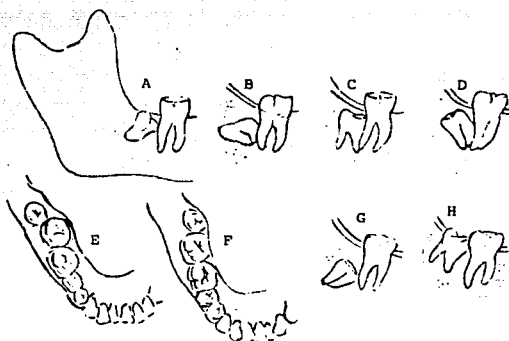
B.- La zona retromolar es más chica, la cara distal del segundo molar y la rama ascendente permite o permitiría medio molar dentro de la rama y medio molar fuera.

C.- Cuando $\frac{1}{2}$ del tercer molar esta erupcionado y la otra parte esta dentro de la rama.

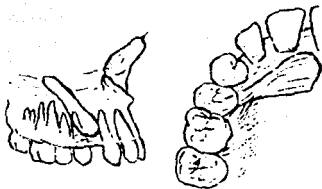
PRUFUNDIDAD:

Toma una línea horizontal y una línea vertical.

GRADO I.- Cuando la carona esta erupcionada o parcialmente erupcionada.



Clasificación de los dientes inferiores retenidos. A, retención mesioangular; B, retención horizontal; C, retención vertical; D, retención distoangular; E, vestibuloversion; F, linguoversion; G, de nivel bajo; H, de nivel alto.



Canino retenido en posición
vertical

GRADO II.- Cuando la corona se encuentra a la mitad o ligeramente arriba de cervical.

GRADO III.- La corona esta por debajo de la línea cervical.

CANINOS SUPERIORES

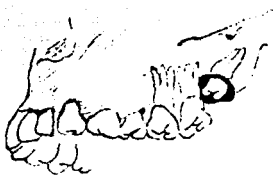
Posición:	Horizontal
	Vertical
	Inclinado
Localización:	Palatino
	Vestibular
	Palatovestibular
	Vestibulopalatino
	Intermedia (entre dos dientes)

La retención de los caninos puede ser bilateral o unilateral, cuando la retención es intermedia las piezas adyacentes presentan giroverción.

TERCEROS MOLARES SUPERIORES

La posición es similar a la de las piezas inferiores.

- 1.- Horizontal
- 2.- Vertical
- 3.- Mesioangular
- 4.- Distoangular
- 5.- Bucoangular
- 6.- Invertida



Posición mesioangular de un
tercer molar superior



**Dientes supernumerarios
retenidos**

REFERENCIAS

- 1.- CIRUGIA DENTAL OPERATORIA
"I. GILMORE"
ED. HOMER WILLIAM
1985.
- 2.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
"GUSTAV O. KRUGER"
ED. INTERAMERICANA
1990.
- 3.- CIRUGIA BUCAL. PATOLOGIA CLINICA Y TERAPEUTICA
"GUILLERMO A. RIES CENTENO"
ED. ATENEO
1987.
- 4.- CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL
"DANIEL M. LASKIN"
1987.

CAPITULO IV

CAPITULO IV

HISTORIA CLINICA

Es el documento donde se asienta la reseña ordenada y detallada de todos los datos e informaciones de identificación personal, familiares y semiológicos, anteriores y actuales, que se han recogido del paciente.

Sirve de base para que el profesional fundamente su diagnóstico sobre el caso, el tratamiento indicado, sus resultados hasta el alta del paciente y otras observaciones fundamentales.

ANALISIS DE LABORATORIO

Son una serie de exámenes de una sustancia por descomposición en sus principios constitutivos. Pueden ser Cualitativos (Identificación), Cuantitativos (Establecer las cantidades). Constituyen un valioso y avance decisivo auxiliar de la clínica. Entre los más frecuentes cabe citar:

- 1.- EXAMEN GENERAL DE ORINA
- 2.- BIOMETRIA HEMATICA
- 3.- QUIMICA SANGUINEA
- 4.- TIEMPO DE SANGRADO Y COAGULACION
- 5.- CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Complemento fundamental de la Historia Clínica, donde nos vamos a bazar en el empleo de radiografías de la zona a tratar.

DIAGNOSTICO

Parte de la ciencia y del arte de curar que tiene por objeto interpretar y evaluar los datos y síntomas recogidos en el examen, distinguiendo en el paciente el estado de salud o enfermedad en que se encuentra.

ASEPSIA

Es la ausencia de contaminación o de material séptico. Mé todo empleado para impedir la entrada de gérmenes patógenos en el organismo.

ANTISEPSIA

Es el método que se propone evitar el desarrollo o trata de destruir los microbios para combatir o impedir la instalación de procesos infecciosos.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HISTORIA CLINICA

FOLIO No. 1

NOMBRE		MOSCO	MIRANDA	ELIZABETH	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	Edo. CIVIL	OCUPACION	FECHA Y LUG. NAC.
13	F	1° SEC.	SOLTERA	ESTUDIANTE	5-NOV-77 D.F.
DOMICILIO				TEL. PART.	
2° C/JON. GERAL. ANAYA NO. 16 COL. STA. BARBARA				6854756	

MOTIVO DE LA CONSULTA

DOLOR EN EL AREA RETROMOLAR

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES

TABAQUISMO _____

ALCOHOLISMO _____

PARMACOS (NOMBRE, CANTIDAD Y FRECUENCIA) _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

- a) ENFERMEDADES (PROPIAS DE LA INFANCIA, DEGENERATIVAS, NEOPLASICAS, ENDOCRINAS, ETC. VARICELA (4años) _____
- b) QUIRURGICAS _____
- c) TRAUMATICOS FRACTURA DE LA MUÑECA DERECHA _____
- d) TRANSFUSIONALES _____
- e) ALERGICOS _____
- f) GICO-OBSTETRICOS (MENARCA, RITMO, DURACION y CANTIDAD) _____

INTERROGATORIO POR APARATOS.

DIGESTIVO _____

RESPIRATORIO _____

CARDIOVASCULAR _____

GENITO-URINARIO _____

HEMATICO Y LINFATICO 0 Rh =

ENDOCRINO _____

NEUROLOGICO _____

EXPLORACION FISICA

FRECUENCIA RESPIRATORIA 23' PULSO, 61' P. ARTERIAL 120/80

EXAMEN CLINICO ESTOMATOLOGICO

- 1.- ESTADO DE HIGIENE BUCAL REGULAR
- 2.- EXAMEN DE TEJIDOS BLANDOS
- LABIOS _____
- MUCOSA BUCAL _____
- LENGUA _____
- PISO DE BOCA _____
- ENCIA GINGIVITIS LOCALIZADA
- PARODONTO _____
- PALADAR _____
- ISTMO DE LAS FAUCES _____
- 3.- EXAMEN DE TEJIDOS Duros
- DIENTES CARIES
- 4.- CARIES 17, 16, 26, 27, 37, 36, 45, 46, 47
- 5.- DESGASTES 33, 32, 31, 41, 42, 43,
- 6.- OCLUSION CLASE I
- 7.- CAMBIOS EN LA POSICION DE LOS DIENTES _____
- 8.- MOVILIDAD DENTARIA _____
- 9.- TRANSORNOS EN LA A.T.M. DESVIADA
- 10.- TRANSORNOS DE LOS MAXILARES _____
- 11.- TRANSORNOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES _____
- 12.- HABITOS COMPULSIVOS Y PROFESIONALES MUEDE LAS PLUMAS
- AUXILIARES DE DIAGNOSTICO RECOMENDADOS TOMA DE RX PERIAPICALES DEL AREA RETROMOLAR
- DIAGNOSTICO CARIES, Y A LA TOMO DE RX SE ENCONTRO EL 3er. MOLAR INFERIOR DERECHO RETENIDO.



