



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO



T E S I S I N A

PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
MARIA DE LOURDES SANCHEZ MARAVILLA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I CIRUGIA BUCAL	2
CAPITULO II ASPECTOS GENERALES DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO	4
CAPITULO III ETIOLOGIA	6
CAPITULO IV ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO	8
CAPITULO V CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO	12
CAPITULO VI PREPARATIVOS PARA LA OPERACION	15
CAPITULO VII TECNICA DE BLOQUEO DE LOS NERVIOS DENTARIO INFERIOR, LINGUAL Y BUCAL LARGO	29
CAPITULO VIII TECNICA QUIRURGICA	31
CAPITULO IX POSOPERATORIO	41
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAFIA	47

INTRODUCCION.

INTRODUCCION.

En cirugía bucal es de gran importancia el tercer molar inferior retenido, siendo este último diente en realizar su erupción, al permanecer en la mandíbula puede ocasionar desde una inflamación hasta la formación de un quiste.

Los dientes retenidos son los que llegada la época o etapa normal de su erupción se mantienen en el interior -- del hueso conservando la integridad de su saco pericoronario fisiológico. Su clasificación nos muestra la posición que guarda el tercer molar inferior retenido, esto es de gran ayuda para que el operador pueda planear con inteligencia su técnica a seguir.

Por lo tanto la descripción relacionada con la intervención al tercer molar inferior retenido, involucra evaluación preoperatoria, técnica quirúrgica, y finalmente -- requerimientos posoperatorios. Está descripción es parte del presente trabajo.

CAPITULO I

CIRUGIA BUCAL.

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

Etimológicamente la cirugía tiene su origen en las palabras griegas KHEIR (mano) y ERGON (obra), por lo que se define como: Sección de las ciencias médicas que comprende el estudio y tratamiento de las enfermedades que requieren una intervención operatoria manual.

De donde la cirugía bucal la podemos definir como: Parte de las ciencias médicas que comprende el estudio y tratamiento de las enfermedades de la boca y maxilares que requieren una intervención operatoria manual.

A la cirugía se le puede considerar en sus distintos aspectos:

- A) Como un medio terapéutico de urgencia.
- B) Como un recurso profiláctico.
- C) Como restauradora de funciones orgánicas.
- D) Como correctora y reparadora.

Se tiene que tener presente los tres postulados de la cirugía:

- A) Evitar el dolor.
- B) Cohibir la hemorragia.
- C) Prevenir la infección.

CAPITULO II

ASPECTOS GENERALES DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.

RETENCION DENTAL.

Son dientes que una vez llegada la época normal de su erupción que dan encerrados dentro de los maxilares conservando la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

La retención dental puede presentarse en dos formas:

- A) Retención intraósea.- cuando el diente esta completamente rodeado por tejido óseo.
- B) Retención gingival.- cuando el diente esta cubierto -- por mucosa gingival.

Este problema de retención dental es ante todo de índole mecánica y de herencia.

La edad en que se presenta con mayor incidencia los--dientes retenidos, oscila de 15 a 30 años, mientras que en edades menores de 15 años es menor. Tiene afinidad por el sexo femenino.

La frecuencia en que se presenta.- tercer molar inferior, canino superior, tercer molar superior, segundo premolar inferior, canino inferior, e incisivo central superior.

CARACTERISTICAS PROPIAS DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

Es el órgano terminal de la serie dentaria, la corona puede ser normal, pequeña ó grande; con un número normal - de cúspides y posee lobulos, tubérculos o cúspides adicionales. Ningún molar tiene características parecidas al - tercer molar inferior, en lo que respecta a número, forma, tamaño, disposición y anomalías de las raíces. Por lo ge neral el tercer molar es birradicular.

CAPITULO III

ETIOLOGIA.

ETIOLOGIA.**DIENTES RETENIDOS.**

Son aquellos que llegada la época o etapa normal de su erupción se mantiene en el interior del hueso conservando la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

CAUSA DE RETENCION.

La explicación de la incidencia de dientes retenidos - que parece más lógica es la reducción evolutiva gradual --- del tamaño de los maxilares, esto da por resultado maxilares demasiado pequeños para acomodar los terceros molares.

En apoyo de esta teoría observamos la ausencia congénita de terceros molares inferiores. Otros dientes presentan ausencia congénita o malformaciones pero no tan frecuentes como los terceros molares.

CAUSAS LOCALES DE RETENCION.

- A) Irregularidad en la posición y precisión de un diente adyacente.

