

15
2 ejem



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

COMPLICACIONES DE LAS EXTRACCIONES DE
TERCEROS MOLARES Y DIENTES INCLUIDOS

T E S I S

QUE PRESENTAN

**EDINSON ANAYA YANCES
RAMIRO A. SOBRINO CASTILLO**

Para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

MEXICO, D.F. 1993



Dirigió y Supervisó:

C.D. MARIANO FRIAS GARCIA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

TABLA CONTENIDO

PRESENTACION

LISTA DE FIGURAS

0 INTRODUCCION

0.1	Justificación	...1
0.1.1	Importancia científica y tecnológica	...1
0.1.2	Beneficio Social	...1
0.2	Objetivos	...1
0.2.1	Generales	...1
0.2.2	Específicos	...1
0.3	RECURSOS	...1
0.3.1	Humanos	...1
0.3.2	Físicos	...1
0.4	METODOLOGIA GENERAL	...2

1 DIENTES INCLUIDOS

1.1	Definición	...3
1.1.1	Diente no erupcionado	...3
1.1.2	Diente impactado o incluido	...3
1.1.3	Impactación ósea completa	...3
1.1.4	Impactación ósea parcial	...3
1.1.5	Impactación parcial	...3
1.1.6	Impactación potencial	...3

2 CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

2.1	De acuerdo al plano oclusal o profundidad	...4
2.2	De acuerdo al espacio disponible con la rama en la clasificación de angle	...4
2.3	De acuerdo al grado de dificultad	...4
2.4	De acuerdo a la angulación	...5
2.5	De acuerdo a la posición de las raices	...5

3 CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES INCLUIDOS

3.1	Clase I	...6
3.2	Clase II	...6
3.3	Clase III	...6
3.4	Clase IV	...6
3.5	Clase V	...6
3.6	Clase VI	...6
3.7	Clase VII	...6

4 CLASIFICACION DE LOS CANINOS INFERIORES

4.1	Clase I	...7
4.2	Clase II	...7
4.3	Clase III	...7
4.4	Clase IV	...7
4.5	Clase V	...7

5 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA CIRUGIA DE DIENTES INCLUIDOS

5.1	Indicaciones	...8
5.1.1	Falta de espacio	...8
5.1.2	Daño a estructuras adyacentes	...8
5.1.3	Aparición de quistes o tumores odontogénicos	...8
5.1.4	Para facilitar un tratamiento ortodóntico	...8
5.1.5	Infección local o general	...8
5.1.6	Para asegurar el éxito de aparatos de prótesis	...8
5.1.7	Dolor	...9
5.1.8	Falta de erupción correcta en el arco dentario	...9
5.1.9	Radioterapia	...9
5.2	Contraindicaciones	...9
5.2.1	Posible lesión en la estructura adyacente	...9
5.2.2	Estado Físico comprometido	...9
5.2.3	Dientes impactados asintomáticos en un paciente de edad	...10
5.2.4	Otras contraindicaciones	...10

6 EVALUACION PREQUIRURGICA

6.1	Evaluación de la historia clínica médica y odontológica	...11
6.2	Examen físico	...11
6.3	Utilización de otros medios de diagnóstico	...11
6.4	Interconsulta	...11

7 EXAMENES COMPLEMENTARIOS ...12

8 INTERCONSULTAS ...13

9 PREMEDICACION ...14

10 PACIENTES QUE OFRECEN RIESGO QUIRURGICO

10.1	Pacientes con discracias sanguíneas	...15
10.1.1	Hemofilia	...15
10.1.2	Hipoproteinemia	...15
10.1.3	Diabetes	...15
10.1.4	Anemia	...15
10.1.5	Pacientes con insuficiencia cardiaca	...16
10.2	Pacientes que están bajo medicación	...16
10.2.1	Anticoagulantes	...16
10.2.2	Hipotensores	...16
10.2.3	Vasodilatadores coronarios	...16
10.2.4	Antidiuréticos	...16
10.2.5	Pacientes sensibles a los anestésicos	...16
10.2.6	Otros riesgos	...17

11 PREPARACION DEL PACIENTE PARA EL ACTO QUIRURGICO

11.1	Consentimiento otorgado por el paciente	...18
11.2	Campo quirúrgico	...18
11.3	Instrumental	...18

12 FACTORES QUE DETERMINAN LA DIFICULTAD DE LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INCLUIDO

13 EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO

13.1	Anestesia	...20
13.2	Incisión	...20
13.3	Colgajo	...20
13.4	Osteotomía	...21
13.5	Odontosección	...21
13.6	Extracción propiamente dicha	...22
13.7	Tratamiento de la cavidad ósea	...22
13.8	Sutura	...22

14 EXTRACCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR INCLUIDO

14.1	Anestesia	...23
14.2	Incisión	...23
14.3	Colgajo	...23
14.4	Osteotomía	...23
14.5	Extracción propiamente dicha	...23
14.6	Tratamiento de la cavidad ósea	...24
14.7	Sutura	...24

15 EXTRACCION DE CANINOS SUPERIORES INCLUIDOS

15.1	Anestesia	...25
15.2	Incisión	...25
15.3	Colgajo	...25
15.4	Osteotomía	...25
15.5	Extracción propiamente dicha	...25
15.6	Tratamiento de la cavidad ósea	...26
15.7	Sutura	...26

16 EXTRACCION DE CANINOS INFERIORES INCLUIDOS

16.1	Anestesia	...27
16.2	Incisión	...27
16.3	Colgajo	...27
16.4	Osteotomía	...27
16.5	Extracción propiamente dicha	...27
16.6	Tratamiento de la cavidad ósea	...27
16.7	Sutura	...27

17 DIENTES SUPERNUMERARIOS INCLUIDOS ...28

18 COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

18.1	Dolor	...29
18.2	Edema	...29
18.3	Trismus	...29
18.4	Hemorragia secundaria	...30
18.5	Alveolitis	...30
18.6	Reacciones alérgicas	...30

**19 TRATAMIENTO DE LAS COMUNICACIONES OROANTRALES
SECUNDARIAS A LA EXTRACCION DENTAL**

19.1	Fisiopatología	...31
19.2	Sintomatología	...31
19.3	Diagnóstico	...31
19.4	Tratamiento sistémico	...32
19.5	Tratamiento quirúrgico	...32
	19.5.1 Colgajos locales	...33
	19.5.2 Colgajos palatinos	...33
	19.5.3 Colgajos distantes	...33
	19.5.4 Injertos	...33
19.6	Sugerencias para prevenir la entrada inadvertida en el seno maxilar	...33

**20 MIGRAÑA HEMIPLEJICA DE EXTRACCION DE TERCEROS
MOLARES BAJO SEDANTE INTRAVENOSO** ...34

CONCLUSIONES ...36

ARTICULOS ...37

BIBLIOGRAFIAS ...45

0 INTRODUCCION

0.1 JUSTIFICACION

0.1.1 Importancia científica y tecnológica

Su contenido sirve como medio de consulta a los estudiantes de Odontología para tener un conocimiento de los diferentes tipos y formas de los dientes incluidos, su tratamiento quirúrgico y sus posibles complicaciones.

0.1.2 Beneficio Social

El Odontólogo obtendrá datos que le permitan tener un buen conocimiento de las posibles complicaciones en este tipo de cirugías y los problemas postoperatorios que le representará al paciente.

0.2 OBJETIVOS

0.2.1 GENERALES

Sirve como guía de consulta al estudiante de odontología en las complicaciones de la cirugía de los dientes incluidos.

0.2.2 ESPECIFICOS

0.2.2.1 Dar un conocimiento general de los dientes incluidos.

0.2.2.2 Tener en cuenta los pasos a seguir en la cirugía de los dientes incluidos y sus complicaciones.

0.3 RECURSOS

0.3.1 HUMANOS

0.3.2 FISICOS

0.3.2.1 Libros

0.3.2.2 Revistas

0.3.2.3 Tesis

0.3.2.4 Biblioteca de la Universidad Nacional Autónoma de México

0.3.2.5 Biblioteca de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

0.3.2.6 Biblioteca Central de la Universidad Nacional Autónoma de México.

0.3.2.7 Biblioteca de la Clínica Periférica Xochimilco.

0.4 *METODOLOGIA GENERAL*

0.4.1 Tema de investigación.

0.4.2 Recopilación del material.

0.4.3 Traducción del material.

0.4.4 Lectura y selección del material.

0.4.5 Sinopsis del material.

0.4.6 Presentación del trabajo.

1 DIENTES INCLUIDOS

1.1 DEFINICION

Definiremos a continuación los términos que serán utilizados en este contenido al referirnos a dientes incluidos¹.

1.1.1 Diente no erupcionado

Es el diente que no ha establecido una comunicación total normal con el medio ambiente externo de la cavidad bucal, ya que permanece en los tejidos duros o blandos del maxilar superior o inferior. Este diente puede ser absolutamente normal cuyo momento de aparición en la cavidad bucal no ha llegado todavía o puede ser un diente real o potencialmente impactado que no erupcionará nunca¹.

1.1.2 Diente impactado o incluido.

Diente que no ha erupcionado en posición funcional normal, durante el tiempo previsto para su aparición, ya sea impedido por tejidos duros o blandos y sus estructuras subyacentes; también se dice que no han podido hacer su salida o erupción normal por su posición defectuosa, por falta de espacio o por algún otro impedimento, esta impactación puede ser parcial o total¹⁸.

1.1.3 Impactación ósea completa.

El diente se halla totalmente encerrado en el hueso de los maxilares¹⁴.

1.1.4 Impactación ósea parcial.

El diente está parcialmente cubierto con hueso, puede ser una impactación completa por tejido blando o impactación parcial ósea¹⁴.

1.1.5 Impactación parcial.

Este término corresponde al diente cuya erupción es incompleta, clínicamente el diente es visible pero a menudo está en posición anormal y siempre se halla cubierto por tejido blando o hueso en cantidad variable¹⁴.

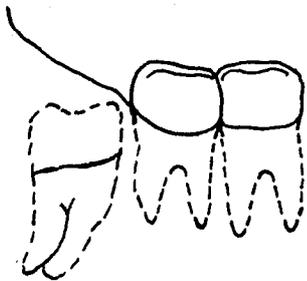
1.1.6 Impactación potencial.

Es un diente que no ha erupcionado pero que conserva el potencial para erupcionar y probablemente ocupar al salir posición y función anormales, debe hacerse una intervención quirúrgica¹⁴.

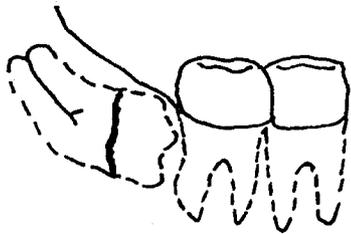
***2 CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES
INCUIDOS***

FIG. 1

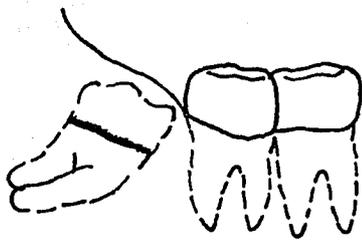
TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO



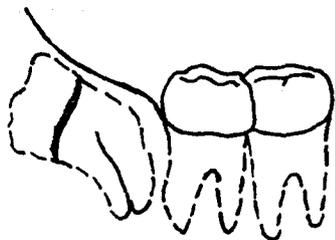
RETENCION VERTICAL



RETENCION HORIZONTAL



RETENCION MESIOANGULAR



RETENCION DISTOANGULAR

2.1 De acuerdo al plano oclusal o profundidad.

2.1.1 Nivel A=1: Cuando el diente se encuentra por encima del eje cervical del segundo molar.

2.1.2 Nivel B=2: Cuando el diente se encuentra por debajo del nivel cervical del segundo molar.

2.1.3 Nivel C=3: Cuando el diente se encuentra por debajo del nivel cervical del segundo molar⁹.

2.2 De acuerdo al espacio disponible con la rama en la clasificación de Angle:

2.2.1 Clase I: Cuando el espacio disponible entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente permite la exodoncia del diente.

2.2.2 Clase II: Cuando el espacio disponible entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente está disminuido.

2.2.3 Clase III: Cuando el espacio disponible entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente está totalmente disminuido y es imposible sacar el diente¹⁸.