PLAN DE TRATAMIENTO

ODONTOSEXIS

CIRUGIA DEL 3er. MOLAR RETENIDO

OPERATORIA

PRONOSTICO FAVORABLE.


CLINICO


PACIENTE

25-FEB-91
FECHA

BIOMETRIA HEMATICA

Hemoglobina 14 gr%
 Hematocitos 35 %
 Eritrocito 4500 mncl
 Sedimentos 2.0 mm
 Leucocitos 7300 mnc2
 Linfocitos 30 %
 Monocitos 2 %
 Eosinofilos 1 %

Basófilos 0 %
 Neutrófilos 60 %
 Hipocromia -
 Anisocromia -
 Cel. Anormales -
 Otros -

QUIMICA SANGUINEA

Glucosa 70 mg%
 Urea 13 mg%
 Nitrog. de Urea - mg%
 Creatinina - mg%
 Ac. Urico - mg%

Colesterol 150 mg%
 Bilirrubina T. - mg%
 Bilirr. Directo - mg%
 Bilirr. Indirecto 0.2 mg%
 Otro -

TIEMPO DE SANGRADO Y COAGULACION

TP. 12/11.5

TPP. 30.5/30

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HISTORIA CLINICA

FOLIO No. 2

NOMBRE PEREZ

MONTES DE OCA ISMAEL JESUS

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	Edo. CIVIL	OCUPACION	FECHA Y LUG. NAC.
26	M	PROFESIONISTA	SOLTERO	ING. INDUS.	22-AGOS-66 D.F.
DOMICILIO					TEL. PART.
16 DE SEPTIEMBRE NO. 22 COL. LAZARO CARDENAS					

MOTIVO DE LA CONSULTA
EXTRACCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES
MADRE DIABETICA

TABAQUISMO 5 cigarros al día.

ALCOHOLISMO Muy eventualmente

FARMACOS (NOMBRE, CANTIDAD Y FRECUENCIA)

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

- a) ENFERMEDADES (PROPIAS DE LA INFANCIA, DEGENERATIVAS, NEOPLASICAS, ENDOCRINAS, ETC.)
- b) QUIRURGICAS AMIGDALECTOMIA A LOS 5 AÑOS
- c) TRAUMATICOS
- d) TRANSFUSIONALES
- e) ALERGICOS
- f) GICO-OBSTETRICOS (MENARCA, RITMO, DURACION Y CANTIDAD)

INTERROGATORIO POR APARATOS.

DIGESTIVO

RESPIRATORIO

CARDIOVASCULAR

GENITO-URINARIO

HEMATICO Y LINFATICO _____

ENDOCRINO _____

NEUROLOGICO _____

EXPLORACION FISICA

FRECUENCIA RESPIRATORIA 24' PULSO 70' P. ARTERIAL 110/70

EXAMEN CLINICO ESTOMATOLOGICO

1.- ESTADO DE HIGIENE BUCAL REGULAR

2.- EXAMEN DE TEJIDOS BLANDOS

LABIOS _____

MUCOSA BUCAL _____

LENGUA _____

PISO DE BOCA _____

ENCIA GINGIVITIS GENERALIZADA

PARODONTO _____

PALADAR _____

ISTMO DE LAS FAUCES _____

3.- EXAMEN DE TEJIDOS DUROS

DIENTES CARIES4.- CARIES 16, 26, 36, 46

5.- DESGASTES _____

6.- OCLUSION CLASE I

7.- CAMBIOS EN LA POSICION DE LOS DIENTES _____

8.- MOVILIDAD DENTARIA _____

9.- TRANSTORNOS EN LA A.T.M. _____

10.- TRANSTORNOS DE LOS MAXILARES _____

11.- TRANSTORNOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES _____

12.- HABITOS COMPULSIVOS Y PROFESIONALES _____

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO RECOMENDADOS TOMA DE RX PERIAPICALESDIAGNOSTICO CARIES, 3er. MOLAR SUPERIOR RETENIDO



PLAN DE TRATAMIENTO

ODONTOSEXIS

CIRUGIA DEL 3er. MOLAR SUPERIO RETENIDO

OPERATORIA


ALUMNO


PACIENTE

24-MAY-91
FECHA

BIOMETRIA HEMATICA

Hemoglobina	<u>15.7</u> gr%	Basófilos	<u>0</u> %
Hematocitos	<u>48.4</u> %	Neutrófilos	<u>64</u> %
Eritrocito	<u>5300</u> mmcl	Hipocromia	<u>-</u>
Sedimentos	<u>4.0</u> mm	Anisocromia	<u>-</u>
Leucocitos	<u>9200</u> mmc2	Cel. Anormales	<u>-</u>
Linfocitos	<u>31</u> %	Otros	<u>-</u>
Monocitos	<u>4</u> %		<u>_____</u>
Eosinófilos	<u>1</u> %		<u>_____</u>

QUIMICA SANGUINEA

Glucosa	<u>_____</u> mg%	Colesterol	<u>_____</u> mg%
Urea	<u>_____</u> mg%	Bilirrubina T.	<u>_____</u> mg%
Nitrog. de Urea	<u>_____</u> mg%	Bilirr. Directo	<u>_____</u> mg%
Creatinina	<u>_____</u> mg%	Bilirr. Indirecto	<u>_____</u> mg%
Ac. Urico	<u>_____</u> mg%	Otro	<u>_____</u>

TIEMPO DE SANGRADO Y COAGULACION

TP. _____TPF. _____

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
HISTORIA CLINICA

FOLIO No. 3

NOMBRE		ALMARAZ	PEREZ	JUANA	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	Edo. CIVIL	OCUPACION	FECHA Y LUG. NAC.
30	F	SECUNDARIA	CASADA	HOGAR	21-ENE-61 D.F.

DOMICILIO
CDA. CIENEGATENCO M-B L-2
TEL. PART.

MOTIVO DE LA CONSULTA
REVISION

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES
PADRE DIABETICO

TABAQUISMO _____

ALCOHOLISMO _____

FARMACOS (NOMBRE, CANTIDAD Y FRECUENCIA) _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

a) ENFERMEDADES (PROPIAS DE LA INFANCIA, DEGENERATIVAS, NEOPLASICAS, ENDOCRINAS, ETC. AMIGDALITIS

b) QUIRURGICAS _____

c) TRAUMATICOS _____

d) TRANSFUSIONALES _____

e) ALERGICOS _____

f) GICO-OBSTETRICOS (MENARCA, RITMO, DURACION y CANTIDAD 4 PAR
TOS NORMALES

INTERROGATORIO POR APARATOS.