- B) La densidad del hueso que lo cubre.
- C) Una membrana mucosa muy densa.
- E) Falta de espacio en maxilares poco desarrollados.
- F) Perdida prematura de la dentición primaria.

CAUSAS SISTEMICAS DE RETENCION.

Las retenciones se encuentran, a veces donde no existen condiciones locales presentes. En estos casos hay :

A) CAUSAS PRENATALES

1. Herencia.
2. Mezcla de razas.

B) CAUSAS POSTNATALES.

Son todas las causas que pueden interferir en el desarrollo del niño tales como:

1. Raquitismo.
2. Desnutrición.
3. Sífilis congénita.
4. Anemia.

CAPITULO IV

ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETE NIDO.

ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

Los accidentes de erupción del tercer molar inferior se deben a la infección del saco dentario (saco pericoronario) , la infección de este saco (pericoronaritis) tiene repercusiones locales, regionales y a distancia.

Para producir la infección del saco se relacionan factores:

- A) Aumento de la virulencia microbiana y disminución de las defensas del organismo.
- B) El establecimiento de una puerta de entrada, la que está condicionada por factores mecánicos; traumatismos sobre el capuchón que cubre al tercer molar, originados por las cúspides del diente en erupción, las cúspides de los dientes antagonistas o por la acción conjunta de ambos.

CLASIFICACION DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.

Los accidentes originados por el tercer molar inferior son variedad clínica e intensidad distinta; alcanza --

todas las gamas y toman todos los cuadros clínicos desde - el proceso local de escasa importancia hasta el flemón gan- grenoso del piso de la boca.

Los accidentes del tercer molar pueden clasificarse-- clínicamente en :

- A) Accidentes mucosos.
- B) Accidentes óseos.
- C) Accidentes nerviosos.
- D) Accidentes tumorales.
- E) Accidentes traumáticos (fracturas).
- F) Accidentes linfáticos o ganglionares.

A) ACCIDENTES MUCOSOS.

Son las complicaciones que ocurren en las partes blan- das que rodean el molar retenido. Su primer tipo es peri- coronaritis, su comienzo puede ser brusco e incidiosos.

Brusco porque aparece sin anuncio previo. A nivel-- de capuchón que cubre el molar retenido total o parcialmen- te se instala un proceso inflamatorio con sus signos carac- terísticos: dolor, tumor, rubor y calor.

B) ACCIDENTES OSEOS.

Los accidentes óseos son propiamente dichos como complicación de una pericoronaritis, son sumamente raros y podríamos agregar que son excepcionales.

Los sacos pericoronarios al infectarse hacen focos de osteitis u osteomielitis, en tales casos son complicaciones inmediatas de infección del saco folicular.

C) ACCIDENTES NERVIOSOS.

Son originados por el tercer molar en erupción, son idénticos a los producidos por los molares retenidos.

D) ACCIDENTES TUMORALES.

Los terceros molares inferiores retenidos originan -- tumores odontogénicos, estos tumores son los quistes dentígeros.

E) ACCIDENTES TRAUMATICOS.

Fracturas, la frecuencia con que se producen las fracturas del maxilar inferior al nivel de zonas ocupadas por dientes retenidos de muestra que estos son un factor del debilitamiento a causa del desplazamiento del hueso.

F) ACCIDENTES LINFATICOS O GANGLIONARES.

La repercusión ganglionar en el curso de una pericoronaritis es un hecho frecuente y común. Podemos decir que todas las infecciones del saco pericoronario se acompañan de su cortejo ganglionar.

Los ganglios tributarios de la región del tercer molar son subángulos maxilares (ganglio de Chassaignac) o submaxilares. Generalmente se trata de una adenitis, que evoluciona de acuerdo con la marcha del proceso pericoronario. Pero cuando las infecciones son de gran virulencia o cuando el estado general del paciente esta resentido.

La adenitis simple puede transformarse en un verdadero flemón del ganglio.

CAPITULO V

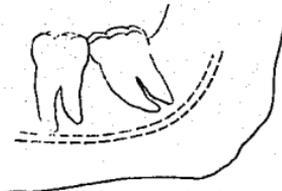
CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.

CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.

La clasificación del tercer molar inferior retenido--
es de gran importancia para que el operador pueda determi-
nar por adelantado las dificultades que encontrará para su
eliminación.

CLASE I o A.

Cuando el tercer molar inferior ha hecho erupción to-
da su corona.

**CLASE II o A.**

Cuando el tercer molar inferior ha hecho erupción una
parte de su cúspide, puede ser por la parte mesial o dis-
tal.