2.3 De acuerdo al grado de dificultad.

2.3.1 Retención mesioangular, valor 1 (Figuras 1C y 2 C).

2.3.2 Retención horizontal, valor 2. (Figuras 1B y 2B).

2.3.3 Retención vertical, valor 3. (Figuras 1A y 2A).

2.3.4 Retención distoangular, valor 4. (Figuras 1D y 2D)¹⁷.

2.4 De acuerdo a la angulación.

2.4.1 Retención horizontal.

2.4.2 Retención mesioangulación.

2.4.4 Retención distoangulación.

2.4.5 Retención de nivel bajo.

2.5 De acuerdo a la posición de las raíces.

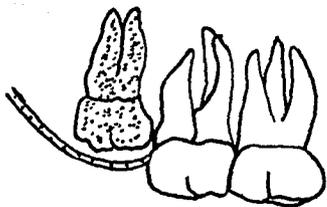
2.5.1 Convergentes.

2.5.2 Divergentes.

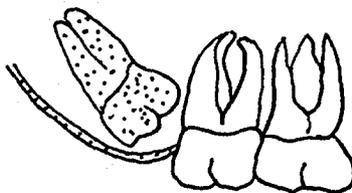
2.5.3 Dilaceradas^{8,17}.

FIG. 2

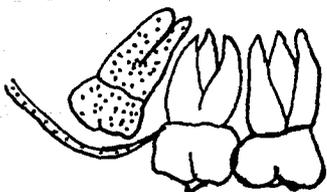
TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO



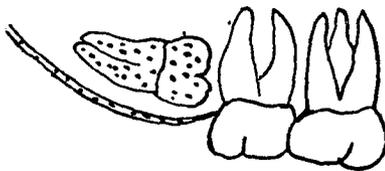
RETENCION VERTICAL



RETENCION MESIOANGULAR



DISTOANGULAR



HORIZONTAL

**3 CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES
INCLUIDOS**

3.1 Clase I:

Maxilar dentado, dientes ubicados del lado palatino y retención unilateral. Puede encontrarse cerca de la arcada dentaria o lejos de ella. (Figura 3A).

3.2 Clase II:

Maxilar dentado, dientes ubicados del lado palatino y retención bilateral. (Figura 3B).

3.3 Clase III:

Maxilar dentado, dientes ubicados del lado vestibular y retención unilateral. (Figura 3C).

3.4 Clase IV:

Maxilar dentado, dientes ubicados del lado vestibular y retención bilateral. (Figura 3D).

3.5 Clase V:

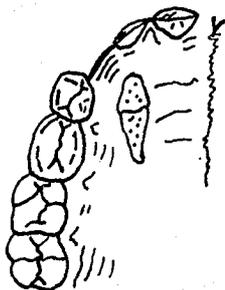
Maxilar dentado, canino vestibulo-palatino. (Figura 4A).

3.6 Clase VI:

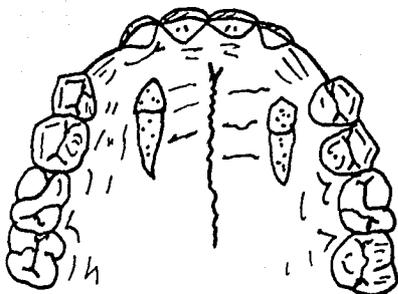
Maxilar desdentado, dientes ubicados del lado palatino con retención unilateral o bilateral. (Figura 4B).

3.7 Clase VII:

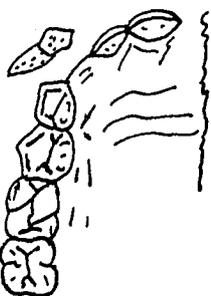
Maxilar desdentado, dientes ubicados del lado vestibular con retención unilateral o bilateral (Figura 4C)^{13,14}.



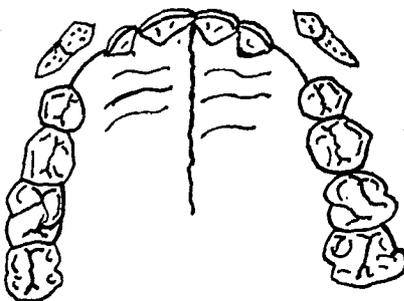
RETENCION CLASE I



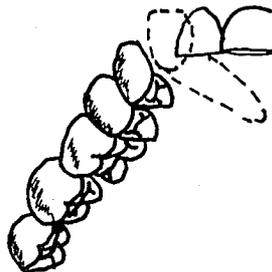
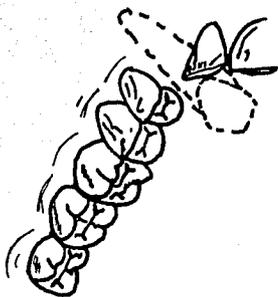
RETENCION CLASE II



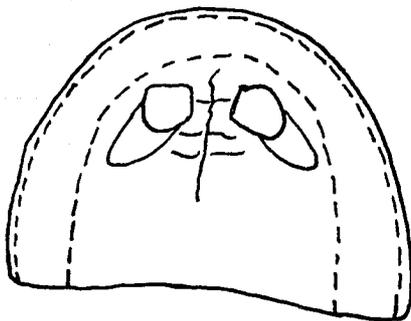
RETENCION CLASE III



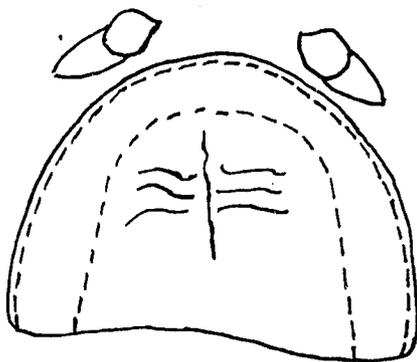
RETENCION CLASE IV



A) RETENCION CLASE V



B) RETENCION CLASE VI



C) RETENCION CLASE VII

**4 CLASIFICACION DE LOS CANINOS INFERIORES
INCLUIDOS**

4.1 Clase I:

Maxilar dentado. Puede encontrarse por lingual en posición vertical u horizontal. (Figura 5A).

4.2 Clase II:

Maxilar dentado. Puede encontrarse por vestibular en posición horizontal, vertical o unilateral. (Figura 5B).

4.3 Clase III:

Maxilar dentado bilateral por lingual o vestibular y en posición horizontal o vertical. (Figuras 6A y 6B).

4.4 Clase IV:

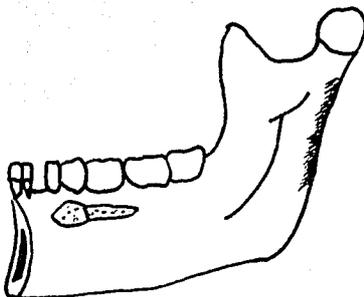
Maxilar desdentado, unilateral y en posición horizontal y vertical.

4.5 Clase V:

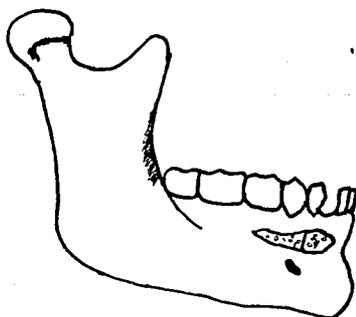
En desdentado bilateral y en posición horizontal o vertical^{10,14}.

FIG. 5

CANINO INFERIOR RETENIDO



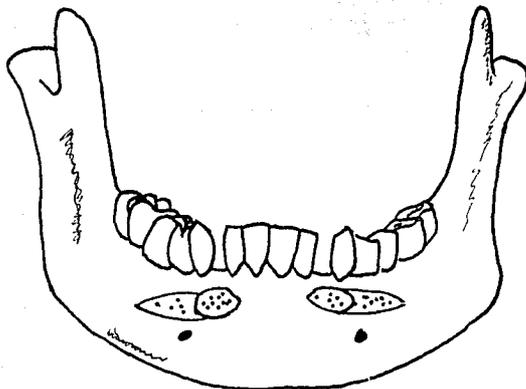
RETENCION CLASE I



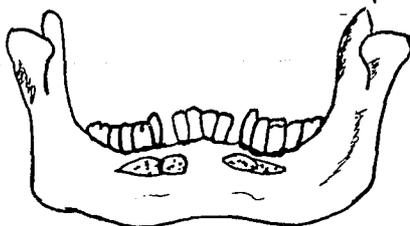
RETENCION CLASE II

FIG. 6

CANINO INFERIOR RETENIDO



RETENCION CLASE III VESTIBULAR



RETENCION CLASE III LINGUAL

***5 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA
CIRUGIA DE DIENTES INCLUIDOS***

5.1 INDICACIONES

5.1.1 Falta de espacio.

Se debe tener en cuenta la diferencia entre tamaño y número de dientes y tamaño de los maxilares donde se alojan estas estructuras, siendo imposible realizar otro tratamiento².

5.1.2 Daño a estructuras adyacentes

Con frecuencia los dientes impactados provocan caries en dientes adyacentes e incluso pueden destruir el soporte óseo del diente funcional al lado de este.

También puede provocar perjuicio a la pulpa del diente adyacente⁷.

5.1.3 Aparición de quistes o tumores odontogénicos

Es frecuente encontrar dientes incluidos alrededor de neoplasmas, pero es discutible si este diente es la causa del tumor, de pronto éstas manifestaciones pueden ser bilaterales derivadas de la constitución individual^{14,8}.

5.1.4 Para facilitar un tratamiento ortodóntico.

Durante un tratamiento ortodóntico, la eliminación de dientes permanentes no erupcionados está indicada cuando el Ortodoncista considera que la extracción podrá facilitar el tratamiento completo del paciente⁹.

5.1.5 Infección local o general.

En dientes parcialmente impactados no sospechosos y que se hallan debajo de una prótesis o asociados con quistes odontogénicos, es prudente no extraer algún diente incluido cuando halla infección aguda o cuando la infección va acompañada de dolor; se elimina primero la infección para luego hacer la exodoncia¹⁸.

5.1.6 Para asegurar el éxito de aparatos de prótesis.

Cuando se piensa en colocar una prótesis, siempre está indicada la extracción de dientes impactados sintomáticos debajo de una prótesis.

Sin embargo, en un paciente joven que se le va a extraer todos sus dientes para hacerle una prótesis total no debe perder los terceros molares no erupcionados porque estos ayudan a formar la tuberosidad. Se puede hacer la prótesis sobre los dientes incluidos y extraerlos cuando aparezcan por debajo de la mucosa¹⁶.

5.1.7 Dolor :

Cuando el paciente acusa dolor en áreas donde se encuentra el diente incluido, o cuando este dolor es remitido áreas como A.T.M., oído y cuerpos neuronales callosos⁹.

5.1.8 Falta de erupción correcta en el arco dentario.

Los dientes impactados que posteriormente no tendrán ninguna función oclusal ni realizan ninguna función útil en la cavidad oral, deben ser eliminados inmediatamente a menos que exista alguna contraindicación, se aconseja hacerlo en pacientes adolescentes ya que la cicatrización en los adultos lleva más tiempo^{2,7}.

5.1.9 Radioterapia.

Cuando se prevee la necesidad de irradiar los maxilares, porque se supone que los dientes incluidos serán recepción de la radiación¹¹.

5.2 CONTRAINDICACIONES.

5.2.1 Posible lesión en la estructura adyacente.

El diente no debe tocarse en una inclusión asintomática porque puede llevar a la pérdida de dientes adyacentes.

Es imposible predecir que efecto tendrá la eliminación de un diente impactado sobre el tejido blando circundante, específicamente del paquete vasculon-ervioso del conducto dentario inferior y el nervio lingual. Muchos pacientes pueden sufrir trastornos neurosensitivos durante bastante tiempo; la paraestesia prolongada suele ocurrir en los casos más difíciles de impactación¹⁰.

5.2.2 Estado físico comprometido.

Si se piensa extraer un diente impactado es necesario tener en cuenta el estado físico del paciente ya que puede presentar enfermedades cardiovasculares o antecedentes de infartos graves o también recientes ellos no deben ser sometidos a tensiones de intervenciones quirúrgicas si estas pueden evitarse, en estos casos se aconseja administrar antibióticos y analgésicos para eliminar temporalmente los síntomas de un diente impactado o infectado¹².

5.2.3 Dientes impactados asintomáticos en un paciente de edad.

En un paciente de edad no se justifica un procedimiento quirúrgico y sus posibles complicaciones post-operatorias para eliminar un diente impactado asintomático y con poca posibilidad de formación de quistes, en este caso se toman radiografías de control a intervalos regulares de tiempo^{8,14}.

5.2.4 Otra contraindicación será:

Si un diente impactado puede servir a un propósito útil en un futuro cercano para soporte de una prótesis o para transplante. Si ha perdido un diente adyacente al diente no erupcionado, puede llenarse el espacio con este diente o puede servir como soporte de un diente¹.