DIGESTIVO COLITIS AMIBIATICA

RESPIRATORIO _____

CARDIOVASCULAR _____

GENITO-URINARIO _____

HEMATICO Y LINFATICO O Rh + _____

ENDOCRINO _____

NEUROLOGICO _____

EXPLORACION FISICA

FRECUENCIA RESPIRATORIA 20' PULSO 80' P. ARTERIAL 20/80

EXAMEN CLINICO ESTOMATOLOGICO

1.- ESTADO DE HIGIENE BUCAL REGULAR

2.- EXAMEN DE TEJIDOS BLANDOS

LABIOS _____

MUCOSA BUCAL _____

LENGUA _____

PISO DE BOCA _____

ENCIA _____

PARODONTO _____

PALADAR _____

ISTMO DE LAS FAUCES _____

3.- EXAMEN DE TEJIDOS DUROS

DIENTES CARIES

4.- CARIES 24, 25, 34, 35, 46,

5.- DESCARGES _____

6.- OCLUSION CLASE I

7.- CAMBIOS EN LA POSICION DE LOS DIENTES _____

8.- MOVILIDAD DENTARIA _____

9.- TRANSORNOS EN LA A.T.M. DESVIADA

10.- TRANSORNOS DE LOS MAXILARES _____

11.- TRANSORNOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES _____

12.- HABITOS COMPULSIVOS Y PROFESIONALES _____

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO RECOMENDADOS TOMA DE RX PERIAPICALS

DIAGNOSTICO CARIES Y A LA TOMA DE RX SE ENCONTRO EL CANINO SUPERIOR DERECHO RETENIDO.



PLAN DE TRATAMIENTO

ODONTOSEXIS

CIRUGIA DEL CANINO SUPERIOR RETENIDO

OPERATORIA


ALMIÑO


PACIENTE

28-AGO-91
FECHA

BIOMETRIA HEMATICA

Hemoglobina	<u>14.0</u> gr%	Basófilos	_____ %
Hematocitos	<u>47</u> %	Neutrófilos	_____ %
Eritrocito	_____ mmcl	Hipocromia	_____
Sedimentos	<u>32</u> mm	Anisocromia	_____
Leucocitos	<u>8400</u> mnc2	Cel. Anormales	_____
Linfocitos	_____ %	Otros	_____
Monocitos	_____ %	_____	_____
Eosinofilos	_____ %		

QUIMICA SANGUINEA

Glucosa	<u>110</u> mg%	Colesterol	_____ mg%
Urea	<u>36</u> mg%	Bilirrubina T.	_____ mg%
Nitrog. de Urea	_____ mg%	Bilirr. Directo	_____ mg%
Creatinina	<u>10</u> mg%	Bilirr. Indirecto	_____ mg%
Ac. Urico	_____ mg%	Otro	_____

TIEMPO DE SANGRADO Y COAGULACION

TP. 12/11.5TPF. 30.5/30

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HISTORIA CLINICA

FOLIO No. 4

NOMBRE	MAGAÑA	HERNANDEZ	MERCEDES		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	Edo. CIVIL	OCUPACION	FECHA Y LUG. NAC.
20	f	BACHILLERATO	SOLTERA	ESTUDIANTE	10-SEP-71 D.F.
DOMICILIO					TEL. PART.
LAGO PATZCUARO NO. 169 COL. AGUA AZUL					

MOTIVO DE LA CONSULTA

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES

TABAQUISMO 2 CIGARROS AL DIA

ALCOHOLISMO

FARMACOS (NOMBRE, CANTIDAD Y FRECUENCIA)

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

- a) ENFERMEDADES (PROPIAS DE LA INFANCIA, DEGENERATIVAS, NEOPLASICAS, ENDOCRINAS, ETC. VIRUELA A LOS 4 años
- b) QUIRURGICAS
- c) TRAUMATICOS
- d) TRANSFUSIONALES
- e) ALERGICOS
- f) GICO-OBSTETRICOS (MENARCA, RITMO, DURACION y CANTIDAD

INTERROGATORIO POR APARATOS.

DIGESTIVO

RESPIRATORIO

CARDIOVASCULAR

GENITO-URINARIO

HEMATICO Y LINFATICO O Rh +

ENDOCRINO _____

NEUROLOGICO _____

EXPLORACION FISICA

FRECUENCIA RESPIRATORIA 20' PULSO 60' P. ARTERIAL 110/80

EXAMEN CLINICO ESTOMATOLOGICO

1.- ESTADO DE HIGIENE BUCAL BUENO

2.- EXAMEN DE TEJIDOS BLANDOS

LABIOS _____

MUCOSA BUCAL _____

LENGUA _____

PISO DE BOCA _____

ENCIA _____

PARODONTO _____

PALADAR _____

ISTMO DE LAS FAUCES _____

3.- EXAMEN DE TEJIDOS DUROS

DIENTES PLACA DENTAL

4.- CRIES _____

5.- DESCARGES 33, 32, 31, 41, 42, 436.- OCLUSION CLASE I7.- CAMBIOS EN LA POSICION DE LOS DIENTES GIROVERCION EN CENTRALES

8.- MOVILIDAD DENTARIA _____

9.- TRASTORNOS EN LA A.T.M. DESVIADA Y CREDITANTE

10.- TRASTORNOS DE LOS MAXILARES _____

11.- TRASTORNOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES _____

12.- HABITOS COMPULSIVOS Y PROFESIONALES MUERDE LAS PLUMASAUXILIARES DE DIAGNOSTICO RECOMENDADOS TOMA DE RADIOGRAFIAS PERI-
APICALESDIAGNOSTICO A LA TOMA DE RADIOGRAFIAS SE ENCONTRO UN DIENTE SUPER-
NUMERARIO ENTRE LOS CENTRALES SUPERIORES



PLAN DE TRATAMIENTO ODONTOSEXIS Y EXTRACCION DEL DIENTE SUPER-
NUMERARIO RETENIDO.



ALDENO



PACIENTE

2-III-91
FECHA

BIOMETRIA HEMATICA

Hemoglobina 14.7 gr%
 Hematocitos 44 %
 Eritrocito 5100 uncl
 Sedimentos 30 mm
 Leucocitos 7790 mmc2
 Linfocitos 30.7 %
 Monocitos 5.5 %
 Eosinofilos 1.2 %

Basófilos .4 %
 Neutrófilos 60.1 %
 Hipocromia -
 Anisocromia -
 Cel. Anormales -
 Otros -

QUIMICA SANGUINEA

Glucosa _____ mg%
 Urea _____ mg%
 Nitrog. de Urea _____ mg%
 Creatinina _____ mg%
 Ac. Urico _____ mg%

Colesterol ^{DEPT} _____ mg%
 Bilirrubina T. _____ mg%
 Bilirr. Directo _____ mg%
 Bilirr. Indirecto _____ mg%
 Otro _____

TIEMPO DE SANGRADO Y COAGULACION

TP. _____

TPF. _____

REFERENCIAS

- 1.- METODOS DE LABORATORIO
"LYNCH RAPHAEL"
ED. INTERAMERICANA
1990.
- 2.- DIAGNOSTICO CLINICO
"H. K. HALMILTON, M.B. ROSE"
ED. INTERAMERICANA
1985.

CAPITULO V

CAPITULO V

TRANSOPERATORIO

BLOQUEO

El control del dolor " In-toto" es presentado como principal labor en la practica dental. La finalidad es que dolor y odontalgia no sean términos sinónimos.