CLASE III O C.

Quando el tercer molar inferior esta completamente re-
tenido dentro de la mandíbula.

**DISTINTA VARIACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.**

A) RETENCION HORIZONTAL.



B) RETENCION VERTICAL.



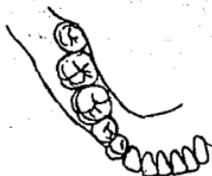
C) RETENCION DISTOANGULAR.



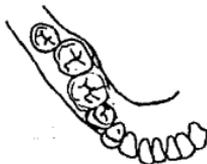
D) RETENCION MESIOANGULAR.



E) LINGUOBUCAL.



F) BUCOLINGUAL.



G) PARANORMAL.



CAPITULO VI

PREPARATIVOS PARA LA OPERACION.

PREPARATIVOS PARA LA OPERACION.

Son aquellos que corresponden al propio paciente, a su estado general, condiciones físicas y estado de la re-gión a intervenir. Es necesario hacer una historia clí-ca, pruebas de laboratorio y un estudio radiográfico.

HISTORIA CLINICA.

La historia clínica, nos permite conocer a los pacien-tes para llegar a un diagnóstico, pronóstico y tratamiento quirúrgico.

La historia clínica consta de dos partes esenciales:

A) INTERROGATORIO SE HARA EN BASE A:

- a) Identificación personal.
- b) Malestares principales.
- c) Antecedentes familiares.
- d) Antecedentes personales no patológicos.
- e) Antecedentes personales patológicos.
- f) Padecimiento actual.
- g) Estado actual de aparatos y sistemas.
- h) Sintomas generales.
- i) Terapéutica empleada.

B) EXPLORACION FISICA:

Se hará por.- inspección, palpación, percusión, y auscultación. Comprende:

- a) Signos vitales.
- b) Cabeza, cuello, torax, dorso, abdómen.

DATOS BASICOS DE LABORATORIO.

El laboratorio es un gran auxiliar en cirugía pues -- las pruebas de laboratorio nos proporcionarán datos valiosos para una preparación preoperatoria y manejo del paciente. El exámen sistemático de sangre y orina nos revelarán estados que podrían complicar o contraindicar el procedimiento quirúrgico.

Entre las pruebas más necesarias están una biometría-hemática, un análisis de orina, una química sanguínea, y - pruebas de coagulación.

EXAMEN RADIOGRAFICO.

Es importante tomar una buena radiografía, ya que nos

da puntos de interes como, tejido óseo, posición del diente, tipo de raiz, paquete vasculonervioso y algunos casos patológicos.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA.

La asepsia y antisepsia brindan los conocimientos necesarios para prevenir y combatir la infección.

Etimologicamente asepsia del griego "a" sin y "sepsis" putrefacción. Consiste en evitar la contaminación por -- agentes sépticos, de todo aquello que va a tener contacto - con el acto quirúrgico.

Antisepsia del griego "anti" contra y "sepsis" putrefacción. Indica la forma de combatir la infección provocada por agentes microbianos.

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

La asepsia y la antisepsia se pueden obtener por distintos medios, que pueden ser: físico ,químico y biológico.

METODOS FISICOS.

Las fuentes de calor seco son: hornos eléctricos y baños de aceite (calor por conducción); hornos con radiaciones infrarrojas (calor radiante); flama directa, incineración.

La efectividad de la esterilización por calor seco se basa en la elevación de la temperatura de las células hasta alcanzar la pérdida de sus constituyentes vitales, la oxidación o coagulación de sus proteínas.

La esterilización por calor seco se lleva a cabo en un rango de 160°C durante una hora.

La fuente por calor húmedo es: la autoclave destruye microorganismos resistentes formadores de esporas y de hongos. Provee calor húmedo en forma de vapor saturado bajo presión, el tiempo para la esterilización del instrumental es de treinta minutos a 121°C bajo 1.40 kg^2 .

METODOS QUIMICOS.

Alcohol etílico: se utiliza para la antisepsia de las manos del operador y del campo operatorio.

Tintura de yodo: se utiliza en cirugía general para la antisepsia del campo operatorio, en cirugía bucal no se emplea mucho porque su aplicación en las mucosas es irritante.

El operador debe mantener sus uñas cortas y limpias, y sus manos deben ser cepilladas con agua y jabón y seca--

das en una toalla limpia inmediatamente antes de realizar una extracción dental o cualquier otra cirugía intrabucal.