6 EVALUACION PREQUIRURGICA

En la evaluación prequirúrgica, el Odontólogo debe tener en cuenta varias normas a seguir:

6.1 *Evaluación de la historia clínica odontológica y médica.*

Debe hacerse una historia clínica detallada y un examen físico y radiográfico minucioso, de ésta forma ubicamos el sitio de retención, la forma de las raíces y la inclinación de estas, la relación del diente con el conducto dentario inferior debe tenerse en cuenta para prevenir al paciente de una posible parestesia post-operatoria⁹.

6.2 *El examen físico.*

Los pacientes pueden presentar contraindicaciones locales y sistémicas; por ejemplo, la presencia de una infección en forma de pericoronitis, debe tratarse antes de la cirugía⁴.

6.3 *La utilización de otros medios de diagnóstico.*

Otros medios de diagnóstico en ayuda de la evaluación prequirúrgica son los exámenes de laboratorio⁸.

6.4 *Las interconsultas.*

Se presentan generalmente en pacientes que tienen problemas sistémicos, como por ejemplo, pacientes en tratamiento endocrinológicos⁸.

7 EXAMENES COMPLEMENTARIOS

7.1 Son muy indispensables estos exámenes y se piden cuando se sospecha o se quiera confirmar un diagnóstico presuntivo.

Cuando hay discracias sanguíneas específicamente de factores de coagulación se piden el (TP) tiempo de protrombina, el (TPT) tiempo de tromboplastina, tiempo de sangría, restricción del coágulo y recuento plaquetario.

El cuadro hemático, evalúa los glóbulos rojos y blancos, la cantidad y calidad de los hematocitos y el índice eritrocitario con lo cual se descartan anemias.

Los exámenes de antiestreptolisinas evalúan al paciente para descartar fiebres reumáticas. La curva de glicemia para descartar diabetes.

Otros exámenes como Elisa 1 y Elisa 2, se piden para descartar hepatitis y SIDA, enfermedades infecto contagiosas^{14,15}.

8 INTERCONSULTAS

8.1 El Odontólogo al hacer el examen físico y el interrogatorio debe percatarse si el paciente presenta alguna patología y está en la obligación de informarle para que éste acuda al profesional indicado; también deberá dejar constancia escrita en la historia clínica del paciente.

Si el Odontólogo no tiene experiencia, o sus conocimientos son muy pocos, deberá documentarse más del tema, para luego hacer la interconsulta con el médico correspondiente, ya que este último tendrá consentimiento por escrito de que al paciente se le puede realizar el procedimiento quirúrgico en cavidad oral^{4,18}.

9 PREMEDICACION

9.1 La premedicación es útil cuando los dientes retenidos se extraen bajo anestesia local; la clasificación de los terceros molares incluidos en relación con el grado de dificultad y la visualidad que permita la abertura de la boca del paciente, incidirá directamente en el tiempo a emplear y el traumatismo que se le inflija a los tejidos, de acuerdo a esto necesitamos el uso de la premedicación para potencializar el efecto anestésico, como medio profiláctico y prevención de la inflamación y el dolor. La preparación del paciente comienza con un enjuagatorio bucal de cualquier agente antiséptico adecuado para reducir la flora bacteriana intrabuca¹².

9.2 *Premedicación de pacientes con antecedentes de fiebre reumática.*

Esta enfermedad es la secuela más grave de las infecciones por streptococos hemolíticos, ésta es una consecuencia a una faringitis streptococcica; después del período de lactancia que es de 1 a 4 semanas. La premedicación de estos pacientes se hace con penicilina benzatínica (Benzetacil) con una dosis de 1'200,000 unidades para una profilaxis de hasta 7 semanas^{12,15}.

9.3 *Premedicación de pacientes ansiosos.*

La ansiedad es la impresión de que algo va a sobrevenir de un momento a otro. La angustia es la ansiedad acompañada de síntomas orgánicos y la histeria es el ataque de angustia que se acompaña de perturbaciones neurológicas, los niveles de angustia o stress deben ser bajos en el paciente para prevenir los riesgos.

Algunos ansiolíticos tienen propiedades antihistamínicas ya que compiten con la histamina con los llamados receptores H1, de esta manera se puede aprovechar el efecto sedante por la acción de la hidroxilcina.

Las benzodiazepinas presumiblemente ejercen su modo de acción biológica mediante el enlace a receptores específicos en diversas localizaciones del S. N. C.

El operador escoge la droga indicada premedicando de acuerdo a la posología¹⁸.

9.3 *Premedicación con Metilprednisolona.*

Es un esteroide con componentes cuyas propiedades son anti-inflamatorias, una única dosis de 125mg. en estudios que se hicieron con pacientes experimentales mostraron la disminución de estas complicaciones, Williamson y colegas, dedujeron que si la droga se hubiera seguido administrando en el postoperatorio el dolor y la inflamación hubiesen disminuido marcadamente sin necesidad de otro analgésico y anti-inflamatorio^{12,13}.

10 PACIENTES QUE OFRECEN RIESGOS QUIRURGICOS

El Odontólogo en el momento de planear una cirugía, debe de tener un conocimiento amplio de pacientes con problemas sistémicos que puedan contraindicar la cirugía en la cavidad oral.

Algunos de estos riesgos son:

10.1 Pacientes con discracias sanguíneas:

Entre las discracias sanguíneas tenemos por ejemplo¹⁰:

10.1.1 La Hemofilia.

Porque es un problema que ocurre como consecuencia de la carencia de uno de los factores de coagulación. Hemofilia A, falta el factor VIII; Hemofilia B, falta del factor IX, ambas son enfermedades de tipo congénito.

La Hemofilia se clasifica como leve, moderada y grave. Existen ciertos signos por lo cual puede ser detectada, como: trombos internos, sangrado espontáneo, gingivitis generalizada y lengua hipertrófica sangrante¹⁰.

10.1.2 La hipoproteinemia.

Producida por prolongados ayunos o síndromes de mala absorción en enfermedades intestinales, hepáticas y en la nefrosis¹¹.

10.1.3 La diabetes.

Se debe tener en cuenta la triada del diabético, los signos que este presenta como son: Gingivitis generalizada, bolsas profundas, periodontitis, pérdida sea, movilidad dentaria y halitosis.

La deficiencia de insulina es la causa de la diabetes mellitus que es una enfermedad debilitante y compleja, causa por la cual, está contraindicada una cirugía de este tipo. A menos que esta será prioridad, se efectuar interconsulta con el endocrinólogo que está tratando al paciente y se premedicará con antibióticos¹⁰.

10.1.4 La anemia.

Los signos que más presentan éstos pacientes son piel y mucosas pálidas, queilitis angular, labios y lengua fisurados; si presentan disminuido el nivel de hemoglobina será riesgoso para la oxigenación del colgajo y la cicatrización. Un factor agravante es el aumento en la presión sanguínea con lo que se predispone a la hemorragia^{1,15}.

10.1.5 Pacientes con insuficiencia cardiaca.

Pacientes que presentan crecimiento del corazón, debilidad, edema, mayor tiempo circulatorio, agrandamiento del hígado (hepatomegalia), falta de aliento y sofocación (disnea), distensión de las venas del cuello, falta de aliento y sofocación acostado que pasa al sentarse (otropea)¹⁶.

10.2 Pacientes que están bajo medicación.

10.2.1 Anticoagulantes.

Ya que producen hemorragias espontáneas cuando están mal medicados y podrán agravar una cirugía de este tipo; se debe suspender la droga antes de la cirugía previa interconsulta con el médico.

El principal representante de estas drogas es la heparina que inhibe la activación de la protrombina para construir la trombina impidiendo la transformación del fibrinógeno en fibrina¹².

10.2.2 Hipotensores.

Ya que son medicamentos utilizados para la tensión arterial¹².

10.2.3 Vasodilatadores coronarios.

Estos medicamentos tienen efectos secundarios que producen metahemoglobulina y esta puede producir anoxia a nivel del colgajo y por consiguiente una necrosis¹².

10.2.4 Antidiuréticos.

Estos medicamentos son capaces de reducir la secreción de orina y por consiguiente disminuye la eliminación de la prilocaína (citanest) ya que se efectúa a través del riñón¹².

10.2.5 Pacientes sensibles a los anestésicos.

Al ser de tipo Esteres y Amidas, los anestésicos utilizados en Odontología, estarían contraindicados en pacientes que presentan alguna entidad patológica; por ejemplo los Esteres son metabolizados por la colinesterasa que es producida a nivel hepático.

Si el paciente tiene disminuida la colinesterasa va a tener problemas para metabolizar el anestésico.

Entre las amidas, está la lidocaína, la cual por tratarse de un bloqueador Beta-adrenérgico, disminuye la fuerza de contracción del miocardio (acción inotópica negativa) y la frecuencia cardiaca (acción cronotópica negativa).

La prilocaína aunque su eliminación en un 90/100 se hace a través del riñón, por lo tanto, está contraindicada en dosis altas en pacientes donde existe disminución de la función renal, también debe tenerse cuidado en pacientes que presenten anemia; por lo tanto está contraindicada en dosis altas en pacientes donde existe disminución de la función renal, también debe tenerse cuidado en pacientes que presenten anemia; por su efecto oxitóxico no debe aplicarse en pacientes embarazadas porque disminuye la irrigación placentaria¹².

10.2.6 Otros riesgos son pacientes bajo supervisión psiquiátrica, pacientes con enfermedades infecto contagiosas, etc., que ponen en peligro la vida del paciente y del operador¹².

***11 PREPARACION DEL PACIENTE PARA EL ACTO
QUIRURGICO***

Se procede al acto quirúrgico cuando se tenga la certeza de que se puede realizar, cuando se tenga un planteamiento y una estrategia a seguir⁴.

11.1 Consentimiento otorgado por el paciente.

Previo al procedimiento quirúrgico el paciente deber firmar una autorización la cual comprende en forma clara los procedimientos quirúrgicos que el odontólogo piensa llevar a cabo, también se debe explicar y anotar en la hoja del permiso los riesgos potenciales relacionados con la operación⁴.

11.2 Campo quirúrgico.

El paciente y la mesa para el instrumental deben estar protegidos por campos quirúrgicos estériles. El campo quirúrgico para la mesa debe ser de 1.20 mts. de largo por 80 cm de ancho. El campo quirúrgico para el paciente debe ser fenestrado de 1.20mts. de largo por 80 cm. de ancho^{2,14}.

11.3 Instrumental.

Una vez que instrumental está esterilizado, debe de ser colocado por la auxiliar, en forma ordenada, en la mesa para facilidad de manejo por parte del operador¹⁴.

***12 FACTORES QUE DETERMINAN LA DIFICULTAD DE LA
EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES***

- 12.1** La forma de las raíces.
- 12.2** La longitud de las raíces.
- 12.3** La retención distoangular.
- 12.4** La amplitud del ligamento, si es amplio es más fácil la extracción.
- 12.5** El capuchón pericoronario, si está menos adosado es más fácil la extracción.
- 12.6** La densidad del hueso, en pacientes jóvenes es más fácil la extracción.
- 12.7** Si el diente está parcial o totalmente cubierto por tejido óseo.
- 12.8** La relación que tengan las raíces con el canal dentario inferior.
- 12.9** Si el molar está parcial o totalmente cubierto por tejido óseo^{11,4}.

***13 EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR
INCLUIDO***

13.1 Anestesia.

Se procede a una buena técnica conductiva troncular y refuerzo del largo bucal^{10,15}.

13.2 Incisión.

Es aconsejable hacer las incisiones amplias que permitan un extenso colgajo que recubre el hueso a resecar; el colgajo debe tener una base lo suficientemente ancha para que su irrigación no se encuentre perturbada e impedida.

Es importante tener en el curso de la operación una buena visualización de modo que el colgajo obtenido permita ver correctamente lo que hace que no se oponga o interfiera a las maniobras quirúrgicas posteriores. (Figuras 7B y 7C).

El trazado de la incisión debe hacerse enérgicamente con el bisturí, hasta percibir la sensación del hueso o del diente, ésta debe llegar hasta la cara distal del segundo molar.

Para el desprendimiento del colgajo mucoperióstico utilizaremos un periostótomo manteniéndolo apoyado en el hueso de 45 a 60 grados y desprendiendo en una misma dirección para evitar desgarramiento.

Nunca se hace la incisión relajante por lingual debido al riesgo de traumatizar inserciones musculares que van a dificultar la cicatrización por los continuos movimientos de la lengua¹⁸.