El método más utilizado para controlar el dolor en la practica odontológica, bloqueo de la vía de los impulsos dolorosos. Esto se realiza depositando extraneuralmente un agente químico adecuado a la proximidad del nervio o nervios a bloquear. La solución es absorbida en el tejido lipoideo del nervio e impide la despolarización de las fibras nerviosas.

Cuando un nervio o fibras nerviosas no pueden conducir impulsos a causa del efecto de un agente anestésico local, existe un estado de analgesia regional o anestesia regional en la zona inervada por estos nervios.

La analgesia se refiere a la pérdida de la sensación de dolor sin pérdida del conocimiento. Por eso la analgesia regional se refiere a la pérdida de la sensación de dolor en una parte de la anatomía, sin pérdida del conocimiento, además de la interrupción de otras sensaciones, incluso la temperatura, presión y función motora.

La analgesia regional se puede dividir en: (dependiendo de: Lugar de incisión, zonas anestesiadas y técnica empleada).

1.- Bloqueo del Nervio

Se deposita la solución en la vaina perineural o en su proximidad.

2.- Bloqueo del campo

Se deposita la solución en la proximidad de las ramas terminales mayores. Técnicamente hablado es cuando una solución anestésica local se deposita sobre el ápice de la raíz de un diente.

3.- Infiltración local

Las pequeñas terminaciones nerviosas en la zona quirúrgica son saturadas de solución anestésica local.

4.- Analgesia Tópica

Se aplica directamente a la superficie de la zona quedan incapaces al estímulo las terminaciones nerviosas libres en lugares accesibles.

El método de bloquear del campo e infiltración local son similares: Los métodos son:

- 1). Inyección submucosa
- 2). Inyección paraperióstica o supraparióstica
- 3). Inyección intraosea (se realiza con un instrumento especial para que perforo primero el hueso y la aguja no se rompa al depositar la anestesia por dentro de hueso.

Es conveniente utilizar la técnica más simple y menos traumática y la mínima cantidad de solución para obtener el efecto deseado.

Hay varios factores a considerar en la elección de un Método dado:

- 1.- La zona a anestésiar

- 2.- Profundidad requerida
- 3.- Duración de la anestesia
- 4.- Presencia de Infección
- 5.- Edad del paciente
- 6.- Estado del paciente
- 7.- Hemostasia, si se necesita

Técnicas de analgesia regional para el nervio MAXILAR y sus divisiones:

I. Acceso Intraoral

- A). Infiltración local de las terminaciones nerviosas
- B). Bloqueo de las ramas terminales
- C). Bloqueo del nervio alveolar superior anterior y medio.
- D). Bloqueo del nervio alveolar posterosuperior
- E). Bloqueo del nervio nasopalatino
- F). Bloqueo del nervio palatino anterior
- G). Bloqueo del nervio Maxilar

II. Acceso Extraoral

- A). Bloqueo del nervio Alveolar superior anterior y medio
- B). Bloqueo del nervio Maxilar

Técnicas Intraorales

A). Analgesia submucosa.

Se introduce la aguja bajo la mucosa, en tejido conjuntivo de la zona a anestesiar y se infiltra lentamente la solución anestésica.

B). Supraperiostica

Se deposita sobre el periostio

C). Bloqueo Infraorbitario

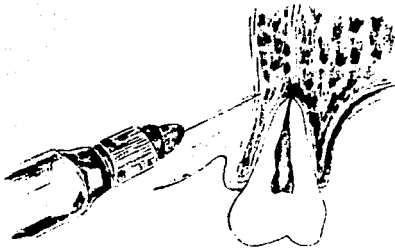
Zonas anestesiadas: Incisivos, caninos, premolares, labio superior y nariz del mismo lado.

Se palpa el borde infraorbitario hasta ubicar la escotadura. Entonces el dedo que palpa desciende medio centímetro hasta tocar una depresión. El foramen infraorbitario está dentro de esa depresión, se utiliza el dedo índice para retraer el labio, exponiendo el pliegue mucolabial. Se incerta la aguja en el pliegue mucolabial en línea paralela a la escotadura supraorbitaria, la papila ocular, la escotadura infraorbitaria y el 2do. premolar si está en su lugar.

Otra dirección de inserción es desde el ángulo mesioincisal cortando en dos a la corona del incisivo central a unos 5 mm. fuera del pliegue mucobucal y se mantiene en posición por el pulgar que señala la ubicación del foramen infraorbitario. Se deposita la solución manteniendo en posición el pulgar hasta terminar la inyección.

D). Bloqueo del Nervio Alveolar Posterosuperior (CIGOMÁTICA)

Zonas anestesiadas: Molares superiores, la prominencia alveolar bucal de los molares, estructuras que los cubre, periostio, tejido conjuntivo y membrana mucosa con excepción de la raíz mesiobucal de primer molar.



Técnica supraperiostica

Se coloca el dedo índice izquierdo sobre el pliegue mucolabial, en dirección posterior hasta llegar a la prominencia cigomatica de la mandíbula.

El dedo índice debe señalar la dirección exacta que ha de seguir la aguja. La aguja se inserta en el tejido en línea paralela con el índice dividiendo la una. La inserción se hace a $\frac{1}{2}$ a $\frac{3}{4}$ de pulgada hacia arriba y adentro, se coloca la solución de 1.8 a 2.2ml. manteniendo la posición de la aguja.

E). Bloqueo del nervio nasopalatino

Zonas anestesiadas: La parte anterior del paladar y las estructuras que lo cubren hasta la zona de los premolares.

Se inserta la inyección en el tejido labial intratabalical, entre los incisivos centrales superiores, en ángulo recto a la lámina labial atravezando los tejidos hasta hallar resistencia, entonces se deposita 0.25ml. de solución anestésica, se retira la aguja y se vuelve a insertar lentamente en la cresta de la papila, asegurandose que esté en línea con la lámina alveolar labial. La aguja entra lentamente en el foramen incisivo palatino, aun centimitro dentro del canal se coloca de 0.25 a 0.5ml.

F). Bloqueo del nervio palatino anterior

Zonas anestesiadas: La parte posterior del paladar y las estructuras que lo cubren hasta la zona del primer premolar.

Se coloca la aguja del lado opuesto a bloquear, se llega al foramen palatino mayor situando entre el segundo y tercer molarsuperior a un centimetro del borde gingival palatino hacia la línea media. La aguja debe insertarse muy lentamente hasta tocar el hueso del paladar. Se inyecta solución anestésica de 0.25 a 0.5ml.

G). Bloqueo del nervio Maxilar

Zonas anestesiadas:

- 1) Dientes maxilares del lado afectado
- 2) Hueso alveolar y estructura que lo cubre
- 3) Paladar y partes del velo del paladar
- 4) Labio superior, mejilla, costado de la nariz y parpado inferior.

I.- Técnica de la tuberosidad alta.

Las mismas referencias que la del bloqueo del nervio alveolar posterior (cigomatica).

II.- Técnica del canal palatino mayor.

Las mismas referencias que se utilizan para el nervio palatino anterior.

TECNICAS DE ANALGESIA REGIONAL PARA EN NERVIOS MANDIBULAR Y SUS
SUBDIVISIONES

A) Bloqueo del nervio alveolar inferior y del nervio lingual

1) Nervios anestesiados. El nervio alveolar inferior, nervio lingual, nervio mentoniano y el nervio incisivo.