INSTRUMENTAL QUIRURGICO.

Para efectuar la extracción o cirugía bucal es necesario tener el conocimiento del instrumental adecuado para cada tipo de intervención. Cada cirujano tiene sus instrumentos favoritos, y esto resulta en una gran variedad de modelos siendo disponibles para su uso.

Hay instrumental para tejidos blandos y tejidos duros son los siguientes:

INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS BLANDOS.

A) BISTURI.

Este instrumento consta de un mango y de una hoja de distintas formas y tamaños, se eligen según la clase de operación a realizar.

En cirugía bucal se utiliza el mango del bisturí # 3 y # 4, la hoja más utilizada es la # 15.

Existen varios tipos de hojas:

Hoja # 11.- se utiliza para realizar la punción de un absceso.

Hoja # 12.- se utiliza para realizar márgenes gingivales.

Hoja # 15 .- se utiliza para efectuar todo tipo de --
intervención quirúrgica,



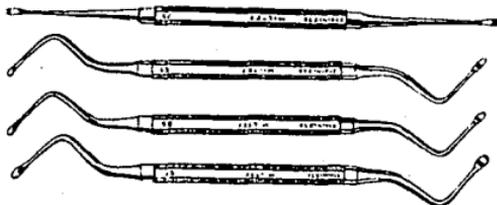
Bisturí quirúrgico y hojas desechables. De izquierda a derecha: núm. 11,
núm. 12B, núm. 15.

B) PERIOSTOTOMO O LEGRA.

Realizan la misma función, de separar y levantar el -
colgajo del periostio.



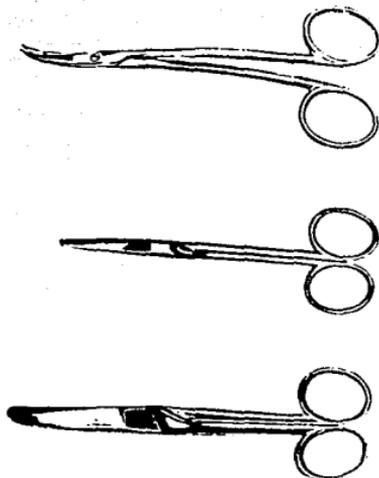
Periostotomo



Legras quirúrgicas.

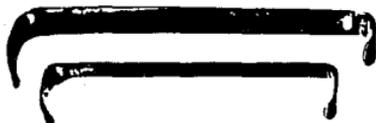
C) TIJERAS.

Hay tijeras curvas y rectas se emplean para cortar su tura, partes gingivales, para seccionar lengüetas y festones gingivales.

D) SEPARADORES.

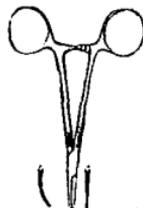
Separadores de Farabeuf, se emplean para mantener --- apartados los labios o los cogajos sin que sean heridos ni traumatizados.

Separadores de Volkmann, constan de un mango y un tallito que termina en forma de dientes, los cuales, se insinúan debajo del colgajo para mantenerlo fijo.



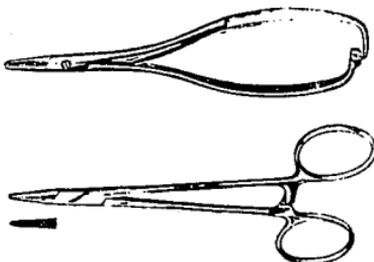
E) PINZAS HEMOSTATICAS.

Son adecuadas para la función de prehensión de un vaso también para tomar bolsas quísticas, trozos de hueso o de dientes del interior de una cavidad, tejidos patológicos o sangrantes, en este último caso actúan como hemostáticas.



F) PORTAGUJAS.

Sirve para dirigir las agujas pequeñas, se toma por su superficie plana y las guían en sus movimientos.



G) AGUJAS.

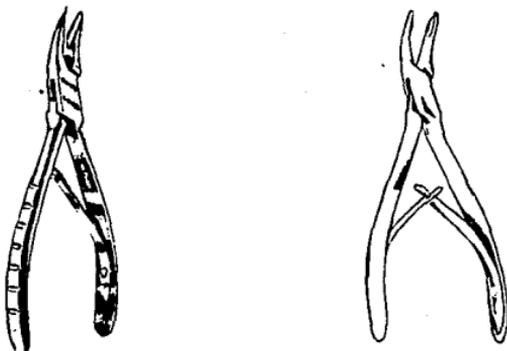
Casi todas las operaciones de cirugía bucal, incluyendo exodoncia, exigen efectuar suturas. Pero por la delgadez y delicadeza de los tejidos gingivales, tan propicios a desgarrarse, las agujas deberán ser sencillas,-- curvas, rectas y semirectas.