13.3 Colgajo.

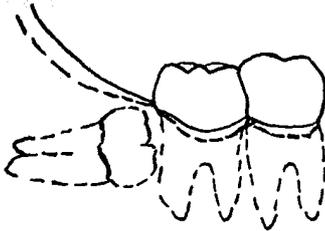
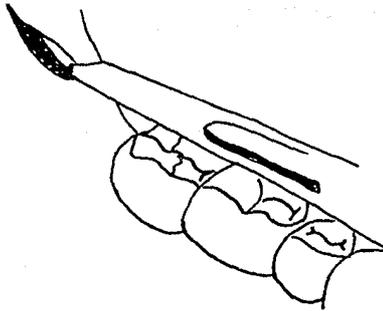
Trazada la incisión se hace hemostasis comprimiendo por breves instantes la región; se toma el periostótomo y se introduce en la incisión, apoyándose en el hueso con movimientos de lateralidad y giro del instrumento, se desprende la parte vestibular de esta incisión. Para facilitar esto, apoyamos el instrumento en el ángulo vestibulo-distal del segundo molar, desplazando el instrumento hacia la línea media del paciente.

El periostótomo siempre estará apoyado en el ángulo vestibulo distal del segundo molar, también nos sirve para mantener fijo el colgajo desprendido. La extensión del desprendimiento depende del tipo de retención.

Otro tipo de colgajo es el colgajo vertical, que se inicia con una incisión un poco lingual a la línea oblicua externa extendiéndose 1.5cm. distal al segundo molar inferior. La incisión sigue después en dirección vestibular alrededor del cuello del segundo molar hasta el espacio interproximal del segundo y primer molar; a partir de este punto la incisión se prolonga con una angulación de 45 grados y a uno o dos cm. hacia el epitelio en el pliegue muco-vestibular.

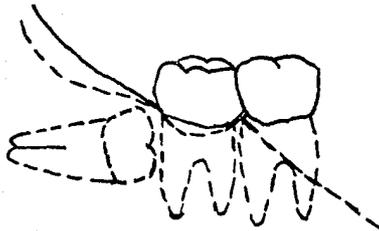
FIG. 1 INCISION, DISECCION Y DISEÑO DEL COLGAJO PARA LA EXTRACCION
DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

A) INCISION



B) COLGAJO ENVOLVENTE

C) COLGAJO VERTICAL



Una variación del colgajo vertical es el colgajo envolvente que se inicia como el colgajo vertical sobre el lado lingual del segundo molar inferior; de aquí la incisión sigue alrededor del cuello de los dientes del primero y segundo molar, incluyendo las papilas dentales, generalmente el punto final de la incisión se encuentra hacia mesial del primer molar inferior, aunque también puede prolongarse más hacia adelante, cuando se quiere obtener una vía de acceso más amplia^{17,18}.

13.4 Osteotomía.

Es el tiempo operatorio que consiste en la eliminación del hueso que cubre, protege o aloja el diente incluido.

Su objetivo es eliminar la cantidad necesaria de hueso como para tener acceso al molar y disminuir la resistencia que está dada por la cantidad y calidad del hueso (Figura 8A). La Osteotomía debe ser suficientemente amplia y la cantidad de hueso a retirar depende del tipo de retención, cantidad de hueso que cubre el diente incluido y forma radicular^{10,18}.

13.5 Odontosección.

Es el corte del diente incluido que se hace para facilitar su extracción, el primer corte óseo es vertical, se hace paralelo y distal a la raíz distal del segundo molar inferior, rodeando la corona del diente impactado; el largo de este corte depende de la profundidad de la impactación, el segundo corte comienza en el punto más inferior del primer corte. Dirigiendo el osteótomo hacia el reborde alveolar, se quita gran parte de la placa vestibular que cubre la corona de la impactación y si es preciso (Figura 8B), se hacen otros cortes horizontales para eliminar el hueso coronal y exponer la altura del contorno de la corona.

Antes de seccionar el diente y para eliminar de manera más correcta el hueso, el cirujano debe examinar dos áreas: la primera, en el lado distal de la impactación, en este lado es necesario quitar bastante hueso para poder eliminar la corona. La otra a nivel de la unión de los cortes horizontal y vertical para poder introducir un elevador y penetrar en el espacio folicular de la corona impactada.

También se elimina hueso a la altura del contorno de la impactación sobre los lados vestibular y lingual (Figura 8C) y por debajo de la altura del contorno de la impactación del lado meso-vestibular para permitir la introducción de un elevador.

La técnica de sección seleccionada debe ser aquella que proporcione una buena vía de acceso con eliminación mínima de hueso^{8,14}.

13.6 Extracción propiamente dicha.

Es la eliminación del molar retenido una vez realizada la Osteotomía, se realiza con palancas apropiadas que toman punto de apoyo en las estructuras óseas vecinas o en la cara distal del segundo molar. El punto de apoyo destinado a aplicar la palanca está generalmente por el lado inferior de la base del triángulo interentario. También puede servir como puntos de apoyo otras porciones óseas en otros tipos de retención, como el borde bucal del maxilar, el borde distal y el segundo molar.

La potencia o fuerza destinada a movilizar el molar depende del tipo de retención (Figura 9A). Para evitar fracturas del molar o del maxilar se debe practicar la suficiente resección ósea, disminuyendo así la fuerza a emplearse, de tal modo, se disminuye también los riesgos operatorios^{5,15}.

13.7 Tratamiento de la cavidad ósea.

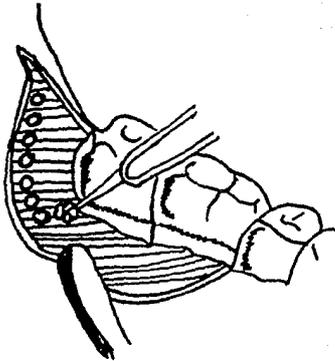
Se retira el saco pericoronario con curetas que permitan separar al saco conjuntivo de la cavidad ósea alveolar, luego exploramos los bordes óseos para evitar que queden puntas agudas o cortantes las cuales eliminaremos con pinzas gubias y limas para hueso.

Se revisa la cavidad para evitar que quede un cuerpo extraño¹⁶.

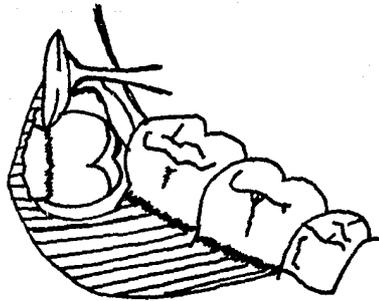
13.8 Sutura

Luego de revisar e inspeccionar la cara interna del colgajo eliminando tejido de granulación, restos óseos o dentarios, se adapta el periostio y se regresa el colgajo al sitio normal, luego tomamos los puntos de sutura (Figura 9B), teniendo en cuenta las técnicas de sutura más usadas para éste tipo de cirugía; como colchonero vertical y horizontal (Figura 9C); también se pueden usar puntos aislados^{11,15,18}.

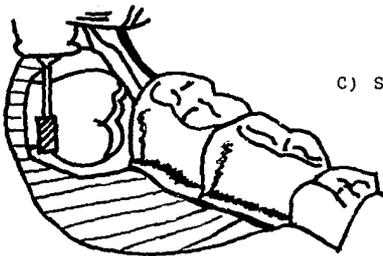
TECNICA DE OSTEOTOMIA PARA TERCER MOLAR



A) OSTEOTOMIA



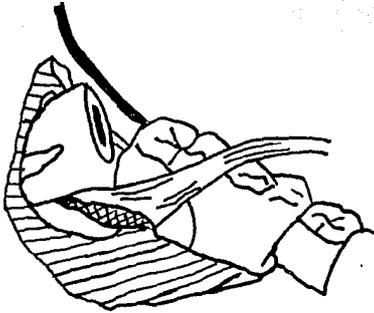
B) SECCION DEL DIENTE



C) SECCION DEL DIENTE CON FRESA QUIRURGICA

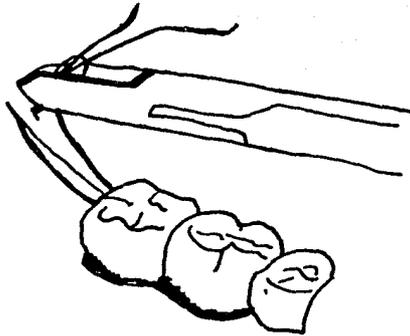
FIG. 9

Extracción del tercer molar inferior incluido
y sutura



A) EXTRACCION PROPLIAMENTE DICHA

B)



S U T U R A



C)

***14 EXTRACCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR
INCLUIDO***

14.1 Anestesia

Se efectúa una buena técnica infiltrativa por vestibular y por palatino, buscando el nervio palatino anterior⁹.

14.2 Incisión.

La vía de acceso más cómoda es desde el lado vestibular de la tuberosidad del maxilar prefiriendo la incisión hecha hacia vestibular de la cresta del reborde. El acceso hacia la superficie del proceso alveolar posterior se obtiene abriendo la boca del paciente hacia el lado de la operación.

La incisión en diagonal se hace en el diente impactado dirigiéndola hacia abajo y adelante hacia el surco gingival a nivel del ángulo disto-lingual del segundo molar superior (Figura 10A), después se prolonga en el surco subgingival a lo largo de la superficie distal del segundo molar y a lo largo del lado vestibular del segundo molar formando así una T (Figura 10C)^{8,10}.

14.3 Colgajo

Terminada la incisión, se levanta el mucoperiostio utilizando el cincel semicircular grande o un periostótomo. Como la incisión es vestibular a la escotadura hamular los tejidos no deben ser cortados para evitar la hemorragia en esta región. (Figuras 10B y 10D)⁹.

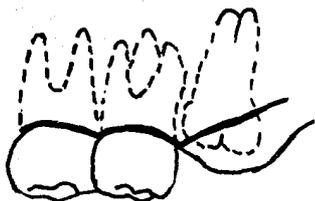
14.4 Osteotomía.

A veces es posible localizar una porción de la corona del diente impactado. Rara vez será necesario quitar el hueso sobre la cresta del proceso alveolar al diente impactado (Figura 11 A). El conservar este hueso permite mantener la altura del proceso alveolar y ayuda a evitar la formación de bolsas periodontales así como la destrucción ósea distal al segundo molar¹⁶.

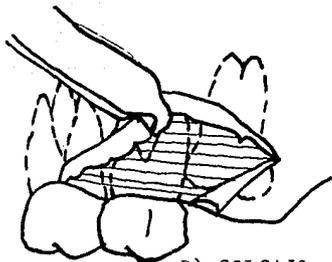
14.5 Extracción propiamente dicha.

Generalmente este tipo de diente es eliminado con elevadores después de exponer el diente, dentro de este tipo de elevadores tenemos los semicirculares grandes o pequeños, rectos, derechos e izquierdos.

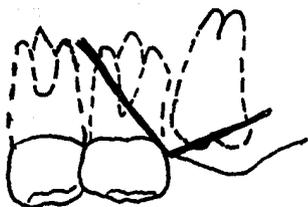
Se introduce un elevador entre el diente y el hueso y la parte cóncava del instrumento debe mirar hacia el diente; se gira el elevador de manera que el diente se mueva hacia atrás y hacia abajo, apoyándonos en el hueso adyacente (Figura 11B).



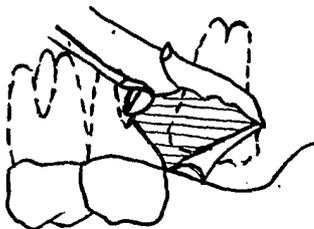
A) INCISION



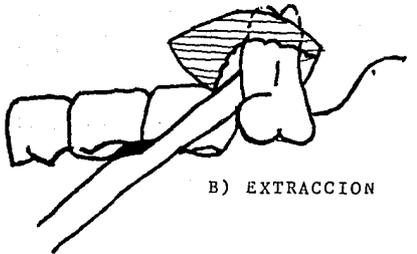
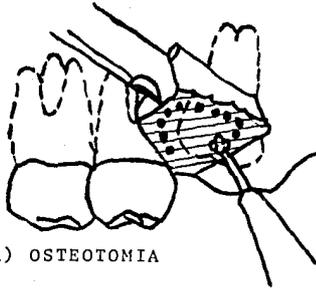
B) COLGAJO



C) INCISION



D) COLGAJO



Los elevadores apicales derecho e izquierdo suelen utilizarse para las impactaciones más difíciles y complicadas debido a la ubicación anatómica del diente o bien a la presencia de hueso excepcionalmente denso, poco flexible, una angulación o una morfología poco común del diente^{10,18}.

14.6 *Tratamiento de cavidad ósea.*

Después de eliminado el tercer molar, se procede al curetaje del alvéolo, para sacar todos los restos foliculares o dentarios; luego alisamos los bordes óseos del alvéolo¹⁰.

14.7 *Sutura.*

Después de irrigar el alvéolo se presiona el colgajo, cuando hay hiperplasia fibrosa, la tuberosidad maxilar concomitante, éste será el momento más oportuno para cortarla.

Se colocan suturas adicionales a las del colchonero horizontal o vertical que son útiles en estos casos⁶.