2) Zonas anestesiadas. a) Cuerpo mandibular y una parte anterior del ramus. b) Dientes mandibulares. c) Tercio anterior de la lengua y piso de la boca. d) Mucosa y mucoperiostio de la cara lingual de la mandíbula.

El operador debe estar frente al paciente y con el índice izquierdo palpar el pliegue mucobucal. Se desliza el dedo hacia atrás hasta que toque el borde del oblicuo externo y el borde anterior del ramus mandibular, se identifica la mayor profundidad del borde anterior del ramus (escotadura coronoides) el dedo se mueve lingualmente, cruzando el triángulo retromolar hacia el borde del oblicuo interno, se inserta la aguja desde el lado opuesto de la boca, cortando la línea media de la una y penetra los tejidos de la depresión pterigotemporal. La aguja entra en los tejidos hasta tocar suavemente el hueso, se retira ligeramente la aguja 1mm. y se deposita de 1.5 a 2ml. de solución.

La aguja se retira lentamente y cuando se ha sacado la mitad de lo que había penetrado se inyecta en esta zona el resto de la solución para anestesiarse el nervio lingual.

B) Bloqueo del nervio Buccinador

1) Nervios anestesiados. Nervio Buccinador, rama del mandibular.

2) Zonas Anestesiadas. Membrana mucosa bucal y mucoperiostio de la zona molar mandibular.

Se inserta la aguja en la mucosa bucal, distalmente al tercer molar y se deposita en esta zona de 0.25 a 0.5 ml. de solución.

Otra técnica es insertar la aguja y depositar la solución directamente en el triángulo retromolar.

C) Bloqueo del Nervio Mentoniano

1) Nervios anestesiados. Nervio mentoniano, rama del alveolar inferior.

2) Zonas anestesiadas. a) Labio Inferior, b) Membrana mucosa del pliegue mucolabial anterior al foramen mentoniano.

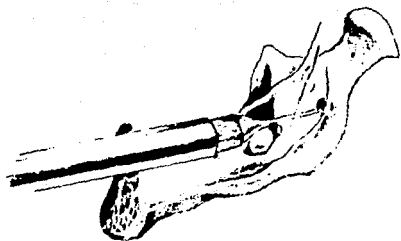
Se deben ubicarse los apices de los premolares, luego se inserta la aguja en el pliegue mucolabial después de haber llevado la mejilla al lado bucal. La aguja penetra hasta tocar suavemente el periostio de la mandíbula, ligeramente anterior al apice del segundo premolar, se deposita lentamente 0.5 ml. de solución anestésica.

D) Bloqueo del nervio Incisivo

1) Nervios anestesiados. a) incisivo, rama o continuación del nervio alveolar inferior, b) Nervio mentoniano.

2) Zonas anestesiadas. a) Mandíbula y estructuras labiales que lo cubren, b) Premolares, caninos e incisivos, c) Labio inferior.

La técnica es la misma que para el bloqueo del nervio mentoniano excepto que la punta de la aguja debe penetrar en el fo-



BLOQUEO DEL NERVIO ALVEOLAR
INFERIOR

ramen mentoniano para anestesiar convenientemente el nervio incisivo. El nervio Mentoniano sera automáticamente bloqueado a la vez.

Todos los anestésicos locales son sales de sustancias básicas liberándose la base en presencia del medio alcalino de los tejidos, deteniendo a dosis apropiadas el paso de los iones a través de la membrana celular.

Los anestésicos se dividen en tres grupos:

- 1.- Grupo de alcoholes
- 2.- Grupo de ésteres:
 - ácido benzoico.
 - Piperocaína (Meticaina)
 - Mepirilcaína (Uracaina)
 - Kincaína (Kincaína).
 - ácido paraaminobenzoico.
 - Procaína (Novocaína)
 - Tetracaína (Pantocaína)
 - Butetamina (Monocaína).
 - ácido metaaminobenzoico.
 - Metabutetamina (Unacaína)
 - Primacaína (Primacaína).
 - ácido paraetoxibenzoico.
 - Dietoxina (Intracaína).
 - benzoato de ciclohexilamino-2 propilo.
 - Hexilocaína (Ciclaína).
- 3.- Grupo Amidas:
 - Lidocaína (Xilocaína)
 - Mepivacaína (Carbocaína)
 - Prilocaína (Citanet).

Propiedades físicas de los anestésicos:

- 1.- Hidrosolubles
- 2.- No debe irritar los tejidos con los que esté en contacto
- 3.- Que sea destruido rápidamente en la sangre circulante
- 4.- Que sea destruido lentamente en el tejido nervioso
- 5.- Que se pueda combinar con un vasoconstrictor.

Propiedades farmacológicas de los anestésicos:

- 1.- Período de latencia corto
- 2.- Duración adecuada
- 3.- Difusión conveniente
- 4.- Estabilidad de la solución
- 5.- Baja toxicidad
- 6.- Que no actúe como antígeno.

Factores que favorecen a las soluciones anestésicas:

- 1.- Naturaleza química de la droga
- 2.- Concentración de la droga
- 3.- Tamaño de la fibra nerviosa
- 4.- Duración del contacto entre el anestésico y el nervio
- 5.- El pH de la solución anestésica.

Factores que determinan el grado de toxicidad de los anestésicos locales son:

- 1.- Cantidad administrada
- 2.- Grado de absorción (depende de un vasoconstrictor)
- 3.- Grado de eliminación
- 4.- Tolerancia del paciente
- 5.- Sensibilidad del paciente.



Para bloquear adecuadamente el
nervio incisivo

TECNICA QUIRURGICA

Pra realizar cualquier tratamiento quirúrgico hay que recordar los puntos anteriores ya mencionados y que aquí nombraremos brevemente:

PACIENTE No. 1
 TERCER MOLAR INFERIOR
 (MESIO_ANGULAR)

- 1.- Historia Clínica
- 2.- Análisis de laboratorio
- 3.- Estudio Radiografico
- 4.- Bloqueo:
 Bloqueo del nervio Dentario Inferior, lingual y bucal.
- 5.- Incisión y colgajo:
 Con bisturi se hace la incisión distal al segundo molar (angular). Puede ser recta, en sentido lateral.
 El colgajo se levanta cuidadosamente con una cucharilla para hueso o con espátula 7"A".
- 6.- Osteotomia:
 Es recomendable usar motor de baja velocidad, además de irrigar con suero fisiológico mientras se realiza la osteotomia. Se realiza la osteotomia por el lado vestibular librando la pieza a extraer.
- 7.- Operación propiamente dicha:
 Se coloca por debajo de la corona un elevador biángulo y se hace un movimiento hacia arriba, el borde guía se gira ligeramente hacia distal acercandolo al diente, Cuando el diente se mueve, estará forzando a hacerlo en un arco. Cuando se ha movido hacia arriba y atras hasta el punto en que el instrumento ya no puede mantener contacto con el, se gira el elevador de manera que el borde inferior complete la remoción del diente. Cuando la pieza llega a una posición vertical, se pierde la acción mecanica del elevador largo en la bifurcación de las raices y esto permite elevar la pieza sacandola de la herida.
- 8.- Tratamiento de la cavidad ósea:
 Los fragmentos óseos se elevan de la herida con cucharilla debajo del colgajo vestibular del segundo molar. Se retira tejido de granulación, folículos. Evitando raspar muy intensamente en la profundidad de la herida donde pasa el nervio y los vasos dentarios inferiores. Se lava y en ocasiones se puede colocar alguna sustancia sulfamida.
- 9.- Sutura:
 Despues del tratamiento de la cavidad se coloca una sutura sobre el alveolo desde lingual a vestibular, se emplea una aguja cortante redonda de 12mm. seda No. 3-o y se retiran los puntos despues de 5 ó 6 días.