Las agujas se dividen en traumáticas y atraumáticas.

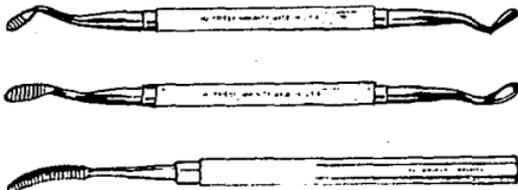
Las traumáticas se coloca la sutura a la aguja y las y las atraumáticas tiene la sutura en la aguja.

INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS DUROS.**A) OSTEOTOMO (GUBIAS, ALVEOLOTOMO, CIZALLAS).**

Son instrumentos valiosos para recortar los bordes óseos.

**B) ESCOFINAS.**

Lima para hueso se utiliza para alisar bordes y eliminar puntas óseas.

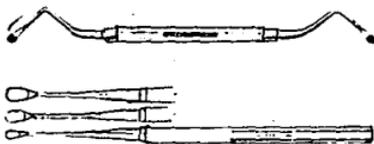


C) FRESA QUIRURGICA.

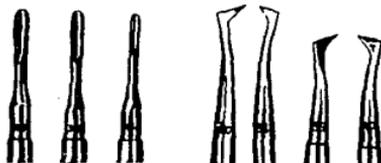
La fresa puede eliminar el hueso de por sí, o abrir camino a otros instrumentos. Se utiliza fresa para alta velocidad (fisura y bola de carburo) y de baja velocidad (bola de carburo).

D) CURETAS.

Son cucharillas para hueso, de las que existe infinita variedad. Las hay rectas o acodadas, la parte activa puede tener formas y diámetros distintos.

E) ELEVADORES O BOTADORES.

Son instrumentos que se emplean para hacer movimientos de rotación y la extracción del diente.

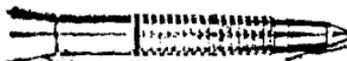


F) FORCEPS .

Son instrumentos que se emplean para la extracción -
del diente.

G) PIEZA DE MANO DE ALTA VELOCIDAD.

La rapidez con que gira el instrumento de corte en -
la pieza de mano , es muy útil para la eliminación de --
dientes retenidos.



INSTRUMENTAL ACCESORIO.

A) PINZAS .

B) ESPEJO.

C) EXPLORADOR.

CAPITULO VII

**TECNICA DE BLOQUEO DE LOS NERU
VIOS DENTARIO INFERIOR , LIN-
GUAL Y BUCAL LARGO.**

TECNICA DE BLOQUEO DE LOS NERVIOS DENTARIO INFERIOR, LINGUAL
Y BUCAL LARGO.

NERVIO DENTARIO INFERIOR.

El bloqueo del nervio dentario inferior es hasta ahora el más común usado en odontología; la razón consiste en -- que es la única forma eficaz de obtener analgesia de los molares inferiores.

La técnica es la siguiente: la jeringa se coloca a la altura de los premolares del lado contrario donde se va a bloquear. Se introduce la aguja hasta chocar con la rama ascendente de la mandíbula, se deposita un cuarto de cartucho, se retira la aguja de la zona ósea, se gira la jeringa hacia los premolares del lado opuesto, se introduce la aguja para que llegue al agujero dentario inferior se deposita un cuarto de cartucho.

Al retirar la aguja se va depositando un cuarto de -- cartucho.

Generamente el nervio lingual queda bloqueado indirectamente ya que cuando se introduce la aguja casi siempre se introduce un poco de anestésico.

NERVIO LINGUAL.

La analgesia se obtiene por dos métodos:

- A) Bloqueo del nervio lingual al mismo tiempo que se administra una inyección dental inferior con el depósito-- 0.5 ml de solución después que se inserta la aguja ca-- si 1 cm y antes de que llegue al nervio dental infe---rior.

- B) Infiltración submucosa de 0.5 ml de analgesico unos -- cuantos mm debajo y detrás de la región del tercer mo--lar inferior en su cra lingual.

NERVIO BUCAL LARGO.

Identificar el punto de la rama ascendente donde pasa el nervio bucal desde el aspecto medial hasta el puente -- oblicuo externo.