15 EXTRACCION DE CANINOS SUPERIORES INCLUIDOS

15.1 Anestesia.

Se coloca una buena técnica infiltrativa por vestibular y nasopalatina derecha e izquierda, dependiendo dónde se encuentre el incluido¹⁴.

15.2 Incisión.

Para extraer el canino incluido en la bóveda palatina, es necesario desprender parte de la fibromucosa para conseguir un colgajo amplio (Figura 12A), así el colgajo debe dar una suficiente visión del campo operatorio y dispuesto de tal modo que no sea traumatizado durante la cirugía. La extensión del colgajo se hace de acuerdo a la posición del canino retenido (Figura 14A).

No es conveniente hacer incisión relajante a nivel de la mucosa palatina, siendo más aceptado ampliar la incisión gingivo- marginal tomando otros dientes vecinos y evitando así una posible necrosis de la mucosa palatina. Para el caso de incisión vestibular se hace un arco o hasta el borde libre de la encía, debe estar alejada del sitio de implantación del diente¹⁴.

15.3 Colgajo

Se hace con un instrumento romo insinuando entre la arcada dentaria y la encía, poco a poco sin herirla o desgarrarla. Se desprende la fibromucosa dejando al descubierto el hueso del paladar; después de haber desprendido un poco de fibromucosa se toma con una pinza de disección y debe ser mantenido inmóvil durante el curso de la operación (Figura 12B).

Debe cohibirse la hemorragia de los vasos palatinos para que la visión sea mejor (Figura 14B)^{9,14}.

15.4 Osteotomía.

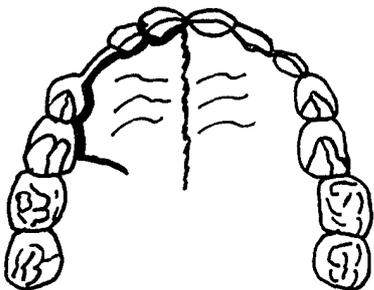
Se hace con fresa quirúrgica y debe descubrir toda la corona, especialmente a nivel de la cúpula del diente incluido y en una anchura equivalente al mayor diámetro de la corona para que ésta se pueda eliminar de la cavidad ósea, por lo general es suficiente descubrir el tercio cervical de la raíz (Figuras 12C y 14C)⁹.

15.5 Extracción propiamente dicha.

Existen dos procedimientos, el primero exige la eliminación de una cantidad considerable de hueso para extraer sin traumatismo el canino incluido (Figuras 13A y 13B); el segundo consiste en el clásico método de la Odontosección (Figuras 14D, 15A y 15B)¹¹.

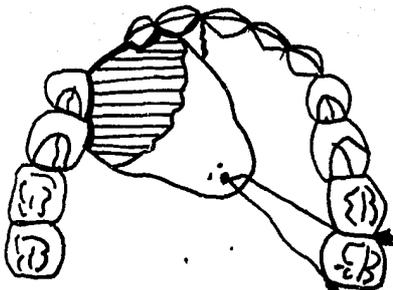
FIG. 12

INSICION, DISECCION Y DISEÑO DEL COLGAJO PARA LA EXTRACCION
DE CANINO SUPERIOR RETENIDO POR VIA PALATINA

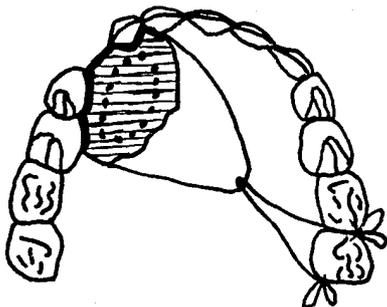


A) INCISION POR VIA PALATINA

B) RETRACCION DEL COLGAJO VIA PALATINA



C) OSTEOTOMIA VIA PALATINA



15.6 Tratamiento de la cavidad ósea.

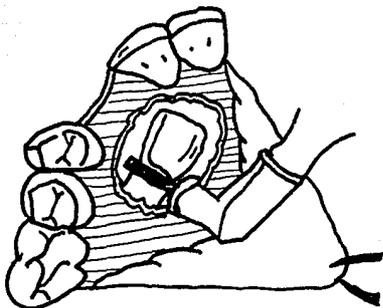
Después de la extracción del canino, se quitan las esquirlas del hueso o diente que pudieran quedar con una cucharilla fina; si no realizamos esto, podemos ocasionar trastornos infecciosos y tumorales. Se alisa el hueso con fresa redonda o lima para hueso^{10,18}.

15.7 Sutura.

Se coloca el colgajo de manera que el tejido quede en posición normal y los puntos se deben de coger en los espacios interproximales (Figura 13C y 15C). Es necesario además, la colocación de una placa de Hawley para el sostenimiento del colgajo; esta placa debe permanecer por espacio de ocho días, manteniéndose siempre una buena higiene oral^{9,10}.

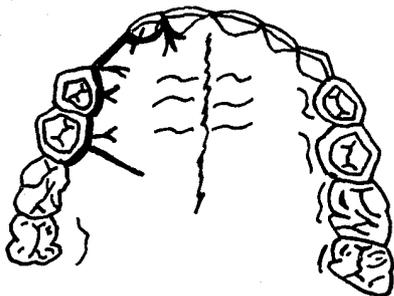
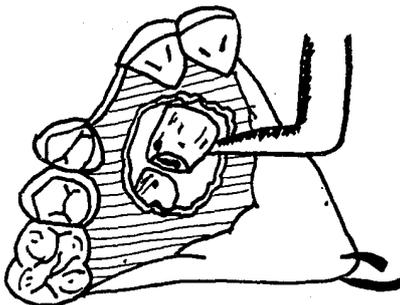
FIG. 13

Odontosección y extracción del canino superior retenido por vía palatina.



A) ODONTOSECCION

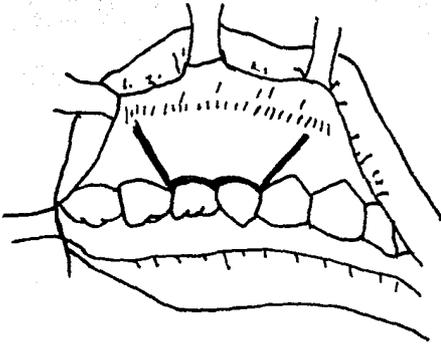
B) EXTRACCION POR VIA PALATINA



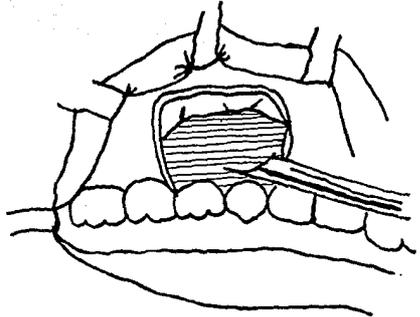
C) SUTURA

FIG. 14

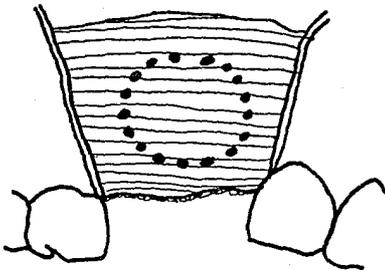
INCISION, RETRACCION DEL COLGAJO, OSTEOTOMIA Y ODONTOSECCION PARA LA EXTRACCION DEL CANINO SUPERIOR
RETENIDO POR VIA VESTIBULAR.



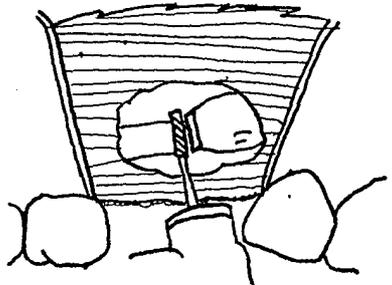
A) INCISION POR VIA VESTIBULAR



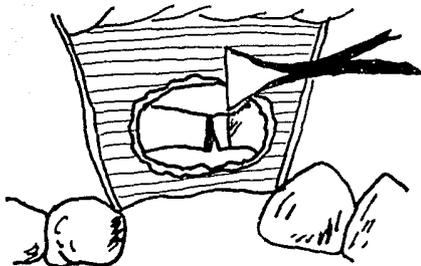
B) RETRACCION DEL COLGAJO POR VIA VESTIBULAR



C) OSTEOTOMIA POR VIA VESTIBULAR

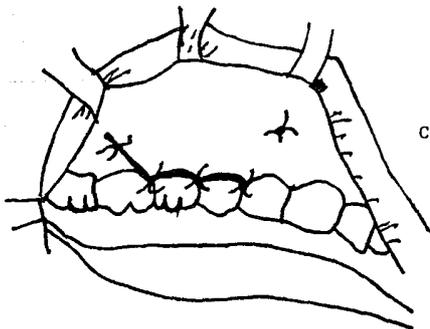
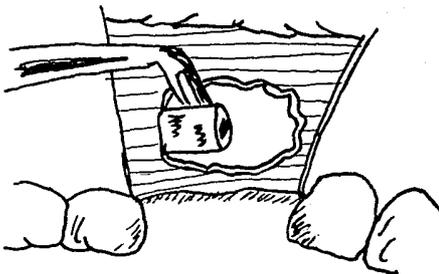


D) ODONTOSECCION



A) ODONTOSECCION

B) EXTRACCION POR VESTIBULAR



C) SUTURA

16 EXTRACCION DE CANINOS INFERIORES INCLUIDOS

16.1 Anestesia.

Se procede con buena técnica conductiva troncular y se refuerza con mentonero y lingual^{10,13}.

16.2 Incisión.

Se hace siguiendo el borde libre de la encía o el proceso alveolar y se completa con una incisión vestibular y oblicua en la parte media, formando trapecio^{7,8}.

16.3 Colgajo.

El colgajo se realiza con un periostótomo de la misma manera que para los terceros molares inferiores^{10,18}.

16.4 Osteotomía

Se practica con un escoplo, fresa o combinados los dos métodos, con un instrumento se protege el paquete vasculonervioso mentonero para evitar una lesión, si es el caso, se realiza Odontosección para facilitar la extracción del canino incluido^{4,10}.

16.5 Extracción propiamente dicha.

Se realiza con elevadores rectos o anguladores, haciendo movimientos de cuña y de palanca¹⁴.

16.6 Tratamiento de la cavidad ósea.

Una vez extraído el canino, eliminamos las esquirlas de diente o de hueso que pudieran quedar; ya que si no se realiza esta operación podemos ocasionar trastornos infecciosos y tumorales. Se alisa el hueso con fresas redondas o limas para hueso¹⁴.

16.7 Sutura.

Se reposiciona el colgajo y suturamos con la técnica colchonera o puntos aislados¹⁴.

17 DIENTES SUPERNUMERARIOS INCLUIDOS

17.1 Los dientes supernumerarios han sido reportados en las dos denticiones, sin embargo la incidencia es menor en la dentición primaria, la mayoría de dientes supernumerarios son del tipo suplementario y rara vez permanecen incluidos.

Esta clase de dientes se detecta por un examen clínico completo y un estudio radiográfico de rutina. Cuando no es posible establecer la posición exacta del supernumerario, es preferible elegir la vía palatina por cuanto ésta, es la posición más frecuente.

La técnica es similar a la usada en la extracción de los caninos incluidos por palatino⁶.

18 COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

18.1 Dolor.

Debe advertirse al paciente de un dolor casi seguro, intenso, después de 6 a 8 horas de la extracción, al cabo de las cuales irá disminuyendo. Puede ser ocasionado por un traumatismo excesivo y prolongado durante el acto quirúrgico por dejar residuos dentales y óseos después de la extracción que intervienen en el proceso normal de la cicatrización, favoreciendo así una posible infección.

Se hace necesario administrar analgésicos especialmente de tipo narcótico durante las primeras 24 horas consecutivas a la intervención. Para prevenir el dolor recomendamos al paciente tomar analgésicos antes de que pase el efecto del anestésico local; así el dolor no se tornará tan intenso y es más fácil tratarlo. También se recomienda reposo con la cabeza en alto^{14,15}.

18.2 Edema.

Es una manifestación del proceso inflamatorio y necesario de la cicatrización de heridas. La rotura de las vías vasculares y linfáticas que drenan en el área quirúrgica forman parte del traumatismo quirúrgico. Por lo tanto, la tumefacción es debida a una eliminación insuficiente del líquido linfático, destrucción, celular y acumulación de líquidos extra celulares y en la mayoría de los casos a la diapedesis de los elementos sanguíneos a través de las paredes de los vasos. El edema va en aumento de las 24 a las 36 horas consecutivas a la operación¹⁸.