PACIENTE No. 2
 TERCER MOLAR SUPERIOR
 (MESIO-ANGULAR)

1.- Historia Clínica

2.- Análisis de Laboratorio

3.- Estudio Radiografico

4.- Bloqueo:

Bloqueo del nervio alveolar posterior (cigomatica).ó Su praperiostica y punto palatino.

5.- Incisión y Colgajo

Se hace una incisión sobre la cresta del reborde, extendiendosedesde la tuberosidad hasta el segundo molar y se prolonga oblicuamente hacia arriba y adelante de manera que termine en la raíz mesiovestibular del segundo molar.

El colgajo mucoperiostio se despega con una cucharilla para hueso o con espatula 7 "A".

6.- Osteotomia:

Se comienza por el lado vestibular tratando de eliminar todas las retenciones de la pieza. Se realiza con baja velocidad y se lava con suero fisiologico.

7.- Operación propiamente dicha:

El diente se extrae con elevador recto. La punta del elevador se fuerza entre los dientes hacia la zona de la osteotomia y se aplica una fuerza hacia abajo y hacia vestibular. Se debe tener cuidado al girar el elevador hacia distal, ya que al hacerlo aumenta la posibilidad de fracturar la tuberosidad.

8.- Tratamiento de la cavidad ósea:

Se debrida la zona eliminando el material blando y duro y se aliza con cucharilla para hueso los bordes óseos.

9.- Sutura:

No es muy común suturar en dientes superiores y se limita hacer compresión a los tejidos con una gasa durante unos minutos.



Extracción de un tercer molar superior
retenido en posición mesioangular con eleva-
dor.

PACIENTE No. 3

CANINO SUPERIOR RETENIDO
(POSICION: INCLINADO.
LOCALIZACION: PALATINA)

- 1.- Historia Clínica
- 2.- Análisis de Laboratorio
- 3.- Estudio Radiografico
- 4.- Bloqueo:
Bloqueo del nervio nasopalatino
- 5.- Incisión y colgajo:
Se hace una incisión en los espacios interdentarios palatinos, comenzando por el espacio entre los premolares de un lado y rodeando las fibras palatinas libres y los espacios interdentarios hasta la zona del premolar del otro lado.
El grueso colgajo micoperiostio se despega del hueso con cucharilla para hueso o espátula 7"A:.
El contenido del agujero palatino se divide con bisturí en el sitio que entra al colgajo.
- 6.- Osteotomía y Osteotomía:
La remoción del hueso comienza por detras del incisivo que parece más cercano al diente retenido en la radiografía (a menos que la protuberancia evidentemente ubique al diente).
Se agranda la ventana ósea tan pronto como se ubique la corona. Se debe mantener un margen de 2mm. de hueso en torno a los alveolos de los incisivos.
- 7.- Odontosección y Operación propiamente dicha:
Cuando se expone la mitad o dos tercios del diente se hace un corte en el cuello anatómico. Si la corona está cerca de los incisivos y su punta se encuentra en alguna retención se hace una segunda división a 3mm. en dirección apical de la primera. Se extrae el pequeño trozo, se hace retroceder la corona hacia el espacio que queda y se extrae la raíz con un elevador o una cucharilla para hueso.
- 8.- Tratamiento de la cavidad ósea y Sutura:
Se eliminan las partículas óseas y los restos, se alizan los bordes de la herida ósea con cucharilla para hueso y se cierra la herida por medio de 3 ó 4 suturas a través de los espacios interdentarios, ligándolos en la cara vestibular y se coloca un trozo de gasa sobre el paladar durante 15 minutos, para impedir la formación de un hematoma.

DIENTE SUPERNUMERARIO
(MESIODENS)

- 1.- Historia Clínica
- 2.- Análisis de Laboratorio
- 3.- Estudio Radiografico
- 4.- Bloqueo:
Bloqueo del nervio nasopalatino.
- 5.- Incisión y Colgajo:
Se hace una incisión alrededor de los cuellos de los dientes por palatino desde el primer premolar hasta el primer premolar del lado opuesto. Y se eleva el colgajo con cucharilla para hueso.
- 6.- Osteotomia:
Se comienza la osteotomia por detras del incisivo central, hacia atras del agujero palatino, hasta localizar el diente o topar con esmalte.
- 7.- Operación propiamente dicha:
Se coloca un elevadorrecto delgado y se comienza a girar hasta que el diente sea luxado y posteriormente retirado' completamente en casos que sea necesario se realiza odontosección, se hará un solo corte en el cuello anatomico.
- 8.- Tratamiento de la cavidad ósea y Sutura:
Se eliminan espículas de hueso, se acondiciona perfectamente la cavidad con cucharilla y se baja el colgajo colocando de 3 a 4 puntos de sutura.

REFERENCIAS

- 1.- ATLAS DE CIRUGIA DENTAL OPERATORIA
"WILLIAM W. HOWARD"
ED. MANUAL MODERNO
1986.
- 2.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
"GUSTAV O. KRUGER"
ED. INTERAMERICANA
1990.
- 3.- CIRUGIA BUCAL. PATOLOGIA, CLINICA Y TERAPEUTICA
"GUILLERMO A. RIES CENTENO"
ED. ATENEO
1987.
- 4.- THE PREVENTION OF COMPLICATIONES IN DENTAL SURGERY
"H. C. KILLEY, L. W. KAY"
ED. LIVINGSTONE
1986.
- 5.- J. ORAL MAXILLOFAC SURGERY
1989. Nov.
- 6.- ANESTESIA LOCAL Y CONTROL DEL DOLOR EN LA PRACTICA DENTAL
"LEONARDO M. MONHEIM"
ED. MUNDI
1985.

C A P I T U L O VI

CAPITULO VI

COMPLICACIONES

INMEDIATO.

Las complicaciones por la absorción del anestésico pueden ser:

- A). TOXICIDAD. Se refiere a los síntomas manifestados como resultado de sobredosis excesiva de droga.
- B). INTOLERANCIA. Es importante que se elija la droga adecuada según las características de cada paciente.
- C). ALERGIA Y ANAFILAXIA. No son muy comunes solo el 1% de las reacciones de la anestesia son de origen alérgico.
- D). REACCIONES LOCALES. Son reacciones tisulares locales.