La aguja se inserta a nivel del plano oclusal poste--rior al tercer molar en el tejido blando cerca del puente--oblicuo externo y se deposita 0.5 ml de solución, la pro--fundidad de penetración es de 1 a 2 mm.

CAPITULO VIII

TECNICA QUIRURGICA.

TECNICA QUIRURGICA.

La extracción de terceros molares inferiores retenidos, es un procedimiento quirúrgico que incluye los tejidos blandos, músculos, y parte del hueso (mandíbula). La zona de operación es muy reducida y de difícil acceso; está muy vascularizada e inundada constantemente por saliva.

La operación debe ser planeada, con planes de procedimientos diferentes, por si fuera necesario modificar el plan en caso de que se presentara alguna complicación inesperada.

En el campo de la cirugía bucal debemos considerar -- por regla general los siguientes tiempos operatorios:

- A) Incisión y desprendimiento del colgajo.
- B) Osteotomía u ostectomía.
- C) Operación propiamente dicha.
- E) Tratamiento de la cavidad osea.
- F) Sutura.

A) INCISION Y DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.

La incisión es una maniobra mediante la cual se abren las capas de mucosa y periostio de la encía hasta llegar -

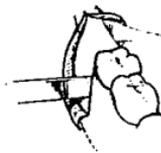
al hueso. La incisión se debe realizar por la parte bucal con una presión firme y de un solo trazo, teniendo en cuenta los elementos anatómicos de la región que se está trabajando.

El tipo de incisión es angular para los terceros molares inferiores. La longitud de la incisión está dada por el tipo de retención, por lo tanto se funda en detalles -- que se obtienen por el examen radiográfico.

Hecha la incisión se obtiene un colgajo, este se separa con una legra apoyándose contra el hueso y con suaves movimientos de lateralidad y girando la legra se desprende el colgajo.



Incisión angular.



Colgajo mucoperiostico.

El colgajo debe reunir ciertos requisitos básicos:

- A) Permitir una exposición adecuada del sitio por operar.
- B) Tener una base amplia, para asegurar una buena irrigación sanguínea de los tejidos blandos.
- C) Ser bastante amplia, para que los tejidos que rodean el sitio por operar no sean traumatizados durante la operación.
- D) Cuando se vuelva a colocar el colgajo en su sitio, los bordes se apoyen sobre una base ósea amplia y pueda haber una óptima cicatrización.

B) OSTEOTOMIA U OSTEECTOMIA.

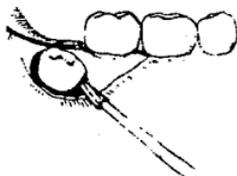
La osteotomía, es la parte de la operación quirúrgica que consiste en abrir el hueso.

La osteectomía, es la extracción del hueso de la zona que se esta operando.

El objeto es eliminar la cantidad necesaria de hueso, dependiendo del tipo de retención, la posición y tamaño del diente retenido, el tipo de raíz .

El empleo de la fresa quirúrgica de alta velocidad, es el instrumento ideal que permite la remoción de hueso mediante movimientos de frote.

Al trabajar con este instrumento debe actuar siempre bajo una adecuada irrigación de suero fisiológico, para -- evitar que el hueso se caliente .



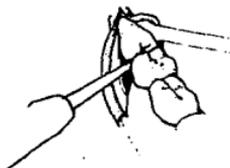
Osteotomía y ostectomía.

C) OPERACION PROPIAMENTE DICHA.

Eliminadas las estructuras óseas que significan resistencia, se inicia la operación, teniendo cuenta que el uso de fuerza excesiva para tratar de elevar el diente retenido, produce generalmente fractura.

Una vez descubierta la pieza dentaria, se puede luxar y sacar del alvéolo con elevadores o botadores. Estos son instrumentos con acción de palanca que se colocan entre el hueso alveolar y la pieza que se va a extraer.

No siempre podrá aplicarse en forma absoluta porque depende de la posición del molar inferior retenido y de la forma de las raíces. Imponen la necesidad de recurrir a nuevas maniobras que permiten anular a un más los factores de resistencia.



Luxación del diente.

La odontosección en molares retenidos facilita y agiliza la operación que de otra manera sería traumática.

La odontosección, puede realizarse en dos formas una -- según el eje mayor y la otra según el eje menor.

Según el eje mayor la división se realiza sobre la -- cara oclusal del molar o sobre un surco de la misma cara -- y según el eje menor se realiza a nivel del cuello del molar.

Se secciona la corona de la pieza, en dos o más partes, se extrae la parte de la corona dejando un espacio -- donde se introduce el elevador recto se realiza un movimiento de rotación, se luxa y se elimina el resto del diente.