18.3 Trismus.

Se define como espasmo muscular constante, puede ser transitorio o persistir durante un periodo de varios días o hasta que se trate la causa de la enfermedad. El paciente presenta dificultad relativa para abrir y cerrar la boca después de la extracción del tercer molar impactado. Es una reacción por inflamación directa de los músculos masticadores (masetero y pterigoideo), está siempre presente en los procesos provenientes de los molares inferiores.

Otra causa puede ser el traumatismo iatrogénico ya sea cuando se aplique la anestesia troncular inferior o cuando se incide directamente sobre el músculo masticatorio. Si al cabo de 5 días persiste un trismus que sólo permite una abertura inferior a la mitad de la abertura anterior a la intervención, el Odontólogo debe hacer una evaluación en busca de equimosis y signos de hematoma de resorción lenta con sensibilidad dolorosa que va aumentando en la región operada, fiebre, infección postoperatoria, un absceso en el masetero o en el espacio faríngeo lateral.

Se prescriben medicamentos antisépticos y analgésicos, paños locales de agua caliente, si el trismus es de origen infeccioso se debe administrar antibióticos^{11,14}.

18.4 Hemorragia secundaria

Todos los pacientes antes de salir del consultorio, deben ser examinados cuidadosamente para evitar una posible hemorragia postoperatoria al retirar las gasas de la región operada. Deben detectarse hemorragias activas, sin embargo, la hemorragia secundaria se produce después de las 24 horas siendo generalmente el resultado del coágulo sanguíneo.

Si las suturas se han aflojado, se anestesia la zona y se coloca una sutura firma sobre el lugar de la hemorragia. De igual manera, se puede aplicar una presión directa sobre la zona hemorrágica, haciendo que el paciente muerda con firmeza un apósito de gasa; si al retirar la gasa se reanuda la hemorragia, se puede colocar una esponja de gelatina absorbible sobre el sitio que sangra¹⁸.

18.5 Alveolitis.

Se presenta más frecuentemente en el maxilar superior, aumentando con la dificultad y duración del procedimiento quirúrgico. Entre el tercer y cuarto día después de la operación, el paciente manifiesta dolor intenso, acentuándose el primer día, además hay caída del coágulo y halitosis por acumulación de alimentos. Al quitar la sutura el alvéolo está vacío y el coágulo es friable y blancuzco.

La irrigación que se hace en ese momento en el alvéolo elimina los restos del coágulo necrótico; esta irrigación intensifica el dolor y unos minutos después se ve el hueso expuesto quedando a veces restos del coágulo sanguíneo, no se curetea porque se desplazan los microorganismos hacia lo profundo del alvéolo, seguidamente se coloca el alvogil o una gaza impregnada con eugenol o dentopraxil con yodoformo y óxido de zinc en el fondo del alvéolo, si el dolor no pasa se repite el procedimiento^{8,9}.

18.6 Reacciones alérgicas.

Hay dos categorías: La celular o retardada y la humoral o inmediata, éstas reacciones pueden ser de todas las gamas como pápulas, vesículas y úlceras exudativas con formación de costra.

Estas reacciones pueden manifestarse de varias maneras, las más comunes son el asma y el edema angioneurótico, éste último puede ser producido por la lidocana (xilocana). Una de las manifestaciones de la penicilina más comunes es la urticaria que comienza en la palma de la mano, planta de los pies y cuero cabelludo.

Gran parte de las complicaciones dependen del operador, ya que está en sus manos reducirlas, siguiendo un plan quirúrgico con esmero y teniendo en cuenta las consideraciones preliminares, llevando un seguimiento cuidadoso de la cirugía realizada^{17,18}.

***19 TRATAMIENTO DE LAS COMUNICACIONES
OROANTRALES SECUNDARIAS A LA EXTRACCION
DENTAL***

El tratamiento de las fistulas oroantrales ha sido difícil y los resultados frecuentemente inaceptables. La alta recurrencia de éste proceso patológico, a pesar del tratamiento quirúrgico adecuado, es un reto aún para el más experimentado cirujano.

El término **fistula oroantral**, ha sido establecido para definir una comunicación entre la cavidad oral y el seno maxilar que persiste por más de 48 horas, si la comunicación es más reciente, se le denomina perforación.

La formación de una fistula oroantral subsecuente a una extracción dental puede deberse a factores predisponentes como: hiperaeración del seno, piso sinusal delgado, proximidad radicular al seno maxilar o ausencia de separación ósea entre éste o al ápice del molar; factores desencadenantes como un curetaje indiscriminado del alvéolo, uso traumático del elevador, o extensión de las lesiones periapicales. La mayoría de las comunicaciones oroantrales cierran espontáneamente con protección adecuada del coágulo o con tratamiento antibiótico, las que no responden a este manejo, van a requerir tratamiento médico y quirúrgico específico^{3,5}.

19.1 Fisiopatología.

Al crearse una comunicación crónica entre la cavidad oral y la sinusal, se establece un trayecto epitelial fistuloso que permite la comunicación constante del seno maxilar con agentes provenientes de la cavidad oral. Evidencias experimentales sugieren que la sinusitis maxilar se presenta en tiempo tan breve como 48 horas después del establecimiento de la comunicación⁵.

19.2 Sintomatología.

El paciente generalmente presenta problemas de regurgitación nasal de productos alimenticios, especialmente líquidos. Frecuentemente, síntomas asociados a la sinusitis crónica y activa son dominantes. Rinorrea purulenta y mal oliente, sensación de presión o dolor en el seno maxilar, odontalgia, otalgia y faringitis crónica. La constante contaminación del meato medio puede inducir etmoiditis, la faringitis crónica con adenoiditis puede anteceder infecciones del oído medio secundarias a inflamación del tubo de eustaquio¹⁵.

19.3 Diagnóstico.

La historia, Sintomatología y examen otorrinolaringológico y odontológico del paciente, son suficientes para establecer el diagnóstico. Clínicamente el tracto se puede demostrar por medio de un sondeo delicado, la maniobra de valsalva producirá escape de burbujas de aire a través de la sangre en el sitio quirúrgico (lo cual se logra indicando al paciente que sople el aire por la nariz mientras esta se ocluye) también puede existir sangrado por la nariz o la abertura puede ser visualizada con succión y luz. Radiográficamente las vistas periapicales pueden mostrar la comunicación y las oclusales si hubo desplazamiento de alguna raíz dental dentro del seno¹⁵.

19.4 Tratamiento sistémico

La necesidad de controlar completamente la infección del seno maxilar una vez diagnosticada ha sido establecida. Con este propósito y considerando la variedad de la flora bacteriana presente en la sinusitis secundaria a las fistulas oroantrales, el tratamiento con antibióticos de amplio espectro y por no menos de tres semanas es aconsejado. Al mismo tiempo irrigaciones del seno maxilar afectado son frecuentemente requeridas^{3,15}.

Simultáneamente con este tratamiento sistémico, se fabrica una prótesis odontológica y se aplica a manera de obturador de la fistula, para esto los materiales acrílicos son preferidos. Este obturador puede ser usado por varias semanas hasta que la sinusitis maxilar desaparezca o se estabilice. Si el proceso inflamatorio sinusal no se ha controlado se procede, entonces, al tratamiento quirúrgico requerido.

19.5 Tratamiento quirúrgico.

Si está presente, el daño irreversible de la mucosa debe ser erradicado y debe prestar atención especial al establecimiento de una buena ventilación sinusal por medio de una ventana naso-antral u otro tipo de cirugía que garantice un ostium patente.

Una vez que el proceso activo del seno maxilar ha sido controlado, se puede proceder al tratamiento quirúrgico definitivo de la fistula.

Tres técnicas se han aceptado para el cierre de las fistulas oroantrales.

19.5.1 Colgajos locales.

19.5.1.1 Rehrmann.

19.5.2 Colgajos palatinos.

19.5.2.1 De deslizamiento

19.5.2.2 Transversales.

19.5.2.3 De rotación.

19.5.2.4 De rotación con avanzamiento lateral.

19.5.2.5 Rotado de tejido submucoso.

19.5.2.6 Pediculado de isla.

19.5.3 Colgajos distantes.

19.5.3.1 Lingual lateral.

19.5.3.2 Lingual central.

19.5.4 Injertos.

Cuando ocurre una comunicación oroantral, esta debe ser tratada prontamente. La escogencia de la técnica dependerá de factores como el tamaño de la comunicación y la preservación del tejido o profundidad del vestíbulo.

19.6 *Sugerencias para prevenir la entrada inadvertida en el seno maxilar.*

19.6.1 Examen clínico y radiográfico adecuado.

19.6.2 Sección controlada de los dientes extruídos aislados próximos al seno maxilar.

19.6.3 Uso de fuerza controlada.

19.6.4 Cuidadosa remoción del hueso cercano a las paredes o piso del seno durante las reducciones de la tuberosidad.

19.6.5 Considerar la remisión de pacientes cuando existe alto riesgo de entrar al seno o ésta es aparentemente inevitable^{6,9,14}.

***20 MIGRAÑA HEMIPLEJICA DE EXTRACCION DE
TERCEROS MOLARES BAJO SEDANTE INTRAVENOSO***

Afortunadamente, un estado de enfermedad severo en pacientes siguiendo cirugía oral y maxilofacial con anestesia general ambulatoria o sedante intravenoso (IV) es extremadamente raro.

Aislando el estado de enfermedad a complicaciones cerebro-vasculares, limita el número aún más. Recíprocamente, menos complicaciones postoperatorias y post-anestésicas, incluyendo somnolencia prolongada, náuseas y vómito, son encontradas comúnmente.

Pacientes con una historia de dolores de cabeza tipo migraña, también reportan una tendencia a producir ataques en el periodo post-operativo. Una variante interesante del dolor de cabeza (migraña) es que puede manifestar muchos de los signos y síntomas de accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio, pérdida de la fuerza motora, deficiencias sensoriales u otros signos neurológicos faciales, teniendo la denominación de hemiplejía o migraña complicada.

Aunque éste fenómeno es bien conocido para los neurólogos, una búsqueda de la literatura revela que no hay casos de migraña hemipléjica ocurrida durante cirugía oral y maxilofacial previamente reportados^{12,1}.

La migraña no es una única entidad, pero más aún una multitud de condiciones relacionadas y por sus manifestaciones anatómicas y clínicas; migraña clásica, migraña basilar de las arterias, migraña oftalmopléjica y migraña hemipléjica. El síndrome único de la migraña es el de un desorden común que ocurre más en mujeres que en hombres, siendo las mujeres con mayor riesgo de ataque durante periodos de cambio hormonal como la menstruación, ovulación y menopausia. La migraña usualmente empieza después de la pubertad, pero puede empezar durante cualquier momento de la vida.

La presentación más común, la migraña clásica está caracterizada por tres factores necesarios para el diagnóstico: Aura, dolor de cabeza y síntomas autonómicos.

El aura está asociado con síntomas neurológicos transeúntes, usualmente escotomas destellantes, seguido de dolor de cabeza en exceso, fotofobia, náuseas, vómito y palidez. Las migrañas son recurrentes y pueden durar desde horas hasta días. Otra variante, la migraña común, difiere de la migraña clásica por la ausencia de síntomas neurológicos asociados. La mayoría de los pacientes presentan migraña clásica interlazada con migraña común.

El síndrome de dolor de cabeza tipo migraña se ha sabido que contiene una base vascular. Ansiogramas vasculares han demostrado que la fase del aura representa una vasoconstrucción de arterias craneales y que el dolor de cabeza subsecuente es causado por la vasodilatación de las arterias cerebrales. La aglomeración de las plaquetas y expulsión de serotonina por parte de éstas, también aumentan durante la migraña y esto puede causar una deficiencia en la microcirculación cerebral. La epinefrina es un potente aglomerante y su expulsión puede contribuir a un ataque. En el caso de aquí, se pretende la expulsión endógena normal de epinefrina durante el proceso, o la epinefrina que fue utilizada en las inyecciones de anestesia local puede haber contribuido a la iniciación del ataque.

No es raro que la migraña presente signos y síntomas similares para causar ataques isquémicos temporales, tales como parálisis (migraña hemipléjica), deficiencias sensoriales que usualmente afectan la mano y la parte baja de la cara (descrito como una distribución de parestesia (CHEIRO-ORAL), disatría, afasia y oftalmoplegia (migraña oftalmopléjica). En raras ocasiones, la hemiparesis afecta una mitad del cuerpo. Cuando los síntomas neurológicos sobrevienen al dolor de cabeza, el episodio o etapa es referido como una migraña complicada. Los síntomas pueden durar horas, días o inclusive ser ocasionalmente permanentes.

El diagnóstico de la migraña complicada es primordialmente una exclusión por la presentación clínica inicial tan relacionada al de los ataques o ataques en proceso. Es más, dolores de cabeza acompañan en un 25% de los casos a eventos tromboembólicos cerebrovasculares.