Complicaciones atribuidas a la inserción de la aguja:

- A). COLAPSO. El colapso o síncope es tal vez la complicación más frecuente asociada a la anestesia local. Es una forma de shock neurogénico causado por anemia cerebral secundaria a una vasodilatación o incremento de lecho vascular con descenso de la tensión sanguínea.
 - B). TRISMUS MUSCULAR. Es una complicación común de la analgesia o anestesia regional, especialmente después de bloqueos del nervio alveolar inferior.
 - C). DOLOR O HIPERESTESIA. Es muy común el dolor durante o después de la administración de un anestésico regional. Se debe tomar las precauciones para que sean lo más indoloras posibles las maniobras asociadas a la anestesia.
 - D). EDEMA. Es generalmente un síntoma y raramente una entidad.
 - E). INFECCION. La infección como factor que produce dolor no necesita ser estudiado; es demasiado evidente.
 - F). AGUJAS ROTAS. La ruptura es una de las complicaciones más enojosas y deprimentes, además de ser la más fácil de evitar.
 - G.) ANESTESIA PROLONGADA. La anestesia prolongada se debe a soluciones contaminadas como: alcohol y otros medios esterilizantes. Así como ocasionar la hemorragia en la vaina neural que origina presión y anestesia subsiguiente.
 - H). HEMATOMA. Es una complicación común de la analgesia regional intraoral, asociada al bloqueo cigomático e infraorbitario.
 - I). SINTOMAS NEURALGICOS. Los pacientes pueden presentar parálisis facial, desviación de la vista, debilidad muscular, ceguera temporal, astigmatismo y muchas más raras.
- Las complicaciones visuales son accidentes muy raros que pueden presentar como ya vimos ceguera temporal, estrabismo, visión doble (diplopia). Se presenta después de haber bloqueado el nervio maxilar ya que parte del anestésico alcanza al nervio Motor Ocular, no necesita tratamiento, desaparece conforme se va eliminando el anestésico.
- J). NAUCEAS Y VOMITO. Puede ser provocado cuando se anestesia el conducto palatino posterior provocando la difusión del anestésico hacia el paladar blando, la úvula y amígdalas; desea parece esto cuando el paciente se acostumbra a la anestesia.
 - K). LIPOTIMIA. Pérdida temporal de la conciencia, causada por una anemia cerebral pasajera. Lo que ocasiona una pérdida de la circulación sanguínea.

Dentro de las complicaciones inmediatas durante la extracción dental son muchas y muy variadas y algunas pueden ocurrir aun cuando se emplea mucho cuidado. Otras se pueden evitar si el plan de tratamiento diseñado para tratar con las dificultades diagnosticadas, durante un cuidadoso examen preoperatorio.

POSIBLES COMPLICACIONES:

-Fracaso en:

Asegurar la anestesia

Extraer el diente, ya sea con fórseps o elevador

-Fractura de:

Corona del diente al ser extraído

Raíces del diente al ser extraídas

Hueso alveolar

Tuberocidad del maxilar

Dientes adyacentes

Mandíbula

-Dislocación de:

Dientes adyacentes

Articulación Temporomandibular

-Desplazamiento de una raíz:

Dentro de los tejidos blandos

Dentro del seno maxilar

-Hemorragia excesiva:

Durante la extracción

Al terminar la extracción

-Dano a:

Encías

Labios

Nervio dentario inferior o cualquiera de sus ramas

Nervio lingual

Lengua y piso de la boca

MEDIATO:**1.- HEMORRAGIA PROLONGADA**

Es la más común, se debe tratar al principio mediante compresión con una gasa doblada y húmeda. Sobre el sitio de la cirugía y morder firmemente durante unos 20 a 30 minutos.

Otra forma de parar la hemorragia, se administra anestesia y se lava e inspecciona la herida quirúrgica.

Un método común para controlar la hemorragia es taponear el alveolo con gelfoam u óxido de celulosa (Materiales absorbibles).

2.- INFECCION

Es muy común que haya infección en una herida abierta ya que el ambiente de la cavidad bucal está cargado de bacterias y otros microorganismos.

SINTOMAS DE INFECCION:

- 1.- Dolor
- 2.- Tumefacción
- 3.- Espasmos Musculares
- 4.- Aumento de la Temperatura Corporal
- 5.- Acumulación de Pus en la herida quirúrgica

EL TRATAMIENTO SE DIVIDE EN:

- 1.- LOCAL
- 2.- GENERAL

TRATAMIENTO LOCAL:

- a) Se lava la herida con solución fisiológica tibia
- b) Se le pide al paciente que se lave la boca cada hora con media cucharadita de sal disuelta en un vaso de 240 ml. de agua muy caliente.
- c) Aplicar compresas de agua caliente sobre el sitio de la operación.
- d) Drenaje del líquido purulento.

TRATAMIENTO GENERAL

- A) Reposo en cama
- B) Líquido en abundancia
- C) Administración de medicamentos

ALVEOLO SECO

Se origina por desprendimiento o falta de formación de un coágulo.

CAUSAS:

- 1.- Deficiencias anatómicas
- 2.- Trauma excesivo
- 3.- Vasoconstricción a causa del anestésico
- 4.- Infección preoperatoria o posoperatoria
- 5.- Descuido del paciente
- 6.- Deficiencias nutricionales
- 7.- Desechos extraños que contaminen el alveolo

Dentro de algunas complicaciones mediatas podemos nombrar algunas otras como:

-Dolor posoperatorio debido a:

Dano a los tejidos duros y blandos

Alveolo seco

Osteomielitis aguda de la mandíbula

Artritis Traumática de la articulación Temporomandibular

-Edema Posoperatorio debido a:

Formación de Hematoma

Infección

Trismo muscular

La creación de una comunicación bucoantral

REFERENCIAS

- 1.- THE PREVENTION OF COMPLICATIONS IN DENTAL SURGERY
"H. C. KILLEY, L. W. KAY"
ED. LIVINGSTONE
1986
- 2.- ANESTESIA LOCAL Y CONTROL DEL DOLOR EN LA PRACTICA DENTAL
"LEONARDO M. MONHEIM"
ED. MUNDI
1985.

CAPITULO VII

CAPITULO VII

INDICACIONES POSOPERATORIAS

Las indicaciones posoperatorias son todas esas instrucciones que se debe explicar al paciente después de su intervención quirúrgica, como son:

- 1.- Reposo relativo (por lo menos un par de días).
- 2.- Dieta líquida fría las primeras 12 horas.
- 3.- Aplicación de hielo por fuera de la zona operada de 9 a 12 hrs. (protegiendo la piel), en caso de que sea por palatino se le puede mandar al paciente nieve.
- 4.- Aseo oral después de las 12 hrs.
- 5.- Dieta blanda sin grasa e irritantes durante 2 ó 4 días.
- 6.- Aseo bucal normal sin tocar la zona operada, enjuagues de agua tibia (hervida con sal) tres veces al día.
- 7.- Aplicación de fomentos húmedo-calientes en la zona inflamada al día siguiente de la intervención.
- 8.- Prescripción de antibiótico y antiinflamatorios.

ANTIBIOTICOTERAPIA

Hay tres reglas básicas:

- 1.- Elección del antibiótico o antiinflamatorio.
La mayoría de los microorganismos de los procesos infecciosos de la cavidad oral son gram positivos en un 90%. La elección del medicamento debe ser propio para gram positivos.

Cuando prescrivimos un antibiótico que rompe con todo el equilibrio y afecta tanto al microorganismo gram + ó gram -, micóticos; se rompe ese equilibrio y puede causar una superinfección, ó que el paciente presenta:

- a) RESISTENCIA AL ANTIBIOTICO
- b) SUSCEPTIBLE AL ANTIBIOTICO (hipersensibilidad)
El medicamento de elección para gram + son las penicilinas (atóxicas prácticamente).
- 2.- Dosis diaria.
Mínima requerida es de 2gr. diarios (por vía oral), casi en todos los medicamentos.
- 3.- Tiempo de administración.
De 7 a 10 días (dependiendo del proceso infeccioso, de la vía de administración).
Es período normal para erradicar el microorganismo.