La sección se lleva a cabo con fresa quirúrgica, con este instrumento debe actuar siempre bajo una irrigación de suero fisiológico.



Sección de la corona.



Elevación de la raíz distal.



Elevación de la raíz mesial.

E) TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.

Una vez liberada la pieza del alvéolo, se debe irrigar con suero fisiológico para eliminar las esquirlas y fragmentos de dientes.

Se elimina el saco pericoronario ya que tiene la capacidad de producir un quiste.

Se liman bordes y espículas óseas con la ayuda de una lima para hueso.

Si existiera hemorragia de pequeñas venas, se realiza presión, se adosa el colgajo y se sutura, se coloca una gasa esteril para que presione.

F) SUTURA.

El método de mayor uso en cirugía bucal, consiste en -- realizar puntos independientes uno de otro, con una aguja curva enhebrada con el material de sutura (lino, seda, catgut) y manejada por el portaagujas.

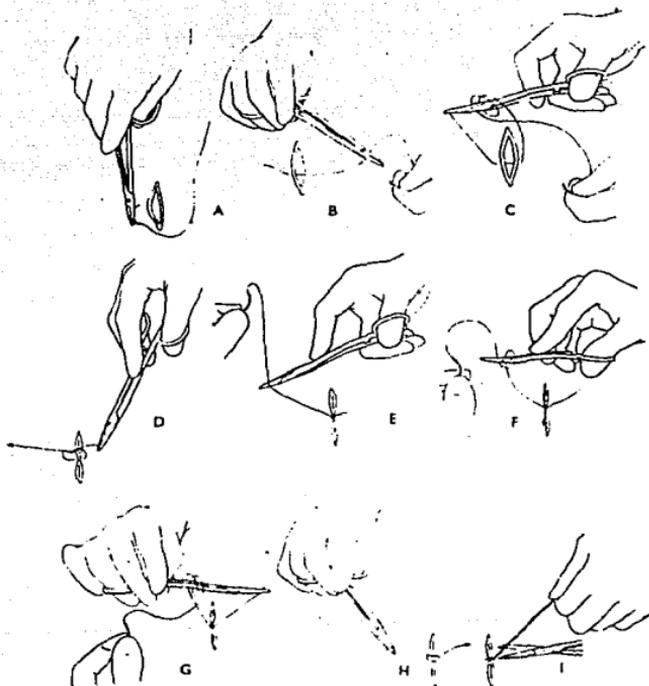
Cada punto se coloca a una distancia aproximada de -- 1cm.

TECNICA DE SUTURA.

La aguja es sostenida en el portaagujas , se coloca--

un punto de sutura, se hacen dos asas de hilo, pasando el portaagujas dos veces sobre la seda, se hace el nudo tomando la punta del extremo corto del hilo de seda y se pasa a través de las dos asas, se repite, se toma la punta del extremo corto y se pasa a través de las dos asas completando el nudo.

Los extremos sirven para desplazar el nudo hacia un lado de la línea de sutura y por último se cortan con tijeras.



Sutura con instrumento. *A*, Se coloca un punto de sutura *B* y *C*, La punta del portaagujas señala a la aguja con la seda, se hacen 2 asas de hilo, pasando el portaagujas 2 veces sobre la seda. *D*, Se hace el nudo tomando la punta del extremo corto del hilo de seda y se pasa a través de las 2 asas. *E* y *F*, Se repite *D*. *G*, Se toma la punta del extremo corto y se pasa a través de las 2 asas completando el nudo. *H*, Los extremos sirven para desplazar el nudo hacia un lado de la línea de sutura. *I*, Se cortan con tijeras.

CAPITULO IX

POSOOPERATORIO.

POSOPERATORIO.

Es una fase importante, que consiste en la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente una vez terminada la operación.

Se da indicaciones al paciente tanto verbales y escritas. Además se debe insistir en que tienen la responsabilidad de seguir estas recomendaciones para evitar las complicaciones posoperatorias o en su defecto reducir las al mínimo.

INDICACIONES AL PACIENTE.

- A) Conservar la presión de mordida sobre la compresa de gasa durante 30 minutos.
- B) La higiene bucal es normal, se hará enjuagues suaves de su boca.
- C) Colocar una compresa de agua fría, con períodos de -- 15 minutos, seguidos de períodos iguales de descanso durante tres días. Esto es con el fin de evitar la-- congestión y el dolor posoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias, y disminuye y delimita los edemas posoperatorios.
- E) Colocar una compresa de agua caliente a las 72 horas-

esto es para que aumente la circulación.