Adicionalmente existen reportes ocasionales en la historia de ataques hemorrágicos e inclusive muertes, ocurrido en pacientes que experimentan un ataque de migraña agudo. No existe evidencia de que un ataque tipo migraña predispone al paciente hacia una hemorragia intracraneal.

Es por esto, que los pacientes con un dudoso complicamiento de migraña deberán someterse a un chequeo completo para analizar si el ataque, lesiones masivas, lesiones vasculares o una causa metabólica. Para ser todo aún más complicado, es posible tener una migraña con todos los síntomas neurológicos asociados pero sin que exista un dolor de cabeza. Esto se denomina un EQUIVALENTE DE MIGRAÑA.

Existen ciertos factores que pueden ser útiles en el diagnóstico. La migraña complicada ocurre, predominantemente en pacientes jóvenes. Una historia familiar de migraña puede también ayudar en el proceso del diagnóstico al incrementar el índice de sospecha de migraña.

Adicionalmente los déficits neurológicos en TIA y ataques son usualmente máximo en el principio de la enfermedad, donde los relacionados a la migraña tienden a progresar en tal forma **escalonada** entre 10 y 30 minutos finalmente, CT craneal con infusión o resonancia magnética puede proveer una determinación precisa de cualquier área de lesiones y excluir aquellas lesiones que ocupan espacio.

Porque el aura es usualmente de poca duración, el tratamiento para la migraña clásica está dirigido hacia el dolor de cabeza de término largo e incapacitante causado por la vasodilatación de la vasculatura cerebral.

Derivados de la ergotamina han sido usados efectivamente para tratar con la migraña clásica. El tratamiento de la migraña complicada es más difícil. El propanolol, actualmente aprobado por la federación dental americana para el tratamiento de la migraña común, ha sido utilizado exitosamente para disminuir el número de pacientes con ataque tipo migraña^{12,1}.

CONCLUSIONES

Mediante este trabajo, se puede analizar la importancia en adquirir el conocimiento básico y necesario para realizar cualquiera intervención quirúrgica por pequeña que sea. Ya que los éxitos y la importancia que tiene este tema del cual nos basamos.

Definimos todas las diferentes formas de impactación, retención, desglosamos las clasificaciones de los terceros molares superiores e inferiores, caninos superiores e inferiores encontramos dientes supernumerarios retenidos esquematizamos todas las diferentes retenciones e inclusiones.

Es de suma importancia el tratamiento y diagnóstico de los dientes incluidos y tener en cuenta el momento de las indicaciones de estos dientes, ya que nos pueden ocasionar daños a las estructuras adyacentes provocando caries o incluso pueden obstruir el soporte óseo. También hay que aclarar que muchos de nuestros pacientes sienten temor a este tipo de cirugía, porque cree que se le va a traumatizar y muchos de estos se presentan asintóticamente. No sabiendo que pueden aparecer quistes o tumores odontogénicos. Es muy frecuente encontrar dientes incluidos alrededor de neoplasmas.

Ahora las contraindicaciones como la posible lesión en la estructura adyacente. Es posible predecir que efecto tendrá la eliminación de un diente impactado sobre el tejido blando circundante espacialmente del paquete vasculo nervioso del conducto dentario inferior y el nervio lingual.

Habrá que valorar el estado físico comprometido ya que puede presentar enfermedades cardiovasculares o antecedentes de infarto graves o también recientes, ellos no deben ser sometidos a atenciones de intervenciones quirúrgicas si estas pueden evitarse en estos casos se aconseja administrar antibióticos y analgésicos para eliminar temporalmente los síntomas de un diente impactado o infectado.

Esto va apoyado con los exámenes complementarios ya que son muy indispensables cuando se sospecha o se quiere confirmar un diagnóstico presuntivo. Cuando hay discrasias sanguíneas especialmente de factores de coagulación se piden (TP) tiempo de protrombina, el (TPT) tiempo trombotoplastina, tiempo de sangría, retracción del coágulo y recuento plaquetario, el cuadro hemático evalúa los glóbulos rojos y blancos, la cantidad y calidad de los hematocitos y el índice eritrocitario con lo cual se pueden descartar anemias.

Los exámenes de antiestreptolisina evalúan al paciente para descartar fiebres reumáticas , la curva de glicemia para descartar diabetes.

Otros exámenes como Elisa 1 y Elisa 2 se piden para descartar hepatitis y SIDA ,enfermedades infecto-contagiosas.

El en el momento de planear una cirugía, se debe de tener un conocimiento amplio de pacientes con problemas sistemicos que puedan contraindicar la cirugía en la cavidad oral algunos de estos riesgos son.

Hemofilia: Por que es un problema que ocurre como consecuencia de la carencia de uno de los factores de coagulación. Hemofilia A falta de factor VIII, Hemofilia B falta del factor IX.

Hipoproteinemia: producido por prolongados ayunos o síndrome de una mala absorción en enfermedades intestinales.

Diabetes: la deficiencia de insulina es la causa de la diabetes miellitus que es una enfermedad debilitante y compleja causa por la cual, esta contraindicada una cirugía de este tipo.

Anemia: es un factor agravante. Es el aumento en la presión sanguínea con lo que se predispone a la hemorragia.

Pacientes con insuficiencia cardíaca: son pacientes que presentan crecimiento del corazón, debilidad, edema, mayor tiempo circulatorio, agrandamiento del hígado (hepatomegalia).

Otros riesgos que podemos encontrar son los pacientes que están bajo medicación, como son:

Anticoagulantes: ya que producen hemorragias espontáneas cuando están mal medicados y podrían agravar una cirugía de este tipo.

Hipotensores: ya que son medicamentos utilizados para la tensión arterial.

Vaso-dilatadores coronarios: estos pueden producir anoxia a nivel del colgajo y por consiguiente una necrosis.

Antidiuréticos: estos medicamentos son capaces de reducir la secreción de orina y por consiguiente disminuye la eliminación de la prilocaína (citanest).

También se pueden analizar el procedimiento que sea menos traumático para el paciente y sus complicaciones post-operatorias.

Esto marca unos parámetros básicos para tener en cuenta un procedimiento quirúrgico simple y evitar las posibles complicaciones que le puedan presentar al operador.

ARTICULOS

ARTICULO 1:

CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES

Ha habido avances significativos en el diagnóstico y tratamiento de los terceros molares impactados con énfasis especial en la salud periodontal en el área adyacente al segundo molar del área de la extracción. A través de esta discusión estos avances en la planeación del tratamiento de los terceros molares impactados asintomáticos.

SEPTIEMBRE 1992

JOURNAL: CURR OPIN DENT

Vol. 2 pp. 9-19

ARTICULO 2:

CIRUGIA Y ORTODONCIA DE DIENTES IMPACTADOS

Este artículo cumple con los siguientes objetivos: Primero que nada, el diente que más comúnmente está impactado ha sido identificado como el tercer molar, los caninos maxilares y los centrales superiores, segundos premolares inferiores, segundos molares inferiores. Después, la causa de la impactación ha sido discutida: "en la mayoría de las situaciones estos dientes impactados se han angulado de una forma aberrante durante el desarrollo. Una vez que la raíz se ha formado y cerrado, estos pierden su potencial para erupcionar. Tercero, varios procedimientos quirúrgicos para descubrir estos dientes impactados han sido ya descritos. Tres diferentes técnicas son, excisión, exposición apical y la técnica de erupción cerrada, estas técnicas pueden ser utilizadas para descubrir dientes impactados. Este criterio se estableció para la elección de la técnica quirúrgica para un diente impactado. Por último la integración de la mecánica ortodóncica y la integración de los movimientos dentales además de los procedimientos quirúrgicos fueron ilustrados para cada uno de los tipos de dientes impactados y las técnicas para descubrir dichos dientes.

Surgical and ortodontic management of impacted teeth.

Abril 1993 Vol. 37 pp 181-204.

ARTICULO 3:

BRADIQUININA Y EL DOLOR INFLAMATORIO

La farmacología de la bradicinina ha sido bien establecida, sin embargo, el conocimiento actual sobre las concentraciones en tejido y su manipulación farmacológica o la reacción de la bradicinina en modelos clínicos y animales de la inflamación permanecen relativamente desconocidos.

Nosotros hemos desarrollado un método de microdiálisis para implantar pruebas dentro de compartimentos de tejido inflamado con el objetivo de coleccionar muestras continuas de pacientes bajo seguimiento médico por la remoción quirúrgica de dientes impactados o terceros molares. Estas muestras pueden ser analizadas por niveles o por mediadores de la inflamación, por ejemplo, las prostaglandinas y algunas otras drogas, con el fin de determinar curvas que indiquen el tiempo para la respuesta local de las sustancias en el tejido inflamado.

Journal: Agents Action Supply
1993
Vol. 41 pp. 65-131.

ARTICULO 4:

ESTABILIZACION QUIRURGICA DEL SEGUNDO MOLAR INFERIOR

Una técnica quirúrgica para ayudar a la erupción de un segundo molar inferior con mal posición, es descrita: la principal ventaja de esa técnica es que el diente es estabilizado por el hueso en la parte distal del diente en tratamiento. Después de una observación clínica y radiográfica se observó estabilidad en la posición, y no se observaron problemas pulpares ni secuelas periodontales.

Journal: Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol;
1993
Vol. 75 (6) pp. 6/4-6

ARTICULO 5:

DIAGNOSTICO CONFUSO DE CARCINOMA EN TERCEROS MOLARES

El propósito de éste estudio fue el de describir casos de cáncer oral en los cuales los síntomas iniciales presentados fueron considerados en los terceros molares, los cuales tenían un antecedente temprano de carcinoma.

Entre 1986 y 1990 un total de cinco casos con carcinoma de células escamosas asociadas con un tercer molar (impactado, parcial o totalmente erupcionado o recientemente extraído) fue tratado en nuestra unidad. Porque los síntomas crónicos relatados fueron problemas en la erupción del tercer molar, la detección de un cambio maligno simultáneo.

En conclusión todos los terceros molares, especialmente impactados parcialmente erupcionados o sobre erupcionados deberían ser examinados concienzudamente, especialmente en el paciente que presenta síntomas.

Journal: Oral Surg, Oral Med, Oral Path
75 (5) P551-5

ARTICULO 6:

PRACTICA ESPECIALIZADA EN CIRUGIA ORAL MENOR: ESTUDIO COMPARATIVO DE CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES.

La eficiencia en la remoción de terceros molares en la práctica especializada en cirugía oral menor fue comparada con el departamento de cirugía oral en el hospital. Un total de cien pacientes tratados en cada localidad fueron observados en el periodo del año de 1989-1990. Complejidad quirúrgica, tiempo de espera, complicaciones y satisfacción del paciente fueron pagadas y comparadas individualmente. Los casos del hospital fueron comparados con los de práctica especializada. La práctica fue a su vez comparada con el gasto promedio aprobado por el Dental Rates Study Group Inland Revenue Enquiry. Los pacientes fueron tratados más rápidamente y con un costo más bajo en la práctica especializada

**Journal Surgery; Vol. 1; No. 4; Pags. 2,3-7;
Abril 24; 1993.**

ARTICULO 7:

IMPACTACION DE CANINOS MAXILARES Y AUSCENCIA CONGENITA DE TERCEROS MOLARES. DESCRIPCION DE UN CRANEO ANTIGUO

En este reporte se describe un cráneo antiguo, en el cual ambos caninos maxilares se encontraban impactados y los terceros molares mandibulares estaban ausentes. Fueron tomadas series radiográficas que dieron como resultado una Clase I oclusalmente hablando, con un perfil ortognático y una reducción maxilar. Se confirmaron los estudios y se halló una posición irregular de los dientes encontrados como la que tenían los hombres de la prehistoria, sin la evolución de la civilización moderna.

**Journal Orthodontics; Vol. 15; No. 1; Pags. 1-5;
Febrero 1993.**

ARTICULO 8:

EFEECTO DEL FLURBIPROFENO EN TEJIDOS CON NIVELES DE BRADIKININA Y DOLOR POSOPERATIVO AGUDO

En este estudio se evaluó la administración preoperatoria de flurbiprofeno con niveles alterados de bradikina en tejidos inflamados. Treinta y seis pacientes fueron tratados con una doble dosis básica de flurbiprofeno 100 mg., o con un placebo antes de la intervención quirúrgica de un tercer molar impactado. Los reportes de las pruebas de microdiálisis fueron colectadas durante los primeros 15 minutos durante 4 horas antes de la extracción. Los niveles de bradikina en tejido fueron medidos utilizando radioinmunoanálisis.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA
99...