PENICILINAS:

- Es un antibiótico de espectro reducido, de origen vegetal, sustancia producida por hongos, actinomicetos y bacterias.
- Inhibe la síntesis de la pared celular.
 - La descubrió Alexander Fleming.
 - Es optenida del penicilínatum.
 - Es atóxico, actúa en el nivel de los ácidos nucleicos, sin síntesis de proteínas.
 - Todos los daños son reversibles.

Las penicilinas se dividen en:

- a.- Naturales,
- b.- Semisintéticas,
- c.- Sintéticas.

NATURALES: PENICILINA G CRISTALINA
SODICA
POTASICA
PROCAINICA

BENZATINICA
P.V. OPAL/FENOMETIL

Se maneja a base de unidades (4000 = 125mg.) En general.

SEMISINTETICAS:

La enzima B LACTAMASA neutralizan. (NATURALES)

Son específicas para microorganismos,

- 1.- STAFILINA
- 2.- NAFCILINA
- 3.- CLOXACILINA
- 4.- DICLOXACILINA

No son activadas por la B LACTAMASA.

SINTETICAS:

- 1.- AMPICILINA
- 2.- CARBENCILINA
- 3.- AMOXICILINA

Son activadas por la B LACTAMASA.

ERITROMICINAS:

Antibiótico de amplio espectro, actúa sobre los cocos gram negativos y susceptibles a los diplococos, pneumococos, estreptococos pyogenes, hemolíticos B, viridans.

La dosis diaria es de 1 a 2½ grs. en adulto, en niños baja la dosis. Se absorbe en el tracto intestinal.

TETRACICLINAS:

- Se obtiene de un hongo
- Medicamento de amplio espectro, excepto en hongos
- Tiene una gran afección por tejidos duros (huesos a dosis altas, altera las funciones de estos huesos).

CONTRAINDICACIONES: A mujeres embarazadas y niños, ya que en ocasiones provocan Hipoplasia Adamantada, pigmentación.

- Solamente se da en hostiomielitis y en ocasiones como un medicamento de segunda elección.

ANTINFLAMATORIOS

- a.- ORGANICOS
- b.- INORGANICOS

Son absorbidos en el plasma sanguíneo, y se destruyen en todo el organismo; se excreta por el riñón y las heces fecales.

Los antiinflamatorios se dividen en:

VEGETALES: Papaina = Papaya
Ananace = Pina

QUIMICOS: Naproxen sodico
Ketoprofen
Indometacina

ENZIMATICOS: Danzen (serato peptidaza, obtenida del gusano ' quimioldornasa)
Estreptocornasa de ceda.

Los antiinflamatorios actuan después de la segunda dosis' para que actue bien se hace primero una toma preoperatoria ' 24 ó 48 hrs. antes que se realice la intervención.

Los antiinflamatorios enzimaticos actuan sobre la red de' fibrina que rodea a un proceso inflamatorio y la rompen, esto tiende a desalojarse más rápido.

REFERENCIAS

- 1.- THE PREVENTION OF COMPLICATIONS IN DENTAL SURGERY
"H. C. KILLEY, L. W. KAY"
ED. LIVINGSTONE
1986.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- La finalidad de este trabajo fue, el darles a conocer la forma en que se realizan las extracciones de piezas retenidas en la Clínica periférica Manuel Rey Garcia (oriente). Lo que pudimos comprobar que trabajar con motor de baja velocidad trae como resultado, lastimar o traumatizar menos a los tejidos duros y blandos; y por consecuencia menor inflamación y molestia posoperatoria para el paciente. Así como el uso de antiinflamatorios enzimáticos preoperatorios, ayudan a evitar la formación de la capa de fibrina.

- También logramos comprobar que la frecuencia y la etiología es muy variada, por lo que no podemos dar una clasificación precisa de este capítulo y nos basamos en las piezas retenidas más comunes que se presentarán durante el periodo que permanecemos en dicha clínica.

- Todas las cirugías tuvieron un pronóstico favorable y resultados satisfactorios para el paciente al cual se le realizó su cirugía. No obstante hay que tomar en cuenta que pueden existir complicaciones transoperatorias como posoperatorias debidas a negligencia por parte del paciente y del mismo cirujano.

- El contenido de este trabajo trae información bastante concisa y precisa para facilitar su lectura y comprensión.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ANATOMIA HUMANA, ANGIOLOGIA Y S. N. C
"L. TESTUT, A. LATARJET"
ED. SALVAT
TOMO II
1990.
- 2.- ANATOMIA HUMANA. OSTEOLOGIA, ARTROLOGIA Y MIOLOGIA
"L. TESTUT, A. LATARJET"
ED. SALVAT
TOMO I
1990.
- 3.- ANATOMIA HUMANA
"R.D. LOCKHART"
ED. INTERAMERICANA
1985.
- 4.- TRATADO DE ANATOMIA HUMANA
"FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ"
ED. PORRUA
TOMO I Y II
1988.
- 5.- ANATOMIA HUMANA
"M. PRIVES, N. LISENKOU"
ED. MIR MOSCU
TOMO III
1985.
- 6.- ANESTESIA LOCAL Y CONTROL DEL DOLOR EN LA PRACTICA DENTAL
"LEONARDO M. MONHEIM"
ED. MUNDI
1985.
- 7.- ANATOMIA DENTAL
"MOSES DIAMOND, D. D. S."
ED. UNION TIPOGRAFICA
1987.
- 8.- DICCIONARIO ODONTOLOGICO
"DR. SALVADOR LERMAN, GIRO DURANTE AVELLANAL"
ED. MUNDI
1982.
- 9.- DICCIONARIO DE USO DEL ESPANOL
"MARIA MOLINER"
ED. GREDOS
1988.
- 10.- DIAGNOSTICO CLINICO
"H. K. HALMINTON, M. B. ROSE"
ED. INTERAMERICANA
1985.

- 11.- METODOS DE LABORATORIO
"LINCH RAPHAEL"
ED. INTERAMERICANA
1990.
- 12.- CIRUGIA DENTAL IMPORTANCIA DE ASPECTOS PSICOLOGICOS
"BERNAL ROBLES"
1985.
- 13.- ATLAS DE CIRUGIA DENTAL OPERATORIA
"WILLIAM W. HOWARD"
ED. MANUAL MODERNO
1986.
- 14.- CIRUGIA DENTAL OPERATORIA
"I. GILMORE"
ED. HOMER WILLIAM
1985.
- 15.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
"GUSTAV O. KRUGER"
ED. INTERAMERICANA
1990.
- 16.- CIRUGIA BUCAL. PATOLOGIA, CLINICA Y TERAPEUTICA
"GUILLERMO A. RIES CENTENO"
ED. ATENEO
1987.
- 17.- CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL
"DANIEL M. LASKIN"
1987.
- 18.- THE PREVENTION OF COMPLICATIONS IN DENTAL SURGERY
"H. C. KILLEY, L. W. KAY"
ED. LIVINGSTONE
1986
- 19.- J. ORAL MAXILLOFAC SURG
1989 Nov.
- 20.- PRACTICA ODONTOLOGICA
1990 Sep.