- F) Dieta blanda de uno a dos días y tomar abundantes líquidos.
- G) Se prescribe medicación para el dolor y para prevenir las infecciones.
- H) El paciente debe regresar a los cinco días para retirar los puntos de sutura.
- I) En caso de que exista algún problema posterior, consultar al Doctor.

El objetivo principal de los cuidados posoperatorios es la formación y preservación del coágulo en el alvéolo.

Todo lo que interfiera con este proceso puede producir complicaciones como hemorragia prolongada, infección, alvéolo seco y cicatrización retrasada.

CONCLUSION.

CONCLUSION.

El cirujano dentista debe poseer conocimientos básicos ya que estos proporcionan seguridad y habilidad manual al realizar la intervención quirúrgica.

Se debe tener muy presente el bienestar del paciente y para ello, existen tres principios importantes que se van realizando cuando hay una intervención quirúrgica, el paciente no debe sentir ninguna molestia ni antes ni después de la operación, evitar traumatizar los tejidos, y por último eliminar por completo el diente.

CASOS CLINICOS REALIZADOS EN LA CLINICA DE EXODONCIA DURANTE EL SEMINARIO.

CASO CLINICO:

Se presentó en la clínica de exodoncia el día 1 de --
Abril de 1993, el paciente Antonio Noriega de 33 años de --
edad, ocupación taxista.

Se elaboró la historia clínica del paciente donde --
presentó dolor ligero y localizado en la zona retromolar--
inferior izquierdo, también estudio radiográfico, observan--
do en éste el tercer molar inferior izquierdo posición ver--
tical clase III.

Se preparó al paciente para realizar la cirugía bucal
se bloqueó el nervio dentario inferior, ya anestesiado, se
realizó la incisión angular a lo largo de la superficie --
superior del reborde distal al segundo molar y se sigue ha--
cia abajo hasta la superficie bucal del borde; con una le--
gra se separó el colgajo mucoperiostio, con la pieza de ma--
no de alta velocidad y una fresa quirúrgica se eliminó el--
hueso, durante la cirugía, se irrigó con suero fisiológi--
co para evitar que el hueso se calentara al hacer uso de -
la pieza de mano. Ya descubierto el diente, se trató de -
luxarlo con un elevador recto pero fué imposible; fué nec--
sario seccionar la corona para dar espacio a la luxación y

a la eliminación del diente. Se colocó el colgajo en su sitio y se suturó con puntos separados.

Se dió instrucciones al paciente y se le recetó analgésico y antibiótico para el dolor y para prevenir alguna infección.

El paciente regreso cinco días después de la operación para retirarle los puntos de sutura, no presentó ningún problema posoperatorio.

CASO CLINICO:

Se presentó en la clínica de exodoncia el día 15 de Marzo de 1993, el paciente José Trejo López de 35 años de edad, ocupación empleado.

Se elaboró su historia clínica, encontrándose el paciente practicamente sano.

En el exámen bucal, presentó dolor ligero en la zona retromolar inferior izquierdo, se hizo en estudio radiográfico, donde se observó el tercer molar inferior izquierdo con retención subgingival. Se bloqueó el dentario inferior, ya anestesiado el paciente, y con la ayuda de un elevador recto se levantó la mucosa para tener acceso al diente, se colocó la punta del elevador debajo del diente, se realizó movimientos de rotación, se luxó y se eliminó el -

diente en su totalidad. Se dejó que se formara el coágulo y se colocó una gasa estéril.

Se dió indicaciones al paciente y se le recetó analgésico y antibiótico .

BIBLIOGRAFIA.

BIBLIOGRAFIA.

Kruger, G.O.1990. Cirugía buco-maxilofacial.Edit.Panamericana. 5ª Ed.México.

Ries Centeno, G.A. 1987. Cirugía bucal. Edit. El Ataneo.-- 9ª Ed. Argentina.

Laskin, D.M. 1987. Cirugía bucal y maxilofacial. Edit. Panamericana. Argentina.

Archer,W.H. 1986. Cirugía bucal.Tomo I. Edit. Mundi. 2ª Ed Argentina.

Allen,G.D. 1991. Manual de anestesia y analgesia dentales. Vol. I. Edit. Limusa. 1ª Ed. México.

Chasteen, J.E. 1986. Principios de clínica de odontología. Edi. Manual moderno. 2ª Ed. México.