La administración preoperatoria de flurbiprofeno redució en los pacientes significativamente el dolor de 120 a 240 minutos después de la cirugía y bloqueó el incremento de los niveles de bradikina 135 a 150 minutos después de la misma.

Se concluyó que el flurbiprofeno es una antibradikina y también tiene un efecto por lo tanto analgésico. Este estudio coincidía con la hipótesis de que las prostaglandinas contribuyen con el incremento de bradikina, por lo tanto el flurbiprofeno inhibe la síntesis de prostaglandinas y actúa como un mediador de la respuesta inflamatoria en una cirugía.

**Journal Oral Maxillofac Surg; Vol. 51; No. 2; Pags. 112-6;
Febrero 1993.**

ARTICULO 9:

EFICACIA ANALGESICA DE UNA COMBINACION DE CODEINA-IBUPROFENO EN PACIENTES CON DOLOR DESPUES DE UNA CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES INFERIORES

Una doble dosis, fue administrada a 165 pacientes al azar de una combinación de ibuprofeno con codeína 200 mg.: 30 mg. fue comparada con el uso de acetilsalicilato codeína ácida 500 mg.; 30 mg.; y codeína 30 mg. Cada una de las dosis fue tomada cuando el paciente lo necesitaba, según el dolor que presentaba. La intensidad del dolor fue medida con una analogía visual en una escala de 10 horas después de la administración de la primera dosis. La reducción del dolor después de la DOSIS 1 en los pacientes con ibuprofeno-codeína; acetilsalicilato acido-codeína y codeína fue 64% , 45%, y 26%, respectivamente, y la duración del efecto fue 8.3, 6.3 y 5.6 h. Se acordó que la reducción del dolor fue aminorado durante la DOSIS 1 y 1 + 2, esto fue la diferencia entre ibuprofeno-codeína y otras dos drogas. El dolor máximo se redujo en 4 horas el 84% con ibuprofeno-codeína. Esto fue significativamente diferente ya que con el acetilsalicilato acido-codeína fue del 64% y con codeína 35%. Diecisiete pacientes reportaron efectos adversos; 5 con ibuprofeno-codeína, 4 con acetilsalicilato acido-codeína y 8 con codeína. Los efectos adversos más comunes fueron cansancio y vértigo.

La conclusión de este estudio fue que la combinación de ibuprofeno-codeína 200 mg.: 30 mg., tiene mejor poder analgésico comparado con el acetilsalicilato acido-codeína 500 mg.: 30 o codeína de 30 mg. en pacientes con dolor después de la cirugía de terceros molares inferiores efectuada.

**Journal Clin Pharmacol; Vol. 43; No. 4; Pags. 34-50;
1992.**

ARTICULO 10:

LA EVALUACION DE DEXAMETASONA PARA LA REDUCCION DE SECUELA POST-QUIRURGICA AL REMOVER TERCEROS MOLARES

Sesenta pacientes con simetría bilateral impactada de terceros molares , participaron en este experimento, simultáneamente ninguno de los participantes sabía de que se trataba. Para cuantificar los efectos de 4mg. de dexastrosa para reducir secuelas post-quirúrgicas.

Cada cirugía fue dividida particularmente en etapas y se completó en dos citas con 5 a 6 semanas de diferencia. Una dosis de dexastrosa fue dada de manera intravenosa antes de la operación al azar a un lado de la boca durante la cita quirúrgica, agua esterilizada sirvió de control.

Arias más grandes abarcadas en este estudio fueron las de inflamación facial, dolor y temblores. No hubo diferencia entre la inflamación facial y se notó dolor diario. Sin embargo, los temblores y el dolor general estuvieron ligeramente afectados por esteroides. Los pacientes recibieron un incremento de apertura de 4 a 6 mm. diario después de la cirugía , aparte del control durante el periodo de exámenes. Los pacientes evaluaron el dolor escogiendo el lado de menor dolor . En un margen mayor de 4:5. Los pacientes eligieron los esteroides como el lado de menor dolor. No se reportó incremento de ningún tipo de complicación entre el control y el lado de los esteroides.

**JOURNAL ORAL MAXILLOFACIAL SURGERY
VOLUMEN 50 PAG. 117- 182 NOV. 1992.**

ARTICULO 11

ESTUDIO COMPARATIVO DE TERAPIA CON RAYO LASER DESPUES DE UNA EXTRACCION QUIRURGICA DE TERCEROS MOLARES IMPACATADOS

Un "randomised", un estudio comparativo fue retomado para evaluar la eficacia de la terapia con rayo láser a bajos niveles en la reducción del dolor postoperatorio e inflamación después de una extracción bilateral de terceros molares inferiores impactados. La cicatrización también fue comparada después de una semana. Un grupo de 64 pacientes que se les selecciono al azar el lado que iba a ser operado por medio de un láser semiconductor y el otro lado aparentemente igual pero, con un modelo no operable. Este dato fue obtenido de 52 de 64 pacientes. Los resultados mostraron que no había diferencia evidente en el dolor e inflamación después del tercer día de la operación láser y el lado placebo.

**JOURNAL ARTICLE; RANDOMIZED CONTROLLED
VOL. 31 PG 1,2 JUN 1993**

ARTICULO 12:

USO DE TENOXICAM PARA CONTROLAR EL DOLOR DESPUES DE UNA EXTRACCION QUIRURGICA

El tenoxicam es un agente anti-inflamatorio no esteroideo que parece tener la propiedad de controlar el dolor músculo-esquelético desde su origen.

Se realizó un estudio para determinar la eficacia del tenoxicam para controlar el dolor en la cirugía de tercer molar y se comparó con el paracetamol. Inmediatamente antes de la cirugía, 30 pacientes chinos con terceros molares inferiores impactados se les dió 40 mg. de tenoxicam para cirugía en un lado y mil mg. de paracetamol para el otro lado.

Ambos fueron eficaces para controlar el dolor de la cirugía. El tenoxicam tuvo casi la misma eficacia que el paracetamol pero no demostró ninguna ventaja en cuanto a duración de la acción. La discrepancia entre la observación clínica y la predicción farmacocinética puede ser debido a las fuertes propiedades del suero del tenoxicam.

CLINICAL TRIAL; JOURNAL ARTICLE

PG 229-33 JUN 1993

ARTICULO 13:

BACTERIAS PERIODONTOPATICAS Y MICROBIOS SALIVARIOS ANTES Y DESPUES DE UNA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES ERUPCIONADOS PARTICULARMENTE

Este estudio examina el efecto de extracción de terceros molares con microorganismos periodontopatogénicos, bacteria acidogénica de la saliva El sujeto tenia 20 años 2 meses asintomático, con terceros molares parcialmente erupcionados. Se tomaron muestras en el área del tercer molar inferior, específicamente del espacio pericoronar y del área adyacente al segundo molar. Las muestras fueron tomadas por el método de Bram y biensa y se estudiaron bajo la luz del microscopio. En la saliva estimulada fue encontrada estafilococo mutans, lactobacilos. Todos los terceros molares parcialmente erupcionados fueron extraídos a 20 sujetos, 19 sujetos de control. Las muestras fueron realizadas nuevamente a los 5 y 9 meses después del postoperatorio. Los resultados mostraron que había más bacterias Gramm negativas y espiroquetas en el tercer molar que en el segundo. La extracción del tercer molar causó una baja significativa en el porcentaje de microorganismos en el segundo molar, también bajaron las cantidades de estreptococo mutans y espiroquetas después de la extracción, por lo tanto los terceros molares parcialmente erupcionados tienen mayor cantidad de microorganismos acidogénicos.

JOURNAL- INDEX MEDICOS; DENTAL

VOL. 2 PAG. 87-91 1993.

ARTICULO 14:

CAMBIOS EN LA POSICION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES EN ADULTOS JOVENES

Cambios en la posición de los terceros molares sub-erupcionados entre 18 y 21 años fueron examinados en un grupo de 1/ y 24 mujeres con arcos inferiores intactos. La angulación mesiodistal del tercer molar, espacio del molar, la condición del espacio y la angulación bucolingual del tercer molar y los cambios en estas dimensiones fueron promedio de 60 grados en una cefalometría tomada de los 18 a 21 años. A los 18 años el espacio del molar fue inadecuado por un promedio de 5.0 mm. Los cambios en promedio de las dimensiones fueron estadísticamente insignificantes-excepto por el incremento en el espacio del molar de 0./mm.

Cambios en la posición del tercer molar oscilaban entre 39 y -46 grados en mesiodistal y 24 a -24 grados en la dimensión bucolingual. Soló 10 molares no presentaron cambios en la angulación mesiodistal.

JOURNAL - DENTOFACIAL ORTHOP

VOL. 4 PAG. 320-327

OCT. 1992.

ARTICULO 15:

CANINOS SEVERAMENTE IMPACTADOS: AUTOTRANSPLANTACION COMO UNA ALTERNATIVA

A través de la ortodoncia la reposición de los dientes impactados es muy usada, el tratamiento tiene sus limitaciones. El autotransplante es una de las posibilidades que posiblemente funcionen en casos de impactación severa cuando la ortodoncia tiene muy pocas posibilidades de éxito. Se presentaron dos casos para ilustrar la técnica en pacientes con impactación severa de caninos.

JOURNAL- ADULT ORTHODON ORTHOGNATH SURG

VOL. 1 PAG. 45-54

1992.

ARTICULO 16:

DIENTES IMPACTADOS EN FORMA DE ROSETA Y DESORDENES RELATIVOS EN LA DOSIS DE MUCOPOLISACARIDOS

Los problemas radiológicos de la mandíbula en los polisacáridos y problemas relacionados han sido revisados y tres de esos casos han sido reportados aquí, con particular referencia a la anomalía dental, no descrita previamente en detalle en dos de ellos. Los problemas dentales aparecen en la tercera década y son caracterizados por impactación bilateral múltiple de molares, con aglomeración en un solo folículo para formar el clásico diente de roseta. El diente de forma de roseta esta presente sólo en la maduración relativamente en casos de MPS. Como sea esto fue visto en 40 pacientes, no se pudo detectar cualquier otra anomalía clínica o característica radiográfica. De cualquier forma, también se observo en el cuarto paciente, en donde no se pudo observar ningún signo anormal clínico, ni radiográfico. Entonces propusimos que desde las rosetas múltiples de los dientes molares pueden presentarse en una forma aislada, esto es una sola sugerencia de la MPS.

DENTOMAXILLOFACIAL RADIOL.

VOL. 1 PAG. 45-49

FEB. 1992

BIBLIOGRAFIAS

- 1 ARCHER HARRY W.D.D.S. Oral and maxillofacial surgery
Ed Sanders Company
- 2 BRUCE SANDERS CIRUGIA. Cirugía Bucal y Maxilofacial
Pediátrica. 1ª Edición
Ed Mundi S.A.I.C.Y.F. 1984
- 3 CHUSIO JOSEPH G. Neuroanatomía Correlativa y Neurología Funcional.
Ed Manual Moderno S.A. 1980.
- 4 GURA LINET. Tratado De Cirugía Oral.
- 5 HOWE GEOFFREY L. Extracción Dental.
Ed Manual Moderno.
- 6 H. BIR J. E. WINTER Atlas De Cirugía Oral. 1ªEdición.
Ed Salvat
- 7 KABAN LAONARD B. Cirugía Bucal Y Maxilofacial En Niños.
Ed Interamericana Mc.Graw-Hill 1992.
- 8 KRUGER GUSTAVO. Cirugía Bucal Maxilofacial. 5ªEdición.
Ed Panamericana 1980.
- 9 KRUGER GUSTAVO. Tratado De Cirugía Bucal.
Ed Interamericana 1986.
- 10 LASKIN DAQNIE M. Cirugía Bucal Maxilofacial.
Ed Panamericana 1987.
- 11 LOPEZ ARRAZ, J.S. Cirugía Bucal. 1ªEdición.
Ed Interamericana Mc.Graw-Hill 1991.

- 12 MEYER FREDERIK. Farmacología Clínica.
Ed Manual Moderno 1980.
- 13 RAKOSI THOMAS. Ortopedia Maxilar Diagnóstico Atlas.
Ed Salvat.
- 14 RIES CENTENO GILLERMO A. Cirugía Bucal 9ª Edición.
Ed Ateneo.
- 15 SOICHIRO ASANAMI, PHD. Extracción Del Tercer Molar.
Ed Doyma 1990.
- 16 SPAHL TERRANCE J. D.D.C. Ortopedia Maxilofacial Clínica y Aparatología
Ed Salvat S.A. 1991.
- 17 STARSHAR THOMAS J. D.D.S. Preprosthetic Oral And Maxillofacial.
The C.U. Mosby Company 1980.
- 18 WAITE E. DANIEL. Tratado De Cirugía Bucal Y Práctica.